

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA *OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION* (ORIF) EKSTREMITAS
BAWAH DI POLI ORTOPEDI RS ORTOPEDI PROF. DR. R.
SOEHARSO SURAKARTA**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



OLEH:

SULISTIYANINGSIH

NIM 22020112130087

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, 2016**

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA *OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION* (ORIF) EKSTREMITAS
BAWAH DI POLI ORTOPEDI RS ORTOPEDI PROF. DR. R.
SOEHARSO SURAKARTA**

SKRIPSI

Disusun untuk Memenuhi Salah Satu Tugas Mata Ajar Skripsi



OLEH:

SULISTIYANINGSIH

NIM 22020112130087

**DEPARTEMEN KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS DIPONEGORO
SEMARANG, NOVEMBER 2016**

SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya :

Nama : Sulistyaningsih

NIM : 22020112130087

Fakultas/Jurusan : Kedokteran/Keperawatan

Jenis : Skripsi

Judul : Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) Ekstremitas Bawah Di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

Dengan ini menyatakan bahwa saya menyetujui untuk :

1. Memberikan hak bebas royalti kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip atas penulisan karya ilmiah saya, demi pengembangan ilmu pengetahuan.
2. Memberikan hak menyimpan, mengalih mediakan/mengalih formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*data base*), mendistribusikannya serta menampilkan dalam bentuk *soft copy* untuk kepentingan akademis kepada Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip, tanpa perlu meminta ijin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta.
3. Bersedia dan menjamin untuk menanggung secara pribadi tanpa melibatkan pihak Perpustakaan Departemen Keperawatan Undip dari semua bentuk tuntutan hukum yang timbul atas pelanggaran hak cipta dalam karya ilmiah ini.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sesungguhnya dan semoga dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Semarang, 14 November 2016

Yang menyatakan



Sulistyaningsih

PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

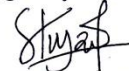
Nama : Sulistyaningsih
Tempat/tanggal lahir : Klaten, 3 Juni 1995
Alamat Rumah : Tlukan RT 01/ RW 07, Baran, Cawas, Klaten
No. Telp : 085725456684
Email : sulis.tiyaningsih3695@gmail.com

Dengan ini menyatakan dengan sesungguhnya bahwa penelitian saya yang berjudul “Gambaran Kualitas Hidup Pada Pasien Pasca *Open Reduction Internal Fixation* (ORIF) Ekstremitas Bawah Di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta” bebas dari plagiarisme dan bukan hasil karya orang lain. Apabila di kemudian hari ditemukan sebagian atau seluruh bagian dari penelitian dan karya ilmiah dari hasil-hasil penelitian tersebut terdapat indikasi plagiarisme, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Demikian pernyataan ini dibuat dalam keadaan sadar tanpa unsur paksaan dari siapapun.

Semarang, 14 November 2016

Yang Menyatakan



Sulistyaningsih

LEMBAR PERSETUJUAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul :

GAMBARAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA *OPEN*
REDUCTION INTERNAL FIXATION (ORIF) EKSTREMITAS BAWAH DI POLI
ORTOPEDI RS ORTOPEDI PROF. Dr. R. SOEHARSO SURAKARTA

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Sulistyaningsih

NIM : 22020112130087

Telah disetujui sebagai laporan penelitian dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk di review

Pembimbing,



Chandra Bagus Ropyanto.S.Kp.,M.Kep.,Sp.KMB

NIP. 197905212007101001

LEMBAR PENGESAHAN

Yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul:

**GAMBARAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN PASCA *OPEN
REDUCTION INTERNAL FIXATION* (ORIF) EKSTREMITAS BAWAH DI POLI
ORTOPEDI RS ORTOPEDI PROF. DR. R. SOEHARSO SURAKARTA**

Dipersiapkan dan disusun oleh :

Nama : Sulistyaningsih

NIM : 22020112130087

Telah diuji pada tanggal 14 November 2016 dan dinyatakan telah memenuhi syarat
untuk mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan.

Penguji I,



Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes

NIP.197109191994031001

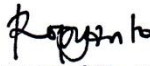
Penguji II



Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep.,M.Sc.

NIP.198212312008122001

Penguji III



Chandra Bagus Ropyanto, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB

NIP. 197905212007101001

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas berkat, rahmat dan hidayah-Nya, sehingga penyusunan skripsi yang berjudul “Gambaran kualitas hidup pada pasien pasca *open reduction internal fixation* (ORIF) ekstremitas bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta” dapat diselesaikan dengan baik.

Pada kesempatan ini penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu secara langsung maupun tidak langsung dalam penyelesaian laporan skripsi ini. Ungkapan terima kasih penulis sampaikan kepada:

1. Bapak Dr. Untung Sujianto, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Jurusan Keperawatan Universitas Diponegoro dan penguji I yang telah banyak memberikan masukan dan arahan dalam skripsi ini.
2. Ibu Sarah Ulliya, S.Kp., M.Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro.
3. Bapak Chandra Bagus Ropyanto, S.Kp., M.Kep., Sp.KMB selaku dosen pembimbing skripsi yang telah meluangkan waktu, pikiran, tenaga dan kesabaran untuk memberikan bimbingan, saran dan masukan yang sangat berguna bagi laporan skripsi ini.
4. Ibu Ns. Reni Sulung Utami, S.Kep., M.Sc. selaku penguji II yang telah memberikan banyak masukan yang bermanfaat untuk skripsi ini.

5. Direktur RS Prof Dr R Soeharso Surakarta yang telah mengizinkan peneliti untuk melakukan penelitian.
6. Bapak Alm Sugiman Prapto Mulyono dan Ibu Muji selaku orang tua dan kakak saya, Nur Handayani dan Ana Watti yang selalu memberikan dukungan, doa dan semangat tanpa henti agar terselesaikannya skripsi ini.
7. Pasien di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso yang telah bersedia menjadi responden penelitian.
8. Seluruh civitas akademika dan dosen Jurusan Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro Semarang atas Ilmu yang diberikan.
9. Elham Ghozali yang telah memberikan semangat dan senantiasa memberikan dukungan dalam proses penyusunan skripsi ini.
10. Gita, Atik, Dinna, Andika, Ade, Roikh, Arini, Sandy, dan Faisal atas dukungan dan kebersamaan dalam proses penyusunan skripsi.
11. Teman-teman mahasiswa PSIK angkatan 2012 dan semua pihak yang telah mendukung saya dalam menyusun skripsi ini.

Penulis menyadari bahwa penyusunan laporan skripsi ini masih terdapat banyak kekurangan. Kritik dan saran yang membangun sangat peneliti harapkan. Semoga skripsi ini dapat memberikan manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan, khususnya Ilmu Keperawatan.

Semarang, November 2016

Peneliti

DAFTAR ISI

HALAMAN Sampul	i
HALAMAN Judul	ii
SURAT PERNYATAAN PUBLIKASI ILMIAH	iii
PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iv
HALAMAN PERSETUJUAN	v
HALAMAN PENGESAHAN	vi
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xiii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
ABSTRAK	xvii
ABSTRACT	xviii
BAB I PENDAHULUAN	
A. Latar Belakang.....	1
B. Rumusan Masalah.....	7
C. Tujuan.....	8
D. Manfaat.....	9
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	
A. Tinjauan Teori.....	11
1. Fraktur.....	11

a. Definisi Fraktur.....	11
b. Etiologi.....	11
c. Manifestasi Klinis	12
d. Jenis.....	14
e. Penatalaksanaan.....	16
f. Komplikasi.....	17
2. <i>Open Reduction Internal Fixation(ORIF)</i>	19
a. Definisi ORIF.....	19
b. Keuntungan Bedah ORIF.....	20
c. Tujuan Bedah ORIF.....	20
d. Masalah Pasca Bedah ORIF.....	21
3. Kualitas Hidup.....	22
a. Definisi Kualitas Hidup.....	22
b. Domain Kualitas Hidup.....	23
c. Faktor- Faktor yang Mempengaruhi Kualitas Hidup.....	30
d. Pengukuran Kualitas Hidup.....	32
4. Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF.....	33
5. Model Adaptasi Sister Callista Roy.....	34
B. Kerangka Teori.....	39

BAB III METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep.....	40
-------------------------	----

B. Jenis dan Rancangann Penelitian	40
C. Populasi dan Sampel Penelitian.....	41
1. Populasi.....	41
2. Sampel Penelitian.....	41
D. Tempat dan Waktu Penelitian.....	43
E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran.....	43
F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data.....	47
1. Alat Penelitian.....	47
2. Validitas dan Reliabilitas.....	48
3. Cara Pengumpulan Data.....	50
G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data	51
1. Teknik Pengolahan Data.....	51
2. Analisa Data.....	54
H. Etika Penelitian.....	56
1. <i>Otonomi</i>	56
2. <i>Beneficience</i>	56
3. <i>Nonmaleficience</i>	56
4. <i>Confidentiality</i>	57
5. <i>Veracity</i>	57
6. <i>Justice</i>	57

BAB IV HASIL PENELITIAN

A. Karakteristik Responden.....	59
B. Gambaran Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah.....	60
1. Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah.....	60
2. Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Karakteristik Responden.....	61
3. Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah Berdasarkan Sub Variabel.....	63

BAB V PEMBAHASAN

A. Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah.....	70
B. Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Fisik.....	76
C. Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Psikologis.....	79
D. Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Sosial.....	80
E. Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Lingkungan.....	82
F. Keterbatasan Penelitian.....	84

BAB VI PENUTUP

A. Kesimpulan.....	85
B. Saran.....	86

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

Nomor Tabel	Judul Tabel	Halaman
1	Variabel, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran	43
2	Kisi- Kisi Instrument	48
3	<i>Coding</i> Data	52
4	Jenis Data dan Deskriptif Data Variabel Penelitian	55
5	Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, Usia, Pendidikan Terakhir, Status Pernikahan, Status Pekerjaan, Lama Menjalani ORIF dan Jenis Fraktur di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016	59
6	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	60
7	Tabulasi Silang antara Karakteristik Responden dengan Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF Ekstremitas Bawah di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	61
8	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Fisik di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	63

9	Distribusi Jawaban Respoden pada Pernyataan Terkait Dimensi Fisik di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	64
10	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Psikologis di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	65
11	Distribusi Jawaban Respoden pada Pernyataan Terkait Dimensi Psikologis di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	66
12	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Sosial di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	67
13	Distribusi Jawaban Respoden pada Pernyataan Terkait Dimensi Sosial di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	67
14	Distribusi Frekuensi Kualitas Hidup Pasien Berdasarkan Dimensi Lingkungan di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	68
15	Distribusi Jawaban Respoden pada Pernyataan Terkait Dimensi Lingkungan di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Bulan September 2016 (n=40)	68

DAFTAR GAMBAR

Nomor Gambar	Judul Gambar	Halaman
1	Kerangka Teori	39
2	Kerangka Konsep	40

DAFTAR LAMPIRAN

No	Keterangan
Lampiran	
1	Surat Permohonan Pengkajian Data Awal
2	Surat Permohonan Pembuatan <i>Ethical Clearance</i>
3	<i>Ethical Clearance</i>
4	Surat Permohonan Uji Validitas dan Reliabilitas
5	Surat Permohonan Ijin Penelitian
6	Surat Permohonan <i>Ethical Clearance</i> di RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Surakarta
7	Surat Keterangan Lolos Kaji Etik
8	Surat Ijin Penelitian
9	Surat Persetujuan Keikutsertaan dalam Uji Klinik
10	Surat Permohonan Berpartisipasi sebagai Responden
11	Surat Persetujuan sebagai Responden
12	Kuesioner
13	Jadwal Konsultasi
14	Catatan Konsultasi
15	Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas
16	Hasil Uji Normalitas Data

ABSTRAK

Sulistiyaningsih

Gambaran Kualitas Hidup pada Pasien Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Ekstremitas Bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta

Xviii+ 86 hal+ 15 tabel + 2 gambar + 16 lampiran

Individu yang menjalani ORIF sering kali mengalami masalah baik pada fisik, psikologis, hubungan sosial maupun hubungan dengan lingkungannya. Masalah tersebut nantinya dapat mempengaruhi kualitas hidup. Kualitas hidup yang buruk dapat menyebabkan tingkat isolasi sosial yang tinggi dan distress emosional, yang juga berhubungan dengan rendahnya fungsi fisik dan adanya ketidakmampuan secara fisik. Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien pasca ORIF ekstremitas bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso Surakarta. Desain penelitian ini adalah deskriptif dengan pendekatan survei yang menggunakan kuesioner untuk mengukur kualitas hidup. Teknik sampling yang digunakan yaitu *consecutive sampling* dengan jumlah responden sebanyak 40 responden. Analisa data yang digunakan adalah analisa univariat. Hasil penelitian menunjukkan bahwa kualitas hidup pasien pasca ORIF ekstremitas bawah yang berada dalam kategori baik sebanyak 52,5%. Kualitas hidup pasien berdasarkan dimensinya yang berada dalam kategori baik yaitu sebesar 52,5% pada dimensi fisik, 65% pada dimensi psikologis, 75% pada dimensi lingkungan dan 52,5% pada dimensi lingkungan. Berdasarkan hasil penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa sebagian besar kualitas hidup pasien pasca ORIF berada dalam kategori baik.

Kata kunci: Kualitas Hidup, ORIF, Fraktur Ekstremitas Bawah

Daftar pustaka: 65

ABSTRACT

Sulistiyaningsih

An Overview of Quality of Life of Patient Pasca Open Reduction Internal Fixation (ORIF) Lower Extremities in Orthopaedic Polyclinic of Orthopaedic Hospital Prof Dr R Soeharso Surakarta

Xviii+ 86 Pages + 15 Tables + 2 Pictures + 16 Attachments

The individuals who underwent ORIF often have problems either at physical, psychological, social relationship and their relationship with environment. These problems can affect their quality of life. Low quality of life can cause high social isolation level and emotional distress, which is also associated with low physical function and their physical inability. This study aimed to describe the quality of life of patients after ORIF lower extremities in Orthopaedic Polyclinic of Orthopaedic Hospital Prof Dr R Soeharso Surakarta. The design of this research was a descriptive survey and used quality of life questionnaire. The sampling technique that used is consecutive sampling and the number of respondents was 40 respondents. The data was analyzed by univariate analysis. The results showed that the quality of life of patients with post ORIF lower extremities that in good categories is 52.5%. The quality of life of patients based on the dimensions is in good categories. they are 52.5% in physical dimensions, 65% in the psychological dimension, 75% in social dimensions and 52.5% on the environmental dimension. Based on these results it can be concluded that most of the quality of life of patients with post ORIF be in good category. This study is expected to be a consideration for the nursing profession to pay more attention to the quality of life of patients after ORIF particularly in some aspects of the physical dimensions to support for better nursing process.

Keyword: Quality of Life, ORIF, Lower Extremities Fracture

References: 65

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Prevalensi fraktur di dunia cukup tinggi. *World Health Organization* (WHO) mencatat di tahun 2011 terdapat lebih dari 5,6 juta orang meninggal dikarenakan insiden kecelakaan dan sekitar 1,3 juta orang mengalami kecacatan fisik. Insiden fraktur ekstremitas bawah memiliki prevalensi yang tinggi pada kecelakaan yaitu sekitar 40%.¹

Fraktur menjadi penyebab kematian terbesar ketiga di bawah penyakit jantung koroner dan *tuberculosis* di Indonesia.¹ Hal tersebut menunjukkan bahwa kejadian fraktur di Indonesia juga sangatlah tinggi. Wrong Diagnosis pada tahun 2011 yang dikutip dari Ropyanto tahun 2013 menyebutkan bahwa kejadian fraktur di Indonesia sebesar 1,3 juta setiap tahun dengan jumlah penduduk 238 juta merupakan terbesar di Asia Tenggara.² Menurut hasil data Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) tahun 2011 yang dikutip dari Nurchairiah tahun 2014 di Indonesia terjadinya fraktur disebabkan oleh cedera seperti terjatuh, kecelakaan lalu lintas dan trauma tajam/tumpul.¹ Riset Kesehatan Dasar tahun 2011 menemukan ada sebanyak 45.987 peristiwa terjatuh yang mengalami fraktur sebanyak 1.775 orang (3,8 %).⁽³⁾ Kasus kecelakaan lalu lintas sebanyak 20.829 dan kasus yang mengalami fraktur sebanyak 1.770 orang (8,5 %),

dari 14.127 trauma benda tajam/tumpul yang mengalami fraktur sebanyak 236 orang (1,7 %).¹

Hasil Riset Kesehatan Dasar (Rikesdas) yang tertulis dalam “Pokok- pokok Hasil Rikesdas 2013”, angka kejadian cedera di Jawa Tengah hampir mencapai 8%.³ Angka kejadian cedera tersebut disebabkan oleh berbagai macam faktor diantaranya yaitu jatuh, kecelakaann transportasi motor dan terkena benda tumpul/tajam.³ Fraktur menempati urutan ke empat dari proporsi jenis cedera di Jawa Tengah setelah lecet/memar, terkilir dan luka iris/ robek yaitu mencapai 5,8% dari jumlah populasi yang menderita cedera.³

Penanganan fraktur pada ekstremitas dapat dilakukan dengan berbagai cara, baik itu secara konservatif dan operasi. Cara penanganan fraktur dilakukan sesuai dengan tingkat keparahan fraktur dan sikap mental pasien.⁴ Salah satu cara yang dapat dilakukan untuk menangani pasien fraktur yaitu dengan reduksi terbuka atau sering disebut dengan *Open Reduction and Internal Fixation (ORIF)*. ORIF di indikasikan untuk fraktur dengan tidak terjadi keselarasan setelah reduksi tertutup dan imobilisasi, ketidakselarasan ekstremitas bawah, dan ketidakcocokan artikular.⁵ ORIF merupakan metode untuk mengurangi dan mempertahankan posisi fraktur sehingga membantu penyembuhan tulang dengan cara mempertahankan fragmen tulang pada posisinya dengan menggunakan sekrup, lempeng, kawat dan paku.⁶

Tindakan ORIF pada pasien pasca fraktur akan menciptakan reposisi serta fiksasi yang sempurna sehingga pada pasien pasca ORIF dapat melakukan mobilisasi dengan segera.⁴ Namun, dalam proses rehabilitasi pasien pasca fraktur juga akan menimbulkan permasalahan di dalam kehidupannya.⁴ Permasalahan yang dialami pasien pasca fraktur diantaranya yaitu keterbatasan dalam melaksanakan aktivitas sehari-hari yang dapat menyebabkan pasien kehilangan kemandiriannya.

Permasalahan pada pasien pasca fraktur tersebut akan menyebabkan permasalahan pada kualitas hidupnya. Nugraheni tahun 2009 menyebutkan bahwa pada pasien 20 bulan pasca fraktur yang telah mendapatkan fisioterapi dan perawatan lainnya memiliki masalah dalam bekerja dan aktivitas keseharian lainnya. Masalah tersebut merupakan dampak dari masalah kesehatan fisik dan emosi yang dialami responden. Responden juga merasa tegang dan depresi akibat fraktur yang dialami.⁷ Penelitian Adachi tahun 2010 juga menyebutkan bahwa fraktur pada tulang belakang, pinggul, dan kaki bagian atas, serta multiple fraktur berhubungan dengan penurunan yang signifikan pada kualitas hidup.⁸

Kualitas hidup sendiri merupakan persepsi individu mengenai posisi individu dalam hidup dalam konteks budaya dan sistem nilai dimana individu hidup dan hubungannya dengan tujuan, harapan, standar yang ditetapkan, dan perhatian seseorang.⁹ Kualitas hidup juga sangat terkait dengan normalitas, termasuk fungsi normal atau kebutuhan manusia yang harus terpenuhi.¹⁰ Semakin rendah kualitas hidup seseorang berhubungan dengan tingkat isolasi sosial yang tinggi dan distress

emosional, yang juga berhubungan dengan rendahnya fungsi fisik dan adanya ketidakmampuan secara fisik.¹⁰ Zainudin tahun 2015 mengungkapkan bahwa dari 30 orang responden yang diteliti 11 orang (36,7%) diantaranya dalam keadaan stres berat, dan yang memiliki kualitas hidup yang kurang baik ada sebanyak 16 orang (53,3%) dari keseluruhan responden yang diteliti.¹¹ Hal tersebut menyebabkan dibutuhkannya perawatan kesehatan dan sosial yang lebih tinggi.¹⁰ Kualitas hidup mencakup 4 dimensi yaitu dimensi kesehatan fisik, dimensi kesejahteraan psikologis, dimensi hubungan sosial dan dimensi hubungan dengan lingkungan.⁹

Dimensi fisik pada kualitas hidup pasien meliputi aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, energy dan kelelahan, mobilitas, sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat serta kapasitas kerja.⁹ Pada pasien pasca ORIF sering kali mengalami perubahan pada ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat merubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan, dan penampilan yang nantinya juga dapat mengganggu aktivitas sehari-hari.⁴ Selain itu, pasien pasca ORIF juga dapat mengalami kelelahan sistem muskuloskeletal. Berdasarkan jurnal penelitian Tiesinga tahun 2001 yang dikutip dari Ropyanto pada tahun 2013 menyebutkan bahwa kelelahan tersebut dapat mengakibatkan penurunan kapasitas fisik dalam pemenuhan aktivitas dan latihan (ADL).² Edema di sekitar daerah fraktur yang terjadi akibat adanya luka bekas operasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot, dan penurunan kemampuan fungsionalnya (*functional limitation*) juga sering kali dialami oleh pasien pasca ORIF.¹² Masalah tersebut dapat mempengaruhi

mobilisasi pasien. Nyeri juga menjadi masalah pada pasien yang menjalani ORIF. Syaiful tahun 2014, menyebutkan bahwa seluruh pasien (10 orang) yang menjalani operasi pasca ORIF mengalami nyeri.¹³ Nyeri pada ekstremitas bawah dapat mempengaruhi gaya berjalan karena sebagai usaha untuk penanggungan beban serta dapat mengakibatkan gangguan dalam pemenuhan ADL.²

Dimensi kesejahteraan psikologis meliputi perasaan negative, perasaan positif, spiritual, cara berfikir, belajar, memori dan konsentrasi.⁹ Pasien pasca ORIF sering kali mengalami masalah kesejahteraan psikososial tersebut. Masalah kesejahteraan sosial yang sering kali dialami oleh pasien pasca ORIF diantaranya adalah perubahan gambaran diri, identitas diri, ideal diri, dan harga diri serta stress karena kecemasan akan mengalami perubahan gaya hidup yang permanen.⁴ Hamdani tahun 2014 menyebutkan bahwa 7 dari 31 pasien pasca ORIF ekstremitas bawah mengalami gambaran diri yang negatif. Penelitian Maisyaroh tahun 2015 menunjukkan distribusi tingkat *State Anxiety* pada pasien pasca operasi fraktur sebagian besar pasien pada kecemasan sedang yaitu 25 orang (54,3%), sedangkan distribusi tingkat *Trait Anxiety* sebagian besar pasien pada kecemasan ringan yaitu 28 orang (60.9%).¹⁴ Jaringan parut yang timbul setelah pembedahan untuk pemasangan fiksasi internal juga dapat mempengaruhi citra tubuh, apalagi jika jaringan parut tersebut terlihat setiap hari.⁶

Dimensi hubungan sosial menyangkup relasi personal, dukungan sosial, aktivitas seksual.⁹ Pada pasien yang menjalani ORIF mungkin akan mengalami

permasalahan pada interaksi sosial dengan masyarakat sekitar. Penelitian Prasetyo tahun 2014 menunjukkan 4 dari 7 orang partisipan yang memiliki ketidakefektifan performa peran akibat kehilangan peran dalam keluarga, pekerjaan, dan masyarakat setelah menjalani pembedahan ortopedi. Selain itu, hambatan interaksi sosial disampaikan oleh semua partisipan yaitu sebanyak 7 orang .¹⁵

Dimensi hubungan dengan lingkungan hidup pada kualitas hidup seseorang meliputi sumber finansial, kebebasan keamanan dan keselamatan fisik dan keamanan, lingkungan rumah, sumber keuangan, kesehatan dan kepedulian sosial, peluang untuk memperoleh keterampilan dan informasi baru, keikutsertaan dan peluang untuk berekreasi, aktivitas dilingkungan, transportasi.⁹ Pasien pasca ORIF sering kali tidak dapat menjalani rekreasi, tidak mampu bekerja dengan baik, berolahraga, dan belajar dengan baik.⁴ Hal tersebut diakibatkan karena kecemasan serta stress akan perubahan pada tubuhnya. ⁴

Berdasarkan hasil pengambilan data awal, Rumah Sakit Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso selama 3 bulan terakhir (Oktober- Desember 2015) sebanyak sekitar 219 orang yang menjalani rawat inap akibat masalah pada ekstremitas bawah. Tercatat pula sebanyak 121 pasien yang mengalami masalah pada ekstremitas bawah yang melakukan *medical check up* di poli Ortopedi pada bulan November- Januari 2016.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada 5 responden, 2 sampai 6 bulan pasca ORIF didapatkan hasil bahwa responden mengeluh tidak bisa melakukan aktivitas sehari- hari seperti biasa secara mandiri, seperti mempersiapkan

makan dan bekerja seperti sebelum sakit. Semua responden mengatakan tidak bebas untuk pergi kemana- mana sehingga interaksi dengan tetangga berkurang, Semua responden mengeluh susah untuk tidur karena bingung untuk memposisikan kaki yang nyaman serta kadang- kadang terasa nyeri. Selain itu, 4 dari 5 orang responden mengeluh cemas akan keadaan yang di derita saat ini dan takut apabila kaki yang mengalami patah tulang tidak bisa normal kembali.

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan, penelitian terkait gambaran kualitas hidup pada pasien pasca ORIF perlu dilakukan. Penelitian ini dilakukan agar dalam proses melakukan perawatan pada pasien pasca ORIF tidak hanya terfokus pada kondisi fisiknya saja. Berdasarkan uraian tersebut, penulis berkeinginan untuk melakukan penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

B. Rumusan Masalah

ORIF merupakan salah satu penatalaksanaan bagi pasien dengan fraktur. Pasca bedah ORIF pasien biasanya akan mengalami berbagai masalah. Masalah pada pasien ORIF tersebut meliputi nyeri, keterbatasan gerak sendi, penurunan kekuatan otot, penurunan kemampuan fungsional, timbulnya kecemasan, hambatan berhubungan sosial serta aktivitas rekreasi. Masalah tersebut akan mempengaruhi kualitas hidup pada pasien pasca ORIF.

Kualitas hidup merupakan ukuran kesejahteraan seseorang yang dapat dilihat dari berbagai aspek. Aspek kualitas hidup tersebut meliputi aspek fisik, psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan. Dampak yang timbul pada pasien pasca ORIF akan mempengaruhi aspek tersebut. Pada aspek fisik, pasien sering kali mengalami kelelahan, nyeri, penurunan kekuatan otot dan penurunan kemampuan fungsional. Pada aspek psikologis, pasien biasanya akan mengalami kecemasan. Perubahan pada aspek hubungan sosial yaitu berkurangnya interaksi dengan orang lain, sedangkan pada aspek hubungan dengan lingkungan, yang sering kali menjadi masalah adalah terhambatnya untuk melakukan rekreasi. Berdasarkan banyaknya dampak pasca ORIF bagi kehidupan pasien, peneliti bermaksud untuk melakukan penelitian mengenai kualitas hidup pada pasien pasca ORIF fraktur ekstremitas bawah di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta untuk menjawab pertanyaan berupa: Bagaimana kualitas hidup pasien pasca ORIF ekstremitas bawah di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Mendeskripsikan kualitas hidup pada pasien pasca ORIF fraktur ekstremitas bawah di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta

2. Tujuan Khusus

- a. Mendeskripsikan karakteristik responden pada pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah
- b. Mendeskripsikan kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah dari dimensi kesehatan fisik
- c. Mendeskripsikan kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah dari dimensi kesejahteraan psikologi
- d. Mendeskripsikan kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah dari dimensi hubungan sosial
- e. Mendeskripsikan kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah dari dimensi hubungan dengan lingkungan.

D. Manfaat Penelitian

1. Peneliti

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat menambah pengetahuan peneliti mengenai gambaran kualitas hidup pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah.

2. Pasien

Dengan adanya penelitian ini, diharapkan dapat menambah wawasan pasien terkait kualitas hidup dan pasien mampu mengidentifikasi kualitas hidupnya sehingga kualitas hidup pasien dapat ditingkatkan, khususnya pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah.

3. Profesi keperawatan

Dapat memberikan informasi serta gambaran bagi perawat mengenai kualitas hidup pada pasien pasca ORIF fraktur ekstremitas bawah sehingga dapat dijadikan acuan untuk meningkatkan kualitas asuhan keperawatan pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah pada saat perencanaan pulang.

4. Rumah sakit

Dapat memberikan informasi serta gambaran bagi perawat mengenai kualitas hidup pada pasien post ORIF sehingga dalam melakukan pelayanan memperhatikan segi kualitas hidup pasien yaitu dari aspek fisik, psikologis, hubungan sosial maupun hubungan dengan lingkungan secara berkesinambungan dan komprehensif.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Fraktur

a. Definisi Fraktur

Fraktur sering kali disebut dengan patah tulang yaitu terputusnya kontinuitas jaringan tulang dan ditentukan sesuai jenis dan luasnya.¹⁶ Fraktur adalah suatu gangguan baik itu lengkap atau tidak lengkap pada struktur tulang dan didefinisikan sesuai dengan jenis dan luasnya.¹⁷

Fraktur dapat disebabkan oleh pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan memutar tiba-tiba, atau kontraksi otot yang ekstrim.¹⁷ Fraktur dapat berpengaruh pada struktur yang berdekatan. Fraktur tersebut dapat mengakibatkan edema jaringan lunak, perdarahan ke dalam otot dan sendi, dislokasi sendi, tendon pecah, saraf terputus, dan kerusakan pembuluh darah. Organ tubuh dapat terluka oleh kekuatan yang menyebabkan fraktur atau oleh fragmen fraktur.¹⁷

b. Etiologi fraktur

Fraktur dapat terjadi akibat berbagai sebab. Penyebab yang sering mengakibatkan fraktur yaitu pukulan langsung, gaya meremuk, gerakan

memutar mendadak, kontraksi otot ekstrem, dan adanya stress yang lebih besar dari pada yang diabsorpsi pada tulang.¹⁷

Berdasarkan Muttaqin tahun 2008, fraktur juga disebabkan oleh:¹⁸

1) Trauma langsung

Trauma langsung dapat menyebabkan tekanan langsung pada tulang sehingga menyebabkan terjadinya fraktur pada tulang yang terkena tekanan. Jaringan lunak disekitar trauma, biasanya juga akan mengalami kerusakan. Fraktur yang dapat terjadi akibat trauma langsung ini yaitu fraktur komunitif.

2) Trauma tidak langsung

Trauma tidak langsung yaitu trauma yang terjadi di daerah lain yang jauh dari tulang yang fraktur

c. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis dari fraktur meliputi: ^(16,17,19)

1) Nyeri

Nyeri merupakan masalah yang paling sering dijumpai pada pasien fraktur.²⁰ Nyeri pada fraktur bersifat kronis sehingga tidak dapat diprediksi dan sering kali membuat pasien frustasi dan mengalami depresi psikologis.²¹

2) Hilangnya fungsi (fungsiolaesa)

Fungsi normal otot bergantung pada integritas tulang tempat melekatnya otot, sehingga pada penderita fraktur, ekstremitas tidak dapat berfungsi dengan normal.²²

3) Deformitas

Deformitas disebabkan akibat adanya pergeseran antar fragmen. Pada fraktur ekstremitas, untuk mengetahui adanya deformitas dapat dilakukan dengan cara membandingkan dengan ekstremitas yang normal.²²

4) Krepitus

Krepitus sering kali disebut dengan derik tulang dan teraba akibat adanya gesekan antar fragmen tulang.²²

5) Pembengkakan lokal

Pembengkakan pada pasien fraktur biasanya akibat adanya perdarahan akibat trauma fraktur.²²

Selain tanda dan gejala yang telah dijelaskan diatas, pada pasien fraktur juga sering kali terlihat tanda- tanda seperti pemendekan ekstremitas, perubahan warna, ekimosis, gangguan neurovaskuler, putusnya kontinuitas tulang, dan gangguan fungsi muskuloskeletal.^{16,17,19}

d. Jenis Fraktur

Fraktur dapat dibagi berdasarkan ada tidaknya hubungan patahan tulang dan garis frakturnya.¹⁹

Fraktur menurut ada tidaknya hubungan antara tulang di bagi menjadi:

1) Fraktur terbuka

Fraktur terbuka merupakan patah yang menembus kulit dan tulang yang memungkinkan untuk berhubungan dengan dunia luar dan memungkinkan masuknya kuman ke dalam luka.^{16,19} Berdasarkan berat ringannya luka dan fraktur yang terjadi, fraktur terbuka ini dibagi menjadi 3 derajat yaitu:^{19,23}

- a) Derajat 1, yaitu luka kurang dari 1 cm
- b) Derajat 2, yaitu luka lebih besar tanpa kerusakan jaringan lunak yang luas.
- c) Derajat 3, yaitu luka sangat terkontaminasi dan memiliki kerusakan jaringan lunak yang luas (jenis yang paling parah)

2) Fraktur tertutup

Fraktur tertutup sering kali disebut dengan fraktur sederhana.^{16,17} Fraktur tertutup ini merupakan patah tulang yang tidak menyebabkan robeknya kulit sehingga tidak ada kontak langsung antara tulang dengan dunia luar.¹⁶

Berdasarkan garis frakturnya, patah tulang di bagi menjadi:¹⁹

- 1) Fraktur komplet, merupakan salah satu tipe fraktur dimana terjadi patahan di seluruh penampang tulang.¹⁷
- 2) Fraktur inkomplet, sering kali disebut dengan fraktur greenstick, yaitu patahan hanya terjadi pada sebagian fragmen tulang.¹⁷
- 3) Fraktur transversa, merupakan patahan horizontal yang melewati tulang biasanya di sebabkan oleh pukulan langsung maupun tidak langsung terhadap tulang.²³
- 4) Fraktur oblik, merupakan fraktur pada sudut miring di antara dua korteks, biasanya terjadi akibat tekanan langsung maupun tidak langsung dengan agulasi dan kompresi.²³
- 5) Fraktur spiral, merupakan fraktur kurva di sekitar dua korteks, biasanya terjadi akibat gerakan memutar langsung maupun tidak langsung, dengan bagian distal pada tulang tidak dapat berpindah.²³
- 6) Fraktur kompresi, terjadi akibat adanya tekanan atau desakan tulang pada satu sisi, biasanya disebabkan akibat adanya tekanan, gaya aksial diterapkan langsung di atas sisi fraktur.²³
- 7) Fraktur kominutif, terjadi bila terdapat beberapa patahan pada fragmen tulang atau terjadi bila trauma sampai menghancurkan tulang menjadi tiga atau lebih fragmen/keping.^{16,17}

- 8) Fraktur impaksi, merupakan fraktur dengan salah satu ujung irisan ke ujung atau ke fragmen retak, biasanya terjadi akibat adanya tekanan, gaya aksial diterapkan langsung pada distal fragment.²³

e. Penatalaksanaan

Penatalaksanaan fraktur terdiri dari 4 prinsip, yaitu:

- 1) Rekognisi

Rekognisi merupakan prinsip utama penatalaksanaan fraktur. Rekognisi menyangkut diagnosis fraktur pada tempat kecelakaan dan selanjutnya di rumah sakit dengan melakukan pengkajian terhadap riwayat kecelakaan, derajat keparahan, jenis kekuatan yang berperan dalam kejadian yang terjadi, dan menentukan kemungkinan adanya fraktur dari keluhan pasien.¹⁶

- 2) Reduksi

Reduksi fraktur yaitu mengembalikan tulang ke posisi anatomis, meliputi:¹⁶

- a) Reduksi terbuka, dilakukan dengan pembedahan dan pemasangan alat fiksasi interna seperti pen, kawat, sekrup, plat, paku, dan batangan logam.
- b) Reduksi tertutup, suatu tindakan untuk mempertahankan ekstremitas dengan gips, traksi, *brace*, bidai, dan fiksator eksterna.

3) Retensi atau imobilisasi

Imobilisasi merupakan mempertahankan posisi tulang selama proses penyembuhan patah tulang.¹⁹ Fragmen tulang harus diimobilisasi atau dipertahankan hingga terjadi proses penyatuan, dengan posisi dan kesejajaran yang benar setelah dilakukan reduksi.¹⁶ Imobilisasi ini diperlukan agar tidak terjadi dislokasi fragmen dan metode ini dapat dilakukan dengan fiksasi internal dan eksternal.^{16,19}

4) Rehabilitasi

Suatu program untuk mempertahankan dan mengembalikan aktivitas fungsional, dapat dilakukan dengan cara:¹⁹

- a) Mempertahankan reduksi dan immobilisasi
- b) Meninggalkan daerah fraktur untuk meminimalkan pembengkakan
- c) Memantau status neuromuscular
- d) Mengontrol kecemasan dan nyeri
- e) Latihan isometric dan *setting* otot
- f) Latihan untuk kembali ke aktivitas semula secara bertahap

f. Komplikasi

Berdasarkan Syamsuhijad pada tahun 2010, komplikasi pada fraktur di bagi menjadi tiga yaitu komplikasi segera, komplikasi dini dan komplikasi lama.¹⁹

1) Komplikasi segera

Komplikasi segera pasca fraktur terdiri dari komplikasi lokal dan komplikasi secara umum. Komplikasi lokal terdiri dari komplikasi pada kulit dan otot berupa berbagai vulvus (abrasi, laserasi, sayatan dll), kontusio dan avolsi. Komplikasi lokal juga dapat mengenai vascular yaitu terputusnya vascular, kontusio dan perdarahan. Komplikasi lainnya dapat terjadi pada organ dalam seperti pada jantung, paru- paru, hepar, limpa (pada fraktur kosta), buli- buli (pada fraktur pelvis). Komplikasi yang sering terjadi pada neurologi berupa gangguan pada otak, medulla spinalis dan kerusakan saraf perifer. Pada komplikasi secara umum, biasanya yang terjadi adalah trauma multiple dan syok.¹⁹

2) Komplikasi dini

Komplikasi lokal yang sering kali terjadi berupa nekrosis kulit otot, sindrom kompartemen, thrombosis, infeksi sendi dan osteomielitis. Pada komplikasi secara umum berupa ARDS, emboli paru, dan tetanus.¹⁹

3) Komplikasi lama

Komplikasi secara lokal dapat terjadi pada tulang dan sendi. Komplikasi yang sering kali terjadi pada tulang yaitu malunion, nonunion, *delayed union*, osteomielitis, gangguan pertumbuhan dan patah tulang rekuren. Komplikasi pada sendi biasanya berupa ankolisis, penyakit degeneratif sendi pasca trauma. Komplikasi lokal lainnya berupa miositis

osifikans, distrofi refleks, dan kerusakan saraf. Komplikasi secara umum dapat berupa batu ginjal (akibat immobilisasi lama di tempat tidur dan hiperkalsemia) serta neurosis paska trauma.¹⁹

2. *Open Reduction Internal Fixation (ORIF)*

a. Definisi ORIF

ORIF merupakan salah satu bedah ortopedi yang digunakan pada pasien fraktur. ORIF diindikasikan untuk fraktur dengan kesejajaran yang tidak diterima setelah dilakukannya reduksi tertutup dan immobilisasi, ketidakselarasan anggota tubuh pada ekstremitas bawah dan ketidakcocokan artikular.⁵ Dalam beberapa kasus ORIF memungkinkan dengan segera terjadinya pembebanan berat badan, atau karena hasil pasien akan lebih baik dari pengobatan non operatif.²⁵ Reduksi terbuka biasanya dikombinasikan dengan manipulasi langsung dari beberapa fragmen, tetapi juga dapat meliputi teknik tidak langsung seperti penggunaan distraktor penghubung tulang pada fraktur artikular.²⁵

Indikasi untuk reduksi terbuka adalah:²⁵

- 1) Menggantikan fraktur artikular dengan impaksi dari permukaan sendi

- 2) Fraktur yang membutuhkan keselarasan aksial yang tepat (mis patah pada lengan, patah tulang metaphyseal sederhana)
- 3) Kegagalan reduksi terbuka karena interposisi jaringan lunak
- 4) Tertundanya operasi di mana jaringan granulasi atau awal kalus harus dipindah
- 5) Terdapat resiko tinggi kerusakan struktur neurovascular
- 6) Pada kasus tidak adanya atau terbatasnya akses untuk pencitraan perioperatif untuk memeriksa reduksi.

b. Keuntungan ORIF

Keuntungan dari fiksasi internal ini yaitu akan tercapai reposisi yang sempurna dan fiksasi yang kokoh sehingga pada pasien paska ORIF tidak perlu lagi dipasang gips dan mobilisasi dapat segera dilakukan.⁴ Selain itu, pada pasien yang menjalani ORIF penyatuan sendinya lebih cepat, memiliki reduksi yang akurat dan stabilitas reduksi yang tinggi, serta pemeriksaan struktur neurovascular dapat dilakukan lebih mudah.²⁴

c. Tujuan bedah ORIF

Tujuan dari bedah ORIF yaitu digunakan untuk stabilitas fraktur atau mengoreksi masalah disfungsi muskuloskeletal serta memperbaiki fungsi dengan mengembalikan gerakan serta stabilitas dan mengurangi nyeri serta stabilitas.^{26,27} Selain itu, tujuan lain dari tindakan ORIF

yaitu untuk menimbulkan reaksi reduksi yang akurat, stabilitas reduksi yang tinggi, untuk pemeriksaan struktur- struktur neurovaskuler, untuk mengurangi kebutuhan akan alat immobilisasi eksternal, mengurangi lamanya rawat inap di rumah sakit serta pasien lebih cepat kembali ke pola kehidupan yang normal seperti sebelum mengalami cedera.²

d. Masalah Pasca Bedah ORIF

Masalah yang sering kali ditimbulkan pada pasien pasca bedah ORIF meliputi:

- 1) Nyeri merupakan keluhan yang paling sering terjadi setelah bedah ORIF. Nyeri yang dapat dirasakan seperti tertusuk dan terbakar pada tujuh hari pertama dan nyeri yang sangat hebat akan dirasakan pada beberapa hari pertama.^{27,28}
- 2) Gangguan mobilitas pada pasien pasca bedah ORIF juga akan terjadi akibat proses pembedahan.²⁷
- 3) Kelelahan sering kali terjadi pada pasien post ORIF yaitu kelelahan sebagai suatu sensasi. Gejala nyeri otot, nyeri sendi, sakit kepala, dan kelemahan dapat terjadi akibat kelelahan sistem muskuloskeletal dan gejala ini merupakan tanda klinis yang sering kali terlihat pada pasien pasca ORIF.²

- 4) Perubahan ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat mengubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan, dan penampilan juga sering kali dirasakan oleh pasien paska bedah ORIF.⁴

3. Kualitas Hidup

a. Definisi Kualitas Hidup

Kualitas hidup adalah istilah yang sering kali didefinisikan sebagai sakit. WHO menyatakan kesehatan merupakan suatu keadaan yang sehat secara lengkap baik fisik, mental dan sosial, dan bukan hanya tidak adanya penyakit. Kualitas hidup sering menekankan pada komponen kebahagiaan dan kepuasan dengan kehidupan. Hingga saat ini masih belum terdapat definisi dari kualitas hidup yang dapat diterima secara universal.²⁹

Kualitas hidup mencakup langkah individu dalam mencapai kebaikan dari berbagai aspek kehidupan. Evaluasi yang digunakan pada kualitas hidup meliputi reaksi emosional seseorang terhadap suatu kejadian dalam kehidupan, kepuasannya terhadap kehidupan saat ini, kepuasannya dengan pekerjaan serta hubungan interpersonal.³⁰

Kualitas hidup sangat berpengaruh pada kehidupan seseorang. Kualitas hidup yang baik akan membuat individu mampu bersosialisasi dengan baik, tidak mengalami distress emosional serta

memiliki fungsi fisik yang baik. Individu yang memiliki kualitas hidup yang buruk dapat menimbulkan isolasi sosial pada individu, distress emosional, fungsi fisik rendah, ketidakmampuan serta depresi.¹⁰

b. Domain kualitas hidup

Terdapat 6 domain kualitas hidup yaitu domain fisik, psikologis, tingkat ketergantungan, hubungan sosial, hubungan dengan lingkungan dan spiritual. Namun, analisis baru WHO-QOL telah menggabungkan antara domain 1 dan domain 3 serta menggabungkan domain 2 dan 6, sehingga tercipta 4 domain dalam kualitas hidup. Adapun domain kualitas hidup tersebut meliputi:²⁹

1) Domain fisik

Domain fisik pada kualitas hidup ini meliputi energi dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, dan kapasitas kerja.^{9,29} Energi atau kelelahan merupakan tingkat kemampuan yang dimiliki oleh individu dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Kelelahan dapat menyebabkan fungsi fisik berkurang serta menyebabkan penurunan konsentrasi, tidur, ketidakseimbangan dan interaksi sosial.²

Nyeri dan ketidaknyamanan merupakan suatu sensasi yang tidak menyenangkan baik itu secara sensori maupun emosional.

Nyeri dapat mengganggu aktifitas sehari-hari, psikis dan lain-lain.³¹ Komponen kognitif, sensori dan emosional akan mempengaruhi kemampuan individu dalam menentukan kemampuan mengontrol nyeri.² Nyeri yang dirasakan individu harus dikontrol, karena individu yang tidak mampu mengontrol nyeri akan sangat berpengaruh besar pada kualitas hidupnya.³²

Tidur atau istirahat adalah salah satu kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh semua orang. Istirahat dan tidur sangat dibutuhkan dalam proses penyembuhan. Istirahat merupakan suatu keadaan yang tenang, rileks, tanpa tekanan emosional serta bebas dari kecemasan. Istirahat mampu menurunkan kelelahan yang dialami oleh individu. Tidur merupakan suatu keadaan tidak sadar dimana persepsi dan reaksi individu terhadap rangsangan menurun atau hilang dan dapat dibangun kembali dengan indra atau rangsangan.³¹

Mobilitas merupakan kegiatan yang penting untuk dilakukan pada pasien yang menjalani pemulihan pasca operasi untuk mencegah adanya komplikasi. Mobilisasi dapat bermanfaat untuk peningkatan sirkulasi darah, yang dapat mengurangi nyeri yang timbul pasca operasi, mencegah adanya tromboflebitis serta dapat memberi nutrisi untuk penyembuhan luka area operasi.

Pasien yang mengalami fraktur sering kali mengalami hambatan pada mobilitasnya.⁷

Aktivitas sehari-hari yang dilakukan oleh pasien membutuhkan kerja otot dan membantu mempertahankan tonus/kekuatan otot. Pada kondisi sakit, biasanya seseorang tidak mampu melakukan aktivitas sehari-hari yang disebabkan akibat adanya keterbatasan gerak, oleh karena itu kekuatan otot dapat dipertahankan dengan cara penggunaan otot secara terus menerus.⁷

Penggunaan obat-obatan merupakan ketergantungan individu terhadap medis atau pengobatan alternative untuk mendukung fisik maupun kesejahteraan psikologisnya. Penggunaan obat-obatan ini dapat mempengaruhi kualitas hidup individu.³³

2) Domain psikologi

Domain psikologi meliputi penampilan dan citra tubuh, perasaan positif, perasaan negative, harga diri, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi serta spiritual.^{9,29}

Citra tubuh atau gambaran diri merupakan sikap individu baik itu disadari maupun tidak disadari yang meliputi persepsi masa lalu atau sekarang mengenai ukuran dari bentuk, fungsi,

penampilan dan fungsi tubuh. Gambaran diri pada pasien pasca ORIF sangat penting untuk diketahui karena pada pasien pasca ORIF sering kali mengalami perubahan baik itu secara fisik maupun psikologis. Tujuan dari hal tersebut adalah agar pasien tidak bersikap cemas, minder, dan stress serta pasien memiliki gambaran diri yang positif.¹⁰

Perasaan positif pada domain psikologis ini menguji pengalaman perasaan positif individu dari kesukaan, keseimbangan, kedamaian, harapan, kegembiraan dan kenikmatan akan hal-hal positif dalam hidup. Bagian penting dari segi ini adalah pandangan individu dan perasaan positif pada masa depan.³³

Perasaan negative berfokus pada pengalaman perasaan negative individu seperti patah semangat, keputusasaan, perasaan berdosa, kesedihan, kecemasan dan kurang bahagia dalam menjalani hidup. Selain hal tersebut, depresi juga merupakan salah satu contoh dari perasaan negative dan sering kali dialami oleh pasien fraktur ekstremitas bawah. Depresi merupakan suatu perasaan sakit atau pesimis akibat adanya perubahan status mental.^{29,33}

Harga diri pada domain psikologis ini menguji apa yang individu rasakan mengenai dirinya. Perasaan individu dari kekuatan diri dan kendali diri ini merupakan fokus dari aspek harga diri. Individu dapat memiliki perasaan positif hingga perasaan yang negative terhadap dirinya.³³

Berfikir, belajar, memori, dan konsentrasi ini meliputi pandangan individu terhadap kemampuan untuk berkonsentrasi, belajar, pengambilan keputusan dan menjelaskan fungsi kognitif lainnya. Spiritual merupakan aspek pada domain psikologis yang difokuskan pada kepercayaan individu dan bagaimana dampaknya pada kualitas hidup.³³

3) Domain hubungan sosial

Domain hubungan sosial meliputi hubungan personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual.^{9,29} Hubungan personal merupakan hubungan individu dengan individu lainnya. Hal yang diuji dalam aspek ini meliputi persahabatan, cinta dan dukungan dari orang yang dekat dalam kehidupan individu.³³

Dukungan sosial merupakan suatu gambaran yang diperoleh individu yang berasal dari lingkungan sekitarnya. Dukungan sosial yang tinggi dapat meningkatkan kualitas hidup individu. Dukungan sosial yang tinggi dapat menimbulkan

optimisme pada penderita yang sedang mengalami gangguan kesehatan serta dapat mendukung untuk melakukan pengobatan secara aktif terhadap penyakit yang dideritanya.^{2,7}

Aktivitas seksual berfokus pada dorongan dan hasrat pada seks. Aktivitas seksual ini dipengaruhi oleh berbagai faktor diantaranya yaitu faktor fisik, faktor budaya dan faktor psikis. Depresi, kecemasan serta gangguan mobilisasi dapat mengganggu aktivitas seksual. Gangguan pada aktivitas seksual ini dapat mempengaruhi kualitas hidup, kegiatan rutin sehari-hari, kesejahteraan maupun interaksi sosial.^{33,34}

4) Domain hubungan dengan lingkungan

Domain hubungan dengan lingkungan meliputi sumber keuangan; kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan; kesehatan dan kepedulian sosial (aksesibilitas dan kualitas); lingkungan rumah; peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru; partisipasi dan kesempatan dalam olahraga maupun rekreasi; lingkungan fisik (polusi/suara/lalu lintas/ iklim) dan transportasi.^{9,29}

Sumber keuangan berfokus pada pandangan individu pada sumber penghasilan, yaitu fokus pada apakah individu mampu

menghasilkan uang atau tidak. Sumber keuangan ini nantinya akan berpengaruh pada kualitas hidup individu.³³

Kebebasan, keamanan fisik dan lingkungan ini menguji perasaan individu pada keamanan dari kejahatan fisik. Tekanan dari orang lain atau politik mampu menimbulkan ancaman pada keamanan individu sehingga dapat mempengaruhi perasaan kebebasan individu.³³

Kesehatan dan kepedulian sosial (aksesibilitas dan kualitas) pada domain lingkungan ini menguji pada pandangan individu terhadap kesehatan dan perhatian sosial atau dapat berupa berapa lama waktu yang diperlukan untuk mendapat bantuan.³³

Lingkungan rumah pada domain ini berfokus pada tempat yang terpenting dimana individu tinggal. Hal ini disebabkan karena kenyamanan atau tempat teraman individu untuk tinggal dapat mempengaruhi kualitas hidup individu.³³

Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru berfokus pada kesempatan individu dan keinginannya untuk mempelajari keterampilan baru, mendapatkan pengetahuan baru, dan peka terhadap apa yang terjadi. Peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru ini juga mencakup pada pendidikan formal dan pembelajaran orang dewasa.³³

Partisipasi dan kesempatan dalam olahraga maupun rekreasi pada domain ini mengeksplor kemampuan individu, keinginan dan kesempatan yang dimiliki individu untuk berpartisipasi dalam waktu luang, olahraga, hiburan dan rekreasi.³³

Lingkungan fisik pada domain ini berfokus pada pandangan individu terhadap lingkungan disekitarnya, mencakup kebisingan, polusi, iklim, dan estetika lingkungan dimana hal tersebut dapat memperburuk kualitas hidup, sedangkan transportasi pada domain ini mencakup pada pandangan individu terhadap kemampuan dalam menemukan dan menggunakan pelayanan transportasi.³³

c. Faktor- faktor yang mempengaruhi kualitas hidup

1) Jenis kelamin

Pasien perempuan biasanya memiliki kualitas hidup lebih rendah dibandingkan dengan pasien yang berjenis kelamin laki- laki.³⁵

2) Usia

Pasien yang berusia lebih lanjut cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih rendah serta memiliki tingkat depresi yang lebih tinggi di banding dengan pasien yang memiliki usia lebih muda.³⁵

3) Pendidikan

Pasien yang memiliki pendidikan lebih rendah, cenderung memiliki kualitas hidup yang lebih buruk.³⁵

4) Status pernikahan

Pasien yang bercerai atau yang tidak memiliki pasangan hidup cenderung memiliki nilai kesehatan fisik dan psikologis rendah serta rentan terhadap depresi dibandingkan pasien yang menikah. Hal tersebut dapat terjadi karena pasien yang sudah menikah akan mendapatkan dukungan dari pasangan dan anak.^{7,35}

5) Status pekerjaan atau status ekonomi

Status ekonomi yang rendah cenderung mengalami kualitas hidup yang lebih buruk dibanding dengan seseorang yang memiliki status ekonomi lebih tinggi.³⁵

6) Jenis fraktur

Fraktur pada kaki bagian atas dan multipel fraktur memiliki hubungan yang signifikan dengan penurunan kualitas hidup.⁸

7) Nyeri

Semakin tinggi tingkat nyeri dapat menyebabkan semakin rendahnya kualitas hidup pada individu.³⁶

d. Pengukuran kualitas hidup

Penilaian kualitas hidup dilakukan untuk mengidentifikasi aspek- aspek kualitas hidup yang dapat dipengaruhi oleh terapi.³⁷ Pengukuran kualitas hidup, dapat di ukur menggunakan kuesioner. Kuesioner yang dapat digunakan untuk melakukan pengukuran kualitas hidup yaitu dengan SF 36, WHO QOL, dan EURO QOL. Masing- masing kuesioner memiliki jumlah pertanyaan yang berbeda- beda.³⁰

SF 36 merupakan kepanjangan dari Short Form 36. Kuesioner ini merupakan kuesioner yang digunakan untuk mengukur kualitas hidup dan memiliki 36 pertanyaan. Kuesioner ini terdiri dari delapan aspek yaitu fungsi fisik, fungsi peran, nyeri tubuh, kesehatan umum, vitalitas, fungsi sosial, fungsi emosional dan kesehatan mental. Delapan aspek pada SF 36 tersebut, dimasukkan ke dalam 2 domain yaitu domain fisik dan psikologis. Kuesioner WHO QOL berjumlah 26 pertanyaan. Kuesioner WHO QOL ini mencakup 4 aspek yaitu aspek fisik, aspek psikologis, aspek hubungan sosial dan aspek hubungan dengan lingkungan. Pengukuran kualitas hidup dengan WHO QOL ini dilakukan dengan mengukur kepuasan dalam menjalani hidup dalam waktu 4 minggu terakhir. Kuesioner EURO QOL merupakan kuesioner kualitas hidup yang mengukur 5 domain

mengukur lima domain kesehatan yaitu mobilitas, perawatan diri, aktifitas peran, kegiatan keluarga dan rekreasi, serta nyeri dan suasana hati.³⁰

4. Kualitas Hidup Pasien Pasca ORIF

Pasien yang menjalani ORIF sering kali mengalami penurunan kualitas hidup. Penurunan kualitas hidup tersebut akibat adanya masalah-masalah pada dimensi fisik, psikologis, hubungan sosial, dan hubungan dengan lingkungan pada pasien yang menjalani ORIF.

Pasien post ORIF sering kali mengalami masalah pada ukuran, bentuk dan fungsi tubuh yang dapat merubah sistem tubuh, keterbatasan gerak, kegiatan, penampilan.⁴ Selain itu, pasien pasca ORIF juga dapat mengalami kelelahan sistem muskuloskeletal mengakibatkan gejala berupa nyeri otot, nyeri beberapa sendi, sakit kepala, dan kelemahan yang merupakan tanda klinis yang sering terlihat pada kondisi pasca ORIF.² Problematika lain juga dapat edema di sekitar daerah fraktur yang terjadi akibat adanya luka bekas operasi, keterbatasan lingkup gerak sendi, penurunan kekuatan otot, penurunan kemampuan fungsionalnya (*functional limitation*), serta nyeri di area bekas operasi.¹²

Pasien pasca ORIF juga seringkali mengalami masalah pada psikologisnya. Perubahan tersebut dapat terjadi pada gambaran diri, identitas diri, ideal diri dan harga diri serta stress karena kecemasan akan mengalami perubahan gaya hidup yang permanen.⁴ Selain itu, jaringan parut yang timbul setelah pembedahan untuk pemasangan fiksasi internal dapat mempengaruhi citra tubuh, apalagi jika jaringan parut tersebut terlihat setiap hari.⁶

Perubahan lain yang dapat mempengaruhi kualitas hidup pada pasien pasca ORIF yaitu permasalahan pada interaksi sosial dengan masyarakat sekitar serta ketidakmampuan untuk menjalani rekreasi, tidak mampu bekerja dengan baik, berolahraga, dan belajar dengan baik. Hal tersebut diakibatkan karena kecemasan serta stress akan perubahan pada tubuhnya.^{4,15}

5. Model Adaptasi Sister Callista Roy

Kesejahteraan dapat tercipta karena adanya keseimbangan antara bagian- bagian atau dimensi menjadi satu kesatuan yang utuh. Kesejahteraan tersebut dapat dicapai dengan melalui proses adaptasi yang dikemukakan oleh Sister Callista Roy.³⁷ Asumsi dasar yang dianut dalam model adaptasi Roy yaitu:³⁸

- a. Individu merupakan satu kesatuan makhluk bio-psiko-sosial yang utuh. Individu yang sehat yaitu individu yang mampu memenuhi kebutuhan biologis, psikologis dan sosialnya.³⁸
- b. Individu dalam beradaptasi selalu menggunakan coping baik itu adaptif maupun maladaptif. Kemampuan beradaptasi tersebut dipengaruhi oleh penyebab utama perubahan kondisi dan situasi, keyakinan dan pengalaman dalam beradaptasi.³⁸
- c. Setiap individu berespon terhadap kebutuhan fisiologis, kebutuhan konsep diri yang positif, kemampuan untuk hidup mandiri dan kemandirian, kemampuan melakukan peran dan fungsi yang optimal guna memelihara integritas diri.³⁸
- d. Individu dalam mempertahankan adaptasi selalu berada dalam rentang sehat sakit yang berhubungan erat dengan mekanisme sehat sakit.³⁸

Roy memandang individu sebagai makhluk bio-psiko-sosial sebagai satu kesatuan yang utuh yang berinteraksi, berespon dan beradaptasi dengan lingkungan secara terus menerus.³⁹ Pandangan Roy terkait paradigma sistem keperawatan sentral meliputi:³⁷

- a. Manusia

Manusia mencakup individu, keluarga kelompok atau masyarakat yang menerima pelayanan asuhan keperawatan.^{37,38}

b. Lingkungan

Lingkungan merupakan semua disekeliling individu yang berpengaruh terhadap perkembangan individu. Lingkungan tersebut merupakan konsep utama dalam interaksi individu secara konstan.^{37,38}

c. Kesehatan atau sehat

Sehat adalah suatu keadaan atau proses dalam menjaga integritas diri. Roy menyebutkan rentang sehat yaitu dari kematian hingga kesehatan sampai puncak kesehatan dan kesehatan normal berada di tengahnya. Maladaptasi terhadap lingkungan dapat menyebabkan tingkat kesehatan yang rendah.^{37,38}

d. Keperawatan

Keperawatan merupakan proses interpersonal yang diawal adanya konsisi maladaptasi akibat perubahan lingkungan baik itu internal maupun eksternal. Menurut teori adaptasi Roy, respon adaptasi seseorang terhadap perubahan bergantung pada stimulus yang masuk dan kemampuan adaptasi seseorang yang ditentukan oleh *input*, kontrol dan *output*.^{37,38}

Input merupakan stimulus yang dapat menimbulkan suatu respon. Komponen dalam *input* tersebut meliputi.³⁸

1) Stimulus lokal

Stimulus lokal atau stimulus internal yaitu stimulus yang langsung berhadapan dengan individu. Stimulus lokal meliputi perubahan fisiologis, perubahan konsep diri, fungsi peran dan perubahan dalam mempertahankan kesinambungan antara kemandirian dan ketergantungan.^{37,38}

2) Stimulus kontekstual

Stimulus kontekstual yaitu semua stimulus lain yang dialami individu, baik internal (karakteristik diri) maupun eksternal yang dapat diukur, diobservasi, dilaporkan secara subjektif dan mempengaruhi stimulus lokal.^{37,38}

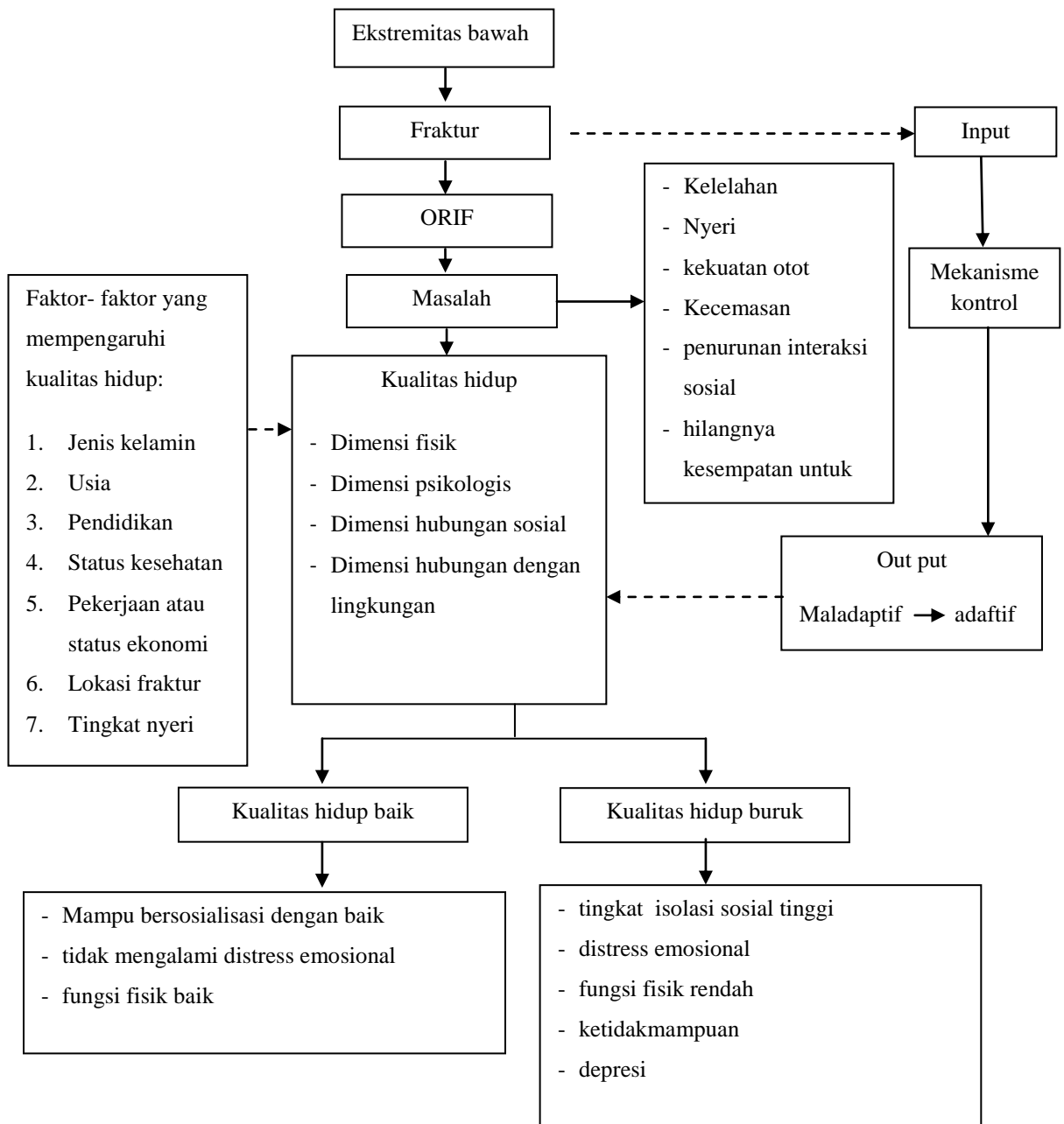
3) Stimulus residual

Stimulus residual yaitu ciri- ciri tambahan yang ada, namun sukar diobservasi, misalnya keyakinan dan sikap.^{37,38}

Aspek yang kedua yang mempengaruhi kemampuan adaptasi seseorang yaitu mekanisme kontrol. Mekanisme kontrol dibagi menjadi regulator dan kognator. Mekanisme kontrol regulator yaitu respon sistem kimiawi, saraf, atau endokrin otak, dan medulla spinalis yang diteruskan sebagai perilaku dan respon. Mekanisme kontrol kognator berhubungan dengan fungsi otak dalam memproses informasi, penilaian dan emosi.³⁸

Aspek yang terakhir dalam model adaptasi Roy yaitu *output*. *Output* dari suatu sistem adaptasi adalah perilaku yang dapat diukur, diamati dan disampaikan secara subjektif. *Output* pada model adaptasi Roy berupa respon adaptif maupun respon maladaptif.³⁸

B. Kerangka teori



Keterangan:

———— : Diteliti

- - - - - : Tidak diteliti

Gambar 1: Kerangka teori ^{2,10,16,25,27,28,29,40}

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Gambaran kualitas hidup pasien pasca ORIF ekstremitas bawah:

- dimensi fisik
- dimensi psikologis
- dimensi hubungan sosial
- dimensi hubungan dengan lingkungan

Gambar 2: Kerangka konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Penelitian ini merupakan jenis penelitian kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pada pasien post ORIF ini adalah kuantitatif deskriptif. Penelitian deskriptif yaitu penelitian yang di dalamnya tidak ada analisis hubungan antar variabel, tidak ada variabel bebas dan terikat, serta dilakukan dengan tujuan utama untuk membuat gambaran tentang suatu keadaan secara objektif.⁴¹ Penelitian ini merupakan penelitian yang bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien pasca ORIF ekstremitas bawah di RS Ortopedi Prof. Dr. Soeharso Surakarta.

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi merupakan keseluruhan sumber data yang diperlukan oleh peneliti dalam suatu penelitian.⁴² Populasi dari penelitian ini adalah seluruh pasien pasca ORIF ekstremitas bawah yang melakukan *medical check up* di RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta selama tiga bulan yaitu sebesar 121, kemudian di ambil rata- rata perbulannya, sehingga jumlah populasi dalam satu bulan pada penelitian ini adalah 40 orang.

2. Sampel Penelitian

Sampel merupakan bagian dari populasi yang akan diteliti atau sebagian jumlah dari karakteristik yang dimiliki oleh populasi.⁴²

a. Teknik sampling

Teknik sampling yaitu teknik yang dipergunakan untuk mengambil sampel dari populasi.⁴¹ Teknik sampling yang digunakan pada penelitian ini yaitu *consecutive sampling*. Pemilihan sampel dengan teknik *consecutive sampling* merupakan teknik penentuan sampel dengan menetapkan subjek yang memenuhi kriteria penelitian dimasukkan dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah klien yang diperlukan dapat terpenuhi. Pada teknik sampling ini, semua sampel yang

memenuhi kriteria pemilihan dimasukan sampai jumlah subyek yang diperlukan terpenuhi serta berdasarkan waktu yang tersedia.⁴³

b. Kriteria inklusi dan eksklusi

Kriteria inklusi yaitu kriteria yang layak untuk diteliti, merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target dan terjangkau yang akan diteliti.⁴² Kriteria inklusi pada penelitian ini yaitu:

- Pasien pasca ORIF ekstremitas bawah (femur, tibia, fibula)
- Pasien lebih dari 1 bulan hingga 1 tahun pasca menjalani bedah ORIF
- Pasien dengan jenis fraktur simple (tidak merusak kulit di atasnya)
- Pasien dengan usia 18-60 tahun

Kriteria eksklusi yaitu kriteria yang tidak layak diteliti atau kriteria yang digunakan untuk menghilangkan atau mengeluarkan subjek yang memenuhi kriteria inklusi dari studi oleh karena berbagai sebab.⁴² Kriteria eksklusi pada penelitian ini :

- Pasien dengan fraktur multiple
- Pasien dengan infeksi

c. Besar sample

Besar sampel yaitu banyaknya pasien yang dijadikan sampel. Penelitian ini harus menggunakan sampel yang memenuhi kriteria inklusi dan kriteria eksklusi.⁴¹ Besar sampel yang diambil dalam penelitian ini adalah rata- rata pasien pasca ORIF ekstremitas bawah yang

melakukan *medical check up* di Poli Ortopedi selama satu bulan yaitu sebesar 40 responden.

D. Tempat dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada bulan September 2016 di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso Surakarta.

E. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

Variabel adalah karakteristik yang diamati yang mempunyai variasi nilai dan merupakan operasionalisasi dari suatu konsep agar dapat diteliti secara empiris dan ditentukan tingkatannya.⁴¹ Definisi operasional adalah penjelasan semua variabel dan istilah yang akan digunakan dalam penelitian secara operasional sehingga akhirnya mempermudah pembaca dalam mengartikan makna penelitian.⁴¹

Tabel 1. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

No	Variabel	Sub Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur dan Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala Ukur
1	Karakteristik responden	a. Usia	Jumlah tahun sejak lahir hingga ulang tahun yang terakhir	Kuesioner terkait karakteristik responden	1: 18-40 tahun 2: 41-60 tahun	Ordinal
		b. Jenis kelamin	Jenis kelamin responden dalam penelitian	Kuesioner terkait karakteristik responden	1 : laki- laki 2 : perempuan	Nominal
		c. Status pendidikan	Pendidikan formal dari subjek penelitian	Kuesioner terkait karakteristik	1 : tidak tamat SD 2 : SD	Nominal

			respon den	3 : SMP 4 : SMA 5 : Diploma 6 : Sarjana	
	d. Status pernikahan	Status pernikahan dari subjek penelitian	Kuesioner terkait karakteristik respon den	1 : menikah 2: belum menikah 3 : duda/ janda	Nominal
	e. Status pekerjaan	Pekerjaan dari subjek penelitian yang mendapatkan pendapatan	Kuesioner terkait karakteristik respon den	1 : PNS 2 : TNI/ Polri 3: Wiraswasta 4 : Pedagang 5 : Petani 6 : Buruh 7 : Lainnya 8 : Tidak bekerja	Nominal
	f. Jenis fraktur	Karakteristik fraktur dilihat dari area terjadinya fraktur	Kuesioner terkait karakteristik respon den	1: Fraktur femur 2: Fraktur tibia, fibula	Nominal
	g. Lama fraktur	Lamanya kejadian fraktur hingga penelitian dilakukan	Kuesioner terkait karakteristik respon den	1 : <2 bulan 2 : 2-3 bulan 3 : 4-5 bulan 4 : >5 bulan	Ordinal
2	Kualitas hidup pasien	Ukuran kesejahteraan individu yang dilihat dari aspek fisik, aspek psikologis, aspek hubungan sosial dan aspek hubungan dengan lingkungan	Lembar kuesioner kualitas hidup yaitu WHOQOL yang terdiri dari 26 pertanyaan, meliputi dimensi fisik 7 pertanyaan, dimensi psikologis 6 pertanyaan, dimensi sosial 3 pertanyaan dan dimensi lingkungan 8 pertanyaan	Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data terdistribusi normal, sehingga hasil ukur berdasarkan mean. Hasil ukur di kategorikan menjadi: 1. Baik apabila nilai $x > \text{mean}$ (86,8) 2. Kurang baik apabila nilai $x < \text{mean}$ (86,8)	Ordinal

a. Dimensi fisik	Kondisi fisik yang dialami oleh pasien atau responden sebagai dampak dari suatu penyakit, yang terdiri dari: energy dan kelelahan, nyeri dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, mobilitas, aktivitas sehari-hari, ketergantungan pada obat-obatan, kapasitas kerja	Lembar kuesioner yang terdiri dari 7 pertanyaan	Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data terdistribusi normal, sehingga hasil ukur berdasarkan mean. Hasil ukur di kategorikan menjadi: 1. Baik apabila nilai $x >$ mean (20,85) 2. Kurang baik apabila nilai $x <$ mean (20,85)	Ordinal
b. Dimensi psikologis	Kondisi psikologis yang dirasakan oleh pasien atau responden selama sakit, yang terdiri dari: penampilan dan citra tubuh, perasaan positif, perasaan negative, harga diri, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi serta spiritual	Lembar kuesioner yang terdiri dari 6 pertanyaan	Hasil uji normalitas menunjukkan bahwa data tidak terdistribusi normal, sehingga hasil ukur berdasarkan median. Hasil ukur di kategorikan menjadi: 1. Baik apabila nilai $x \geq$ median (23) 2. Kurang baik apabila nilai $x <$ median (23)	Ordinal
c. Dimensi hubungan	Kemampuan yang dimiliki responden	Lembar kuesioner	Hasil uji normalitas	Ordinal

sosial	untuk menjalin hubungan dengan keluarga dan masyarakat selama sakit, yang terdiri dari hubungan personal, dukungan sosial dan aktivitas seksual	yang terdiri dari 3 pertanyaan	menunjukkan bahwa data tidak terdistribusi normal, sehingga hasil ukur berdasarkan median. Hasil ukur di kategorikan menjadi: 1. Baik apabila nilai $x \geq$ median (10) 2. Kurang baik apabila nilai $x <$ median (10)
d. Dimensi hubungan dengan lingkungan	Kondisi lingkungan responden saat sakit, yang terdiri dari: sumber keuangan, kebebasan, keselamatan fisik dan keamanan, kesehatan dan kepedulian sosial (aksesibilitas dan kualitas), lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dan kesempatan dalam olahraga maupun rekreasi, lingkungan fisik (polusi/suara/lalu lintas/ iklim) dan transportasi.	Lembar kuesioner yang terdiri dari 8 pertanyaan	Hasil uji Ordinal normalitas menunjukkan bahwa data terdistribusi normal, sehingga hasil ukur berdasarkan mean. Hasil ukur di kategorikan menjadi: 1. Baik apabila nilai $x >$ mean (26,75) 2. Kurang baik apabila nilai $x <$ mean (26,75)

F. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Penelitian ini menggunakan instrumen berupa kuesioner. Kuesioner yaitu salah satu alat pengukuran data yang berisi draf pertanyaan yang akan diisi oleh responden.⁴¹ Kuesioner yang digunakan dalam penelitian ini terdiri dari dua macam kuesioner yaitu:

a. Kuesioner terkait karakteristik responden

Lembar kuesioner yang berisi karakteristik responden terdiri dari 8 item pertanyaan yaitu inisial responden, usia responden, jenis kelamin, pendidikan terakhir, status pernikahan, status pekerjaan, jenis fraktur dan lama menderita fraktur.

b. Kuesioner terkait kualitas hidup

Kuesioner terkait kualitas hidup pada penelitian ini menggunakan *World Health Organization Quality of Life (WHO- QOL)*. Kuesioner ini telah di pakai untuk mengukur kualitas hidup pada pasien dengan berbagai kondisi.^{29,30}

Kuesioner ini terdiri dari 26 pertanyaan. Kuesioner ini terdiri dari 4 dimensi kualitas hidup yaitu dimensi fisik 7 pertanyaan, dimensi psikologis 6 pertanyaan, dimensi hubungan sosial 3 pertanyaan dan dimensi hubungan dengan lingkungan 8 pertanyaan. Pertanyaan ini terdiri dari pertanyaan positif kecuali pertanyaan nomer 3,4, dan 26 yang bernilai negatif.^{29,30}

Tabel 2. Kisi- Kisi Instrumen

Sub Variabel	Nomor Pernyataan
Dimensi fisik	-3,-4,10,15,16,17,18
Dimensi psikologi	5,6,7,11,19,-26
Dimensi hubungan sosial	20,21,22
Dimensi hubungan dengan lingkungan	8,9,12,13,14,23,24,25

2. Validitas dan Reliabilitas

a. Validitas

Validitas menyatakan apa yang seharusnya di ukur, merupakan suatu indeks yang menunjukkan alat ukur itu benar- benat mengukur apa yang diukur.^{41,42} Jika suatu instrumen mampu mengukur apa- apa yang seharusnya diukur menurut situasi dan kondisi tertentu, maka instrumen tersebut dikatakan valid.⁴¹

Penelitian ini menggunakan kuesioner baku berupa kuesioner WHOQOL-BREF untuk menilai kualitas hidup. Peneliti telah melakukan uji validitas dengan perhitungan korelasi menggunakan rumus *pearson product momen*, setelah itu di uji dengan uji t lalu dilihat penafsiran dari indeks korelasi. Rumus *pearson product momen* (r)⁴³

$$r = \frac{n \sum XY - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{[n \cdot \sum X^2 - (\sum X)^2][n \cdot \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

Keterangan :

r_{hitung} : koefisien korelasi

ΣX : Jumlah skor item

ΣY : Jumlah skor total item

n : jumlah responden

Uji validitas dilakukan pada 15 responden pada pasien pasca ORIF ekstremitas bawah dengan nilai r tabel 0,514. Instrumen dinyatakan valid jika hasil r hitung lebih besar dari pada r tabel. Uji validitas instrumen didapatkan nilai korelasi validitas berkisar 0,556-0,961.

b. Reliabilitas

Reliabilitas adalah indeks yang menunjukkan sejauh mana suatu alat akan didapatkan apabila pengukuran dilaksanakan oleh orang yang berbeda atau waktu yang berbeda maka instrumen tersebut dikatakan reliabel.^{41,42}

Teknik untuk uji reliabilitas yang digunakan adalah menggunakan rumus *Alpha Cronbach*. Rumus *Alpha Cronbach*.:⁴⁴

$$r = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum \sigma b^2}{\sigma t^2} \right)$$

Keterangan :

r : koefisien tes reliabilitas

k : banyaknya butir pertanyaan

$\sum \sigma b^2$: total varians butir

σt^2 : total varians

Variabel dikatakan *reliable* jika nilai *Cronbach's Alpha* $>0,6$ artinya reliabilitas mencukupi (*sufficient reliability*). Uji reliabilitas instrumen kualitas hidup mendapatkan nilai *Cronbach's Alpha* 0,94. Instrumen tersebut dinyatakan reliabel.

3. Cara Pengumpulan Data

a. Sumber Data Penelitian

Sumber data dalam penelitian ini menggunakan sumber data primer. Data primer merupakan data yang dikumpulkan langsung dari obyek yang diteliti oleh peneliti.^{41,44} Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan kuesioner untuk memperoleh data yang dibutuhkan dalam penelitian. Kuesioner yang diberikan peneliti, akan diisi secara langsung oleh responden dalam penelitian.

b. Teknik Pengumpulan data

Langkah–langkah yang dilakukan peneliti dalam pengumpulan data yaitu:

- 1) Pengajuan *Etichal Clearance* di Komisi Etik Penelitian Kesehatan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro pada bulan Juli 2016
- 2) Peneliti melakukan pengajuan surat permohonan penelitian ke Pihak Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro yang ditujukan kepada Direktur RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso pada bulan Agustus 2016

- 3) Peneliti melakukan permohonan ijin dan pengajuan *Ethical Clearance* ke RS Ortopedi Prof. Dr. R. Soeharso pada bulan Agustus 2016
- 4) Peneliti memberikan surat ijin penelitian dari Direktur RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso kepada kepala ruang di Poli Ortopedi RS Ortopedi Prof Dr R Soeharso.
- 5) Peneliti menentukan calon responden pasien bedah ORIF yang sesuai dengan kriteria inklusi dan eksklusi yang telah ditetapkan.
- 6) Peneliti menjelaskan menjelaskan kepada responden mengenai tujuan dan manfaat penelitian, menjelaskan mengenai *informed consent* serta tata cara pengisian kuesioner.
- 7) Peneliti membagikan kuesioner dan mendampingi responden dalam melengkapi kuesioner
- 8) Peneliti memeriksa lembar kuesioner yang telah selesai diisi oleh responden. Peneliti selanjutnya melakukan pengolahan data.

G. Teknik Pengolahan dan Analisa Data

1. Teknik Pengolahan Data

Pengolahan data merupakan proses untuk memperoleh data atau data ringkasan berdasarkan suatu kelompok data mentah dengan menggunakan rumus tertentu dengan tujuan untuk menghasilkan informasi yang diperlukan.⁴¹ Tahapan- tahapan yang harus dilakukan oleh peneliti dalam pengolahan data:

a. *Editing*

Editing merupakan suatu proses yang dilakukan peneliti dengan tujuan untuk memeriksa daftar pertanyaan yang telah diserahkan oleh para pengumpul data.⁴¹ Pada tahap ini, peneliti memeriksa mengenai kelengkapan jawaban, keterbacaan tulisan dan relevansi jawaban pada kuesioner yang telah diisi oleh responden.

b. *Coding*

Coding atau pemberian tanda kode merupakan suatu proses yang dilakukan peneliti dalam mengklasifikasikan jawaban- jawaban dari responden ke dalam kategori.⁴¹ *Coding* pada kuesioner yang dipakai oleh peneliti yaitu:

1) Kuesioner A

Tabel 3. Coding Data

Variabel	Kategori	Coding
Usia Responden	18-40 tahun	1
	41-60 tahun	2
Jenis kelamin	Laki- laki	1
	Perempuan	2
Pendidikan	Tidak tamat SD	1
	SD	2
	SMP	3
	SMA	4
	Diploma	5
	Sarjana	6
Status pernikahan	Menikah	1
	Belum menikah	2
	Janda/ duda	3
Pekerjaan	PNS	1
	TNI/Polri	2
	Wiraswasta	3
	Pedagang	4
	Petani	5
	Buruh	6

	Lainnya	7
	Tidak bekerja	8
Jenis fraktur	Fraktur femur	1
	Fraktur tibia, fibula	2
Lama fraktur	<2 bulan	1
	2-3 bulan	2
	3-5 bulan	3
	>5 bulan	4

2) Kuesioner B: Kuesioner terkait kualitas hidup

Pada kuesioner untuk mengukur kualitas hidup menggunakan kuesioner WHOQOL-BREF. Pertanyaan pada kuesioner WHOQOL_BREF terdiri dari pertanyaan yang bermakna positif (*favorable*) dan 3 pertanyaan yang bermakna negative (*unfavorable*).^{29,30} Pengkategorian kualitas hidup pasien akan dilakukan menjadi 2 yaitu apabila lebih besar dari pada mean maka kualitas hidup dikatakan baik, namun apabila kurang dari mean maka kualitas hidup dikatakan kurang baik. Semakin tinggi nilainya maka kualitas hidup akan semakin baik.⁴⁵

c. *Entry Data*

Entry Data yaitu suatu proses memasukkan data atau jawaban yang telah di beri kode.⁴¹ Pada penelitian ini, peneliti memasukkan data kedalam komputer selanjutnya akan di analisis.

d. *Cleaning*

Cleaning yaitu proses dalam pengolahan data untuk memastikan kebenaran data yang telah dimasukkan komputer pengolahan apakah data

tersebut telah sesuai atau belum.⁴¹ Pada penelitian ini, peneliti melakukan pengecekan data yang telah dimasukkan ke komputer.

2. Analisa Data

a. Uji Normalitas

Uji normalitas ini digunakan untuk menentukan kategori hasil ukur kualitas hidup pada pasien post ORIF. Uji normalitas yang digunakan dalam penelitian ini adalah *Shapiro Wilk*. *Shapiro Wilk* digunakan karena jumlah sampel dalam penelitian ini sebanyak 40 responden. Tujuan dari dilakukannya uji normalitas yaitu untuk menguji apakah data penelitian yang dilakukan memiliki distribusi normal atau tidak. Dasar pengambilan uji normalitas yakni:⁴⁶

- 1) Jika nilai signifikansi $> 0,05$ maka data tersebut terdistribusi normal
- 2) Jika nilai signifikansi $< 0,05$ maka data tersebut tidak terdistribusi normal

Hasil uji normalitas yang dilakukan, didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,377 (lebih besar dari pada 0,05) pada variabel kualitas hidup, sehingga data terdistribusi normal. Pada sub variabel dimensi fisik didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,416 sehingga data terdistribusi normal. Pada sub variabel dimensi psikologis didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,003 sehingga data terdistribusi tidak normal. Pada sub variabel dimensi sosial didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,008 sehingga data

terdistribusi tidak normal. Pada sub variabel dimensi lingkungan didapatkan nilai signifikansi sebesar 0,685 sehingga data terdistribusi normal.

b. Analisa data univariat

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan analisa data univariat. Analisa univariat digunakan untuk mendiskripsikan karakteristik dari variabel secara sederhana.⁴⁷ Data dianalisis secara deskriptif dengan menggunakan alat bantu komputer dan ditampilkan dalam bentuk distribusi frekuensi, sehingga didapatkan gambaran bentuk tabel berdasarkan kualitas hidup. Tujuan dari analisis data ini yaitu untuk mendiskripsikan karakteristik responden yang terdiri dari usia, jenis kelamin, status pendidikan, status perkawinan dan status pekerjaan, lama fraktur dan jenis fraktur serta mendiskripsikan variabel pada penelitian yaitu kualitas hidup. Penyajian data di lakukan dengan penggunaan tabel dan interpretasinya.

Tabel 4. Jenis data dan deskripsi data variabel penelitian

No	Variabel	Jenis data	Deskripsi
Karakteristik responden			
1	Usia	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
2	Jenis kelamin	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
3	Status pendidikan	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
4	Status perkawinan	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
5	Status pekerjaan	Kategorik	Jumlah, presentase (%)
6	Jenis fraktur	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
7	Lama fraktur	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
Variabel penelitian			

1	Kualitas hidup	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
a	Domain fisik	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
b	Domain psikologis	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
c	Domain hubungan sosial	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)
d	Domain hubungan dengan lingkungan	Kategorik	Jumlah, Presentase (%)

H. Etika Penelitian

Etika yang harus diperhatikan dalam melakukan penelitian meliputi:

1. *Otonomi*

Peneliti memberikan *informed consent* kepada responden sebelum responden diikutsertakan dalam penelitian ini. Sebelum memberikan *informed consent*, peneliti menjelaskan tentang manfaat dan tujuan penelitian terlebih dahulu. Apabila responden setuju untuk diikutkan dalam penelitian, maka responden menandatangani *informed consent* yang diberikan.⁴⁸

2. *Beneficience*

Peneliti selalu berupaya agar tindakan keperawatan atau penelitian yang dilakukan kepada pasien atau responden ini mengandung kebaikan dan bermanfaat bagi pasien. Manfaat dari penelitian ini adalah memberi gambaran kepada kualitas hidupnya, sehingga pasien dapat meningkatkan kualitas hidupnya.⁴⁸

3. *Nonmaleficience*

Penelitian yang dilakukan ini tidak mengandung unsur yang berbahaya, merugikan pasien atau bahkan mengancam jiwa pasien. Penelitian

ini tidak memberikan efek yang membahayakan pasien karena penelitian ini bertujuan untuk mengetahui gambaran kualitas hidup pasien dan tidak memberikan perlakuan pada responden atau pasien, sehingga penelitian ini aman.⁴⁸

4. *Confidentiality*

Peneliti merahasiakan data- data yang telah dikumpulkan dan identitas dari pasien. Peneliti pada penelitian ini tidak menyebutkan nama responden secara jelas, akan tetapi hanya menyebutkan nama pasien dengan inisial, tujuannya yaitu untuk menjaga kerahasiaan dari identitas pasien. Peneliti hanya melampirkan data- data hasil penelitian tanpa menyebutkan identitas responden.⁴⁸

5. *Veracity*

Veracity atau kejujuran yaitu menyatakan suatu hal yang sebenarnya dan tidak berbohong.⁴⁹ Peneliti menjelaskan secara jujur tentang manfaatnya dari penelitian ini, efeknya untuk responden dan apa yang di dapat jika pasien turut berpartisipasi dalam penelitian ini.⁴⁸

6. *Justice*

Prinsip *justice* yaitu memperlakukan setiap individu dengan perlakuan yang sama sesuai dengan haknya.⁵⁰ Peneliti memberikan perlakuan yang sama kepada responden dari awal penelitian hingga akhir penelitian dengan tujuan untuk memberikan keadilan kepada responden dengan tidak membedakan suku, agama, dan status ekonomi.⁴

DAFTAR PUSTAKA

1. Nurchairiah A, Yesi H & Ganis I. Efektifitas kompres dingin terhadap intensitas nyeri pada pasien fraktur tertutup di Ruang Dahlia RSUD Arifin Ahmad. JOM. Vol 1 No 2: 1-9; 2014
2. Ropyanto CB, Sitorus R, & Eryando T. Analisis faktor- faktor yang berhubungan dengan status fungsional paska open reduction internal fixation (ORIF) fraktur ekstremitas. Jurnal Keperawatan Medikal Bedah. Vol 1 No 2: 81-90; 2013
3. Pokok- pokok Hasil Rikesdas 2013. diakses di www.depkes.go.id pada tanggal 16 Maret 2016
4. Makmuri H & Ridwan K. The correlation between education levels toward anxiety levels of fracture femur pre operated patient at Prof. Dr. Margono Soekarjo Hospital of Purwokerto. Jurnal Ilmiah Kesehatan Keperawatan. Vol 3 No 2: 108- 115; 2007.
5. Weinstein SL & Joseph AB. Turek's orthopaedics: Principles and their application, 6th Edition. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2005
6. Kleane J & Peter D. Keperawatan ortopedik dan trauma, edisi 2. Jakarta: EGC; 2011
7. Nugraheni DH, Widyawati, & Christantie E. Kualitas hidup pasien post fraktur pasca gempa di Kecamatan Jetis Bantul Yogyakarta. JIK.2009; 4 (1): 1-11
8. Adachi DC, Silvano A, Stephen G, et all. Impact of Prevalent Fractures on Quality of Life: Baseline Results From the Global Longitudinal Study of Osteoporosis in Women. Mayo Clin Proc.;85(9):806-813 ; 2010. doi:10.4065/mcp.2010.0082
9. Fitriana NA & Tri KA. Kualitas hidup pada penderita kanker serviks yang menjalani pengobatan radioterapi. Jurnal Psikologi Klinis dan Kesehatan Mental. Vol 1 No 2: 123- 129; 2012
10. Pradana IPW, Siluh NAN, & Wayan S. Hubungan kualitas hidup dengan kebutuhan perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Sanglah Denpasar. Universitas Udayana; 2013
11. Zainudin M, Wasisto U, & Herlina. Hubungan stress dengan kualitas hidup penderita DM tipe 2. JOM. Vol 2 No 1: 890-898;2015
12. Kristiantari R. Penatalaksanaan terapi latihan pada kondisi post operasi fraktur femur 1/3 distal dekstra dengan pemasangan plate and screw di RSAL Dr Ramelan Surabaya. Universitas Muhammadiyah Surakarta; 2009
13. Syaiful Y & Sigit HR. Efektifitas relaksasi nafas dalam dan distraksi baca menurunkan nyeri pasca operasi pasien fraktur femur. Jurnal of Ners Community. Vol 5 No 2:101- 108; 2014
14. Maysaroh SG, Urip R, & Siti YR. Tingkat kecemasan pasien post operasi yang mengalami fraktur ekstremitas. Jurnal keperawatan padjajaran. Vol 3 No 2: 77-87; 2015

15. Prasetyo B. Kesiapan peningkatan coping pasien fraktur dengan perubahan harga diri dan performa peran di RSO Prof Dr R Soeharso Surakarta. *Majalah Hospital*. Vol 6 No 2: 20-28; 2014
16. Suratun. *Klien gangguan sistem muskuloskeletal: Seri asuhan keperawatan*. Jakarta: EGC; 2008.
17. Smeltzer SC. *Brunner & Suddarth's medical surgical nursing twelfth edition*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2008
18. Muttaqin. *Asuhan keperawatan klien gangguan sistem muskuloskeletal*. Jakarta: EGC; 2008
19. Syamsuhidajad R. *Buku ajar ilmu bedah Ed 3*. Jakarta: EGC; 2010
20. Fadlani YW & Ikhsanuddin AH. *Terapi perilaku kognitif distraksi terhadap intensitas nyeri pasien dengan fraktur femur yang terpasang traksi*. Universitas Sumatra Utara; 2015
21. Purwandari A. *Konsep kebidanan: Sejarah dan profesionalisme*. Jakarta: EGC; 2008
22. Bararah & Jauhar. *Asuhan keperawatan panduan lengkap menjadi perawat profesional jilid 2*. Jakarta: Prestasi Pustaka Publisir; 2013
23. *Lippincott's review for medical surgical nursing certification fifth editions*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2007
24. Maher AB, Salmond SW, & Pellino TA. *Orthopaedic nursing edisi 3*. Philadelphia. W. B Saunders Company; 2002
25. Bucholz, RW, Charles MCB, James DH et all. *Fracture in adults seventh edition volume one*. Philadelphia: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2010
26. Helmi. *Buku ajar gangguan muskuloskeletal*. Jakarta: Salemba Medika; 2012
27. Smeltzer SC. *Buku Ajar Keperawatan medikal bedah Brunner & Suddarth edisi 8 volume 3*. Jakarta: EGC; 2002
28. Black JM. & Hawks JH. *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcomes*. USA: Elseviers Inc; 2005
29. World Health Organization. *Introducing the WHOQOL instrument*. WHO; 2005. Available from: http://depts.washington.edu/seaqol/docs/WHOQOL_Info.pdf (Accessed 16 March 2016).
30. Theofilou P. *Quality of life: Definition and measurement*. *Europe's Journal of Psychology*. 2013; 9 (1): 150-162.
31. Asmadi. *Teknik Prosedural Keperawatan: Konsep dan aplikasi kebutuhan dasar klien*. Jakarta: Salemba Medika. 2008
32. Novita D. *Pengaruh terapi musik terhadap nyeri post operasi open reduction internal fixation (ORIF) di RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung*. Tesis Universitas Indonesia. 2012
33. Makkau MA. *Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup orang dengan HIV dan AIDS (ODHA) di Yayasan Peduli Kelompok Dukungan Sebaya*

- (YPKDS) Kota Makassar Tahun 2014. Skripsi Universitas Hasanuddin. Makassar; 2014
34. Djeno S. Perubahan perilaku seksual pada pria pasca stroke. Tesis Universitas Diponegoro; 2005
 35. Mailani F. Kualitas hidup pasien yang menjalani hemodialisa. Ners Jurnal Keperawatan. Vol 11 No 1: 1-8; 2015
 36. Novita D. Pengaruh terapi musik terhadap nyeri post operasi open reduction internal fixation (ORIF) di RSUD Dr H Abdul Moeloek Provinsi Lampung. Tesis Universitas Indonesia. 2012
 37. Salbiah. Konsep holistik dalam keperawatan melalui model adaptasi Sister Calista Roy. Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatra Utara. Vol 2 No 1: 34-38; 2006
 38. Asmadi. Konsep dasar keperawatan. Jakarta:EGC; 2004
 39. Kusnanto. Pengantar profesi dan praktik keperawatan professional. Jakarta:EGC;2004
 40. Fayers P & David M. Quality of life second editions the assessment, analysis, and interpretation of patient reported outcomes. England: Wiley; 2007.
 41. Setiadi. Konsep penulisan riset keperawatan. Yogyakarta: Graha Ilmu; 2007
 42. Saryono & Mekar DA. Metodologi penelitian kualitatif dan kuantitatif dalam bidang kesehatan. Yogyakarta: Nuha Medika; 2013
 43. Hidayat AAA. Risetkeperawatandanteknikpenulisanilmiah. Jakarta: Salemba Medika; 2008
 44. Fajar I. Statistikauntukpraktisikesehatan.Yogyakarta :GrahaIlmu; 2009
 45. RiyantoW. Hubungan antara penambahan berat badan diantara sua waktu hemodialisis terhadap kualitas hidup pasien penyakit ginjal kronik yang menjalani terapi hemodialisi di unit hemodialia IP2K RSUP Fatmawati Jakarta. Thesis Universitas Indonesia; 2011
 46. Jaka N. Pengantar analisis data kategorik edisi 1. Yogyakarta: Deepublish; 2014
 47. Budiharto. Metodologi penelitian kesehatan dengan contoh bidang ilmu kesehatan gigi. Jakarta: EGC; 2008
 48. Wasis. Pedoman riset praktis untuk profesi perawat. Jakarta :EGC; 2008
 49. Priharjo R. Pengantar etika keperawatan. Yogyakarta: kasinus; 2002
 50. Hanafiah MJ. Etika kedokteran dan hukum kesehatan. Jakarta: EGC; 2008
 51. Noviarini, NA. Hubungan antara dukungan sosial dengan kualitas hidup pada pecandu narkoba yang sedang menjalani rehabilitasi. 2013; 5:166-122
 52. Julianto V. Pengaruh mendengarkan murrotal Al Quran terhadap kemampuan berkonsentrasi. Jurnal ilmiah psikologi. Vol 1 no 2: 120-129; 2014
 53. Sjamsuhidajat R & Jong WD. Buku ajar ilmu bedah. Jakarta: EGC; 2005
 54. Winda RI. Faktor- faktor yang mempengaruhi tingkat kecemasan pasien fraktur tulang panjang pra operasi yang di rawat di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru . JOM PSIK. Vol 1 (2): 1-10; 2014

55. Iriani F & Ninawati. Gambaran kesejahteraan psikologis pada dewasa muda ditinjau dari pola attachment. *Jurnal Psikologi*. Vol 3 (1): 44-64; 2005
56. Afifi M. Gender difference in mental health. *Singapore Med J*. 48: 385- 91; 2007
57. Notoatmojo S. Promosi kesehatan dan ilmu perilaku. Jakarta: Rineka Cipta; 2007
58. Kosim N. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup penduduk di Desa Sentul Kecamatan Sumbersuko Kabupaten Lumajang. Universitas Jember; 2015. Diakses di www.respiratory.unej.ac.id pada tanggal 16 Oktober 2016
59. Gjertsen JE. Patient satisfaction, pain, and quality of life 4 months after displaced femoral neck fractures. *Acta Orthopaedica*. 2008; 79 (5): 594–601
60. Indri UV, Darwin K, Veny E. Hubungan antara nyeri, kecemasan dan lingkungan terhadap kualitas tidur pada pasien post operasi apendisitis. *JOM PSIK*. Vol 1 No 2: 1-8; 2014
61. Georgios T, Victoria A, Evangelos F, Savvas P, Sofia Z. Assessment of quality of life and fatigue among haemodialysis patients. *American J Nursing Science*. 4 (2-1): 66-73;2015
62. Hamdani RN. Hubungan gambaran diri dengan perawatan diri pada pasien pasca operasi fraktur ekstremitas dengan open reduction internal fixation (ORIF) di Bangsal Melati RSUD Panembahan Senopati Bantul. Diakses di www.journal.respati.ac.id pada tanggal 3 Oktober 2016
63. Marwiati. Hubungan tingkat kecemasan dengan strategi koping pada keluarga dengan anggota keluarga yang di rawat dengan penyakit jantung di RSUD Ambarawa; 2005
64. Syahputra H, Jumaini & Riri N. Hubungan tingkat nyeri dengan tingkat kecemasan pada pasien fraktur tulang panjang di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru. Diakses di www.respiratory.unry.ac.id pada tanggal 5 Oktober 2016
65. Ridwan W. Persepsi penderita stroke yang mengalami kecacatan terhadap aktivitas seksual. *Jurnal terpadu ilmu kesehatan*. 2013; 3: 180-184