

**PENGARUH KOHERENSI KELUARGA DAN KEBERFUNGSIAN
KELUARGA TERHADAP KUALITAS HIDUP TENAGA KESEHATAN
DAN TENAGA NON KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19**

SKRIPSI

Diajukan Kepada Universitas Islam Negeri Sunan Ampel Surabaya untuk
Memenuhi Salah Satu Persyaratan dalam Menyelesaikan Program Strata Satu (S1)

Psikologi (S.Psi)



Irine Irchamillah Azza

J01217022

**PROGRAM STUDI PSIKOLOGI
FAKULTAS PSIKOLOGI DAN KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN AMPEL
SURABAYA**

2022

HALAMAN PERSETUJUAN

SKRIPSI

**Pengaruh Koherensi Keluarga dan Keberfungsian Keluarga terhadap Kualitas
Hidup Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan Selama Pandemi COVID-19**

Oleh:

Irine Irchamillah Azza

NIM. J01217022

Telah disetujui untuk diajukan pada Sidang Ujian Skripsi

Surabaya, 1 Oktober 2021

Dosen Pembimbing



Dr. dr. Hj. Siti Nur Asiyah, M. Ag

NIP. 197209271996032002

HALAMAN PENGESAHAN

SKRIPSI

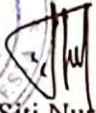
PENGARUH KOHERENSI KELUARGA DAN KEBERFUNGSIAN KELUARGA
TERHADAP KUALITAS HIDUP TENAGA KESEHATAN DAN TENAGA NON
KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19

Yang disusun oleh:
Irine Irhamillah Azza
J01217022


Telah Dipertahankan di Depan Tim Penguji
Pada Tanggal 12 Januari 2022



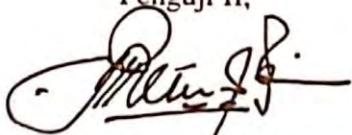
Mengetahui,
Dekan Fakultas Psikologi dan Kesehatan


Dr. dr. Hj. Siti Nur Asiyah, M.Ag
NIP. 197209271996032002


Susunan Tim Penguji
Penguji I,


Dr. dr. Hj. Siti Nur Asiyah, M.Ag
NIP. 197209271996032002

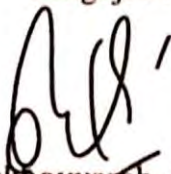
Penguji II,


Prof. Dr. Moh. Sholeh, M.Pd
NIP. 195912091990021001

Penguji III,


Dr. Nailatin Fauziah, S.Psi, M.Si, M.Psi.Psi
NIP. 197406122007102006

Penguji IV,


Tatik Mukhoyyaroh, S.Psi., M.Si
NIP. 197605112009122002



KEMENTERIAN AGAMA
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI SUNAN AMPEL SURABAYA
PERPUSTAKAAN

Jl. Jend. A. Yani 117 Surabaya 60237 Telp. 031-8431972 Fax.031-8413300
E-Mail: perpus@uinsby.ac.id

LEMBAR PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS

Sebagai sivitas akademika UIN Sunan Ampel Surabaya, yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama : Irine Irchamillah Azza
NIM : J01217022
Fakultas/Jurusan : Psikologi dan Kesehatan / Psikologi
E-mail address : irineazza@gmail.com

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya, Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif atas karya ilmiah :

Skripsi Tesis Desertasi Lain-lain (.....)

yang berjudul :

PENGARUH KOHERENSI KELUARGA DAN KEBERFUNGSIAN KELUARGA

TERHADAP KUALITAS HIDUP TENAGA KESEHATAN DAN TENAGA NON

KESEHATAN SELAMA PANDEMI COVID-19

beserta perangkat yang diperlukan (bila ada). Dengan Hak Bebas Royalti Non-Eksklusif ini Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya berhak menyimpan, mengalih-media/format-kan, mengelolanya dalam bentuk pangkalan data (database), mendistribusikannya, dan menampilkan/mempublikasikannya di Internet atau media lain secara *fulltext* untuk kepentingan akademis tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan atau penerbit yang bersangkutan.

Saya bersedia untuk menanggung secara pribadi, tanpa melibatkan pihak Perpustakaan UIN Sunan Ampel Surabaya, segala bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran Hak Cipta dalam karya ilmiah saya ini.

Demikian pernyataan ini yang saya buat dengan sebenarnya.

Surabaya, 18 Januari 2022

Penulis

(Irine Irchamillah Azza)

berjuang melawan ketakutan akan berbagai ketidakpastian, kematian dan duka, kehilangan pekerjaan, perubahan yang drastis dalam hidup, stigma, isolasi, hingga harus berpisah dari orang tersayang (Schwerdtle et al., 2017).

Selain itu, dampak psikologis dan fisik yang cukup serius juga dirasakan oleh para tenaga kesehatan (*healthcare workers/HCWs*) yang telah banyak diidentifikasi sebelum pandemi COVID-19 ini terjadi (Goulia et al., 2010; Lin et al., 2007; Straus et al., 2004). Mudah-mudahan penularan virus dan estimasi angka kematian mencapai 3,4% (WHO, 2020b) membuat para tenaga kesehatan yang berada di garda terdepan banyak terinfeksi bahkan beberapa diantaranya meninggal (J. T. Wu et al., 2020). Beberapa penelitian menemukan bahwa para tenaga kesehatan menunjukkan tingkat stres yang tinggi, kecemasan dan gejala depresi yang berimplikasi pada kesehatan psikis di kemudian hari (Buselli, Baldanzi, et al., 2020; C.-Y. Liu et al., 2020).

Data tim mitigasi PB IDI (Pengurus Besar Ikatan Dokter Indonesia), mengungkapkan terdapat 504 orang tenaga medis di Indonesia wafat karena terpapar COVID-19, angka tersebut terdiri dari 131 orang dokter umum (4 guru besar), 101 orang dokter spesialis dengan 9 orang guru besar diantaranya, 5 orang dokter residen, 15 orang dokter gigi, 171 orang perawat, 64 orang bidan, 7 orang apoteker, dan 10 orang tenaga laboratorium medik yang berasal dari 25 IDI wilayah/provinsi (Tim CNN Indonesia, 2021). Provinsi yang menjadi penyumbang terbanyak kasus wafatnya dokter adalah Provinsi Jawa Timur sebanyak 46 kasus, DKI Jakarta 37 kasus, dan Jawa Tengah dengan 31 kasus (Tim CNN Indonesia, 2021). PB IDI juga menyebutkan bahwa Indonesia

berada di peringkat pertama di Asia dalam kematian tenaga medis, dan di peringkat lima dunia (Tim CNN Indonesia, 2021).

Hasil studi di Indonesia mengungkapkan bahwa sebanyak 83% tenaga kesehatan didapati pernah mengalami *burnout syndrome* atau kelelahan mental tingkat sedang hingga berat yang secara psikologis telah mengganggu kualitas hidup dan mengganggu produktivitas pelayanan kesehatan (Humas FKUI, 2020). Fakta dilapangan juga ditemukan bahwa 22% dari tenaga kesehatan pernah mengalami kehilangan empati dari tingkat sedang hingga berat dan 52% diantaranya merasa kurang percaya diri dalam tingkat sedang hingga berat (Humas FKUI, 2020).

Dalam melawan pandemi COVID-19, distres psikologis di antara tenaga kesehatan muncul secara bertahap. Khususnya ketakutan dan kecemasan muncul segera dan menurun di tahap awal pandemi. Tetapi, depresi, gejala psikosomatik dan gejala *post traumatic stress* muncul setelah pandemi dan berlangsung lama yang dapat menyebabkan dampak yang mendalam (Chong et al., 2004; P. Wu, 2009). *Burnout* dan distres psikologis yang dialami oleh tenaga kesehatan dapat mempengaruhi kesehatan mereka sendiri dan kualitas pelayanan terhadap pasien (West et al., 2018), serta berkaitan erat dengan terganggunya tingkat kualitas hidup pada tenaga kesehatan (Zhang & Ma, 2020) yang juga mengarahkan pada ketidakefektifan pelayanan kesehatan (Stojanov et al., 2020). Dalam kondisi ini para tenaga kesehatan membutuhkan dukungan sosial, komunikasi yang efektif, pelatihan, dan strategi koping yang efektif (Naushad et al., 2019).

Tidak hanya tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan juga mengalami dampak psikologis dari COVID-19, dari hasil penelitian menunjukkan 62,5% tenaga non kesehatan di Spanyol memiliki distres psikologis (Ruiz-Frutos et al., 2021). Di Indonesia sendiri, wartawan juga dilaporkan mengalami gangguan kesehatan mental selama pandemi. Wartawan harus meliput berbagai berita tidak mengenal berita apa itu hingga pandemi terjadi dan wartawan tetap harus meliput berita tersebut. Para wartawan memiliki prosentase sebesar 45% mengalami gejala depresi (Maulana, 2020). Sedangkan, pada bidang pekerjaan lain, seperti TNI atau polisi dan petugas pelayanan publik menunjukkan adanya kecemasan dari tingkat rendah hingga sedang (Megatsari et al., 2020). Jenis pekerjaan seperti buruh, petani, nelayan memiliki kemungkinan untuk mengalami gangguan kecemasan tingkat sedang, hal ini disebabkan oleh karakteristik pekerjaan yang bertentangan dengan protokol kesehatan seperti memakai masker, menghindari kerumunan hingga jaga jarak fisik (Megatsari et al., 2020).

Selain itu, selama masa pandemi para karyawan atau buruh banyak yang diberhentikan atau dirumahkan secara tiba-tiba dari perusahaan. Data dari *International Labour Organization* atau ILO menunjukkan bahwa kurang lebih 25 juta pekerjaan hilang karena pandemi ini (International Labour Organization (ILO), 2020). Di Indonesia sendiri, per akhir April 2020 prosentase PHK buruh/pegawai/karyawan sebesar 15,6% dengan rincian 1,8% adalah PHK yang diberi pesangon dan 13,8% PHK yang tidak diberi pesangon (Ngadi & Purba, 2020). Keputusan tiba-tiba dari perusahaan ini dapat mempengaruhi

kondisi psikologis para karyawan. Pemberhentian kerja secara tiba-tiba adalah sumber stres baru yang dapat melelahkan secara emosional. Dengan hilangnya pekerjaan, individu tentunya juga akan kehilangan kesempatan untuk mengekspresikan dan mengembangkan diri serta menurun atau bahkan hilangnya pemasukan. Selain PHK yang sudah terasa “umum” terjadi di pandemi ini, banyak juga karyawan/pegawai yang harus beradaptasi dengan *remote working* atau *work from home*(WFH).

Realitanya, WFH memang membatasi jarak sosial dan fisik di kantor tetapi malah menambah beban pekerjaan di rumah. Hal ini akan menimbulkan permasalahan lain yakni kesulitan untuk menyeimbangkan dan memisahkan pekerjaan dan kehidupan pribadi. Berdasarkan *weekly newsletter* yang diterbitkan oleh *Wiley Periodicals, Inc. publication*, sebuah studi dari Keio University di Tokyo, Jepang dengan responden 8475 pekerja berusia 20-64 tahun menunjukkan bahwa WFH dapat memperburuk kondisi mental para responden, 41,3% responden mengungkapkan kesusahan dalam memisahkan pekerjaan dan kehidupan pribadi, dan 39,7% diantaranya kesulitan berkomunikasi dengan rekan kerja melalui budaya kerja yang baru ini (“In Case You Haven’t Heard...,” 2020).

Baik para tenaga kesehatan (Buselli, Corsi, et al., 2020) maupun tenaga non kesehatan (Ruiz-Frutos et al., 2021) mengatakan bahwa selama pandemi beban kerja menjadi meningkat. Bagi para tenaga non kesehatan yang harus bekerja dari rumah, selain bekerja juga masih ada banyak pekerjaan domestik yang harus dilakukan di rumah dan harus menjaga anak karena *day care* ditutup serta

sulitnya menyeimbangkan kehidupan kerja dan kehidupan keluarga saat bekerja dari rumah(Ruiz-Frutos et al., 2021), hal ini dapat mengarahkan pada *work-family conflict* yang dapat berdampak pada kesehatan mental anak(Vahedi et al., 2019) dan mengganggu kualitas hidup.

Quality of Life atau kualitas hidup merujuk pada kondisi fisik, psikologis, dan dimensi sosial dari kesehatan, dalam kaitannya dengan kepercayaan, ekspektasi, pengalaman dan persepsi individu tersebut (Testa & Simonson, 1996). Ada banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, hal ini dikarenakan konstruksinya yang multidimensional. Berdasarkan Pukeliene & Starkauskiene (2011) terdapat dua klasifikasi faktor yang membentuk kualitas hidup individu yang berasal dari dalam (lingkungan internal) dan dari luar (lingkungan eksternal) (Pukeliene & Starkauskiene, 2011). Salah satu faktor internal adalah *social well being* yang berkaitan dengan keluarga, waktu luang, dan kehidupan sosial.

Bekerja sebagai tenaga kesehatan maupun non kesehatan selama pandemi dengan berbagai tantangan dan konsekuensinya adalah hal yang berat. Dalam masa ini penting sekali membangun keluarga yang memiliki pandangan positif dan berperan dengan baik sesuai peran masing-masing. Hal ini sangat berpengaruh pada bagaimana seorang tenaga kesehatan dan non kesehatan mempersepsikan kualitas hidupnya di masa pandemi. Berdasarkan *spillover models*(Kouros et al., 2014) terdapat efek tidak langsung mengenai bagaimana keluarga merespon stresor dapat mempengaruhi anggota keluarga dalam beradaptasi pada kondisi yang menekan.

Banyaknya sektor yang terdampak pandemi COVID-19 (Brooks et al., 2020) dampak yang dialami keluarga juga meningkat seiring dengan efek langsung secara simultan pada anggota keluarga maupun keluarga dan dampak tidak langsung yang mempengaruhi hubungan antara anggota keluarga di dalam keluarga (Hussong et al., 2020). Hal ini membuat *pandemic stressors* semakin besar dalam keluarga sehingga menimbulkan siklus yang mengganggu sistem keluarga yang berdampak pada keberfungsian individu dan penyesuaian akan kondisi pandemi ini (Hussong et al., 2020). Sehingga, sangat penting bagi keluarga untuk senantiasa memandang pandemi ini sebagai tantangan yang dapat dihadapi dan senantiasa menjalankan sistem keluarga dengan baik.

Terdapat suatu konsep bernama salutogenesis, dalam konsep ini berpendapat bahwa cara seseorang memandang hidupnya akan mempengaruhi kesehatan seseorang tersebut (Antonovsky, 1987). Salutogenesis adalah *positive self care approach* yang memfokuskan pada faktor yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan dan juga menguatkan proses pemeliharaan kesehatan seseorang (Antonovsky, 1996). Konsep salutogenesis dapat diaplikasikan kepada individu ataupun keluarga, jika kepada individu bernama *sense of coherence*, sedangkan jika dalam keluarga disebut *family sense of coherence* (Antonovsky, 1987).

Adanya *family sense of coherence* membuat tiap individu di dalam keluarga mampu memandang segala sesuatu secara positif dan menganggap pandemi COVID-19 dengan cara yang positif pula atau sebagai suatu tantangan

yang dapat dilalui(Maulidia et al., 2018). *Family sense of coherence* (FSOC) adalah pandangan atau kepercayaan dalam keluarga yang memandang suatu kondisi yang menekan sebagai sesuatu yang *comprehensible* (terstruktur, mudah diprediksi, mudah dipahami), *manageable*(adanya sumber daya untuk menghadapi tantangan), dan *meaningful* (keyakinan bahwa setiap hal yang terjadi akan ada hikmah)(Antonovsky & Sourani, 1988).

Keluarga adalah lembaga pusat dalam masyarakat yang banyak mengalami perubahan konsep, struktur, serta fungsi seiring dengan berjalannya waktu (Mursafitri et al., 2015). Pada dasarnya fungsi keluarga berfokus pada proses yang dijalani oleh keluarga dalam mencapai tujuan keluarga tersebut (Perry, 2010). Berdasarkan *McMaster's family functioning model* (Epstein et al., 1983) mengatakan bahwa keluarga itu adalah inti dan fungsi dasar dari keluarga adalah menyediakan kondisi lingkungan yang baik dan nyaman bagi anggotanya agar dapat berkembang baik secara fisik, psikis, sosial dan aspek lainnya(Dai & Wang, 2015). *Family functioning* yang baik adalah ketika semua anggota keluarga berpartisipasi, berkontribusi dan bekerja sama secara setara dengan antusias demi kepentingan bersama(Fadhilla et al., 2019). Di masa pandemi ini, keluarga yang berperan dan berfungsi dengan baik sangat dibutuhkan dalam mendukung setiap hal baik yang dilakukan oleh anggota keluarganya. *Family functioning* memiliki enam dimensi yang yakni *problem solving* (pemecahan masalah), *communication* (komunikasi), *roles* (peran), *affective responsive* (respon afektif), *affective involvement* (keterlibatan afektif), dan *behavior control* (kontrol perilaku)(Epstein et al., 1983).

Dari penelitian sebelumnya yang dilakukan di RSUD dr. Soetomo di tahun 2020 dengan jumlah subjek 227 orang yang terdiri dari apoteker, asisten apoteker, bidan, fisioterapis, nutrisionis, perawat, perekam medis, staf laboratorium, psikolog, teknisi elektromedis, dan staf pendukung menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden (56,3%) memiliki tingkat kecemasan sedang hingga tinggi (Setiawati, et al., 2020). Kondisi tersebut dapat dipengaruhi oleh situasi COVID-19 di Provinsi Jawa Timur. Jawa Timur pernah menjadi provinsi dengan angka positif COVID-19 terbanyak dengan CFR (*Case Fatality Rate*) sebesar 7,3%, dimana angka tersebut jauh lebih tinggi dari CFR nasional dan global (Ministry of Health of The Republic of Indonesia, 2020). Surabaya yang merupakan ibukota Provinsi Jawa Timur juga pernah menjadi kontributor kenaikan jumlah positif COVID-19 terbanyak di Jawa Timur (lebih dari 50%) (Salman, 2020).

Sejalan dengan penelitian diatas, tingginya tingkat kecemasan dapat menjadi faktor yang mempengaruhi penurunan kualitas hidup pada tenaga kesehatan. Penelitian tersebut juga memperkuat temuan bahwa tenaga kesehatan memang mengalami berbagai kecemasan, burnout, hingga mengalami gejala depresi. Adanya berbagai gejala tersebut tentunya mempengaruhi kualitas hidup yang sudah dibangun selama ini.

Selain tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan juga dilaporkan mengalami berbagai distress psikologis yang juga mengarahkan pada penurunan kualitas hidup. Penelitian dengan tenaga kesehatan sebagai subjeknya telah banyak diidentifikasi dalam situasi pandemi COVID-19 ini. Sedangkan, penelitian

2. Apakah terdapat pengaruh keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup selama pandemi COVID-19?
3. Apakah terdapat pengaruh koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup selama pandemi COVID-19?
4. Apakah terdapat perbedaan kualitas hidup antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan selama pandemi COVID-19?

C. Keaslian Penelitian

Kualitas hidup (*quality of life*) berkaitan dengan persepsi individu akan kondisinya. Banyak faktor yang mempengaruhi kualitas hidup, salah satunya keluarga. Keluarga yang dapat memandang setiap permasalahan sebagai hal yang *comprehensible*, *manageable* dan *meaningfulness* akan membantu anggota keluarganya beradaptasi jauh lebih baik dalam kondisi stres (Hsiao et al., 2018). Konsep tersebut lebih dikenal dengan nama *family sense of coherence* (FSOC) atau koherensi keluarga. FSOC berperan penting bagi pembentukan dan modifikasi/adaptasi dari *sense of coherence* (Antonovsky, 1987; Ngai & Ngu, 2011). *Sense of coherence* (SOC) adalah bentuk individual dari FSOC. Pada penelitian dengan subjek adalah perempuan penyintas infark miokard akut menunjukkan bahwa *sense of coherence* adalah determinan utama dalam peningkatan kualitas hidup dari waktu ke waktu (Norekval et al., 2009).

FSOC adalah kunci utama pada kualitas hidup yang positif dan baik pada individu (M. Eriksson & Lindstrom, 2007). Pada penelitian dengan subjek 267 wanita hamil di China (Ngai & Ngu, 2013), *family sense of coherence*

ditemukan memiliki dampak positif terhadap kepuasan akan kualitas hidup yang berkaitan dengan kesehatan dan memediasi dampak stres terhadap kualitas hidup individu. *Family sense of coherence* juga ditemukan sebagai mediator dampak stres pada kualitas hidup dan gejala depresi.

Hasil penelitian lain yang selaras dengan penelitian sebelumnya dilaksanakan dengan subjek 50 suami yang memiliki pasangan dengan kanker payudara di Israel dengan suami yang memiliki pasangan sehat (Shor et al., 2015). Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa tidak terdapat perbedaan *sense of coherence* diantara kedua kelompok subjek, tetapi *sense of coherence* (SOC) berkaitan dengan kualitas hidup sehingga semakin tinggi skor *sense of coherence* maka semakin tinggi skor kualitas hidup.

Pada penelitian (Tan et al., 2016) dengan desain *feasibility randomized controlled trial* yang bertujuan mengevaluasi *self care program* bernama *Resource Enhancement and Activation Program* (REAP). Program REAP ini berfokus pada penerapan teori salutogenesis dengan rentang waktu penelitian antara Februari hingga Agustus 2013 serta melibatkan 128 lansia di Singapura. Penelitian ini menunjukkan bahwa subjek yang mengikuti program REAP dapat meningkatkan *sense of coherence* terutama pada domain *comprehensibility* dan *manageability*, kedua domain tersebut berdampak positif pada dimensi psikologis dari kualitas hidup dengan membantu para lansia tersebut lebih mudah memahami berbagai tantangan dalam hidup (domain *comprehensibility*) dan mengetahui jenis sumber daya yang

dapat dipergunakan untuk menghadapi tantangan tersebut (*domain manageability*).

Penelitian lain pada 111 individu dengan skizofrenia di China (Hsiao et al., 2018), juga menunjukkan hasil yang selaras. Tingkat *family sense of coherence* (FSOC) yang rendah dan tingkat internalisasi stigma yang tinggi berdampak pada rendahnya kualitas hidup pada individu dengan skizofrenia. *Family sense of coherence* (FSOC) juga memediasi sebagian (*partially mediated*) hubungan antara stigma yang terinternalisasi dan kualitas hidup.

Keluarga yang mampu beradaptasi dalam berbagai situasi sulit sangat berkaitan pada *positive psychological functioning* (Grey et al., 1998; Hanson et al., 1992). Keluarga adalah hal pertama dan yang paling mendasar, sehingga dapat dikatakan bahwa keberfungsian dalam keluarga mempengaruhi kondisi dari anggota keluarga dalam berbagai aspek seperti fisik, psikologis dan sosial (Dai & Wang, 2015). *Family functioning* atau keberfungsian keluarga adalah konsep yang kompleks yang meliputi banyak dimensi seperti dimensi hubungan sosial, afektif, struktural, kognitif dan kontrol perilaku (Fadhilla et al., 2018).

Penelitian yang dilakukan pada 45 pasien *psychogenic nonepileptic seizures* (PNES) dan 32 pasien *epileptic seizures* (ES) di Amerika (Curt LaFrance et al., 2011). Kedua kelompok subjek memiliki skor *family functioning* yang rendah hingga masuk pada *unhealthy range* dengan skor *family functioning* pada pasien laki-laki lebih rendah daripada pasien perempuan. *Family functioning* juga ditemukan sebagai prediktor yang

signifikan pada kualitas hidup pada kedua kelompok subjek. Domain spesifik dalam *family functioning* yang mempengaruhi kualitas hidup adalah domain *roles* dan *affective involvement*. Domain *roles* melibatkan pola perilaku yang digunakan oleh keluarga dalam kehidupan sehari-hari, sedangkan domain *affective involvement* meliputi ketertarikan keluarga dalam kegiatan individual anggota keluarga (Ryan et al., 2012).

Hasil penelitian yang selaras juga ditemukan pada penelitian dengan subjek 62 remaja yang didiagnosis *inflammatory bowel disease* (IBD) (Herzer et al., 2011). Penelitian tersebut menunjukkan bahwa remaja dengan IBD memiliki kualitas hidup lebih rendah karena keluarga mereka mempunyai disfungsi pada *problem solving*, komunikasi, dan *family functioning*. Hal ini mengarahkan bahwa buruk atau kurang efisiennya *problem solving* dan komunikasi dapat mengarahkan pada menurunnya kualitas hidup dan disfungsi keluarga di beberapa area. Selain itu, pada penelitian ini ditemukan juga kaitan antara keefungsian keluarga dengan kualitas hidup, bahkan *family functioning* dapat menjadi faktor utama yang mempengaruhi kualitas hidup.

Penelitian lain dengan hasil selaras juga ditemukan pada penelitian dengan subjek 100 remaja dengan diabetes tipe 1 di Portugal (Almeida et al., 2020). Hasil menunjukkan bahwa terdapat kaitan antara kualitas hidup dan *family functioning* dengan semakin buruk *family functioning* maka semakin rendah kualitas hidup.

Selain berbagai penelitian di atas, terdapat juga penelitian lain yang menunjukkan bahwa ternyata *family functioning* dan *quality of life* tidak saling

berhubungan. Penelitian ini dilakukan pada subjek *caregiver* baik ayah ataupun ibu sebagai *caregiver* utama dari anak dengan leukemia yang berusia 0-15 tahun dan telah menjalani pengobatan di rumah sakit (Fadhilla et al., 2019). Hasil penelitian menunjukkan bahwa korelasi antara *family functioning* dan *quality of life* adalah negatif dengan nilai sebesar $p\text{ value} > 0,05$ (0,480) yang menunjukkan tidak terdapat korelasi antara kedua variabel, peneliti menyimpulkan hal ini dikarenakan adanya hasil yang seimbang antara *family functioning* dan *quality of life* yakni 50% baik dan 50% buruk (Fadhilla et al., 2019).

Dari berbagai macam hasil riset sebelumnya, peneliti menemukan bahwa masih jarang fokus penelitian diarahkan kepada kaitan antara koherensi keluarga (*family sense of coherence/FSOC*) dan keberfungsian keluarga (*family functioning*) dengan kualitas hidup (*quality of life*) dalam satu penelitian. Di tambah lagi, kondisi pandemi COVID-19 ini menjadi ladang penelitian yang dapat memperkaya kajian ilmiah di masa mendatang. Sehingga, peneliti memutuskan mengkaji kaitan koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup pada tenaga kesehatan dan non tenaga kesehatan selama pandemi ini.

D. Tujuan Penelitian

Sesuai dengan rumusan penelitian, tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini adalah untuk :

1. Mengetahui pengaruh koherensi keluarga terhadap kualitas hidup
2. Mengetahui pengaruh keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup

Frasa kualitas hidup pertama kali dikemukakan oleh Seth James di tahun 1889 bahwa dalam hidup tidak boleh hanya memperhatikan kuantitas, tetapi juga kualitas dengan tujuan untuk mempromosikan kegiatan kesejahteraan untuk meningkatkan kebahagiaan atau kualitas kehidupan individu (Sinha, 2019). Semakin berjalannya waktu dan riset mengenai kualitas hidup menjadi minat utama para peneliti yang menyebabkan muncul banyak pengertian mengenai kualitas hidup, ditambah lagi setiap orang melihat hidup mereka secara berbeda sehingga menambah kerumitan dalam pendefinisian kualitas hidup (Farquhar, 1995).

Kualitas hidup dalam berbagai bidang dapat dilihat sebagai *good life* dalam filsafat, *intangible welfare and well being* dalam sosiologi, standar ekonomi dalam ekonomi, dan derajat normalitas dalam kedokteran (Lindstrom, 1994; Bengt Lindström, 1992). Para peneliti dari berbagai bidang bertujuan untuk mendefinisikan dan mengukur kualitas hidup tidak hanya dari sisi kesehatan, status kesehatan individu atau pasien, tetapi juga kualitas hidup dari segi politik, ekonomi, dan sosial (Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Kualitas hidup dapat didefinisikan sebagai *personal well being* atau kepuasan terhadap hidup (Fayers, 2000) baik secara fisik maupun material, hubungan dengan orang lain, sosial, komunal, aktivitas sosial, pengembangan diri (Flanagan, 1978), *positive mental health* (Kovess-Masfety et al., 2005) dan berkaitan dengan kesehatan atau *health related quality of life*). Kualitas hidup juga didefinisikan sebagai persepsi individu

akan *general well being* dan pemenuhan dalam aspek fisik, psikis dan sosial yang dalam kaitannya dengan kepercayaan, ekspektasi dan persepsi individu tersebut (Testa & Simonson, 1996). Kualitas hidup adalah konstruk subjektif yang berkaitan dengan seberapa makmur kehidupan seseorang (Fadhilla et al., 2019).

Andrews, F.M. mengungkapkan bahwa kualitas hidup adalah hasil dari saling berpengaruhnya indikator-indikator objektif dan subjektif (Andrews, 1974). Indikator objektif dapat berupa berbagai fenomena sekitar dan indikator subjektif berupa pandangan dan perasaan individu (Andrews, 1974). Hal yang sama juga dikemukakan oleh George, L. K. & Bearon, L. B. (1980) bahwa terdapat empat aspek penting dalam kualitas hidup. Dua aspek berkaitan dengan kualitas hidup objektif dan dua sisanya berkaitan dengan kualitas hidup subjektif. Empat aspek dasar tersebut adalah status kesehatan, status sosial ekonomi, kepuasan hidup dan harga diri (George & Bearon, 1980). Meskipun, telah terdapat empat aspek tersebut tidak dapat dikatakan bahwa itu dapat mengukur kualitas hidup secara keseluruhan, tetapi empat aspek ini berasal dari komponen kualitas hidup yang jumlahnya tidak terbatas (Sinha, 2019).

Menurut WHO, kualitas hidup dimaknai sebagai persepsi individu akan kondisi hidup dalam kaitannya dengan budaya dan norma dimana individu tersebut hidup dan berhubungan dengan tujuan, ekspektasi, standar dan kepentingan (WHO, 1995). Kualitas hidup adalah konsep yang sangat luas dapat mempengaruhi individu dalam hal kesehatan fisik, kesehatan

psikologis, derajat kebebasan, hubungan sosial, kepercayaan, dan relasi dengan fitur yang menonjol dalam lingkungan (WHO, 1998). Definisi yang dikemukakan WHO tersebut memandang kualitas hidup sebagai konsep yang subjektif yang di dalamnya terdapat aspek positif dan negatif dalam kehidupan individu (WHO, 1995).

Kualitas hidup juga dimaknai sebagai keadaan atau kondisi dari hidup seseorang atau beberapa orang bahkan kelompok yang berada di lingkungan tertentu dan pada titik waktu tertentu (Sinha, 2019). Dari berbagai definisi tersebut dapat dikatakan bahwa *quality of life* atau kualitas hidup adalah pandangan individu akan kondisi hidupnya dalam suatu kurun waktu tertentu dan dalam lingkungan tertentu yang dipengaruhi oleh berbagai indikator objektif (eksternal) dan indikator subjektif (internal), indikator-indikator tersebut meliputi kesehatan fisik, kesehatan psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

2. Dimensi Kualitas Hidup

Dimensi memuat komponen atau karakteristik dari kualitas hidup. Perbedaan dimensi dan peran interaktifnya menentukan variasi dan perbedaan keadaan hidup dari suatu populasi dalam lingkungan dan titik waktu tertentu (Sinha, 2019). Kualitas hidup melibatkan beberapa aspek yang berasal dari berbagai sudut pandang, oleh karena itu kualitas hidup disebut sebagai gagasan yang *multi subject* dan *multi aspect* (Sinha, 2019).

Menurut El Din H.S., dkk, terdapat tujuh dimensi dalam kualitas hidup (El Din et al., 2013). Ketujuh dimensi tersebut yaitu: (1) *environmental*

dimension, berfokus pada lingkungan sekitar individu; (2)*physical dimension*, berkaitan dengan fasilitas sosial, tatanan sosial, dan pemanfaatan lahan; (3)*mobility dimension*, berkaitan dengan pergerakan kendaraan dan hal-hal yang berkaitan dengan transportasi; (4)*social dimension*, terdiri dari berbagai parameter yang berkaitan dengan aktivitas interaktif individu dengan tetangga dan keterlibatan individu dalam mengambil keputusan dalam komunitas dan lingkungannya; (5)*psychological dimension*, segala hal yang berkaitan dengan emosi dan persepsi individu di lingkungannya; (6)*economic dimension*, mengidentifikasi dan melihat lingkungan sebagai hal yang menguntungkan secara ekonomi; (7)*political dimension*, berkaitan dengan rencana, program, skema dari pemerintahan dan implementasinya sebagai upaya peningkatan kualitas hidup (El Din et al., 2013).

Pendapat lain oleh Massam, B.H, bahwa terdapat dua aspek utama dalam kualitas hidup yakni aspek psikologis (*psychological aspect*) dan aspek lingkungan (*environmental aspect*) (Massam, 2002). Kualitas hidup sebagian besar didasarkan pada dimensi eksternal atau objektif yang berkaitan dengan kekayaan materi dari individu dan dimensi internal atau subjektif yang berdasar pada pemahaman personal atau perasaan yang dialami individu (Massam, 2002). Dengan kata lain, dimensi psikologis (dimensi internal) berkaitan dengan kualitas hidup personal dan evaluasi mandiri akan tingkat kepuasan dalam hidup individu, sedangkan dimensi lingkungan (dimensi eksternal) berkaitan dengan kualitas hidup di daerah perkotaan/pedesaan, di dalam komunitas atau tempat tertentu (Massam,

2002). Pendapat lain juga diungkapkan oleh Hartshorn dan Byers(1992) bahwa kualitas hidup terdiri atas variabel-variabel kesehatan, kehidupan keluarga, komunitas, ekonomi dan pengembangan diri(Hartshorn & Byers, 1992).

WHO juga mengemukakan mengenai domain-domain dalam kualitas hidup, terdapat enam domain yakni kesehatan fisik, kesehatan psikologis, derajat kebebasan, hubungan sosial, lingkungan, dan keyakinan spiritual (WHO, 1998). Dalam perkembangan konsep dan alat ukur kualitas hidup, WHO menggabungkan beberapa domain dalam kualitas hidup, domain yang digabungkan adalah domain kesatu dan domain ketiga serta domain kedua dan domain keenam, sehingga domain yang di ukur dalam kualitas hidup menjadi empat domain(Deborah, 2012). Penelitian oleh WHO menunjukkan hasil bahwa keempat domain kualitas hidup berkontribusi secara substansial pada tingkat kualitas hidup individu. Dari hasil penelitian tersebut, menunjukkan bahwa dalam mengukur kualitas hidup, keempat domain tersebut haruslah dipertimbangkan seluruhnya(WHO, 1998). Berikut penjabaran akan keempat domain tersebut:

a. Kesehatan Fisik

Domain ini berisikan hal-hal dalam kaitannya dengan kesehatan fisik, terdapat tujuh *facet* yakni:

- 1) *Pain and discomfort*, berupa sensasi fisik yang tidak menyenangkan dan tidak nyaman.

- 7) *Physical environment (pollution/noise/traffic/climate)*, berkaitan dengan bagaimana seseorang memandang lingkungannya dalam hal polusi, cuaca, iklim, lingkungan dan bagaimana hal-hal tersebut dapat mempengaruhi kualitas hidup individu.
- 8) *Transport*, berkaitan dengan ketersediaan dan kemudahan dalam menemukan dan menggunakan sarana transportasi untuk beraktivitas.

3. Faktor Yang Mempengaruhi Kualitas Hidup

Penelitian mengenai kualitas hidup menunjukkan bahwa membangun konsep teoritis kualitas hidup akan lebih akurat jika melalui analisis mengenai faktor yang mempengaruhi. Beberapa peneliti menyadari mengenai kompleksitas dari konstruk kualitas hidup, sehingga belum terdapat klasifikasi faktor kualitas hidup yang diterima secara menyeluruh dan kaitan tiap faktornya (Pukeliene & Starkauskiene, 2011). Hal yang penting untuk dicatat yakni bahwa konsep kualitas hidup yang multidimensional membuat satu atau beberapa faktor yang telah dirumuskan tidak mampu menghasilkan refleksi yang menyeluruh atas isu-isu yang berkaitan dengan pengukuran kualitas hidup (Pukeliene & Starkauskiene, 2011). Tetapi, pada satu titik para peneliti setuju faktor-faktor yang dapat mempengaruhi kualitas hidup berasal dari lingkungan eksternal dan internal (Cummins, 1996; Hagerty et al., 2001; Veenhoven, 2000, 2005, 2009).

Lindstrom dan Eriksson(1993) mengklasifikasikan faktor yang mempengaruhi kualitas hidup berdasarkan lingkup atau lingkungan dimana

individu berada yang dapat diaplikasikan baik pada individu maupun kelompok, keempat faktor tersebut yakni: (1)*Global*, berkaitan dengan *macroenvironment*, hak-hak kemanusiaan, dan politik; (2)*External*, berkaitan dengan pekerjaan, *standard of living*, tempat tinggal; (3)*Interpersonal*, berkaitan dengan keluarga hingga hubungan interpersonal; (4)*Personal*, berkaitan dengan fisik, psikis dan spiritual (B. Lindström & Eriksson, 1993).

Pukeliene & Starkauskiene (2011) mengemukakan faktor-faktor yang memengaruhi kualitas hidup dalam *theoretical model for measurement of quality of life*. Secara garis besar, ada dua faktor yang berpengaruh pada kualitas hidup yakni faktor internal dan faktor eksternal (Pukeliene & Starkauskiene, 2011). Di dalam faktor internal terdapat empat *facet* yakni: (1)*physical well being*, berkaitan dengan kondisi kesehatan dan keamanan pribadi; (2)*individual developmental well-being*, berkaitan dengan pendidikan dan ketersediaan serta kemampuan untuk menjangkau informasi dan teknologi; (3)*social well-being*, berkaitan dengan keluarga, waktu luang, dan kehidupan sosial; (4)*material well-being*, berkaitan dengan pendapatan dan kemampuan untuk memiliki hunian yang layak.

Sedangkan, faktor eksternal terdiri dari empat *facet* yakni: (1)*natural environment*, berkaitan dengan kondisi alam sekitar, cuaca, iklim, udara hingga suhu; (2)*political environment*, berkaitan dengan undang-undang, kestabilan politik, korupsi, dan kebebasan publik; (3)*social environment*, berkaitan dengan sistem kesehatan, sistem keamanan sosial, kesetaraan

sosial, dan kemampuan untuk mengakses kesemuanya; (4)*economic environment*, berkaitan dengan *macro-economic environment*, dan pertumbuhan ekonomi(Pukeliene & Starkauskiene, 2011).

Selain faktor yang dikemukakan oleh para peneliti diatas, terdapat juga faktor yang secara spesifik disebutkan dapat mempengaruhi kualitas hidup, yakni: (1)Usia, usia yang sudah tua dianggap telah melampaui batas untuk melakukan perubahan dalam hidup dan ini berkontribusi dalam tingkat kualitas hidup individu(Ruggeri et al., 2001); (2)Jenis kelamin, hasil penelitian oleh Moons, Marquet, Budst, dan De Gees menunjukkan bahwa perbedaan jenis kelamin dapat mempengaruhi kualitas hidup(Nofitri, 2009); (3)Pendidikan(Nofitri, 2009); (4)Status pernikahan, penelitian terdahulu mengungkapkan bahwa kualitas hidup jauh lebih baik pada seseorang yang telah menikah, dikarenakan mereka memiliki dukungan dari pasangannya (Chang-Quan et al., 2009); (5)Status pekerjaan, hasil penelitian menunjukkan bahwa pekerjaan berhubungan dengan kualitas hidup (Wahl et al., 2004) karena berkaitan dengan jumlah pendapatan yang di dapat(Pukeliene & Starkauskiene, 2011); (6)Sistem dukungan, berdasarkan Raeburn dan Rootman dalam suatu sistem dukungan terdapat lingkungan keluarga, masyarakat umum maupun fasilitas yang dapat menunjang kehidupan yang lebih layak(Angriyani, 2008)

4. Kualitas Hidup dalam Perspektif Islam

Konsep kualitas hidup dalam Islam jauh lebih lengkap dibanding dengan konsep yang diajukan oleh WHO karena adanya unsur ketauhidan

salutogenesis dipandang sebagai sebuah kontinum dimana saat orang berada di kondisi yang kurang sehat sementara lainnya berada dalam kondisi sehat, sehingga sehat dimaknai sebagai kondisi fisik, mental dan sosial yang positif yang berubah-ubah dalam kurun waktu tertentu dalam sebuah kontinum(Wandasari, 2012).

Konsep salutogenesis meyakini bahwa cara individu memandang hidupnya akan mempengaruhi kesehatan individu tersebut(Antonovsky, 1987). Salutogenesis adalah *positive self care approach* yang memfokuskan pada faktor yang mendukung kesehatan dan kesejahteraan dan juga menguatkan proses pemeliharaan kesehatan seseorang(Antonovsky, 1996). Antonovsky (Maulidia et al., 2018) menjelaskan bahwasannya salutogenesis berpusat akan kapabilitas seseorang dalam melawan stres melalui penyesuaian diri ataupun pemecahan masalah dan pada akhirnya akan mengantarkan individu pada kesehatan. Konsep salutogenesis membantu individu untuk secara efektif memobilisasi setiap sumber daya yang ada untuk melakukan koping atas berbagai stresor dan meningkatkan *well being*(Monica Eriksson & Lindström, 2007).

Dalam menghadapi berbagai stresor lingkungan bergantung pada kemampuan individu dalam mengoptimalkan mobilisasi dari *general resisting resource*(GRRs) dan kemampuan dalam menggunakan sumber daya tersebut bergantung pada *sense of coherence* (Antonovsky, 1979). *Sense of coherence* (SOC) adalah kepercayaan individu akan stimuli yang muncul dari lingkungan (eksternal dan internal) terstruktur dan bisa

diprediksi (*comprehensible*), adanya sumber daya untuk menghadapi berbagai stimuli lingkungan tersebut(*manageable*), dan setiap hal terjadi dalam menghadapi berbagai stimuli lingkungan adalah hal yang bermakna(*meaningful*)(Antonovsky, 1979).

Konsep SOC pada awalnya hanya dikembangkan sebagai konsep individual, tetapi kemudian Antonovsky mengungkapkan bahwa konsep SOC dapat dikembangkan di tingkat keluarga atau kelompok (Antonovsky, 1987). *Family sense of coherence* (FSOC) atau koherensi keluarga adalah kepercayaan keluarga akan stimuli dari lingkungan itu *comprehensible* (terstruktur, dapat diprediksi, dan dapat dipahami), *manageable* (tersedianya sumber daya untuk mengatasi berbagai stimuli lingkungan), dan *meaningful* (setiap stimuli adalah hal yang berharga dan bermakna)(Antonovsky & Sourani, 1988). *Family sense of coherence* juga dimaknai sebagai penaksiran keluarga akan tekanan dari lingkungan dan juga penaksiran kapabilitas keluarga dalam menghadang tekanan lingkungan tersebut (Coyle, 2005).

Kemampuan dalam mengelola stres di dunia yang sudah mengglobal dengan perubahan yang begitu cepat sangat penting untuk senantiasa melakukan pemeliharaan dan pengembangan kesehatan serta kualitas hidup(Monica Eriksson & Lindström, 2007). Dalam proses pengelolaan stres tersebut tidak hanya mengenai penyesuaian dengan kondisi stres tetapi juga mengenai fleksibilitas dan adaptabilitas untuk mengidentifikasi dan menggunakan berbagai sumber daya yang ada (GRRs)(Monica Eriksson &

menghadapi berbagai tuntutan lingkungan (Monica Eriksson & Mittelmark, 2016).

Meaningfulness adalah komponen paling esensial dalam *sense of coherence* maupun *family sense of coherence*, diikuti dengan komponen terpenting kedua yakni *comprehensibility* lalu *manageability* (Rice, 2012). Hal ini dikarenakan *meaningfulness* mendorong keluarga untuk mengelola (*manage*) dan mengerti (*comprehend*) setiap situasi yang dialami oleh keluarga. Sedangkan, *comprehensibility* membantu keluarga mengerti setiap permasalahan yang ada baru setelah itu keluarga dapat mengelola dan mengatasi berbagai stimuli lingkungan. Meski *manageability* berada di urutan ketiga bukan berarti komponen ini tidak penting. Ketika keluarga merasa tidak yakin dapat mengatasi berbagai stimuli lingkungan, maka keluarga tidak akan terlalu berusaha untuk menemukan makna atau hikmah dalam memahami situasi yang terjadi (Rice, 2012).

3. Faktor Yang Mempengaruhi Koherensi Keluarga

Faktor-faktor yang dapat menyusun *sense of coherence* disebut *general resistance resources* (GRRs) (Antonovsky, 1979, 1987). GRRs juga penting dalam penguatan *family sense of coherence* atau koherensi keluarga (Antonovsky, 1979). GRRs terdiri dari berbagai karakteristik dari atau kelompok atau komunitas yang memoderasi kemampuan individu untuk melakukan koping secara efektif sehingga meningkatkan *sense of*

para sosiolog di Amerika(Schwab et al., 2002), ada tujuh fungsi dari keluarga yakni memenuhi kebutuhan yang meliputi sosialisasi kepada anak dan pengasuhan anak, regulasi aktivitas sosial, ekonomi, memberikan status, reproduksi, serta menyediakan afeksi dan persahabatan.

Family functioning atau keberfungsian keluarga adalah fenomena yang sangat kompleks yang dapat diasesmen dengan banyak cara(Epstein et al., 1983), oleh karena itu setiap peneliti memiliki definisi tersendiri akan istilah ini. *Family functioning* dipandang sebagai konsep *multi-aspect* yang merujuk pada kegiatan dan hubungan keluarga untuk pertumbuhan, kesejahteraan, dan mempertahankan keterpaduan antar anggota keluarga(Walsh, 2003). *Family functioning* juga dapat dimaknai sebagai sejauh mana interaksi yang terjadi antar anggota keluarga dalam menggapai fungsi dan tujuan keluarga (Epstein et al., 1983) dimana hal tersebut dapat berdampak pada kondisi psikis dan fisik anggota keluarga (Epstein et al., 2003).

Family functioning diartikan juga sebagai derajat pemenuhan anggota keluarga dalam menunaikan fungsinya dalam keluarga (Schwab et al., 2002). *Family functioning* mengacu pada bagaimana keluarga berinteraksi, bereaksi, dan memperlakukan satu sama lain(Winek, 2010), oleh karena itu paling baik memandang keluarga secara keseluruhan dengan mempertimbangkan berbagai sistem di dalam keluarga daripada sebagai proses individual dari anggota keluarga(Walsh, 2012). Dari berbagai definisi *family functioning* diatas, dapat dikonklusikan bahwa *family*

dengan senantiasa taat pada suami dan tidak memantik pertengkaran. Apabila tiap-tiap anggota keluarga dapat memahami peran, hak dan kewajiban masing-masing akan membawa keluarga mampu untuk berfungsi secara efektif dan adaptif dalam menghadapi situasi yang menekan seperti COVID-19.

5. Pengukuran Keberfungsian Keluarga

Family Assessment Device (FAD) disusun berlandaskan pada *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) yang merupakan konseptualisasi keluarga dari segi klinis. MMFF menjelaskan mengenai segi struktural dan organisasional dari keluarga serta pola transaksional dalam keluarga yang digunakan untuk mengetahui manakah keluarga yang berfungsi dengan baik atau keluarga yang berfungsi kurang baik (Epstein et al., 1983).

Hal yang perlu diingat adalah bahwa konsep MMFF bukan merangkum keseluruhan aspek dari *family functioning*, melainkan MMFF berfokus pada aspek *family functioning* yang memiliki pengaruh terbesar dalam hal fisik dan psikis. MMFF telah digunakan secara luas baik oleh terapis yang berfokus pada permasalahan keluarga hingga berbagai klinik psikiatri (Epstein et al., 2003).

Dalam teori *McMaster Model of Family Functioning* (MMFF) terdapat beberapa asumsi yang melandasinya (Ryan et al., 2012) yakni :

- a. Saling berhubungannya setiap komponen keluarga satu sama lain
- b. Jika terpisah dari sistem keluarga yang lain, maka bagian keluarga lainnya tidak akan bisa dipahami

- c. Memahami hanya setiap bagian dalam keluarga tidak dapat diartikan sebagai memahami *family functioning* sepenuhnya
- d. Dalam menentukan perilaku dari anggota keluarga faktor terpenting yakni struktur dan organisasi yang ada dalam keluarga
- e. Dalam membentuk perilaku anggota keluarga perlu memperhatikan pola transaksional karena itu adalah variabel yang esensial

Fungsi utama dari keluarga adalah menyediakan berbagai sarana perkembangan mulai dari segi biologis/fisik, sosial, psikologis dan memelihara kesejahteraan anggota-anggota keluarga (Ryan et al., 2012). Dalam proses memenuhi fungsi tersebut, keluarga harus menghadapi berbagai isu dan masalah atau area tugas tertentu, yang terbagi menjadi tiga area tugas yakni tugas dasar, perkembangan, dan area tugas beresiko. Jika keluarga tidak mampu untuk menangani secara efektif berbagai area tugas tersebut, maka keluarga akan lebih rentan mengembangkan masalah klinis yang signifikan bahkan dapat muncul perilaku maladaptif (Ryan et al., 2012).

Pertama, area tugas dasar, merupakan area yang paling fundamental diantara area tugas lainnya. Area tugas ini meliputi permasalahan seperti sandang, pangan, papan, transportasi dan kecukupan finansial. Kedua, area tugas perkembangan meliputi berbagai masalah selama tahap perkembangan baik individu dan keluarga. Pada tingkat individual perkembangan dilihat sejak masa bayi hingga lansia. Sedangkan, pada tingkat keluarga perkembangan dilihat saat masa permulaan pernikahan,

saat kehamilan anak kesatu hingga anak terakhir dalam keluarga sudah tidak lagi tinggal di rumah tersebut. Ketiga, area tugas beresiko meliputi mengelola berbagai keadaan genting seperti sakit, kecelakaan, hilangnya pendapatan, pergantian pekerjaan, dan lain lain (Ryan et al., 2012).

D. Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan

Pengertian tenaga kesehatan dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 36 Tahun 2014 pasal 1 ayat 1 yakni setiap orang yang mengabdikan diri dalam ranah kesehatan dan memiliki keahlian serta kecakapan yang didapatkan dari pendidikan kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan usaha-usaha kesehatan.

Terdapat beberapa pekerjaan yang termasuk kedalam kategori tenaga kesehatan berdasarkan UU RI No.36 pasal 11 ayat 1 yakni tenaga medis, tenaga psikologi klinis, tenaga keperawatan, tenaga kebidanan, tenaga kefarmasian, tenaga kesehatan masyarakat, tenaga kesehatan lingkungan, tenaga gizi, tenaga keterampilan fisik, tenaga keteknisian medis, teknik biomedika, tenaga kesehatan tradisional dan tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri.

Tenaga non kesehatan adalah berbagai macam pekerjaan yang tidak termasuk dalam jenis tenaga kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh undang-undang. Contoh tenaga non kesehatan adalah staf administrasi dan akuntan, guru, karyawan IT, pengusaha, jurnalis, petani, nelayan dan sebagainya.

E. Hubungan Antar Variabel

1. Koherensi Keluarga dan Kualitas Hidup

Hasil penelitian oleh beberapa peneliti menunjukkan bahwa koherensi keluarga (*family sense of coherence*/FSOC) dan koherensi diri (*sense of coherence*/SOC) berkaitan dengan kualitas hidup pada berbagai subjek diantaranya pada pasien skizofrenia (Gassmann et al., 2013; Hsiao et al., 2018), kanker payudara (Sarenmalm et al., 2013; Shor et al., 2015), infark miokardia (Norekval et al., 2009), dan pada ibu hamil (Ngai & Ngu, 2011, 2013). Tinggi atau kuatnya FSOC berimbas pada pengurangan dampak stres (Anderson, 1998), penurunan *internalized stigma* (Hsiao et al., 2018), penurunan kecemasan dan peningkatan keberfungsian keluarga (Ngai & Ngu, 2011) serta menurunkan gejala depresi (Ngai & Ngu, 2013).

Family sense of coherence atau koherensi keluarga menggambarkan penilaian keluarga akan *stressor* lingkungan dan juga penilaian kapabilitas keluarga dalam menghadapi *stressor* lingkungan tersebut (Coyle, 2005). Dalam hasil penelitian ditemukan bahwa FSOC ditemukan sebagai faktor yang signifikan dalam pembentukan dan modifikasi dari SOC (Antonovsky, 1987; Ngai & Ngu, 2011). Keluarga yang mempunyai tingkat koherensi yang tinggi akan condong pada kondisi yang mampu untuk bangun kembali setelah mengalami masa genting (Antonovsky & Sourani, 1988). Tingkat *sense of coherence* yang tinggi akan berdampak pada kesejahteraan dalam keluarga dan berfungsi sebagai penangkal stres (Lavee et al., 1987). Tingkat SOC yang tinggi pada tenaga kesehatan berkaitan dengan status kesehatan

yang lebih baik, *work engagement* yang lebih baik dan rendahnya konflik keluarga terkait dengan pekerjaan (Malagon-Aguilera et al., 2019). SOC juga ditemukan sebagai faktor yang mendukung kesehatan mental dan berkaitan dengan kualitas hidup serta melawan adanya kecemasan, depresi dan beban individual (López-Martínez et al., 2019) serta sebagai pencegahan adanya *posttraumatic stress* yang dialami para tenaga kesehatan (Ragger et al., 2019).

Keluarga dipandang sebagai sebuah unit yang tidak dapat direduksi atau dipecah bukan sebagai individu-individu, selain itu anggota keluarga juga diharapkan terlibat dengan kehidupan anggota keluarga lainnya (Park & Chesla, 2007). Antonovsky mengemukakan bahwa dalam menghadapi stres kolektif, kekuatan akan *sense of coherence* dalam konteks kolektif menentukan bagaimana sebuah kelompok mengelola stres tersebut (Antonovsky, 1987). Oleh karena itu, penting untuk memperluas jangkauan SOC yang semula hanya pada tingkat individu menjadi ke tingkat keluarga (yaitu FSOC) sebagai sumber *coping* yang dapat mempengaruhi kemampuan individu mengatasi berbagai tantangan lingkungan (Hsiao et al., 2018).

Family sense of coherence yang kuat menyediakan basis motivasional, perseptual dan perilaku untuk pemecahan masalah fisik dan emosional yang baik yang sehingga mendorong adanya *good quality of life* dan mengurangi resiko depresi (Antonovsky & Sourani, 1988). Oleh karena itu, penting sekali melihat lebih jauh dari sekedar kondisi SOC individual masing-

masing anggota kepada SOC keluarga (FSOC) sebagai faktor yang potensial dalam menangani stres (Ngai & Ngu, 2013) terutama di masa pandemi

2. Keberfungsian Keluarga dan Kualitas Hidup

Penelitian mengenai kaitan *family functioning* atau keberfungsian keluarga dengan kualitas hidup menunjukkan bahwa kedua variabel tersebut berkaitan (Almeida et al., 2020; Curt Lafrance et al., 2011; Goldstein et al., 2008; Herzer et al., 2011; Weissberg-Benchell et al., 2009). *Family functioning* muncul sebagai prediktor yang signifikan kualitas hidup pada pasien epilepsi (Curt Lafrance et al., 2011), pada *caregiver* (Son et al., 2012), pada anak dengan diagnosis *inflammatory bowel disease* (IBD) (Herzer et al., 2011), dan pada remaja dengan diabetes tipe 1 (Almeida et al., 2020).

Keluarga yang mampu beradaptasi dalam berbagai situasi sulit sangat berkaitan pada *positive psychological functioning* (Grey et al., 1998; Hanson et al., 1992), sedangkan adanya gangguan dalam kehidupan keluarga atau dalam sistem keluarga sangat berkaitan dengan buruknya keberfungsian emosi (Burke et al., 1990; Whittemore et al., 2002) dan perilaku (Whittemore et al., 2002). Keluarga adalah hal pertama dan yang paling mendasar, sehingga dapat dikatakan bahwa keberfungsian dalam keluarga mempengaruhi kondisi dari anggota keluarga dalam berbagai aspek seperti fisik, psikologis dan sosial (Dai & Wang, 2015). *Family functioning* adalah konsep yang kompleks yang meliputi banyak dimensi seperti dimensi afektif, struktural, kognitif, kontrol dan hubungan sosial (Fadhilla et al., 2019).

Menurunnya kualitas hidup dalam konteks *general well-being* dan keberfungsian sosial terjadi saat sebuah keluarga mengalami disfungsi di beberapa area seperti penyelesaian masalah, komunikasi, dan *general family functioning* (Herzer et al., 2011). Hal tersebut menunjukkan bahwa buruknya atau kurang efisiennya penyelesaian masalah dan komunikasi dalam keluarga berkontribusi meningkatkan ketegangan dalam keluarga yang dapat membuat anggota keluarga merasa tidak didukung oleh anggota keluarga lainnya (Herzer et al., 2011). Sebagai konsekuensi, konflik keluarga dapat menurunkan kualitas hidup dan *family functioning* dalam beberapa domain, sehingga dalam mengevaluasi kualitas hidup perlu sekali untuk mempertimbangkan *family functioning* sebagai faktor yang dapat mempengaruhi (Herzer et al., 2011).

Adanya peran dan campur tangan keluarga dapat mencegah munculnya atau bahkan meningkatnya suatu gejala tertentu (Herzer et al., 2011). Keluarga memiliki peran penting dalam membantu perkembangan anggotanya karena keluarga adalah sumber utama pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga (Tinkham et al., 1984). *Family functioning* atau keluarga yang berfungsi dengan baik adalah ketika semua anggota keluarga berpartisipasi, berkontribusi dan bekerja sama dalam kesetaraan dan dengan antusias untuk mencapai tujuan bersama (Fadhilla et al., 2019).

Di masa pandemi ini dimana kondisi stres yang mengancam keluarga terus menerus terjadi yang dapat meningkatkan stres orang tua serta mendorong munculnya gejala menurunnya kondisi kesehatan mental seperti

kecemasan dan depresi (Gerard Chung et al., 2020; Fontanesi et al., 2020; Patrick et al., 2020). Sedangkan, pada anak perubahan yang terjadi adalah munculnya gejala seperti depresi, kecemasan, sulit tidur, dan stres akibat sekolah (de Avila et al., 2020; Xie et al., 2020; Zhou et al., 2020). Adanya perubahan pada orang tua atau pada anak dapat mendorong pada menurunnya kualitas hidup, mendorong pengasuhan yang lebih keras dan melemahkan hubungan antara orang tua dan anak (G. Chung et al., 2020; Gerard Chung et al., 2020; Fontanesi et al., 2020), serta meningkatnya *parent-child conflict* (Russell et al., 2020; Spinelli et al., 2020). Aspek-aspek yang ada dalam *family functioning* dapat berguna untuk melindungi anggota keluarga dari berbagai stres akibat pandemi (Hussong et al., 2020), sehingga menjaga keluarga untuk senantiasa berfungsi dengan baik dan tidak menurunkan kualitas hidup meskipun pandemi terjadi..

3. Koherensi Keluarga dan Keberfungsian Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Merebaknya wabah penyakit seperti COVID-19 telah mengakibatkan lebih dari 1,3 juta kematian di seluruh dunia (Johns Hopkins University & Medicine, 2020). COVID-19 telah menyebabkan dampak yang luas pada fungsi psikologis masyarakat luas, termasuk di dalamnya terdapat depresi, kecemasan, serangan panik, gejala somatik, *posttraumatic stress disorder* (PTSD), psikosis hingga bunuh diri (Müller, 2015).

Berdasarkan *family stress models* (Price et al., 2016), pandemi COVID-19 berdampak pada sistem keluarga melalui *negative life events* yang

dialami oleh anggota keluarga dapat mempengaruhi keseluruhan keluarga. Sedangkan, menurut *spillover models* (Kouros et al., 2014) terdapat efek tidak langsung mengenai bagaimana keluarga merespon stresor dapat mempengaruhi anggota keluarga dalam beradaptasi pada kondisi yang menekan. Terdapat juga *family systems theory* (Carr, 2015; Fiese et al., 2002) menyatakan bahwa adanya interkoneksi antar anggota keluarga berarti bahwa stresor yang menghalangi keberfungsian salah satu anggota keluarga akan mendorong pada perubahan keberfungsian di seluruh anggota keluarga.

Dalam memahami pengaruh keluarga terdapat juga model lain bernama *spillover-crossover* (Bakker & Demerouti, 2012). *Spillover* mengarah pada transfer pengalaman “dalam” individu dari satu domain ke domain lainnya yang mempengaruhi perilaku individu (Edwards & Rothbard, 2000). Sebagai contoh adalah ketika salah satu anggota keluarga merasa pekerjaan yang dilakukannya berjalan buruk, lalu menunjukkan sikap seperti mudah marah (Vahedi et al., 2019). *Crossover* merujuk pada transfer pengalaman “antar” individu, dimana pengalaman yang dirasakan anggota keluarga mempengaruhi anggota keluarga lainnya (Westrupp et al., 2016). Sebagai contohnya ketika salah satu anggota keluarga mengalami hari yang buruk karena pekerjaannya (*spillover*) dapat menyebabkan masalah perilaku dan emosional (*crossover*) ketika berkomunikasi dengan anggota keluarga lain. Dari berbagai cara stresor mempengaruhi keluarga diatas, dapat disimpulkan bahwa penting untuk melakukan identifikasi

bagaimana stresor (yakni pandemi COVID-19) mempengaruhi anggota keluarga dan dampaknya pada kesejahteraan seluruh anggota keluarga.

Kebudayaan di Asia yang memandang bahwa keseluruhan keluarga itu lebih diutamakan daripada anggota keluarga (Hsiao et al., 2018). Dalam perspektif sistem keluarga, jika sesuatu terjadi pada salah satu anggota keluarga maka akan mempengaruhi anggota lainnya. Bagaimana keluarga atau orang tua merespon suatu situasi juga mempengaruhi bagaimana anggota keluarga merespon dan beradaptasi pada situasi tersebut (Hosoda, 2014), sehingga adanya keterlibatan keluarga dalam kehidupan individu sudah dapat diprediksi (Park & Chesla, 2007). Keluarga adalah *primary support* yang penting dalam mempertahankan tingkat kualitas hidup (Herzer et al., 2011). Ketika keluarga tidak mampu atau kurang efisien dalam melakukan *problem solving* dan komunikasi, maka akan dapat memperbesar masalah yang ada (Herzer et al., 2011). Hal ini dapat mendorong pada menurunnya kualitas hidup dan *family functioning* (Herzer et al., 2011).

Dalam masa pandemi ini penting sekali untuk memperkuat basis keluarga menjadi sumber *coping* bagi para anggota keluarga. Tingginya tingkat *family sense of coherence* mampu menimalisir stresor dan menstimulasi peningkatan kualitas hidup serta meminimalisir resiko adanya gejala depresi (Antonovsky & Sourani, 1988), begitu juga dengan tingkat *family functioning* yang baik akan mendorong pada meningkatnya *positive functioning* dan *well being* dari keluarga (Ngai & Ngu, 2014). Dengan

meningkatnya *family sense of coherence* dan *family functioning* diharapkan kualitas hidup pada individu juga ikut meningkat.

4. Kualitas Hidup Tenaga Kesehatan dan Tenaga Non Kesehatan Selama Pandemi COVID-19

Pada saat COVID-19 mulai mewabah, para tenaga kesehatan mengalami berbagai hal baru yang mendorong untuk beradaptasi dengan cepat dan tepat. Para tenaga kesehatan mengalami peningkatan beban kerja, kelelahan fisik, isolasi, dan kurangnya dukungan sosial, tidak memadainya alat perlindungan diri, transmisi antar rekan sejawat, dan *ethical concern* dalam merawat pasien memiliki dampak pada kesejahteraan fisik dan mental para tenaga kesehatan (Buselli et al., 2019; Buselli, Carmassi, et al., 2020; Orsini et al., 2020; Pappa et al., 2020). Merebaknya COVID-19 ini mengubah skenario pekerjaan dan tuntutan pekerjaan (Buselli, Corsi, et al., 2020).

Para tenaga kesehatan harus memakai alat perlindungan diri yang rumit dan berat, hal itu dapat mempengaruhi dalam memberikan pelayanan medis kepada pasien (Buselli, Corsi, et al., 2020). Di tambah lagi para tenaga kesehatan harus merawat pasien yang terinfeksi membuat para tenaga kesehatan mengalami perasaan yang campur aduk, di satu sisi ingin memenuhi tanggung jawab profesi dan bekerja selama masa pandemi (Basta et al., 2009; Damery et al., 2010; Gershon et al., 2010; Stergachis et al., 2011) di sisi lain para tenaga kesehatan harus mengalami ketakutan,

kecemasan, ketidakpastian hingga banyaknya stigma yang muncul (Ho et al., 2020).

Huang et.al (2020) menemukan bahwa tingkat kepanikan dan tekanan pada tenaga kesehatan menjadi tinggi saat masa pandemi saat ini (Huang et al., 2020). Tenaga kesehatan seringkali harus menghadapi keadaan darurat medis yang tak terduga, yang mungkin diperparah dengan kekurangan staf medis, ketakutan akan terinfeksi, tidak memadai dan tidak praktisnya alat perlindungan diri, hingga seringnya menyaksikan banyak pasien menderita karena COVID-19 (Young et al., 2020). Oleh sebab itu, tenaga kesehatan beresiko mengalami peningkatan gejala psikologis dan kelelahan (Shanafelt et al., 2002) selama pandemi ini .

Literatur terbaru mengatakan bahwa tenaga kesehatan yang bekerja dari garis depan penanganan COVID-19 terbukti lebih rentan mengembangkan gejala psikologis dan gangguan kesehatan mental (Rajkumar, 2020). Berdasarkan hasil review sistematik dan meta analisis dari 13 penelitian dengan subjek total sebanyak 33,062 mengkonfirmasi bahwa banyak diantara para tenaga kesehatan mengalami kecemasan, depresi dan insomnia selama pandemi COVID-19 dalam tahap yang signifikan (Buselli et al., 2019; Lai et al., 2020; WHO, 2020a). Berbagai faktor di atas dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup para tenaga kesehatan (Buselli, Corsi, et al., 2020) selama pandemi COVID-19 ini, sehingga diperlukan strategi *coping* yang sesuai agar dampak yang dirasakan tidak berkepanjangan.

Banyak riset lebih berfokus hanya pada tenaga kesehatan dan melupakan para tenaga non kesehatan yang bekerja jauh dari rumah atau yang harus beradaptasi dengan bekerja yang baru tersebut (Burdorf et al., 2020), dimana banyak juga pekerjaan yang sulit dilakukan hanya dengan *remote working*. Selama pandemi COVID-19 terjadi beban kerja menjadi meningkat. Hal ini dikarenakan beban kerja yang sudah ada di tambah dengan adanya pekerjaan domestik yang juga turut meningkat, contohnya karena tempat penitipan anak harus ditutup sehingga para orang tua harus bekerja di rumah sambil mengasuh anak (Chen & Fellenz, 2020). Pada suatu penelitian oleh Ruiz-Frutos (Ruiz-Frutos et al., 2021) menunjukkan bahwa 65,2% tenaga non kesehatan yang menjadi responden penelitian mengalami distres psikologis.

Berdasarkan *weekly newsletter* yang diterbitkan oleh *Wiley Periodicals, Inc. publication*, hasil penelitian di Jepang dengan jumlah responden sebanyak 8475 karyawan berusia 20-64 menyatakan bahwa 41,3% responden mengalami kesulitan memilah mana pekerjaan dan kehidupan pribadi, 39,9% responden menyatakan bahwa mereka tidak dapat berolahraga secukupnya dan 39,7% mengungkapkan bahwa mereka kesusahan untuk menghubungi dengan rekan kerja (“In Case You Haven’t Heard...,” 2020). Penelitian tersebut dilakukan oleh Professor Isamu Yamamoto yang juga mengatakan bahwa ada resiko jika jam kerja bertambah dan membuat karyawan kesulitan memisahkan pekerjaan dan kehidupan pribadi (“In Case You Haven’t Heard...,” 2020).

Hal ini menunjukkan bahwa tenaga non kesehatan juga rentan memunculkan berbagai gejala psikologis yang dapat memperburuk kualitas hidup selama masa pandemi. Oleh karena itu, agar dapat melihat melalui sudut pandang berbeda dan lebih luas, dalam penelitian ini peneliti menggunakan dua subjek yang berbeda yakni tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

F. Kerangka Teoritik

Pandemi COVID-19 membawa masyarakat pada situasi baru dimana tidak seorang pun memprediksi akan terjadinya dan mendorong setiap orang untuk beradaptasi habis-habisan agar dapat bertahan selama pandemi. Para tenaga kesehatan, pejuang garda depan dalam melawan COVID-19 harus merawat para pasien yang suspek maupun telah terinfeksi mengalami berbagai konflik batin yakni antara ingin memenuhi tanggung jawab profesi dan membantu saat pandemi dengan ketakutan dan kecemasan akan tertular, kematian serta berbagai stigma yang didapatkan (Buselli et al., 2019; Buselli, Baldanzi, et al., 2020; Ramaci et al., 2020). Para tenaga kesehatan juga merasakan peningkatan beban kerja dan meningkatnya jam kerja (Bueno Ferrán & Barrientos-Trigo, 2021), kelelahan fisik dan emosi, kurang memadainya alat perlindungan diri (Assari & Habibzadeh, 2020), tingginya transmisi virus dan terpisah dari keluarga yang berdampak pada kesejahteraan para tenaga kesehatan selama pandemi berlangsung (Buselli et al., 2019; Buselli, Carmassi, et al., 2020; Orsini et al., 2020; Pappa et al., 2020).

Berbagai alasan diatas menunjukkan bahwa para tenaga kesehatan sangat mungkin mengalami kelelahan mental dan fisik, mengalami ketakutan hingga mengalami gangguan tidur (Kang et al., 2020), kecemasan, depresi, munculnya perilaku yang tidak sehat, dan juga *post-traumatic stress*(Shigemura et al., 2020). Hal tersebut dapat mempengaruhi keamanan dan kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien(West et al., 2018) dan juga sangat mempengaruhi kesehatan mental para tenaga kesehatan sendiri, terlebih lagi beberapa dari dampak tersebut dapat berlangsung dalam jangka waktu lama meskipun pandemi telah usai nanti(Chong et al., 2004; P. Wu, 2009) yang tentunya dapat menyebabkan menurunnya kualitas hidup.

Selain tenaga kesehatan, tenaga non kesehatan juga mengalami banyak hal yang tidak menyenangkan selama pandemi. Banyak diantara para karyawan atau pegawai yang harus dirumahkan atau bahkan di PHK secara tiba-tiba dan hanya 1,8% diantara yang di PHK mendapat pesangon(Ngadi & Purba, 2020). Adanya himbauan untuk menjaga jarak fisik dan sosial membuat banyak para karyawan yang bertahan di perusahaan harus beradaptasi dengan sistem kerja dari rumah. Dari *work from home* ini para tenaga non kesehatan menjadi sulit untuk memisahkan kehidupan pribadi dan pekerjaan serta kesulitan untuk berkomunikasi dengan rekan kerja yang dapat menghambat jalannya pekerjaan(Tashandra, 2020).

Bagi para tenaga non kesehatan yang harus bekerja dari rumah, selain bekerja juga masih ada banyak pekerjaan domestik yang harus dilakukan di rumah dan harus menjaga anak karena *day care* ditutup serta sulitnya

menyeimbangkan kehidupan kerja dan kehidupan keluarga saat bekerja dari rumah (Ruiz-Frutos et al., 2021) tentunya hal ini dapat mengarahkan pada *work-family conflict* yang dapat berdampak pada kesehatan mental anak (Vahedi et al., 2019) dan mengganggu kualitas hidup.

Agar senantiasa memiliki tingkat kualitas hidup yang baik, dapat bertahan selama masa pandemi dan tetap mampu memberikan pelayanan kesehatan terbaik, para tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan memerlukan hal seperti dukungan keluarga. Keluarga yang senantiasa memandang pandemi COVID-19 ini sebagai tantangan yang dapat dilalui dan keluarga yang tetap berfungsi dengan baik akan menjadi sumber dukungan dan sumber *coping* tersendiri para tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Sehingga, para tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan mampu bertahan dan bahwa merasa terdapat keluarga yang senantiasa mendukung dalam kondisi yang sulit ini.

Berdasarkan Dr. Tin Herawati, kepala Departemen Ilmu Keluarga dan Konsumen (IKK) Fakultas Ekologi Manusia (FEMA) IPB, Pandemi COVID-19 telah berdampak sampai pada makrosistem (sistem lingkungan terbesar) yang juga sangat mempengaruhi mikrosistem/keluarga. Pengaruh yang diberikan oleh lingkungan kepada keluarga memiliki dua faktor yakni faktor resiko dan faktor protektif. Dimana faktor resiko berupa semua hal yang bisa membahayakan kesejahteraan keluarga, sedangkan faktor protektif adalah faktor yang mendorong keluarga untuk lebih kuat (*Peran Keluarga Menjadi Kunci Utama Di Era Pandemi COVID-19 Dan New Normal*, 2020).

Dukungan dari keluarga dalam bentuk cara pandang yang positif dan senantiasa berfungsi dengan baik sangat diperlukan dalam menghadapi pandemi ini. Sarafino (Sarafino, 1994) mengungkapkan bahwa dengan adanya dukungan dari sekitar, seorang individu akan merasa lebih diperhatikan dan dihargai serta disayangi. Adanya dukungan dari sekitar tersebut dapat mengurangi berbagai beban yang tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan rasakan, membantu untuk menyesuaikan diri dengan baik selama pandemi ini, dan mencegah berkembangnya berbagai gejala psikologis serta mempertahankan kualitas hidup dalam kondisi yang baik. Keluarga adalah yang utama dan pertama, terutama untuk budaya Asia yang lebih mengedepankan keluarga daripada individu.

Keluarga adalah satu-satunya institusi sosial yang memiliki tugas untuk memperkenalkan perilaku, dan membimbing anggota keluarga untuk dapat melakukan adaptasi dengan berbagai perubahan di lingkungan sosial saat ini. Keluarga yang berfungsi dengan baik dan memiliki pola pikir positif akan lebih mampu untuk mendorong anggota keluarga untuk beradaptasi dengan baik dalam kondisi pandemi ini. Sehingga, keluarga dengan kemampuan koherensi dan keberfungsian yang baik akan mampu meningkatkan faktor protektif yang akan senantiasa melindungi keluarga selama pandemi dan mendorong pada kualitas hidup yang baik bagi seluruh anggota keluarga (*Peran Keluarga Menjadi Kunci Utama Di Era Pandemi COVID-19 Dan New Normal*, 2020). Salah satu konsep yang dapat meningkatkan faktor protektif adalah *family sense of coherence* (FSOC) dan *family functioning* (FF).

Dalam berbagai penelitian menemukan penguatan bahwa *family sense of coherence* (Gassmann et al., 2013; Hsiao et al., 2018; Ngai & Ngu, 2011, 2013; Norekval et al., 2009; Sarenmalm et al., 2013; Shor et al., 2015) dan *family functioning* (Almeida et al., 2020; Curt Lafrance et al., 2011; Goldstein et al., 2008; Herzer et al., 2011; Weissberg-Benchell et al., 2009) ditemukan bahwa keduanya berdampak positif akan kepuasan terhadap kualitas hidup, memediasi dampak stres, dan sebagai prediktor yang signifikan dalam menentukan kualitas hidup individu.

Dalam berbagai model pemahaman mengenai pengaruh keluarga terhadap individu atau sebaliknya seperti *family stress models* (Price et al., 2016), *family systems theory* (Carr, 2015; Fiese et al., 2002), *spillover models* (Kouros et al., 2014) dan *spillover-crossover model* (Bakker & Demerouti, 2012), menjelaskan bahwa keluarga dan anggota keluarga di dalamnya dapat saling mempengaruhi. Sehingga, jika keluarga mampu membentuk cara pandang yang positif dan berfungsi dengan baik selama pandemi COVID-19 ini akan membawa anggota keluarga mampu beradaptasi dalam kondisi sulit ini dan meningkatkan kualitas hidup.

Para tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan yang saat menghadapi pandemi ini mendapatkan bantuan keluarga akan mampu memandang COVID-19 sebagai tantangan yang dapat diselesaikan (*comprehensible*), terdapat berbagai sumber daya dalam mengatasinya (*manageable*), terdapat banyak makna dibalik pandemi (*meaningful*), dan memperoleh dukungan dari keluarga dalam penyelesaian masalah, komunikasi, peran, respon afektif, keterlibatan



Gambar 2.2 Kerangka Teoritis Model Komparasi

G. Hipotesis

Bersumber dari uraian di atas, maka hipotesis dalam penelitian ini yakni

1. Terdapat pengaruh antara koherensi keluarga terhadap kualitas hidup
2. Terdapat pengaruh antara keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup
3. Terdapat pengaruh antara koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup
4. Terdapat perbedaan kualitas hidup antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan selama pandemi COVID-19.

2. Variabel Bebas (*independent variable*)

Variabel terikat atau yang biasa juga disebut dengan variabel X merupakan variabel yang berpengaruh terhadap variabel Y dan mempunyai dampak pada keberlangsungan variabel Y (Creswell, 2012). Variabel bebas dalam penelitian ini adalah *family sense of coherence*(X1) dan *family functioning*(X2)

C. Definisi Operasional Variabel Penelitian

1. Kualitas Hidup

Quality of Life atau kualitas hidup adalah pandangan individu akan kondisi hidupnya dalam suatu kurun waktu tertentu dan dalam lingkungan tertentu yang dipengaruhi oleh berbagai indikator objektif (eksternal) dan indikator subjektif (internal), indikator-indikator tersebut melingkupi kesehatan secara fisik, kesehatan secara psikologis, hubungan sosial dan lingkungan.

2. Koharensi Keluarga

Family sense of coherence atau koherensi keluarga adalah komponen dari *sense of coherence* yang berada dalam tingkat keluarga yang mengacu pada kemampuan keluarga dalam menghadapi stimuli dari lingkungan dengan senantiasa memandang bahwa setiap stimuli lingkungan tersebut adalah sebuah tantangan yang dapat diatasi, terstruktur dan dapat diprediksi (*comprehensible*), terdapat sumber daya yang memadai untuk menghadapi stimuli tersebut (*manageable*), dan berbagai stimuli lingkungan tersebut adalah hal yang berharga dan bermakna (*meaningful*).

3. Keberfungsian Keluarga

Family functioning atau keberfungsian keluarga adalah derajat kejauhan atau kedalaman dari pola interaksi antar anggota keluarga saat melakukan perannya masing-masing dengan senantiasa mengusahakan untuk meningkatkan kesejahteraan dan perkembangan dari segi sosial, fisik, dan psikologis anggota keluarga melalui penyelesaian masalah, komunikasi, peran, respon afektif, keterlibatan afektif, dan kontrol perilaku.

D. Populasi, Teknik Sampling Dan Sampel

1. Populasi dan Sampel Penelitian

Dalam penelitian ini populasi yang dipilih adalah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Untuk sampel yang diambil adalah tenaga kesehatan yang bekerja sebagai garda depan dan pernah berkontak dengan pasien COVID-19 serta tenaga non kesehatan baik yang bekerja jauh dari rumah (dari kantor) atau pernah bekerja dari rumah (Ruiz-Frutos et al., 2021). Kriteria yang termasuk dalam sampel adalah (1)berusia ≥ 18 tahun; (2)Bekerja sebagai tenaga kesehatan garda depan atau tenaga non kesehatan yang bekerja selama pandemi, (3)menyetujui *informed consent*. Untuk menentukan siapa saja yang termasuk dalam kategori tenaga kesehatan, maka peneliti mengacu pada UU No.36 tahun 2014 pasal 11 ayat 1, sebagai berikut:

- a. Tenaga medis (dokter, dokter, dokter gigi, dokter spesialis, dan dokter gigi spesialis)
- b. Tenaga psikologi klinis (psikolog klinis)

- c. Tenaga keperawatan (perawat)
- d. Tenaga kebidanan (bidan)
- e. Tenaga kefarmasian (apoteker dan tenaga teknis kefarmasian)
- f. Tenaga kesehatan masyarakat (epidemiolog kesehatan, tenaga promosi kesehatan dan ilmu perilaku, pembimbing kesehatan kerja, tenaga administrasi dan kebijakan kesehatan, tenaga biostatistik dan kependudukan, serta tenaga kesehatan reproduksi dan keluarga)
- g. Tenaga kesehatan lingkungan (tenaga sanitasi lingkungan, entomolog kesehatan, dan mikrobiolog kesehatan)
- h. Tenaga gizi (nutrisionis dan dietisien)
- i. tenaga keterampilan fisik (fisioterapis, okupasi terapis, terapis wicara, dan akupunktur)
- j. Tenaga keteknisian medis (perekam medis dan informasi kesehatan, teknik kardiovaskuler, teknisi pelayanan darah, refraksionis optisien/optometris, teknisi gigi, penata anestesi, terapis gigi dan mulut, dan audiologis)
- k. Teknik biomedika (radiografer, elektromedis, ahli teknologi laboratorium medik, fisikawan medik, radioterapis, dan ortotik prostetik)
- l. Tenaga kesehatan tradisional (tenaga kesehatan tradisional ramuan dan tenaga kesehatan tradisional keterampilan)
- m. Tenaga kesehatan lain yang ditetapkan oleh menteri

2. Teknik Sampling

Penelitian ini memakai teknik sampling *non probability sampling*. Jenis yang digunakan adalah *purposive sampling* untuk kelompok subjek tenaga kesehatan dan *accidental sampling* untuk kelompok subjek tenaga non kesehatan. *purposive sampling* adalah pengambilan sampel yang memerlukan pertimbangan tertentu, disebabkan tidak semua sampel mempunyai kriteria yang serupa (Sugiyono, 2016). *Accidental sampling* merupakan pengambilan sampel secara kebetulan yakni siapapun yang bertepatan bertemu dengan peneliti dan sesuai dengan kriteria dapat mengisi kuesioner (Sugiyono, 2016).

Populasi yang dipilih adalah tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Sampel adalah elemen populasi yang digunakan sebagai objek penelitian dan harus mewakili dari jumlah populasi yang ada. Sampel dalam penelitian ini adalah (1) tenaga kesehatan yang pernah atau sedang berada di garda depan penanganan COVID-19; (2) tenaga non kesehatan yang selama pandemi tetap bekerja.

Ukuran sampel minimum dalam penelitian ini ditentukan menggunakan dua rumus, untuk tenaga kesehatan karena populasinya diketahui maka digunakan rumus Slovin, sedangkan untuk tenaga non kesehatan karena populasinya tidak diketahui menggunakan rumus jumlah sampel untuk penelitian kesehatan yang telah ditetapkan oleh WHO (Lemeshow et al., 1997).

melakukan riset. Pada masa-masa awal pandemi (per 30 Juni 2020), Jawa Timur pernah menjadi provinsi dengan angka positif COVID-19 terbanyak dengan CFR (*Case Fatality Rate*) sebesar 7,3%, dimana angka tersebut jauh lebih tinggi dari CFR nasional dan global (Ministry of Health of The Republic of Indonesia, 2020). Surabaya yang merupakan ibukota Provinsi Jawa Timur juga pernah menjadi kontributor kenaikan jumlah positif COVID-19 terbanyak di Jawa Timur (lebih dari 50%)(Salman, 2020) sehingga dalam pengambilan data akan difokuskan pada di Surabaya.

E. Teknik Pengambilan Data

Dalam penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif sehingga dalam proses pengumpulan datanya akan menggunakan kuesioner (angket) dengan berbagai instrument sesuai dengan variabel yang diteliti. Dalam menyebarkan kuesioner penelitian, peneliti menggunakan media daring. Hal tersebut dikarenakan untuk meminimalisir kontak antara peneliti dan responden sehingga mencegah lebih luasnya penyebaran COVID-19. Responden nantinya akan diberikan link *google form* yang berisi mengenai *informed consent*, data demografis, dan aitem-aitem dalam instrumen untuk mengukur variabel.

Pengambilan data dilakukan sebanyak dua kali karena terdapat dua kelompok sampel yang berbeda. Pengambilan data pertama ditujukan untuk menghimpun data dari kelompok subjek tenaga non kesehatan yang dilakukan

mulai tanggal 28 Mei 2021 hingga 25 Juni 2021 melalui link bit.ly/SurveiTANonNakes.

Pengambilan data kedua ditujukan untuk menghimpun data dari kelompok subjek tenaga kesehatan yang juga dilakukan secara online melalui link bit.ly/SurveiTANakes mulai tanggal 3 Agustus 2021 hingga 12 Agustus 2021. Pengambilan data ini dilakukan di Ruang Isolasi Khusus 1-6 di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Dalam pengambilan data kedua ini difokuskan pada tenaga kesehatan yang pernah merawat atau melayani pasien COVID-19 saja. Hal ini didasarkan pada riset terdahulu bahwa tenaga kesehatan yang berada di garda depan harus menghadapi tekanan psikologis yang sangat besar karena beban kerja yang luar biasa, jam kerja yang panjang, tugas shift dan bekerja dalam tempo cepat dan lingkungan berisiko tinggi (Healy & Tyrrell, 2011; Hooper et al., 2010).

Dalam kondisi pandemi ini, para tenaga kesehatan yang memiliki kontak dekat pasien yang terinfeksi secara teratur dapat mengalami kecemasan, mengembangkan gejala depresi, gangguan emosional dan gangguan tidur dikarenakan kurangnya pengetahuan akan virus baru (S. Liu et al., 2020; Xiang, Jin, et al., 2020; Xiang, Yang, et al., 2020) ditambah lagi saat ini virus sudah melakukan mutasi menjadi berbagai varian yang bahkan jauh lebih ganas. Kondisi tersebut dapat mempengaruhi tingkat kualitas hidup tenaga kesehatan garda depan yang juga dapat mengarahkan pada ketidakefektifan pemberian layanan kesehatan (Stojanov et al., 2020).

F. Instrumen Penelitian

1. Koherensi Keluarga (X1)

a. Alat Ukur (*Blueprint*)

Dalam mengukur koherensi keluarga digunakan *family sense of coherence scale* (FSOC Scale) yang dikembangkan oleh Antonovsky dan Sourani (1988) yang diadaptasi dari *sense of coherence scale* yang juga dikembangkan oleh Antonovsky. Dalam *family sense of coherence scale* terdapat 26 aitem yang mengukur tiga dimensi yakni *comprehensibility*, *manageability*, dan *meaningfulness*. Terdapat empat pilihan jawaban disetiap pernyataan yang diberikan.

Alternatif jawaban 1 dan 2 mengungkapkan bahwa partisipan merasa cenderung lebih sesuai dengan pilihan jawaban di sebelah kiri. Sedangkan, alternatif jawaban 3 dan 4 mengungkapkan bahwa partisipan merasa cenderung lebih sesuai dengan alternatif jawaban di sebelah kanan. Keempat alternatif jawaban tersebut disusun dalam *linear scale* dan tiap aitem memiliki pilihan sisi kanan dan kiri yang berbeda-beda disesuaikan dengan pernyataan yang ada. Pilihan jawaban menunjukkan skor responden pada tiap aitem. Kriteria penyekoran alat ukur ini adalah semakin tinggi total nilai yang didapatkan oleh partisipan, maka semakin kuat atau semakin tinggi tingkat *family sense of coherence*.

Alat ukur ini telah diterjemahkan kedalam berbagai bahasa dengan berbagai variasi subjek. Di Indonesia, salah satu peneliti telah melakukan adaptasi kedalam bahasa Indonesia dengan subjek adalah siswa sekolah

family assessment device (FAD) (Epstein et al., 1983). Skala tersebut dibuat dengan dengan tujuan agar dapat mengidentifikasi manakah keluarga yang sehat dan mana keluarga yang keluarga tidak sehat. Dalam pengembangannya skala tersebut tersebut telah diuji pada orang dengan latar keluarga yang berbeda-beda, subjek uji coba tidak kurang dari 503 orang yang berusia 12 tahun atau lebih (Epstein et al., 1983). Hasil uji reliabilitas skala FAD ini menghasilkan nilai *cronbach alpha* yang baik di tiap dimensi nya yakni 0,74 (penyelesaian masalah), 0,75 (komunikasi), 0,72 (peran), 0,83 (respon afektif), 0,78 (keterlibatan afektif), 0,72 (kontrol perilaku), dan 0,92 (keberfungsian umum). Hal ini berarti alat ukur FAD memiliki reliabilitas yang baik dan telah dinyatakan valid untuk dapat mengidentifikasi manakah keluarga yang sehat dan mana keluarga yang keluarga tidak sehat (Epstein et al., 1983). Interkorelasi antar dimensi berkisar antara 0,4 hingga 0,6 (Epstein et al., 1983).

Family Assessment Device (FAD) disusun dengan tujuan untuk dapat melihat berbagai area dalam keluarga dan mengetahui apakah terdapat masalah di area tertentu (Epstein et al., 1983). FAD juga sama dengan alat ukur keluarga lainnya yakni mengukur persepsi individu atau anggota keluarga tentang keluarga masing-masing (Epstein et al., 1983). FAD memiliki tujuh dimensi, enam diantaranya disusun berdasarkan MMFF dengan satu dimensi tambahan yakni *general functioning* atau keberfungsian secara umum yang ditujukan untuk dapat menaksir tingkat

ukur *person-centered* yakni sebuah alat ukur multilingual yang digunakan pada asesmen individual dan di desain untuk dipakai secara umum selaku konsep multidimensional (Wandasari, 2012). Alat ukur ini memiliki dari 26 aitem dengan klasifikasi 2 aitem mengenai gambaran kualitas hidup secara umum, 7 aitem mengukur kesehatan fisik, 6 aitem mengukur psikologis, 3 aitem mengukur hubungan sosial, dan 8 aitem mengukur lingkungan dimana individu berada.

WHOQOL-BREF merupakan alat ukur yang reliabel dengan skor *cronbach alpha* antara 0,66 hingga 0,87 dan valid dengan skor sebesar 0,89 hingga 0,95. Mulanya, WHOQOL-BREF disusun dalam bahasa inggris lalu diadaptasi kedalam bahasa Indonesia oleh Dr.Ratna Mardiaty,dkk(WHO, 2004), sayangnya alat ukur ini belum diuji psikometrik. Skala WHOQOL-BREF hasil adaptasi tersebut dipakai untuk mempelajari kualitas hidup dewasa muda lajang (Wardhani, 2006). Hasil pengujian WHOQOL-BREF versi bahasa indonesia oleh Wardhani menunjukkan bahwa valid dengan skor sebesar 0,409-0,850 dan reliabilitas sebesar 0,857. Sehingga, disimpulkan bahwa WHOQOL-BREF versi bahasa Indonesia adalah skala yang reliabel sekaligus valid (Sekarwiri, 2008). Pada uji reliabilitas dilakukan dengan bantuan SPSS 11,5 dengan melihat pada *coefficient cronbach alpha* yang menunjukkan nilai sebesar 0,8756 sehingga dapat dikatakan 26 aitem WHOQOL-BREF adalah alat ukur yang reliabel(Sekarwiri, 2008).

c. Uji Daya Beda Aitem

Tabel 3.9 Hasil Uji Daya Beda Aitem Skala WHOQOL-BREF

Item	Corrected Item-Total Correlation	Keterangan	Item	Corrected Item-Total Correlation	Keterangan
1	0,567	Valid	11	0,707	Valid
2	0,690	Valid	12	0,782	Valid
3	0,672	Valid	13	0,535	Valid
4	0,612	Valid	14	0,633	Valid
5	0,621	Valid	15	0,637	Valid
6	0,570	Valid	16	0,331	Valid
7	0,584	Valid	17	0,607	Valid
8	0,595	Valid	18	0,557	Valid
9	0,626	Valid	19	0,556	Valid
10	0,540	Valid			

Dari hasil uji coba skala *family sense of coherence* diatas, ke-19 aitem tersebut dinyatakan valid dan dapat digunakan untuk mengukur fenomena yang ada. Hal tersebut dikarenakan tidak ada satupun aitem dengan skor *corrected item total correlation* < 0,30. Pada skala WHOQOL-BREF ini indeks daya beda aitem bergerak antara 0,331 hingga 0,782.

d. Reliabilitas Skala WHOQOL-BREF

Metode konsistensi internal digunakan sebagai uji reliabilitas dalam penelitian ini yaitu dengan melihat nilai *cronbach's alpha* Koefisien reliabilitas memiliki rentang antara 0 hingga 1. Apabila hasil hitung koefisien suatu skala semakin mendekati angka satu maka semakin baik reliabilitas skala tersebut (Azwar, 2010) atau juga dapat ditentukan dengan melalui hasil *cronbach's alpha* > 0,6 maka instrumen dinyatakan reliabel (Ghozali, 2012). Berikut adalah hasil uji reliabilitas skala WHOQOL-BREF.

Pada variabel X1 yakni *family sense of coherence*, untuk skor empirik menghasilkan *mean* sebesar 57,67 dengan jumlah skor minimum (XMin) sebesar 36 dan jumlah skor maksimum(XMax) sebesar 64 serta standar deviasi sebesar 6,514. Sedangkan, Untuk skor hipotetiknya dihasilkan dari 16 aitem skala *family sense of coherence* dengan empat pilihan jawaban. Rentang minimum dan maksimumnya adalah 16x1 hingga 16x4, yakni 16 sampai 64 dengan *mean* hipotetik $(16+64) : 2 = 40$. Standar deviasi hipotetik adalah $(64-16) : 6 = 8$. Dari penghitungan tersebut diperoleh bahwa nilai rerata empirik lebih besar daripada rerata hipotetik yakni $57,67 > 40$. Maka, ditarik simpulan bahwasannya tingkat *family sense of coherence* subjek dalam penelitian ini lebih tinggi dibanding populasi kebanyakan.

Selanjutnya, pada variabel X2 yakni *family functioning*, untuk skor empirik menghasilkan *mean* sebesar 62,395 dengan jumlah skor minimum (XMin) sebesar 38 dan jumlah skor maksimum(XMax) sebesar 80 serta standar deviasi sebesar 7,472. Sedangkan, Untuk skor hipotetiknya dihasilkan dari 20 aitem skala *family functioning* yang telah valid dan reliabel dengan empat pilihan jawaban. Rentang minimum dan maksimumnya adalah 20x1 hingga 20x4, yakni 20 sampai 80 dengan *mean* hipotetik $(20+80) : 2 = 50$. Standar deviasi hipotetik adalah $(80-20) : 6 = 10$. Dari penghitungan tersebut diperoleh bahwa nilai rerata empirik lebih besar dibanding rerata hipotetik yakni $62,395 > 50$. Maka, ditarik simpulan

jumlah subjek sebanyak 140 orang (70%). Pada kategori tinggi mempunyai kriteria nilai $\geq 83,838$ dengan jumlah subjek sebanyak 32 orang (16%).

Untuk variabel independen (X1) yakni *family sense of coherence* pada kategori rendah mempunyai kriteria nilai $\leq 51,155$ dengan jumlah subjek sebanyak 34 orang (17%). Pada kategori sedang mempunyai kriteria nilai dengan rentang 51,155 hingga 64 dan jumlah subjek sebanyak 122 orang (61%). Pada kategori tinggi mempunyai kriteria nilai ≥ 64 dengan jumlah subjek sebanyak 44 orang (22%).

Untuk variabel independen (X2) yakni *family functioning* pada kategori rendah mempunyai kriteria nilai $\leq 54,923$ dengan jumlah subjek 5 orang (2,5%). Pada kategori sedang mempunyai kriteria nilai dengan rentang 54,923 hingga 69,867 dan jumlah subjek 98 orang (49%). Pada kategori tinggi mempunyai kriteria nilai $\geq 69,867$ dengan jumlah subjek sebanyak 97 orang (48,5%).

Dari hasil uji statistik dan deskripsi di atas dapat dikatakan bahwa pada penelitian ini mayoritas partisipan penelitian mempunyai skor *family sense of coherence*, *family functioning*, dan *quality of life*, dalam kategori rendah. Hal tersebut dibuktikan oleh banyaknya responden yang memiliki hasil yang berada kategori sedang atau cukup baik.

Berikutnya, untuk menganalisis hasil kategorisasi di atas dan kaitannya dengan variabel demografi, peneliti menggunakan uji analisis deskriptif dengan *cross tabulation* yang dibantu oleh SPSS 26.00 *for windows*.

tahun hingga 50 tahun, dan 8 orang (8%) usia >50 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 1 orang (1%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 8 orang (8%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 4 orang (4%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 2 orang (2%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 2 orang (2%) usia >50 tahun.

Berikutnya, variabel X1 yakni *family sense of coherence*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 2 orang (2%) usia 18 tahun hingga 24 tahun, 6 orang (6%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 8 orang (8%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, lalu 1 orang (1%) usia 41 tahun hingga 50 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 2 orang (2%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 10 orang (10%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 33 orang (33%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 4 orang (4%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 3 orang (3%) usia >50 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 3 orang (3%) usia 25-30 tahun, 22 orang (22%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 6 orang (6%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 2 orang (2%) usia >50 tahun.

Untuk kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 14 orang (14%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 3 orang (3%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 7 orang (7%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, lalu 1 orang (1%) usia >50 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 15 orang (15%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 17 orang (17%) usia 25 tahun hingga 30

tahun, 16 orang (16%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 7 orang (7%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, lalu 9 orang (9%) usia >50 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 1 orang (1%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 4 orang (4%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 3 orang (3%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 1 orang (1%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 2 orang (2%) usia >50 tahun.

Pada variabel X2 yakni, *family functioning*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 1 orang (1%) pada rentang usia 25 tahun hingga 30 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 2 orang (2%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 9 orang (9%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 21 orang (21%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 5 orang (5%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 3 orang (3%) usia >50 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 9 orang (9%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 42 orang (42%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 5 orang (5%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, dan 2 orang (2%) usia >50 tahun.

Untuk kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 3 orang (3%) usia 18 tahun hingga 24 tahun lalu 1 orang (1%) usia 25 tahun hingga 30 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 19 orang (19%) dengan rentang usia 18 tahun hingga 24 tahun, 11 orang (11%) usia 25 tahun hingga 30 tahun, 19 orang (19%) usia 31 tahun hingga 40 tahun, 4 orang (4%) usia 41 tahun hingga 50 tahun, lalu 5 orang (5%) usia lebih dari 50 tahun. Untuk kategori tinggi

perempuan. Untuk kategori tinggi terdapat 2 orang (24%) laki-laki, dengan 13 orang (13%) perempuan.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 5 orang (5%) laki-laki, dengan 10 orang (10%) perempuan. Untuk kategori sedang terdapat 30 orang (30%) laki-laki, dengan 38 orang (38%) perempuan. Untuk kategori tinggi terdapat 11 orang (11%) laki-laki, dengan 6 orang (6%) perempuan.

Berikutnya, variabel X1 yakni *family sense of coherence*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 5 orang (5%) laki-laki, dan 10 orang (10%) perempuan. Untuk kategori sedang terdapat 19 orang (19%) laki-laki, dan 33 orang (33%) perempuan. Untuk kategori tinggi terdapat 6 orang (6%) laki-laki, dan 27 orang (27%) perempuan.

Pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 10 orang (10%) laki-laki, dan 15 orang (15%) perempuan. Untuk kategori sedang terdapat 31 orang (31%) laki-laki, dengan 33 orang (33%) jenis kelamin perempuan. Untuk kategori tinggi terdapat 5 orang (5%) laki-laki, dengan 6 orang (6%) perempuan.

Pada variabel X2 yakni, *family functioning*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 1 orang (1%) laki-laki. Untuk kategori sedang terdapat 9 orang (9%) laki-laki,

Dari tabel mengenai hasil *crosstab* status pernikahan dengan ketiga variabel penelitian dapat diketahui bahwa variabel Y yakni *quality of life* pada tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 11 orang(11%) dengan status menikah, dan 9 orang(9%) belum menikah. Untuk kategori sedang terdapat 66 orang(66%) dengan status menikah, dan 6 orang(6%) belum menikah. Untuk kategori tinggi terdapat 13 orang(13%) dengan status menikah, dan 2 orang(2%) belum menikah.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 2 orang(2%) dengan status menikah, dan 13 orang(13%) belum menikah. Untuk kategori sedang terdapat 39 orang(39%) dengan status menikah, dan 29 orang(29%) belum menikah. Untuk kategori tinggi terdapat 13 orang(13%) dengan status menikah, dan 4 orang(4%) belum menikah.

Berikutnya, variabel X1 yakni *family sense of coherence*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 14 orang(14%) dengan status menikah, dan 1 orang(1%) belum menikah. Untuk kategori sedang terdapat 46 orang(46%) dengan status menikah, dan 6 orang(6%) belum menikah. Untuk kategori tinggi terdapat 30 orang(30%) dengan status menikah, dan 3 orang(3%) belum menikah.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat terdapat 6 orang(6%) dengan status menikah,

Tenaga Non Kesehatan	<i>Family Functioning</i>	>5 Tahun	1(1%)	33(33%)	55(55%)	89(89%)
		<5 Tahun	-	7(7%)	4(4%)	11(11%)
		Total	1(1%)	40(40%)	59(59%)	100(100%)
	<i>Quality of Life</i>	>5 Tahun	5(5%)	37(37%)	11(11%)	53(53%)
		<5 Tahun	10(10%)	31(31%)	6(6%)	47(47%)
		Total	15(15%)	68(68%)	17(17%)	100(100%)
	<i>Family Sense of Coherence</i>	>5 Tahun	11(11%)	35(35%)	7(7%)	53(53%)
		<5 Tahun	14(14%)	29(29%)	4(4%)	47(47%)
		Total	25(25%)	64(64%)	11(11%)	100(100%)
	<i>Family Functioning</i>	>5 Tahun	-	33(33%)	20(20%)	53(53%)
		<5 Tahun	4(4%)	25(25%)	18(18%)	47(47%)
		Total	4(4%)	58(58%)	38(38%)	100(100%)

Dari tabel mengenai hasil *crosstab* lama bekerja dengan ketiga variabel penelitian dapat diketahui bahwa variabel Y yakni *quality of life* pada tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 10 orang (10%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 3 orang (3%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 65 orang (65%) yang telah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 7 orang (7%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 14 orang (14%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 1 orang (1%) yang bekerja kurang dari 5 tahun.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 5 orang (5%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu sejumlah 10 orang (10%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 37 orang (37%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 31 orang (31%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 11 orang (11%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 6 orang (6%) yang bekerja kurang dari 5 tahun.

Berikutnya, variabel X1 yakni *family sense of coherence*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 11 orang(11%) yang telah bekerja >5 tahun, dengan 4 orang(4%) yang bekerja <5 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 49 orang(49%) yang telah bekerja >5 tahun, dengan 3 orang(3%) yang bekerja <5 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 29 orang(29%) yang telah bekerja >5 tahun, dengan 4 orang(4%) yang bekerja <5 tahun.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat terdapat 11 orang (11%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 14 orang (14%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 35 orang (35%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 29 orang (29%) yang bekerja kurang dari 5 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 7 orang (7%) yang sudah bekerja lebih dari 5 tahun, lalu 4 orang (4%) yang bekerja kurang dari 5 tahun.

Pada variabel X2 yakni, *family functioning*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 1 orang (1%) yang telah bekerja >5 tahun. Untuk kategori sedang terdapat 33 orang (33%) yang telah bekerja >5 tahun, lalu 7 orang(7%) yang bekerja <5 tahun. Untuk kategori tinggi terdapat 55 orang(55%) yang telah bekerja >5 tahun, lalu 4 orang(4%) yang bekerja <5 tahun.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 4 orang(4%) yang bekerja <5 tahun. Untuk

Dari tabel mengenai hasil *crosstab* lama bekerja dengan ketiga variabel penelitian dapat diketahui bahwa variabel Y yakni *quality of life* pada tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 12 orang(12%) perawat, dan 1 orang(1%) bidan. Untuk kategori sedang terdapat 57 orang(57%) perawat, dan 15 orang(5%) bidan. Untuk kategori tinggi terdapat 11 orang(11%) perawat, dan 4 orang(4%) bidan.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 9 orang(9%) staf, 5 orang(5%) guru dan 1 orang(1%) dengan pekerjaan lain. Pada kategori sedang terdapat 44 orang(44%) staf, 9 orang(9%) guru, 9 orang(9%) *cleaning service*, dan 6 orang(6%) dengan pekerjaan lain. Pada kategori tinggi terdapat 9 orang(9%) staf, 2 orang(2%) guru, 4 orang(4%) *cleaning service*, dan 2 orang(2%) dengan pekerjaan lain.

Berikutnya, variabel X1 yakni *family sense of coherence*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 11 orang(11%) perawat, dan 4 orang(4%) bidan. Untuk kategori sedang terdapat 42 orang(42%) perawat, dan 10 orang(10%) bidan. Untuk kategori tinggi terdapat 27 orang(27%) perawat, dan 6 orang(6%) bidan.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 16 orang(16%) staf, 4 orang(5%) guru, 1 orang(1%) *cleaning service*, dan 4 orang(4%) dengan pekerjaan lain.

Pada kategori sedang terdapat 37 orang(37%) staf, 12 orang(12%) guru, 11 orang(11%) *cleaning service*, dan 4 orang(4%) dengan pekerjaan lain. Untuk kategori tinggi terdapat 9 orang(9%) staf, 1 orang(1%) *cleaning service*, dan 1 orang(1%) dengan pekerjaan lain.

Pada variabel X2 yakni, *family functioning*, pada kelompok subjek tenaga kesehatan untuk kategori rendah terdapat 1 orang(1%) perawat. Untuk kategori sedang terdapat 30 orang(57%) perawat, dan 10 orang(10%) bidan. Untuk kategori tinggi terdapat 49 orang(49%) perawat, dan 10 orang(10%) bidan.

Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan untuk kategori rendah terdapat 2 orang(2%) staf dan 1 orang(1%) guru. Pada kategori sedang terdapat 30 orang(30%) staf, 4 orang(4%) guru, 7 orang(7%) *cleaning service*, dan 7 orang(7%) dengan pekerjaan lain. Pada kategori tinggi terdapat 24 orang(24%) staf, 11 orang(11%) guru, 6 orang(6%) *cleaning service*, dan 2 orang(0%) dengan pekerjaan lain.

B. Pengujian Hipotesis

Berdasarkan hasil uji prasyarat analisis, data dalam penelitian ini memiliki sebaran yang normal, saling berhubungan linear, tidak terdapat multikolinieritas, auto korelasi dan bebas gejala heteroskedastisitas. Sehingga, dapat dilakukan pengolahan data parametrik. Uji asumsi klasik dengan teknik regresi linier dan *independent t test* melalui SPSS 26.00 *for windows*. Hasil pengujian hipotesis dan prasyarat analisis dapat dilihat dibawah ini:

3) Nilai koefisien b_2

Hasil hitung menunjukkan nilai koefisien b_1 sebesar 0,118. Hal tersebut bermakna, jika variabel prediktor lain nilainya konstan dan nilai variabel X_2 yakni *family functioning* meningkat 1 tingkatan, maka besaran nilai variabel Y atau *quality of life* akan meningkat sebesar 0,118. Maka, dinyatakan bahwasannya semakin mningkat *family functioning* maka semakin meningkat pula *quality of life*.

b. Uji Regresi Simultan (Uji F)

Hasil Uji F mengacu pada tabel Anova yang ada di output uji regresi linier berganda melalui SPSS 26.00 *for windows*. Uji F ditujukan untuk melihat besarnya dampak variabel bebas (X) secara simultan pada variabel terikat (Y). Dasar penentuannya yakni dengan melihat skor signifikansi lalu membandingkan nilai F hitung dan F tabel.

Ketentuannya yakni jika skor sig. $< 0,05$ artinya ada dampak yang diberikan secara serentak antara variabel bebas (X) pada variabel terikat (Y). Sebaliknya, jika skor sig. $> 0,05$ artinya tidak ada dampak yang diberikan secara serentak antara variabel bebas (X) pada variabel terikat (Y). Ketentuan dalam membandingkan skor F hitung dan F tabel yakni bila skor F hitung $> F$ tabel maka ada dampak yang diberikan secara serentak antara variabel bebas (X) pada variabel terikat (Y) dan begitu pula sebaliknya.

Tabel 4.22 Output regresi linier berganda “ANOVA”

ANOVA						
Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7156,75	2	3578,37	38,978	0,000 ^b
	Residual	18088,11	197	91,818		
	Total	25244,87	199			

Dari hasil output diatas menunjukkan bahwa skor signifikansi $0,000 < 0,05$, maka ada dampak yang diberikan secara substansial antara variabel bebas (X) pada variabel terikat (Y). Jika berdasarkan F hitung dengan menggunakan taraf signifikansi sebesar 5 % dengan rumus $F_{tabel} = k (total\ variabel\ bebas) ; n - k$ (n adalah total sampel). sehingga, $k = 2$ ($X_1 = family\ s\ sense\ of\ coherence$ dan $X_2 = family\ functioning$), dan $n = 200$.

Dari rumus tersebut menghasilkan angka 2; 198, angka tersebutlah yang menjadi acuan penentuan skor F tabel. Sehingga, skor F tabel menjadi 3,04. Dari hasil output pada tabel Anova, skor F hitung yakni $38,978 >$ dari F tabel yakni 3,04, dinyatakan bahwa ada dampak yang diberikan secara serentak antara variabel bebas (X) pada variabel terikat (Y). Sehingga, dapat diambil simpulan terdapat pengaruh yang simultan antara *family sense of coherence* (X1) dan *family functioning* (X2) terhadap *quality of life* (Y)

c. Uji Parsial (Uji t)

Hasil Uji T mengacu kepada tabel *Coefficients* pada hasil output regresi linier berganda. Uji T ditujukan untuk melihat besarnya dampak variabel bebas (X) secara segmental pada variabel terikat (Y).

sig (2-tailed) menunjukkan hasil sebesar $0,000 < 0,05$, maka berarti tidak ada perbedaan tingkat *family sense of coherence* (FSOC) pada kelompok subjek tenaga kesehatan dan kelompok subjek tenaga non kesehatan.

Sedangkan, untuk variabel *family functioning* (FF) bagian sig (2-tailed) menunjukkan hasil sebesar $0,007 < 0,05$, sehingga dinyatakan bahwa terdapat perbedaan tingkat *family functioning* (FF) pada kelompok subjek tenaga kesehatan dan kelompok subjek tenaga non kesehatan. Dari tabel dan deskripsi diatas dapat disimpulkan bahwa ada distingsi untuk variabel *family sense of coherence*(FSOC) dan *family functioning* (FF) pada kelompok subjek tenaga kesehatan dan kelompok subjek tenaga non kesehatan dan tidak terdapat perbedaan pada variabel *quality of life* (QoL).

C. Pembahasan

Tujuan penelitian ini adalah melihat pengaruh dan perbedaan antara *family sense of coherence* dan *family functioning* dengan *quality of life* pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan selama pandemi COVID-19. Berikut adalah poin-poin pembahasan dalam peneleitian ini:

1. Pengaruh Koherensi Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Hasil analisis data menunjukkan adanya korelasi positif dan signifikan antara *family sense of coherence* dengan *quality of life* pada kedua kelompok subjek. Pernyataan tersebut mengacu pada hasil banding t hitung dengan t tabel dan signifikansi. Dimana t hitung $6,697 > t$ tabel $1,972$ lalu signifikansi $0,000 < 0,05$. Sesuai hasil analisis, diambil keputusan bahwasannya H_0 ditolak maka H_a diterima. Hasil nilai t hitung bertanda positif (6,697) yang

menunjukkan adanya korelasi positif, sehingga apabila tingkat *family sense of coherence* tinggi maka tingkat *quality of life* pun tinggi.

Skor rata-rata *family sense of coherence* dalam penelitian ini adalah 57,67, dimana skor tersebut lebih rendah daripada penelitian sebelumnya yakni 64,6(Ngai & Ngu, 2013). Hal tersebut didasari karena kondisi pandemi ini yang telah berdampak hingga pada mikrosistem membuat keluarga memaknai dunia menjadi kurang *comprehensible*, *manageable*, dan *meaningfulness* dalam kaitannya hidup berdampingan dengan COVID-19 atau *new normal life*. Hasil penelitian ini koheren dengan penelitian terdahulu yakni sama-sama menemukan korelasi positif antara *family sense of coherence* dan *quality of life* pada ibu hamil(Ngai et al., 2013), pada pasien dengan diagnosis skizofrenia(Gassmann et al., 2013; Hsiao et al., 2018), dan pada perempuan dengan kanker payudara(Sarenmalm et al., 2013; Shor et al., 2015).

Adanya pengaruh antara *family sense of coherence* terhadap *quality of life*, menunjukkan bahwa keluarga juga mempengaruhi tingkat *quality of life* pada individu. Tingginya tingkat *family sense of coherence* akan berdampak kepada peningkatan kemampuan keluarga untuk menyelesaikan masalah dan menggunakan berbagai sumber daya yang ada secara tepat, sehingga keluarga mempersepsikan masalah bukan sebagai tekanan melainkan tantangan yang dapat dihadapi(Bergh & Björk, 2012). Tingginya tingkat *family sense of coherence* juga menyediakan basis motivational, perseptual, dan perilaku untuk pemecahan masalah fisik dan emosional yang baik

sehingga mendorong pada kualitas hidup yang baik dan mengurangi resiko depresi(Antonovsky & Sourani, 1988).

Kondisi pandemi merupakan kondisi baru yang mengancam kesehatan dan mendorong setiap manusia untuk beradaptasi secara cepat dan tepat. Keberadaan keluarga yang memandang pandemi sebagai situasi yang dapat ditangani dengan baik akan menumbuhkan persepsi positif juga kepada anggota keluarga. Keluarga yang memiliki *family sense of coherence* yang tinggi juga akan lebih mampu untuk bangun setelah menghadapi krisis (Antonovsky & Sourani, 1988).

Dalam penelitian ini kebanyakan responden memiliki tingkat *family sense of coherence* dan *quality of life* dalam tingkat sedang atau cukup baik. Hasil penelitian mengungkapkan bahwasannya *family sense of coherence* atau koherensi keluarga ditemukan sebagai faktor yang signifikan dalam pembentukan dan modifikasi dari *sense of coherence*(SOC)(Antonovsky, 1987) atau koherensi diri. Sehingga, ketika *family sense of coherence* meninggi maka *sense of coherence* akan ikut meninggi. Tingginya tingkat *sense of coherence* akan lebih mensejahterakan keluarga dan berfungsi sebagai penahan stress (Lavee et al., 1987).

Cukup baiknya tingkat *family sense of coherence* berdampak pada cukup baik pula tingkat *sense of coherence*. Dimana tingkat *sense of coherence* tersebut berkaitan dengan status kesehatan yang lebih baik, *work engagement* yang lebih baik dan rendahnya konflik keluarga terkait dengan pekerjaan pada tenaga kesehatan(Malagon-Aguilera et al., 2019) dan pada

tenaga non kesehatan yang bekerja dimasa pandemi. *Sense of coherence* juga ditemukan sebagai faktor yang mendorong kesehatan mental, kualitas hidup yang baik, melawan kecemasan, depresi(López-Martínez et al., 2019), dan mencegah munculnya *post-traumatic stress*(Ragger et al., 2019) yang rawan muncul di masa pandemi.

2. Terdapat Pengaruh Keberfungsian Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Hasil analisis data yang dilakukan memperlihatkan tiada pengaruh yang substansial antara *family functioning* dengan *quality of life* pada kedua kelompok subjek. Pernyataan tersebut mengacu pada t hitung $1,084 < t$ tabel $1,972$ dan signifikansi $0,280 > 0,05$. Dari hasil analisis tersebut diambil keputusan bahwasannya H_a ditolak lalu H_0 diterima. Hasil penelitian ini koheren dengan penelitian sebelumnya yang dilakukan pada orang tua yang menjadi *caregiver* anak yang didiagnosis leukemia (Fadhilla et al., 2019).

Banyak penelitian terdahulu yang mengungkapkan bahwa terdapat korelasi antara *family functioning* dan *quality of life*. Berbedanya hasil penelitian ini dengan penelitian dahulu dimungkinkan karena alat ukur yang dipakai, dan subjek. Pada penelitian sebelumnya beberapa alat ukur *family functioning* dan *quality of life* yang digunakan adalah *family APGAR*(Rodríguez-Sánchez et al., 2011; Son et al., 2012; Yu et al., 2017), *CQOLC*(Son et al., 2012), *Ruiz-Baca QoL Test*(Rodríguez-Sánchez et al., 2011).

Sedangkan, untuk subjek penelitian jumlah subjek dalam penelitian sebelumnya adalah *caregiver* dengan jumlah subjek 100 orang(Son et al.,

2012), 153 orang (Rodríguez-Sánchez et al., 2011), 309 orang (Yu et al., 2017), pada 97 orang pasien epilepsi (Curt Lafrance et al., 2011), pada 62 orang anak dengan diagnosis *inflammatory bowel disease* (IBD) (Herzer et al., 2011), dan pada 200 orang remaja dengan diabetes tipe 1 (Almeida et al., 2020).

Hasil yang didapat ini memang mengungkapkan bahwasannya tidak ditemui pengaruh antara *family functioning* dan *quality of life*, sehingga masih banyak faktor lain yang lebih mempengaruhi kualitas hidup. Dalam *theoretical model for measurement of quality of life* (Pukeliene & Starkauskiene, 2011), terdapat dua faktor yang mempengaruhi kualitas hidup yakni faktor internal dan eksternal. *Family functioning* termasuk kedalam faktor internal, tetapi masih banyak faktor internal lain selain keluarga/ *social well being* seperti *physical well being*, *individual developmental well being*, dan *material well being*. Sedangkan faktor eksternal meliputi, *natural environment*, *political environment*, *social environment*, dan *economic environment*.

3. Terdapat Pengaruh Koherensi Keluarga dan Keberfungsian Keluarga terhadap Kualitas Hidup

Analisis data mengungkapkan adanya pengaruh yang substansial antara koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga secara simultan terhadap kualitas hidup. Sehingga, apabila tingkat koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga meningkat, maka meningkat pula tingkat kualitas hidup pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Besaran pengaruh

koherensi keluarga dan keberfungsian keluarga terhadap kualitas hidup adalah 28,3%, sedangkan 71,7% dipengaruhi oleh variabel lain yang tidak diteliti dalam penelitian ini.

Analisis data juga mengungkap bahwasannya 80% partisipan penelitian mempunyai tingkat koherensi keluarga dalam kategori sedang, 49% partisipan memiliki tingkat keberfungsian keluarga dalam kategori sedang, dan bahwa 70% partisipan memiliki tingkat kualitas hidup dalam kategori sedang. Sehingga mayoritas subjek dapat dikatakan berada dalam tingkat cukup baik.

Dalam kondisi pandemi ini dimana dapat menyebabkan munculnya berbagai gejala psikologis yang dapat mengganggu rutinitas sehari-hari, tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan membutuhkan keluarga sebagai *care team* yang dapat membantu dalam membantu *coping* dimana hal tersebut dapat berpengaruh pada kualitas hidup yang lebih baik.

Koherensi keluarga membantu keluarga melalui tiga komponennya yakni: (1)*comprehensibility*, membantu keluarga untuk memahami COVID-19 sebagai tantangan yang dapat dilalui, (2)*manageability*, membantu keluarga untuk menyusun instrument apa saja yang dibutuhkan dalam menghadapi COVID-19, seperti masker, desinfektan hingga hand sanitizer untuk mencegah penularan COVID-19 dalam keluarga, (3)*meaningfulness*, membantu keluarga untuk meyakini bahwa dibalik setiap kesulitan saat pandemi ini akan ada hal baik setelahnya.

Sedangkan, keberfungsian keluarga berperan sebagai berikut: (1) penyelesaian masalah, membantu keluarga untuk menrumuskan solusi terbaik untuk senantiasa sehat dan berfungsi dengan baik selama pandemi, (2) komunikasi, membantu keluarga untuk mengkomunikasikan berbagai hal yang dihadapi selama pandemi ini dan untuk senantiasa terhubung satu sama lain, (3) peran, membantu keluarga untuk tetap memnuhi peran masing-masing, (4) respon dan keterlibatan afektif, membantu keluarga untuk saling menunjukkan afektifitas dan dukungan satu sama lain, (5) kontrol perilaku, mencegah keluarga untuk tidak memberi stigma apabila ada anggota keluarga lain yang terinfeksi COVID-19.

Dengan tingginya tingkat koherensi keluarga keberfungsian keluarga dan keberfungsian keluarga akan berdampak pula pada meningkatnya kualitas hidup, hal ini berdampak pada lebih baiknya pelayanan kesehatan karena dengan kualitas hidup yang baik berimplikasi pada penurunan distress psikologis yang dapat mengarahkan pada ketidakefektifan pelayanan kesehatan (Stojanov et al., 2020). Selain itu, juga berdampak pada *work engagement* yang lebih baik, (Malagon-Aguilera et al., 2019) dan meningkatnya *work satisfaction* (Ando et al., 2011).

4. Terdapat perbedaan *Quality Of Life* antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan selama pandemi

Berdasarkan hasil telaah data, menunjukkan bahwasannya tidak ditemui diskrepansi pada tingkat *quality of life* pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Hal ini ditunjukkan oleh signifikansi $0,343 > 0,05$

yang terletak di bagian *levene's test for equality for variances* dan skor signifikansi (2-tailed) yakni $0,307 > 0,05$ yang bermakna tidak ditemui diskrepansi data pada tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan. Sehingga, H_a ditolak lalu H_0 diterima yang bermakna bahwasannya tidak ditemui perbedaan *quality of life* antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

Hasil yang ditemukan ini berbeda dari penelitian sebelumnya. Dalam penelitian sebelumnya yang melalui review sistematis dan meta analisis mengonfirmasi bahwa banyak diantara tenaga kesehatan garda depan yang mengalami kecemasan, depresi dan insomnia dalam tahap yang signifikan (Buselli et al., 2019; Lai et al., 2020; WHO, 2020a) yang mempengaruhi tingkat kualitas hidup (Buselli, Corsi, et al., 2020).

Hasil penelitian meta analisis tersebut juga dikonfirmasi oleh penelitian di Polandia yang membandingkan dampak psikologis antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan dalam kurun waktu Maret hingga April 2020. Hasil penelitian mengemukakan bahwa tenaga kesehatan cenderung lebih mudah menunjukkan gejala psikopatologis dibanding tenaga non kesehatan seperti, kecemasan, insomnia, dan gejala somatic (Maciaszek et al., 2020).

Tidak sejalannya hasil penelitian, dimungkinkan karena penelitian terdahulu dilakukan saat pandemi COVID-19 masih baru terjadi dan saat penelitian ini dilaksanakan pandemi sudah berjalan 18 bulan lebih. Hal ini dipengaruhi oleh proses adaptasi yang dilakukan sudah semakin baik

sehingga para tenaga kesehatan menjadi lebih terbiasa dan lebih mampu menghadapi berbagai kecemasan dan ketakutan akan pandemi yang berimbas pada tingkat kualitas hidup yang lebih baik.

Selain itu, hasil analisis menunjukkan bahwa terdapat perbedaan data antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan pada variabel *family sense of coherence* dan *family functioning*. Pada variabel *family sense of coherence* dibuktikan dengan ditunjukkan dengan hasil signifikansi sebesar $0,053 > 0,05$ di bagian *levene's test for equality for variances*. Hal tersebut bermakna tidak ada diskrepansi yang ditemui sehingga harus melihat nilai signifikansi (2-tailed) untuk mengambil keputusan. Nilai signifikansi (2-tailed) variabel *family sense of coherence* yakni $0,000 < 0,05$ yang bermakna bahwasannya ditemui diskrepansi data antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

Sedangkan, pada variabel *family functioning* dibuktikan dengan nilai signifikansi sebesar $0,329 > 0,05$ di bagian *levene's test for equality for variances*. Hal tersebut bermakna tidak ada diskrepansi yang ditemui sehingga harus melihat nilai signifikansi (2-tailed) untuk mengambil keputusan. Nilai signifikansi (2-tailed) variabel *family functioning* yakni $0,000 < 0,05$ yang bermakna bahwasannya ditemui diskrepansi data antara tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan.

Dari hasil telaah data juga memperlihatkan bahwasannya skor rerata per variabel untuk kelompok subjek tenaga kesehatan lebih tinggi dari tenaga non kesehatan. Pada kelompok subjek tenaga kesehatan memiliki mean

sebesar 59,3 untuk variabel *family sense of coherence*, 64,3 untuk variabel *family functioning*, dan 73,39 untuk variabel *quality of life*. Sedangkan, pada kelompok subjek tenaga non kesehatan memiliki mean sebesar 56,04 untuk variabel *family sense of coherence*, 60,49 untuk variabel *family functioning*, dan 71,76 untuk variabel *quality of life*.

Lebih tingginya mean di semua variabel yang diteliti pada kelompok subjek tenaga kesehatan mengindikasikan bahwa keluarga berusaha untuk senantiasa mendukung pekerjaan yang dilakukan oleh tenaga kesehatan selama pandemi ini dengan cara memandang bahwa pandemi ini adalah sebuah tantangan yang dapat dihadapi, terdapat makna dibalikinya, dan senantiasa menjalankan fungsi-fungsi dalam keluarga sebaik mungkin. Kemampuan adaptasi yang baik tersebut berdampak pada meningkatnya *quality of life* para tenaga kesehatan dan membuat tidak adanya perbedaan tingkat *quality of life* pada kelompok subjek tenaga kesehatan dan tenaga non kesehatan

pengkategorian usia yang belum berdasarkan psikologi perkembangan. Jadi, peneliti selanjutnya didorong untuk menggabungkan faktor eksternal dan internal untuk mengukur kualitas hidup dengan peserta penelitian yang lebih inklusif dan mencakup wilayah yang lebih luas serta penggunaan kategorisasi usia yang berdasarkan psikologi perkembangan.

Pada penelitian selanjutnya juga direkomendasikan untuk mengukur faktor kualitas hidup tidak hanya dari faktor internal, melainkan juga variabel-variabel yang berkaitan dengan faktor eksternal dari *quality of life*. Mengingat hasil dalam penelitian ini kedua variabel independen yakni *family sense of coherence*(X1) dan *family functioning*(X2) hanya berkontribusi sebesar 28,3% pada variabel *quality of life*.

- department employees' willingness to report to work during an influenza pandemic. *Journal of Public Health Management and Practice*, 15, 375–383. <https://doi.org/10.1097/PHH.0b013e3181a391e2>
- Bergh, I., & Björk, M. (2012). Sense of coherence over time for parents with a child diagnosed with cancer. *BMC Pediatrics*, 12. <https://doi.org/10.1186/1471-2431-12-79>
- Bhutta, Z. A., Basnyat, B., Saha, S., & Laxminarayan, R. (2020). Covid-19 risks and response in South Asia. *BMJ*, 368. <https://doi.org/10.1136/BMJ.M1190>
- Bowling, A. (1997). *Measuring health, A review of quality of life measurement scales* (2nd Editio). Open University Press.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., & Woodland, L. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet*, 395, 912–920.
- Bueno Ferrán, M., & Barrientos-Trigo, S. (2021). Caring for the caregiver: The emotional impact of the coronavirus epidemic on nurses and other health professionals. *Enfermería Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2020.05.006>
- Burdorf, A., Porru, F., & Rugulies, R. (2020). The COVID-19 (Coronavirus) pandemic: Consequences for occupational health. In *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3893>
- Burke, P., Kocoshis, S. A., Chandra, R., Whiteaway, M., & Sauer, J. (1990). Determinants of Depression in Recent Onset Pediatric Inflammatory Bowel Disease. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*.
- Buselli, R., Baldanzi, S., Corsi, M., Chiumiento, M., Del Lupo, E., Carmassi, C., Dell'Osso, L., & Cristaudo, A. (2020). Psychological Care of Health Workers during the COVID-19 Outbreak in Italy: Preliminary Report of an Occupational Health Department (Aoup) Responsible for Monitoring Hospital Staff Condition. *Sustainability*, 12, 5039.
- Buselli, R., Carmassi, C., Corsi, M., Baldanzi, S., Battistin, G., Chiumiento, M., Massimetti, G., Dell'Osso, L., & Cristaudo, A. (2020). Post-Traumatic stress symptoms in an Italian cohort of subjects complaining occupational stress. *CNS Spectrum*, 1–27.
- Buselli, R., Corsi, M., Baldanzi, S., Chiumiento, M., Del lupo, E., Dell'oste, V., Bertelloni, C. A., Massimetti, G., Dell'osso, L., Cristaudo, A., & Carmassi, C. (2020). Professional quality of life and mental health outcomes among health care workers exposed to SARS-CoV-2 (COVID-19). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 1–12. <https://doi.org/10.3390/ijerph17176180>
- Buselli, R., Veltri, A., Baldanzi, S., Marino, R., Bonotti, A., Chiumiento, M.

- Girardi, M., Pellegrini, L., Guglielmi, G., Dell'Osso, L., & Al., E. (2019). Plasma Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) and serum cortisol levels in a sample of workers exposed to occupational stress and suffering from Adjustment Disorders. Plasma Brain-Derived Neurotrophic Factor (BDNF) and serum cortisol levels in a sample o. *Brain Behavior*, *9*, e01298.
- Carmines, E. G., & Zeller, R. A. (1979). *Reliability and Validity Assessment*. SAGE.
- Carr, A. (2015). The evolution of systems theory. In T. L. Sexton & J. Lebow (Eds.), *Handbook of family therapy* (1st ed., pp. 13–29). Routledge. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4324/9780203123584-2>
- Chang-Quan, H., Xue-Mei, Z., Bi-Rong, D., Zhen-Chan, L., Ji-Rong, Y., & Qing-Xiu, L. (2009). Health status and risk for depression among the elderly: A meta-analysis of published literature. In *Age and Ageing*. <https://doi.org/10.1093/ageing/afp187>
- Chen, I. S., & Fellenz, M. R. (2020). Personal resources and personal demands for work engagement: Evidence from employees in the service industry. *International Journal of Hospitality Management*. <https://doi.org/10.1016/j.ijhm.2020.102600>
- Chhetri, J. K., Chan, P., Arai, H., Park, S. C., Sriyani Gunaratne, P., Setiati, S., & Assantachai, P. (2020). Prevention of COVID-19 in Older Adults: A Brief Guidance from the International Association for Gerontology and Geriatrics (IAGG) Asia/Oceania Region. *The Journal of Nutrition, Health & Aging* *2020* *24*:5, *24*(5), 471–472. <https://doi.org/10.1007/S12603-020-1359-7>
- Chong, M.-Y., Wang, W.-C., Hsieh, W.-C., Lee, C.-Y., Chiu, N.-M., Yeh, W.-C., Huang, T.-L., Wen, J.-K., & Chen, C.-L. (2004). Psychological impact of severe acute respiratory syndrome on health workers in a tertiary hospital. *British Journal Of Psychiatry*, *185*, 127–133.
- Chung, G., Chan, X., Lanier, P., & Ju, P. W. Y. (2020). Associations between work-family balance, parenting stress, and marital conflicts during COVID-19 pandemic in Singapore. *OSF Preprints*.
- Chung, Gerard, Lanier, P., & Wong, P. Y. J. (2020). Mediating Effects of Parental Stress on Harsh Parenting and Parent-Child Relationship during Coronavirus (COVID-19) Pandemic in Singapore. *Journal of Family Violence*. <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00200-1>
- Coyle, J. P. (2005). An exploratory study of the nature of family resilience. In *The State University of New York at Buffalo*.
- Creswell, J. W. (2012). Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research. In *Educational Research*.
- Cummins, R. A. (1996). The domains of life satisfaction: An attempt to order chaos. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/BF00292050>

- Curt Lafrance, W., Alosco, M. L., Davis, J. D., Tremont, G., Ryan, C. E., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Blum, A. S. (2011). Impact of family functioning on quality of life in patients with psychogenic nonepileptic seizures versus epilepsy. *Epilepsia*, 52(2), 292–300. <https://doi.org/10.1111/j.1528-1167.2010.02765.x>
- Dai, L., & Wang, L. (2015). Review of family functioning. *Open Journal of Social Sciences*, 12(3), 134.
- Damery, S., Draper, H., Wilson, S., Greenfield, S., Ives, J., Parry, J., Petts, J., & Sorell, T. (2010). Healthcare workers' perceptions of the duty to work during an influenza pandemic. *Journal of Medical Ethics*, 36, 12–18. <https://doi.org/10.1136/jme.2009.032821>
- de Avila, M. A. G., Filho, P. T. H., da Silva Jacob, F. L., Alcantara, L. R. S., Berghammer, M., Nolbris, M. J., Olaya-Contreras, P., & Nilsson, S. (2020). Children's anxiety and factors related to the covid-19 pandemic: An exploratory study using the children's anxiety questionnaire and the numerical rating scale. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17165757>
- Deborah, A. W. (2012). *Hubungan Kualitas Hidup dan Psychological Ownership pada Pengemudi Mobil Pribadi Usia Dewasa Muda yang Melakukan Komuter ke Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Edwards, J. R., & Rothbard, N. P. (2000). Mechanisms linking work and family: Clarifying the relationship between work and family constructs. *Academy of Management Review*. <https://doi.org/10.5465/AMR.2000.2791609>
- El Bagiz, S. S., Karimulloh, K., Kinanthi, M. R. (2021). The Role of Family Function in the Quality of Life Related to Health in Poor Adolescents According to an Islamic Perspective: Peran Keberfungsian Keluarga Terhadap Kualitas Hidup Terkait Kesehatan Pada Remaja Miskin Menurut Perspektif Islam. *Proceeding of Inter-Islamic University Conference on Psychology*. Vol 1 No 1 <https://doi.org/10.21070/iiucp.v1i1.630>
- El Din, H. S., Shalaby, A., Farouh, H. E., & Elariane, S. A. (2013). Principles of urban quality of life for a neighbourhood, housing and building. *National Research Center*, 9(1), 89–92.
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Epstein, N. B., Bishop, D. S., & Levin, S. (1978). The McMaster Model of Family Functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1978.tb00537.x>
- Epstein, N. B., Ryan, C. E., Bishop, D. S., Miller, I. W., & Keitner, G. I. (2003). The McMaster model: A view of healthy family functioning. In *Normal family*

- Gershon, R. R. M., Magda, L. A., Qureshi, K. A., Riley, H. E. M., Scanlon, E., Carney, M. T., Richards, R. J., & Sherman, M. F. (2010). Factors associated with the ability and willingness of essential workers to report To duty during a pandemic. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, *52*, 995–1003. <https://doi.org/10.1097/JOM.0b013e3181f43872>
- Ghozali, I. (2006). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS* (Keempat). Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Ghozali, I. (2012). *Aplikasi Analisis Multivariate dengan Program IBM SPSS*. Badan Penerbit Universitas Diponegoro.
- Goldstein, S. L., Graham, N., Warady, B. A., Seikaly, M., McDonald, R., Burwinkle, T. M., Limbers, C. A., & Varni, J. W. (2008). Measuring Health-Related Quality of Life in Children With ESRD: Performance of the Generic and ESRD-Specific Instrument of the Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL). *American Journal of Kidney Diseases*. <https://doi.org/10.1053/j.ajkd.2007.09.021>
- Goulia, P., Mantas, C., Dimitroula, D., Mantis, D., & Hyphantis, T. (2010). General hospital staff worries, perceived sufficiency of information and associated psychological distress during the A/H1N1 influenza pandemic. *BMC Infectious Disease*, *10*, 322.
- Grey, M., Boland, E., Yu, C., & Sullivan-Bolyai, S. Tamborlane, W. (1998). Personal and family factors associated with quality of life in adolescents with diabetes. *Diabetes Care*, *21*, 909–914.
- Hagerty, M. R., Cummins, R. A., Ferriss, A. L., Land, K., Michalos, A. C., Peterson, M., Sharpe, A., Sirgy, J., & Vogel, J. (2001). Quality of life indexes for national policy: Review and agenda for research. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1023/A:1010811312332>
- Hanson, C., De Guire, M., Schinkel, A., Henggeler, S., & Burghen, G. (1992). Comparing social learning and family systems correlates of adaptation in youths with IDDM. *Journal Pediatrics Psychology*, *17*, 555–572.
- Hartshorn, J. C., & Byers, V. L. (1992). Impact of epilepsy on quality of life. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*. <https://doi.org/10.1097/01376517-199202000-00007>
- Healy, S., & Tyrrell, M. (2011). Stress in emergency departments: experiences of nurses and doctors. *Emergency Nursing*, *19*, 31–37.
- Herzer, M., Denson, L. A., Baldassano, R. N., & Hommel, K. A. (2011). Family functioning and health-related quality of life in adolescents with pediatric inflammatory bowel disease. *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*, *23*(1), 95–100. <https://doi.org/10.1097/MEG.0b013e3283417abb>
- Ho, C. S., Chee, C. Y., & Ho, R. C. (2020). Mental Health Strategies to Combat the Psychological Impact of COVID-19 Beyond Paranoia and Panic. *Annals of the*

- Parental depressive symptoms as moderators. *Journal of Family Psychology*. <https://doi.org/10.1037/a0036804>
- Kovess-Masfety, V., Murray, M., & Gureje, O. (2005). Evolution of our understanding of positive mental health. In H. Herrman, S. Saxena, & R. Moodie (Eds.), *Promoting Mental Health: concepts, emerging evidence, practice* (pp. 35–45). World Health Organization.
- Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N., Wu, J., Du, H., Chen, T., Li, R., Tan, H., Kang, L., Yao, L., Huang, M., Wang, H., Wang, G., Liu, Z., & Hu, S. (2020). Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), e203976. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.3976>
- Lavee, Y., McCubbin, H. I., & Olson, D. H. (1987). The Effect of Stressful Life Events and Transitions on Family Functioning and Well-Being. *Journal of Marriage and the Family*. <https://doi.org/10.2307/351979>
- Lemeshow, S., Hosmer Jr, D. W., Klar, J., & Lwanga, S. K. (1997). *Besar Sampel dalam Penelitian Kesehatan*. Gajah Mada University Press.
- Lim, W.-S., Liang, C.-K., Assantachai, P., Auyeung, T. W., Kang, L., Lee, W.-J., Lim, J.-Y., Sugimoto, K., Akishita, M., Chia, S.-L., Chou, M.-Y., Ding, Y.-Y., Iijima, K., Jang, H. C., Kawashima, S., Kim, M., Kojima, T., Kuzuya, M., Lee, J., ... Arai, H. (2020). COVID-19 and older people in Asia: Asian Working Group for Sarcopenia calls to action. *Geriatrics & Gerontology International*, 20(6), 547–558. <https://doi.org/10.1111/GGI.13939>
- Lin, C. Y., Peng, Y. C., Wu, Y. H., Chang, J., Chan, C. H., & Yang, D. Y. (2007). The psychological effect of severe acute respiratory syndrome on emergency department staff. *Emergency Medicine*, 24, 12–17.
- Lindstrom, B. (1994). *The essence of existence. On the quality of life of children in the Nordic countries—theory and practice in public health*. Nordic School of Public Health.
- Lindström, B., & Eriksson, B. (1993). Quality of life among children in the Nordic countries. *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1007/BF00642886>
- Lindström, Bengt. (1992). Quality of life: A model for evaluating Health for all. Conceptual considerations and policy implications. *Sozial- Und Präventivmedizin SPM*. <https://doi.org/10.1007/BF01299136>
- Liu, C.-Y., Yang, Y.-Z., Zhang, X.-M., Xu, X., Dou, Q.-L., Zhang, W.-W., & Cheng, A. S. (2020). The prevalence and influencing factors in anxiety in medical workers fighting COVID-19 in China: A cross-sectional survey. *Epidemiology and Infection*, 148, 1–17.
- Liu, S., Yang, L. L., Zhang, C. X., Xiang, Y. T., Liu, Z., Hu, S., & Zhang, B. (2020). 2019 novel coronavirus: online mental health services. *Lancet Psychiatry*, 7,

- Mursafitri, E., Herlina, & Safri. (2015). Hubungan fungsi afektif keluarga dengan perilaku kenakalan remaja. *Jurnal Online Mahasiswa*, 2(2).
- Naushad, V. A., Bierens, J. J. L. M., Nishan, K. P., Firjeeth, C. P., Mohammad, O. H., Maliyakkal, A. M., Chalihadan, S., & Schreiber, M. D. (2019). A Systematic Review of the Impact of Disaster on the Mental Health of Medical Responders. In *Prehospital and Disaster Medicine*. <https://doi.org/10.1017/S1049023X19004874>
- Ngadi, R. M. \, & Purba, Y. A. (2020). Dampak Pandemi Covid-19 Terhadap Phk Dan Pendapatan Pekerja Di Indonesia. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 2902, 43. <https://doi.org/10.14203/jki.v0i0.576>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2011). Translation and validation of a Chinese version of the family sense of coherence scale in Chinese childbearing families. In *Nursing Research*. <https://doi.org/10.1097/NNR.0b013e3182269b00>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Quality of Life Research*, 22(8), 2031–2039. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0336-y>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2014). Family sense of coherence and family adaptation among childbearing couples. *Journal of Nursing Scholarship*, 46(2), 82–90. <https://doi.org/10.1111/jnu.12045>
- Ngai, F. W., Ngu, S. F., Bhohti, A., Brown, T., & Lentin, P. (2013). Family sense of coherence and quality of life. *Journal of Early Intervention*, 22(4), 2031–2039. <https://doi.org/10.1007/s11136-012-0336-y>
- Nofitri. (2009). *Gambaran Kualitas Hidup Penduduk Dewasa pada Lima Wilayah di Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Norekval, T., Fridlund, B., Moons, P., Nordrehaug, J., Saevareid, H., & Wentzel-Larsen, T. (2009). Sense of coherence a determinant of quality of life over time in older female acute myocardial infarction survivors. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 820–831.
- Nugroho, A. (2005). *Strategi Jitu Memilih Metode Statistic Penelitian dengan SPSS*. Andi Yogyakarta.
- Orsini, A., Corsi, M., Santangelo, A., Riva, A., Peroni, D., Foiadelli, T., Savasta, S., & Striano, P. (2020). Challenges and management of neurological and psychiatric manifestations in SARS-CoV-2 (COVID-19) patients. *Neurological Sciences*, 1–14.
- Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V. G., Papoutsis, E., & Katsaounou, P. (2020). Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behavior Immunity*, 88, 901–907.
- Park, M., & Chesla, C. (2007). Revisiting Confucianism as a Conceptual

- Ruggeri, M., Warner, R., Bisoffi, G., & Fontecedro, L. (2001). Subjective and objective dimensions of quality of life in psychiatric patients: A factor analytical approach. The South Verona outcome project 4. *British Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.3.268>
- Ruiz-Frutos, C., Ortega-Moreno, M., Allande-Cussó, R., Ayuso-Murillo, D., Domínguez-Salas, S., & Gómez-Salgado, J. (2021). Sense of coherence, engagement, and work environment as precursors of psychological distress among non-health workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Safety Science*. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2020.105033>
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkunas, A. J., & Horton, A. L. (2020). Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent–Child Relationship. *Child Psychiatry and Human Development*. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01037-x>
- Ryan, C. E., Epstein, N. B., Keitner, G. I., Miller, I. W., & Bishop, D. S. (2012). Evaluating and treating families: The McMaster approach. In *Evaluating and Treating Families: The McMaster Approach*. <https://doi.org/10.4324/9780203843840>
- Sabatelli, R. M., & Bartle, S. E. (1995). Survey approach to assessment of family functioning: conceptual, operational and analytical issues. *Journal of Marriage and the Family*, 57(4), 1025–1039.
- Salman, G. (2020). *Ini Kondisi Covid-19 di Surabaya Setelah 2 Pekan Waktu yang Diberikan Jokowi Habis*. [Www.Regional.Kompas.Com/](http://www.Regional.Kompas.Com/). <https://regional.kompas.com/read/2020/07/10/13540001/ini-kondisi-covid-19-di-surabaya-setelah-2-pekan-waktu-yang-diberikan-jokowi?page=all>
- Sarafino, E. P. (1994). *Health Psychology* (2nd ed.). Willey.
- Sarenmalm, E. K., Browall, M., Persson, L. O., Fall-Dickson, J., & Gaston-Johansson, F. (2013). Relationship of sense of coherence to stressful events, coping strategies, health status, and quality of life in women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. <https://doi.org/10.1002/pon.2053>
- Satgas Covid19. (2020). *Peta Sebaran Covid-19*. <https://Covid19.Go.Id/>. <https://covid19.go.id/peta-sebaran-covid19>
- Schwab, J. J., Gray-Ice, H., & Prentice, F. R. (2002). *Family functioning: the general living systems research model*. Springer Science & Business Media.
- Schwerdtle, P., Morphet, J., & Hall, H. (2017). A scoping review of mentorship of health personnel to improve the quality of health care in low and middle-income countries. *Journal of Global Health*, 13, 77.
- Sekarwiri, E. (2008). *Hubungan Antara Kualitas Hidup Dan Sense Of Community pada Warga DKI Jakarta yang Tinggal di Daerah Rawan Banjir*. Universitas Indonesia.

- Setiawati Y, Wahyuhadi J, Joestandari F, Maramis MM, Atika A. (2020). Anxiety and Resilience of Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Indonesia. *Journal of Multidisciplinary Healthare*. doi: 10.2147/JMDH.S276655. PMID: 33442258; PMCID: PMC7797347
- Shanafelt, T. D., Bradley, K. A., Wipf, J. E., & Back, A. L. (2002). Burnout and self-reported patient care in an internal medicine residency program. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-136-5-200203050-00008>
- Shigemura, J., Ursano, R. J., Morganstein, J. C., Kurosawa, M., & Benedek, D. M. (2020). Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: Mental health consequences and target populations. In *Psychiatry and Clinical Neurosciences*. <https://doi.org/10.1111/pcn.12988>
- Shor, V., Grinstein-Cohen, O., Reinshtein, J., Liberman, O., & Delbar, V. (2015). Health-related quality of life and sense of coherence among partners of women with breast cancer in Israel. *European Journal of Oncology Nursing*, 19(1), 18–22. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.08.004>
- Sinha, B. R. K. (2019). Introduction: An Overview of the Concept of Quality of Life. In B. R. K. Sinha (Ed.), *Multidimensional Approach to Quality of Life Issues A Spatial Analysis* (pp. 3–24). Springer Nature Singapore. <https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-981-13-6958-2>
- Son, K. Y., Lee, C. H., Park, S. M., Lee, C. H., Oh, S. I., Oh, B., & Lee, S. H. (2012). Th Factors Associated with the Quality of Life of the Spouse Caregivers of Patients with Cancer: A Cross Sectional Study. *Journal of Palliative Medicine*, 2(15), 216–224.
- Spinelli, M., Lionetti, F., Pastore, M., & Fasolo, M. (2020). Parents' Stress and Children's Psychological Problems in Families Facing the COVID-19 Outbreak in Italy. *Frontiers in Psychology*. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01713>
- Stergachis, A., Garberson, L., Lien, O., D'Ambrosio, L., Sangare, L., & Dold, C. (2011). Health care workers' ability and willingness to report to work during public health emergencies. *Disaster Medicine and Public Health Preparedness*, 5, 300–308. <https://doi.org/10.1001/dmp.2011.77>
- Stojanov, J., Malobabic, M., Stanojevic, G., Stevic, M., Milosevic, V., & Stojanov, A. (2020). Quality of sleep and health-related quality of life among health care professionals treating patients with coronavirus disease-19. *International Journal of Social Psychiatry*. <https://doi.org/10.1177/0020764020942800>
- Straus, S. E., Wilson, K., Rambaldini, G., Rath, D., Lin, Y., & Gold, W. (2004). Severe acute respiratory syndrome and its impact on professionalism: Qualitative study of physicians' behaviour during an emerging healthcare crisis. *British Medical Journal*, 29, 83.

- Sugiyono. (2016). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D*. IKAPI.
- Suryavanshi, N., Kadam, A., Dhumal, G., Nimkar, S., Mave, V., Gupta, A., Cox, S. R., & Gupte, N. (2020). Mental health and quality of life among healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in India. *Brain and Behavior*, *10*(11), 1–12. <https://doi.org/10.1002/brb3.1837>
- Tan, K. K., Chan, S. W. C., Wang, W., & Vehviläinen-Julkunen, K. (2016). A salutogenic program to enhance sense of coherence and quality of life for older people in the community: A feasibility randomized controlled trial and process evaluation. *Patient Education and Counseling*, *99*(1), 108–116. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.08.003>
- Tashandra, N. (2020). *Survei: Kerja dari Rumah Bisa Sebabkan Masalah Mental*. [kompas.com. https://lifestyle.kompas.com/read/2020/04/14/121000220/survei--kerja-dari-rumah-bisa-sebabkan-masalah-mental](https://lifestyle.kompas.com/read/2020/04/14/121000220/survei--kerja-dari-rumah-bisa-sebabkan-masalah-mental)
- Testa, M. A., & Simonson, D. . (1996). Assessment of quality-of-life outcomes. *New England Journal of Medicine*, *334*, 835–840.
- Tim CNN Indonesia. (2021). *IDI: Kematian Nakes RI Tertinggi Ke-5 di Dunia*. [Www.Cnnindonesia.Com. https://www.cnnindonesia.com/nasional/20210102172140-20-588766/idi-kematian-nakes-ri-tertinggi-ke-5-di-dunia](https://www.cnnindonesia.com/nasional/20210102172140-20-588766/idi-kematian-nakes-ri-tertinggi-ke-5-di-dunia)
- Tinkham, C. W., Voorhies, E. F., & McCarthy, N. C. (1984). *Community Health Nursing: Evolution and Process in the Family and Community*. Appleton & Lange.
- Troyer, E. A., Kohn, J. N., & Hong, S. (2020). Are we facing wave of neuropsychiatric sequelae of Covid-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. *Brain Behavior Immunity*, *87*, 34–39.
- Vahedi, A., Krug, I., & Westrupp, E. M. (2019). Crossover of parents' work-family conflict to family functioning and child mental health. *Journal of Applied Developmental Psychology*, *62*(January), 38–49. <https://doi.org/10.1016/j.appdev.2019.01.001>
- Veenhoven, R. (2000). The Four Qualities of Life. *Journal of Happiness Studies*. <https://doi.org/10.1023/A:1010072010360>
- Veenhoven, R. (2005). Apparent quality-of-life in nations: How long and happy people live. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-004-8014-2>
- Veenhoven, R. (2009). Well-Being in Nations and Well-Being of Nations. *Social Indicators Research*. <https://doi.org/10.1007/s11205-008-9323-7>
- von Lieres, J. S. (2013). *Tsunami in Kerala, India: Long-Term Psychological Distress, Sense of Coherence, Social Support, and Coping in a Non-*

- Industrialized Setting* (1st ed.). Peter Lang GmbH. <https://doi.org/10.3726/978-3-653-02528-6>
- Wahl, A. K., Rustøen, T., Hanestad, B. R., Lerdal, A., & Moum, T. (2004). Quality of life in the general Norwegian population, measured by the Quality of Life Scale (QOLS-N). *Quality of Life Research*. <https://doi.org/10.1023/B:QURE.0000025583.28948.5b>
- Walsh, F. (2003). Changing families in a changing world: Reconstructing family normality. In *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (3rd ed.). (pp. 3–26). The Guilford Press.
- Walsh, F. (2012). Normal family processes: Growing diversity and complexity (4th ed.). In *Normal family processes: Growing diversity and complexity* (4th ed.).
- Wandasari, W. (2012). *Hubungan antara resiliensi keluarga dan family sense of coherence pada mahasiswa yang berasal dari keluarga miskin*. Universitas Indonesia.
- Wardhani, V. (2006). *Gambaran Kualitas Hidup Dewasa Muda Berstatus Lajang melalui Adaptasi Instrumen WHOQOL-BREF dan SRPB*. Universitas Indonesia.
- Weissberg-Benchell, J., Nansel, T., Holmbeck, G., Chen, R., Anderson, B., Wysocki, T., & Laffel, L. (2009). Generic and diabetes-specific parent-child behaviors and quality of life among youth with type 1 diabetes. *Journal of Pediatric Psychology*. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp003>
- West, C. P., Dyrbye, L. N., & Shanafelt, T. D. (2018). Physician burnout: contributors, consequences and solutions. In *Journal of Internal Medicine*. <https://doi.org/10.1111/joim.12752>
- Westrupp, E. M., Strazdins, L., Martin, A., Cooklin, A., Zubrick, S. R., & Nicholson, J. M. (2016). Maternal Work-Family Conflict and Psychological Distress: Reciprocal Relationships Over 8 Years. *Journal of Marriage and Family*. <https://doi.org/10.1111/jomf.12262>
- Whittemore, R., Kanner, S., Singleton, S., Hamrin, V., Chiu, J., & Grey, M. (2002). Correlates of depressive symptoms in adolescents with type 1 diabetes. *Pediatric Diabetes*, 3, 135–143.
- WHO. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine*.
- WHO. (1998). WHOQOL: measuring quality of life. *Psychol Med*.
- WHO. (2004). WHOQOL-BREF versi Indonesia. *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)*, 1–5.
- WHO. (2020a). *Coronavirus Disease(COVID-19) situation report 163*.

- WHO. (2020b). *WHO Director-General's Opening Remarks at the Media Briefing on COVID-19*. Wwww.Who.Int.
- Winek, J. L. (2010). *Systemic family therapy: From theory to practice*. SAGE Publications.
- Wu, J. T., Leung, K., Bushman, M., Kishore, N., Niehus, R., De Salazar, P. M., Cowling, B. J., Lipsitch, M., & Leung, G. M. (2020). Estimating clinical severity of COVID-19 from the transmission dynamics in Wuhan, China. *Nature Medicine*, *26*, 506–510.
- Wu, P. (2009). The psychological impact of the SARS epidemic on hospital employees in China: Exposure, risk perception, and altruistic acceptance of risk. *Canadian Journal of Psychiatry*, *54*, 302–311.
- Xiang, Y. T., Jin, Y., Wang, Y., Zhang, Q., Zhang, L., & Cheung, T. (2020). Tribute to health workers in China: a group of respectable population during the outbreak of the COVID-19. *International Journal Of Biological Sciences*, *16*, 1739–1740.
- Xiang, Y. T., Yang, Y., Li, W., Zhang, L., Zhang, Q., & Cheung, T., Ng., C. H. (2020). Timely mental health care for the 2019 novel coronavirus outbreak is urgently needed. *Lancet Psychiatry*, *7*, 228–229.
- Xie, X., Xue, Q., Zhou, Y., Zhu, K., Liu, Q., Zhang, J., & Song, R. (2020). Mental health status among children in home confinement during the coronavirus disease 2019 outbreak in Hubei Province, China. In *JAMA Pediatrics*. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2020.1619>
- Yolanda, M. (2012). *Hubungan antara keberfungsian keluarga dan parenting self efficacy pada ibu bekerja*. Universitas Indonesia.
- Young, K. P., Kolcz, D. L., O'Sullivan, D. M., Ferrand, J., Fried, J., & Robinson, K. (2020). Health Care Workers' Mental Health and Quality of Life During COVID-19: Results From a Mid-Pandemic, National Survey. *Psychiatric Services*, *appi.ps.2020004*. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.202000424>
- Yu, H., Li, L., Liu, C., Huang, W., Zhou, J., Fu, W., & Liu, G. (2017). Factors Associated with the Quality of Life of Family Caregivers for Leukimia Patients in China. *Health and Quality of Life Outcomes*, *15*(1), 55.
- Zhang, Y., & Ma, Z. F. (2020). Impact of the COVID-19 pandemic on mental health and quality of life among local residents in Liaoning Province, China: A cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. <https://doi.org/10.3390/ijerph17072381>
- Zhou, S. J., Zhang, L. G., Wang, L. L., Guo, Z. C., Wang, J. Q., Chen, J. C., Liu, M., Chen, X., & Chen, J. X. (2020). Prevalence and socio-demographic correlates of psychological health problems in Chinese adolescents during the outbreak of COVID-19. *European Child and Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01541-4>