

SKRIPSI

**GAMBARAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN OSTEOARTHRITIS
DI RUMAH SAKIT BANTUAN 05.08.05
SURABAYA**



Oleh :

IKA DEWI MAHARANI
NIM. 1811015

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

SKRIPSI

**GAMBARAN *QUALITY OF LIFE* PADA PASIEN OSTEOARTHRITIS
DI RUMAH SAKIT BANTUAN 05.08.05
SURABAYA**

**Diajukan untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
di Sekolah Tinggi Ilmu Keperawatan Hang Tuah Surabaya**



Oleh :

IKA DEWI MAHARANI

NIM. 1811015

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH
SURABAYA
2020**

HALAMAN PERNYATAAN

Saya bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ika Dewi Maharani

Nim : 1811015

Tanggal Lahir : 29 Mei 1993

Program Studi : S-1 Keperawatan

Menyatakan bahwa Skripsi yang berjudul *Gambaran Quality Of Life Pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya*, saya susun tanpa melakukan tindakan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di STIKES Hang Tuah Surabaya.

Jika kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiat saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKES Hang Tuah Surabaya.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya agar dapat digunakan sebagaimana mestinya.

Surabaya, 10 Februari 2020



Ika Dewi Maharani
NIM. 1811015

HALAMAN PERSETUJUAN

Setelah kami periksa dan amati, selaku pembimbing mahasiswa:

Nama : Ika Dewi Maharani

NIM : 1811015

Program Studi : S-1 Keperawatan

Judul : Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di
Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

Serta perbaikan-perbaikan sepenuhnya, maka kami menganggap dan dapat menyetujui bahwa skripsi ini diajukan dalam sidang guna memenuhi sebagian persyaratan untuk memperoleh gelar:

SARJANA KEPERAWATAN (S.Kep)

Pembimbing



Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP.03.007

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal : 10 Februari 2020

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi dari :
Nama : Ika Dewi Maharani
NIM. : 1811015
Program Studi : S-1 Ilmu Keperawatan
Judul : Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

Telah dipertahankan dihadapan dewan penguji Skripsi di Stikes Hang Tuah Surabaya, dan dinyatakan dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar “SARJANA KEPERAWATAN” pada Prodi S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya

Penguji I : Christina Yuliasuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 03.017



Penguji II : Dwi Supriyanti, Spd.,S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 03.007



Penguji III : Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 04.007

**Mengetahui,
STIKES HANG TUAH SURABAYA
KAPRODI S-1 KEPERAWATAN**

Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep.
NIP. 03010

Ditetapkan di : Surabaya

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Segala puji dan syukur peneliti panjatkan kehadirat Allah SWT Yang Maha Esa, atas limpahan karunia dan hidayahnya sehingga penulis dapat menyusun skripsi yang berjudul “Gambaran *Quality Of Life* pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya” dapat selesai waktu yang telah ditentukan.

Skripsi ini disusun sebagai salah satu syarat untuk menyelesaikan pendidikan di Program Studi S-1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya. Skripsi ini disusun dengan memanfaatkan berbagai literatur serta mendapatkan banyak pengarahan dan bantuan dari berbagai pihak, penulis menyadari tentang segala keterbatasan kemampuan dan pemanfaatan literatur, sehingga skripsi ini dibuat dengan sangat sederhana baik dari segi sistematika maupun isinya jauh dari sempurna.

Dalam kesempatan kali ini, perkenankanlah peneliti menyampaikan rasa terima kasih, rasa hormat dan penghargaan kepada:

1. Mayor Ckm dr. Dini Henriyanto, Sp.PD., selaku Kepala Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya atas pemberian izin untuk melakukan penelitian di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.
2. Ibu Wiwiek Liestyaningrum, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada peneliti untuk menjadi mahasiswa S-1 Keperawatan.
3. Puket 1, Puket 2, dan Puket 3 Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberi kesempatan dan fasilitas kepada peneliti untuk mengikuti dan menyelesaikan program studi S1 Keperawatan

4. Ibu Puji Hastuti, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Kepala Program Studi Pendidikan S-1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah memberikan kesempatan untuk mengikuti dan menyelesaikan Program Pendidikan S-1 Keperawatan.
5. Ibu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Pembimbing yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan pengarahan dan dorongan moril dalam penyusunan skripsi ini.
6. Ibu Christina Y, S.Kep.,Ns.,M.Kep., selaku Penguji I terima kasih atas segala arahannya dalam pembuatan skripsi ini.
7. Ibu Dwi Supriyanti, Spd.,S.Kep.,Ns.,M.Kes., selaku Penguji II yang penuh kesabaran dan perhatian memberikan saran, masukan, kritik dan bimbingan dan kesempurnaan penyusunan skripsi ini.
8. Ibu Nadia Oktiary, Amd., selaku Kepala Perpustakaan di Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah menyediakan sumber pustaka dalam penyusunan skripsi ini.
9. Bapak-bapak dan Ibu-ibu selaku responden penelitian yang telah bersedia menjadi responden dalam penelitian ini
10. Orang tua tersayang yang selalu memberikan semangat, dukungan dan doa yang tidak pernah putus. Serta kepada teman-teman dan semua pihak yang telah membantu dalam menyelesaikan Skripsi ini.
11. Teman-teman sealmamater dan semua pihak yang telah membantu kelancaran dalam penyusunan skripsi ini yang tidak dapat penulis sebutkan satu persatu.

Semoga Tuhan membalas budi baik semua pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan yang telah diberikan kepada penulis dalam menyelesaikan Skripsi ini.

Penulis berusaha untuk dapat menyelesaikan Skripsi ini dengan sebaik – baiknya. Namun penulis menyadari bahwa masih banyak kekurangan dalam penyusunan Skripsi ini. Oleh karena itu, penulis mengharapkan adanya kritik dan saran dari semua pihak untuk menyempurnakan. Semoga Skripsi ini dapat bermanfaat bagi pembaca dan bagi keperawatan. Amin.

Surabaya, Februari 2020

Penulis

Judul : Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

ABSTRAK

Latar belakang: Osteoarthritis adalah gangguan sendi yang bergerak bersifat kronik, berjalan progresif lambat, tidak meradang dan ditandai deteriorasi dan abrasi tulang baru pada permukaan persendian sering menimbulkan masalah kesehatan berupa penurunan kemampuan fisiologis, psikologis, interaksi sosial, spiritual dan produktivitas kerja. Tujuan penelitian mengidentifikasi gambaran *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

Metode: Desain penelitian menggunakan metode deskriptif. Variabel pada penelitian ini gambaran kualitas hidup. Sampel penelitian ini ialah pasien dengan osteoarthritis yang pengambilan samplingnya menggunakan tehnik *Purposive Sampling* sebanyak 48 sampel. Instrumen yang dipakai menggunakan kuesioner WHOQoL-Bref yang telah di terjemahkan ke Bahasa Indonesia, hasilnya di analisa secara deskriptif

Hasil: Hasil penelitian menunjukkan sebagian besar kualitas hidup pasien dalam kategori baik 44 (91,7%). Ditinjau dari tiap komponen, sebagian besar kesehatan fisik pasien dalam kategori baik 33 (68,8%) daripada komponen psikologis, sosial, dan lingkungan.

Simpulan: Kualitas hidup pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 berdasarkan kesehatan fisik, psikologis, dan lingkungan dalam kategori baik, sedangkan hubungan sosial dalam kategori kurang. Dukungan sosial utama dari dukungan keluarga, dapat diwujudkan dengan sikap empati, perhatian, dorongan sehingga dapat memunculkan perasaan aman.

Kata kunci: Kualitas Hidup, Osteoarthritis, WHOQoL-Bref.

*Title: An Overview of Quality Of Life In Osteoarthritis Patients At The Hospital
05.08.05 Surabaya*

ABSTRACT

Background: *Osteoarthritis is a chronic movement disorder, slow progressive walking, not inflamed and characterized by deterioration and abrasion of new bones on the joint surface, often causing health problems in the form of decreased physiological, psychological, social interaction, spiritual and work productivity. The research objective was to identify the quality of life description in osteoarthritis patients at the 05.08.05 Assistance Hospital in Surabaya.*

Method: *The research design used a descriptive method. The variable in this study is a description of the quality of life. The sample of this study were patients with osteoarthritis whose sampling used purposive sampling technique as many as 48 samples. The instrument used was the WHOQoL-Bref questionnaire which was translated into Indonesian, the results were analyzed descriptively.*

Results: *The results showed most of the patients' quality of life was in the good category 44 (91.7%). In terms of each component, most of the patients' physical health was in the good category 33 (68.8%) than the psychological, social, and environmental components.*

Conclusion: *The quality of life of osteoarthritis patients in the Hospital Assistance 08.05.08 based on physical, psychological, and environmental health is in good category, while social relations is in the poor category. The main social support from family support, can be manifested by an attitude of empathy, attention, encouragement so that it can generate feelings of security.*

Key words: Quality of Life, Osteoarthritis, WHOQoL-Bref.

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
ABSTRAK	viii
ABSTRACT	ix
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN	xiv
DAFTAR SINGKATAN	xv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	4
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat.....	4
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	6
2.1 Konsep Osteoarthritis	6
2.2 Konsep <i>Quality of Life</i>	18
2.3 Model Konsep Keperawatan	27
2.4 Hubungan Antar Konsep	29
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS	31
3.1 Kerangka Konseptual	31
BAB 4 METODE PENELITIAN.....	32
4.1 Desain Penelitian.....	32
4.2 Waktu dan Tempat Penelitian	32
4.3 Kerangka Penelitian	33
4.4 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling.....	34
4.5 Identifikasi Variabel	35
4.6 Definisi Operasional.....	36
4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data.....	36
4.8 Etika Penelitian	41
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN.....	43
5.1 Hasil Penelitian	43
5.2 Pembahasan	49
5.3 Keterbatasan	61

BAB 6 PENUTUP	62
6.1 Simpulan	62
6.2 Saran	62
DAFTAR PUSTAKA	64
LAMPIRAN	61

DAFTAR TABEL

Tabel 2.1	Penyebab nyeri pada pasien osteoarthritis	8
Tabel 2.2	Pertanyaan Kualitas Hidup.....	20
Tabel 2.3	Kuesioner Kualitas Hidup	20
Tabel 2.4	Skoring <i>Quality of Life</i> menurut WHO	26
Tabel 4.1	Definisi Operasional Penelitian Gambaran <i>Quality of Life</i> pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.	36
Tabel 4.2	Jawaban Kuesioner <i>Quality of Life</i>	39
Tabel 5.1	Karakteris Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan , Status, Tinggal, Pernah Radang Tulang& Sendi, Terapi Sedang Dijalani/Pernah Dilakukan di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya 2020 (n=48)	45
Tabel 5.4	Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup (n=48) .	48

DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	Bagian tubuh yang dapat terkena Osteoarthritis.....	6
Gambar 2.2	Sistem konseptual dinamis (From King, I. (1981). <i>A theory for nursing: System, concepts, process</i> (Alligood, 2017).	29
Gambar 3. 1	Kerangka Konseptual Gambaran <i>Quality Of Life</i> pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.	31
Gambar 4.1	Kerangka Penelitian Gambaran <i>Quality Of Life</i> Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya	33
Gambar 4.2	Indikator dan Sub Indikator Kuesioner <i>Quality of Life</i>	37

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	<i>Curriculum Vitae</i>	66
Lampiran 2	Motto Dan Persembahan.....	67
Lampiran 3	Surat Ijin Penelitian	69
Lampiran 4	Keterangan Kelaikan Etik.....	71
Lampiran 5	<i>Information For Consent</i>	72
Lampiran 6	Lembar Persetujuan Menjadi Responden	73
Lampiran 7	Kuesioner Penelitian	74
Lampiran 8	<i>Whoqol-Bref</i>	76
Lampiran 9	Data Penelitian.....	79
Lampiran	10 Data Spss	82

DAFTAR SINGKATAN

AJCC	: <i>American Joint Committee on Cancer</i>
DCIS	: <i>Ductal carcinoma in situ</i>
LCIS	: <i>Lobular carcinoma in situ</i>
M.S.N	: <i>Master of Science of Nursing</i>
OA	: <i>Osteoarthritis</i>
QoL	: <i>Quality of Life</i>
STS	: <i>Self-Transcendence Scale</i>
TTO	: <i>Tem Trade Off</i>
WHO	: <i>World Health Organization</i>
WHOQoL-Bref	: <i>World Health Organization Quality of Life</i>
LED	: <i>Laju Endap Darah</i>
NICE	: <i>National Institute for Health and Care Exelett</i>
OCT	: <i>Optical Coherence Tomography</i>
MRI	: <i>Magnetic Resonance Imaging</i>
US	: <i>Ultrasound</i>
DNA	: <i>Asam Deosiribonukleat</i>
TGF-b	: <i>Growth Hormone, Transforming Growth Factor B</i>
IGF-1	: <i>Insulin-Like Growth Factor</i>
CSFs	: <i>Coloni Stimulating Factors</i>
PG	: <i>Prostaglandin</i>
PGE ₂	: <i>Prostaglandin E₂</i>
IL-1	: <i>Interleukin-1</i>

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kualitas hidup atau *Quality of Life* telah dipelajari selama 20 tahun terakhir pada orang dengan gangguan kronis, salah satunya seperti osteoarthritis yang merupakan penyakit degeneratif dan penyebab utama nyeri. Nyeri bertambah ketika melakukan aktivitas, gangguan fungsi dan struktur tubuh ini membuat aktivitas seseorang menjadi terbatas (Linton, 2015). Osteoarthritis merupakan penyakit kronis yang belum diketahui secara pasti penyebabnya, akan tetapi ditandai dengan kehilangan tulang rawan sendi secara bertingkat (Engka, Manampiring & Polii, 2018). Osteoarthritis adalah gangguan pada sendi yang bergerak bersifat kronik, berjalan progresif lambat, tidak meradang dan ditandai oleh adanya deteriorasi dan abrasi tulang baru pada permukaan persendian (Carter, 2016). Masalah kesehatan yang sering ditimbulkan yaitu penurunan kemampuan fisiologis, perubahan psikologis, keterbatasan interaksi sosial, keterbatasan dalam melaksanakan kebutuhan spiritual dan menurunnya produktivitas kerja. Penurunan terhadap *quality of life* pada penderita osteoarthritis dipengaruhi oleh faktor-faktor resiko yaitu umur (proses penuaan), genetik, kegemukan, cedera sendi, pekerjaan, olahraga, anomali, anatomi, penyakit metabolik dan penyakit inflamasi sendi (Farizal & Leli Mulyati, 2016).

Prevalensi osteoarthritis pada lanjut usia setiap tahunnya selalu mengalami peningkatan. *World Health Organization* (WHO) (2015) menyebutkan penderita osteoarthritis di dunia mencapai angka 151 juta dan 24 juta jiwa pada kawasan Asia

Tenggara. Sedangkan *National Centers for Health Statistics* (2015) memperkirakan terdapat 15,8 juta (12%) lansia antara rentang usia 60-75 tahun memiliki keluhan osteoarthritis. Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan (2013) menyebutkan prevalensi osteoarthritis di Indonesia sebanyak 178.415 orang. Diperkirakan 40% dari populasi usia diatas 70 tahun menderita osteoarthritis, dan 80% pasien osteoarthritis mempunyai keterbatasan gerak dalam berbagai derajat dari ringan sampai berat yang berakibat mengurangi kualitas hidupnya karena prevalensi yang cukup tinggi (Engka, Manampiring & Polii, 2018). Riset Kesehatan Dasar (2015) menyebutkan provinsi dengan prevalensi tertinggi Osteoarthritis tertinggi yaitu sekitar 33,1% di Riau sedangkan di Jawa Timur angka prevalensinya cukup tinggi yaitu 27%. Keluhan osteoarthritis yang didukung dengan faktor penuaan, obesitas dan jenis pekerjaan yang banyak menggunakan sendi lutut merupakan faktor-faktor yang memicu terjadinya osteoarthritis pada individu. Pada tahun 2016 jumlah kasus penyakit osteoarthritis di Puskesmas Surabaya tercatat sebanyak 78.413 dari 227.527 lansia (Dinas Kesehatan Kota Surabaya, 2017). Studi pendahuluan dilakukan oleh peneliti pada tanggal 11 Oktober 2019 di sebuah rumah sakit yang ada di surabaya dengan mewawancarai perawat ruangan, didapatkan data penderita osteoarthritis pada 9 bulan terakhir sebanyak 1018 orang.

Osteoarthritis menimbulkan berbagai masalah kesehatan yaitu penurunan kemampuan fisiologis, perubahan psikologis, keterbatasan interaksi sosial, keterbatasan dalam melaksanakan kebutuhan spiritual dan menurunnya produktivitas kerja sehingga dapat mempengaruhi kualitas hidupnya (Soeroso dkk, 2015). Masalah ekonomi, psikologi, dan sosial dari osteoarthritis sangat besar, tidak hanya untuk penderita tetapi juga keluarga dan lingkungan (Conaghan & Dickson,

2016). Osteoarthritis menyerang terutama sendi tangan atau sendi penyangg berat badan termasuk sendi lutut, akibatnya bisa mengganggu kualitas hidup pada penderita osteoarthritis dan menjadikan permasalahan penyakit yang ada dalam diri penderita sebagai suatu proses hidup yang harus di jalani (Cahyaningtyas, 2019). Pada bagian Sendi lutut merupakan sendi penopang berat badan yang sering terkena osteoarthritis. Osteoarthritis sendi lutut ditandai oleh nyeri pada pergerakan yang hilang bila istirahat, kaku sendi terutama setelah istirahat atau bangun tidur, krepitasi dan dapat disertai sinovitis dengan atau tanpa efusi cairan sendi. Dukungan sosial merupakan faktor pendukung yang mempengaruhi kesejahteraan seseorang, bila pasien hanya bersifat pasif, tidak melakukan latihan, dapat terjadi atrofi otot yang akan memperburuk stabilitas dan fungsi sendi (Hermawan dkk, 2019). Akibat lain ialah genu varum atau genu valgus dan sublaksasi, terutama bila telah terjadi kekenduran ligamen. Penderita Osteoarthritis biasanya datang berobat karena rasa nyeri lutut yang mengganggu aktifitas sehari- hari (Yaputri, 2016).

Kasus osteoarthritis sendi lutut menimbulkan problem utama yaitu nyeri dan keterbatasan gerak. Nyeri pada kondisi ini dapat diperburuk setelah melakukan aktivitas dan kekakuan dapat diperburuk setelah duduk dalam waktu yang lama terutama duduk bersila atau duduk melantai hidupnya (Soeroso dkk, 2016). Problem nyeri dan keterbatasan gerak dapat menyebabkan penurunan kekuatan otot serta gangguan fungsional pada sendi lutut terutama aktivitas berjalan dan naik turun tangga yang akhirnya dapat menurunkan produktivitas seseorang dalam pekerjaannya. Untuk meminimalisir kejadian, peneliti dapat melakukan terapi non farmakologis seperti latihan sederhana Range Of Motion (ROM) sehingga pasien dapat melakukan secara mandiri. Berdasarkan latar belakang tersebut maka peneliti

tertarik untuk melakukan penelitian dengan judul “Gambaran *Quality of Life* pada Pasien Osteoarthritis” dengan melakukan penelitian tersebut diharapkan menjadi motivasi keluarga dan penderita osteoarthritis untuk meningkatkan kualitas hidup penderita dengan cara memberi dukungan untuk sembuh, dan mengajak penderita untuk patuh minum obat juga untuk pemeriksaan rutin ke pelayanan kesehatan.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah gambaran *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mengidentifikasi gambaran *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

1.3.2 Tujuan Khusus

Mengidentifikasi gambaran *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

1.4 Manfaat

1.4.1 Manfaat Teoritis

Hasil Penelitian ini diharapkan sebagai informasi ilmiah dengan mengumpulkan keluarga dan perawat untuk berdiskusi tentang pendekatan perawat yang dapat membantu meningkatkan *quality of life* pada pasien osteoarthritis.

1.4.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Responden

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi selama menjalani pengobatan untuk mengurangi gejala yang akan timbul pada saat menjalani pengobatan kepada pasien osteoarthritis untuk meningkatkan *quality of life*.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Hasil Penelitian ini dapat digunakan sebagai suatu masukan bagi profesi keperawatan dalam upaya untuk meningkatkan kesehatan baik fisik, psikologis, sosial dan spiritual dengan memberdayakan potensi pengobatan non farmakologi.

3. Bagi Peneliti Lain

Hasil Penelitian ini dapat memberikan informasi untuk penelitian selanjutnya dengan mempersiapkan waktu yang lebih panjang agar peneliti selanjutnya lebih memperhatikan faktor yang paling mendukung *quality of life* pemberian intervensi yang lebih baik.

4. Bagi Rumah Sakit

Hasil Penelitian ini dapat dijadikan perhatian dan masukan terhadap petugas kesehatan sebagai pertimbangan dalam meningkatkan *quality of life* dan pasien osteoarthritis dengan menggunakan fasilitas modern yang lebih memadai.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Bab ini membahas mengenai konsep, landasan teori dan berbagai aspek yang terkait dengan topik penelitian, meliputi : 1) Konsep Osteoarthritis 2) Konsep *Quality of Life* 3) Konsep Teori Keperawatan 4) Hubungan Antar Konsep

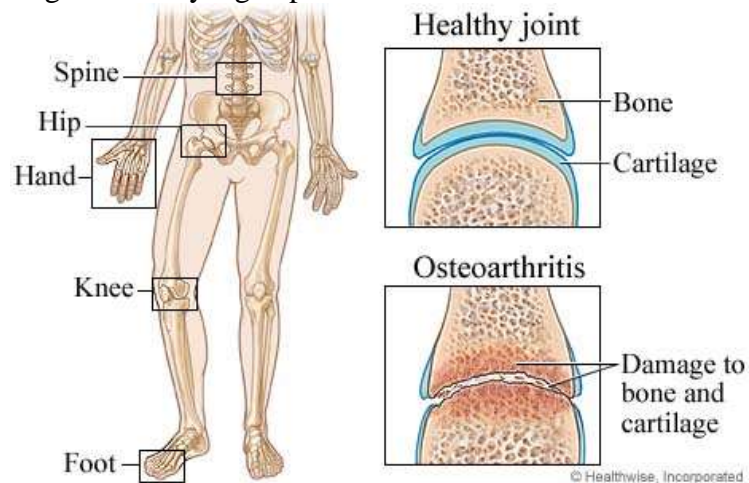
2.1 Konsep Osteoarthritis

2.1.1 Definisi Osteoarthritis

Osteoarthritis merupakan penyakit degeneratif sendi, adalah kondisi dimana sendi terasa nyeri akibat inflamasi ringan yang timbul karena gesekan ujung-ujung tulang penyusun sendi (Soewarno, 2015).

Osteoarthritis adalah penyakit sendi akibat proses degeneratif sekaligus peradangan (inflamasi) pada tulang rawan sendi. Penyakit degeneratif adalah kemunduran (perubahan menjadi sesuatu yang rusak) bertahap kartilago artikular pada sendi, disertai dengan perubahan jaringan lunak disekitar sendi (Prieharti & Mumpuni, 2017).

Gambar 2.1 Bagian tubuh yang dapat terkena Osteoarthritis



Sumber : (Prieharti & Mumpuni, 2017).

Osteoarthritis ditandai dengan perubahan degeneratif pada tulang, tulang rawan, *menisci*, ligamen, dan jaringan sinovial (Braunn *et al.*, 2011). Bagian yang paling sering terkena OA adalah vertebra, panggul, lutut, dan pergelangan kaki (Soeroso *et al.*, 2014).

2.1.2 Etiologi Osteoarthritis

Soewarno (2015) mengatakan penyebab osteoarthritis bermacam-macam. Beberapa faktor terjadinya osteoarthritis adalah sebagai berikut :

1. Usia lebih dari 45 tahun, wanita > pria
2. Kelebihan berat badan
3. Aktivitas fisik yang berlebihan, seperti para olahragawan dan pembebanan yang berlebihan (*over usesage*)
4. Menderita kelemahan otot tungkai
5. Pernah mengalami patah tulang atau trauma disekitar sendi dan tidak mendapatkan perawatan yang tepat.

Ismaningsih & Selviani (2018) mengemukakan penyebab osteoarthritis memiliki hubungan dengan reaksi alergi, infeksi, dan infeksi jamur (mikosis). Riset lain juga mengatakan adanya faktor keturunan (genetik) yang terlibat dalam penurunan penyakit ini.

2.1.3 Manifestasi Klinis

Gejala osteoarthritis biasanya timbul secara bertahap dan pada awalnya hanya mengenai satu atau sedikit sendi. Soewarno (2015) mengatakan gejala yang sering terjadi pada penderita osteoarthritis seperti nyeri pada sendi saat beraktivitas, Nyeri sendi adalah gejala yang sering terjadi pada penderita osteoarthritis. Nyeri osteoarthritis terjadi karena pemakaian sendi dan menghilang dengan beristirahat.

Beberapa penderita merasakan kekakuan pada sendinya ketika bangun tidur atau pada kegiatan non-aktif lainnya tetapi kekakuan ini biasanya menghilang dalam waktu 30 menit setelah mereka menggerakkan sendinya kembali (Anurogo, 2016).

Pada pasien osteoarthritis biasanya nyeri terjadi karena peregangan ujung saraf di osteum yang menutupi osteofit. Mikrofraktur di tulang subkhondral atau hipertensi medularis disebabkan oleh gangguan aliran darah akibat penebalan tulang subkhondral. Peradangan pada sinovium disebut sinovitis, mungkin disebabkan oleh fagositosis tulang rawan dan tulang dari permukaan sendi yang mengalami abrasi, pelepasan matriks makromolekul dari tulang rawan atau karena adanya kristal kalsium pirofosfat atau kalsium hidroksiapatit. Pada pemeriksaan fisik osteoarthritis akan memperlihatkan nyeri lokal dan pembengkakan tulang atau jaringan lunak, krepitus tulang yaitu sensasi tulang bergesekan dengan tulang lain karena pergerakan sendi, efusi sinovium, sendi terasa hangat pada palpasi. Atrofi otot periartikularis disebabkan karena inhibisi refleks kontraksi otot. Pada osteoarthritis tahap lanjut, dapat terjadi kecacatan, hipertrofi tulang, subluksasi, dan berkurangnya pergerakan sendi (Brandt, 2016).

Tabel 2.1 Penyebab nyeri pada pasien osteoarthritis

Sumber	Mekanisme
Sinovium Tulang Subkhondrial	Peradangan Hipertensi medularis, mikrofraktur peregangan
Osteofit ligamentum Kapsul Otot	Ujung saraf periosteum peregangan Peradangan dan distensi Kejang

Sumber : (Brandt, Doherty & Lohmander, 2013).

2.1.4 Epidemiologi

Osteoarthritis adalah bentuk umum dari arthritis dan paling sering ditemukan pada manusia. Paling sering terjadi pada lutut dan pinggul karena digunakan untuk menahan beban tubuh, selain itu tangan juga sering terkena OA. Insidensi dan prevalensi OA bervariasi pada masing-masing negara, tetapi data pada berbagai negara menunjukkan, bahwa OA paling banyak ditemui terutama pada kelompok usia dewasa dan usia lanjut. Prevalensinya meningkat sesuai dengan pertambahan usia (Suryatun *et al.*, 2015).

Data radiografi menunjukkan bahwa OA terjadi pada sebagian besar usia lebih dari 65 tahun, dan pada hampir setiap orang pada usia 75 tahun. Berdasarkan data prevalensi dari *National Centers for Health Statistics*, diperkirakan 15.8 juta (12%) orang dewasa antara 25-74 tahun mempunyai keluhan sesuai OA. Prevalensi dan tingkat keparahan OA berbeda-beda antara rentang usia dewasa dan usia lanjut. Terjadi 1-5% pasien dibawah 45 tahun mengalami OA tangan dan 85% terjadi pada usia 75-79 tahun. Sebaliknya, OA lutut terjadi <0.1% pada kelompok usia 25-34 tahun, tetapi terjadi 10-20% pada kelompok 65-74 tahun. OA lutut sedang sampai berat dialami 33% pasien usia 65-74 tahun dan OA panggul sedang sampai berat dialami oleh 50% pasien dengan rentang usia yang sama (Depkes, 2017).

Osteoarthritis lutut merupakan penyakit utama disabilitas kronik di Negara maju, sekitar 100.000 orang di Amerika Serikat tidak bisa berjalan tanpa alat bantu karena OA lutut (Brandt, Doherty & Lohmander, 2016). Menurut *The National Arthritis Data Work Group* dengan menggunakan *The First National Health and Nutritional Examination Survey* (NHANES I) (2016) ada data lain meramalkan, bahwa pada tahun 2020 diperkirakan 18,2% masyarakat Amerika akan menderita

OA. Data di Indonesia, diketahui sekitar 56,7% pasien di poliklinik Rheumatologi RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo, Jakarta didiagnosis menderita OA (Depkes, 2017).

2.1.5 Faktor Resiko Osteoarthritis

Prieharti & Mumpuni (2017) mengemukakan seseorang yang memiliki faktor risiko osteoarthritis berarti orang tersebut kemungkinan lebih besar terkena osteoarthritis dibandingkan orang yang tidak memiliki faktor risiko terhadap Osteoarthritis.

Halim (2016) menyebutkan beberapa faktor risiko osteoarthritis :

1. Faktor risiko yang tidak dapat dikendalikan
 - a. Jenis Kelamin

Kaum wanita memiliki risiko lebih besar menderita Osteoarthritis dibandingkan laki-laki. Penyebab pastinya belum diketahui dengan jelas, tetapi kuat dugaan karena faktor hormon estrogen yang memegang peranan penting bagi tubuh wanita.
 - b. Faktor genetik (memiliki riwayat keluarga menderita Osteoarthritis)
 - c. Memiliki sendi abnormal sejak kecil.
 - d. Sendi pernah dioperasi
2. Faktor risiko yang dapat dikendalikan atau dapat dimodifikasi
 - a. Usia

Usia adalah faktor risiko terkuat timbulnya OA. Prevalensi dan berat OA semakin meningkat dengan bertambahnya usia (Soeroso *et al.*, 2015).

1) Penggunaan sendi berlebihan

Orang yang cenderung menggunakan sendi berlebihan biasanya para atlet. Kelompok orang yang harus melakukan latihan berat dan berulang-ulang contohnya adalah para atlet olahraga angkat berat/angkat besi atau pelari jarak pendek/sprint. Atlet senam dan balet juga termasuk kelompok berisiko tinggi terkena OA, terutama OA pada lutut.

b. Penyakit diabetes

c. Obesitas

Berat badan yang berlebih berkaitan dengan meningkatnya resiko OA pada pria dan wanita. Pasien dengan obesitas seringkali berpeluang untuk terkena OA lutut dan tangan. Kelebihan berat badan akan menambah beban lebih tinggi sehingga sendi akan menahan beban lebih besar. Pembebanan lutut dan panggul dapat menyebabkan kerusakan kartilago, kegagalan ligamen dan kerusakan struktur tulang lain (Soeroso *et al.*, 2015).

d. Penggunaan obat asma

e. Merokok

2.1.6 Patofisiologi

Osteoarthritis ditandai dengan faktor kerusakan sendi dan struktur sendi diarthrodial yang ditandai oleh kerusakan progresif tulang rawan sendi, hilangnya artikular hialin tulang rawan, penebalan tulang subkondral dan kapsul sendi, renovasi tulang, pembentukan osteofit, sinovitis ringan, dan perubahan lainnya (Epstein *et al.*, 2016). Osteoarthritis terbentuk pada dua keadaan, yaitu (1) sifat

kartilago sendi dan tulang subkhondral normal, tetapi terjadi beban berlebihan terhadap sendi sehingga jaringan rusak; (2) beban yang ada secara fisiologis normal, tetapi sifat kartilago sendi atau tulang kurang baik (Brandt, 2016). Penggunaan terus-menerus dari sendi mengakibatkan hilangnya tulang rawan karena kontak dari tulang ke tulang yang pada akhirnya menyebabkan terjadinya OA.

Secara makroskopik, perubahan tulang rawan OA dapat dilihat sebagai pelunakan atau kondromalasia, fibrilasi, erosi, kerusakan tulang rawan dan kegagalan perbaikan tulang rawan, hilangnya lapisan tulang rawan, nekrosis seluler, kondrosit kloning, dan duplikasi tidemark. Pada stadium awal, tulang rawan lebih tebal daripada bentuk normal, tetapi tulang rawan melunak, integritas tulang terputus, dan terbentuk celah vertikal (fibrilasi) yang dapat mengakibatkan *remodeling* dan hipertrofi tulang (Soeroso *et al.*, 2015). Pelunakan tulang rawan tersebut dikarenakan adanya peningkatan kadar enzim protease, seperti matriks metalloproteinase (MMPs). Enzim protease katabolik ini memiliki peran penting dalam inisiasi dan perkembangan OA. Selanjutnya, ditandai dengan meningkatnya kadar air dan pelunakan tulang rawan berat dan sendi (Epstein *et al.*, 2017). Hal tersebut dapat membentuk ulkus kartilago dalam yang meluas ke tulang, sehingga terjadi kemampuan menahan stres mekanik dengan cara perbaikan kartilaginosa. Pertumbuhan kartilago dan tulang di tepi sendi menyebabkan terbentuknya osteofit, yang mengubah kontur sendi dan membatasi gerakan (Brandt, 2016).

Pengaturan fungsi kondrosit dan metabolisme kartilago bersifat kompleks, terdiri dari *insulin-like growth factor*, *epidermal growth factor*, *fibroblast growth factor*, dan agen lainnya yang mampu meningkatkan proliferasi kondrosit dan sintesis proteoglikan. Sebaliknya, *interleukin-1* dan *tumor necrosis factor- α*

menghasilkan enzim yang mendegradasi matriks protein dan menekan sintesis proteoglikan dan kolagen dalam matriks ekstraselular (Buys and Elliott, 2016).

Dalam tulang rawan orang dewasa sehat, pasien atau dengan gejala OA, terjadi perubahan anabolik dan katabolik dalam keseimbangan homeostatis, sehingga tingkat metabolisme rendah dan pembentukan kartilago sangat lambat. Pada tulang rawan kartilago dewasa bersifat avaskular, dengan kondrosit yang dialiri oleh cairan sinovial. Dengan gerakan dan pembebanan pada sendi, nutrisi mengalir ke tulang rawan, sedangkan imobilisasi gerakan mengurangi aliran nutrisi. Sehingga aktivitas fisik normal bermanfaat bagi kesehatan sendi (Buys and Elliott, 2016).

Semua kartilago secara metabolit aktif, dan kondrosit melakukan replikasi, membentuk matriks baru dan terbentuk hiposelular. Proses perbaikan ini dipengaruhi oleh faktor pertumbuhan suatu polipeptida yang mengontrol proliferasi sel dan membantu komunikasi antar sel. Faktor ini menginduksi kondrosit untuk mensintesis *asam deosiribonukleat* (DNA) dan protein seperti kolagen serta proteoglikan. Peningkatan degradasi kolagen akan mengubah keseimbangan metabolisme rawan sendi, dan bila terakumulasi di sendi akan menghambat fungsi rawan sendi dan mengalami respon imun yang menyebabkan inflamasi (Soeroso *et al.*, 2015).

Faktor pertumbuhan yang berperan adalah *insulin-like growth factor* (IGF-1), *growth hormone*, *transforming growth factor b* (TGF-b) dan *coloni stimulating factors* (CSFs). IGF-1 berperan penting dalam proses perbaikan tulang rawan sendi. Pada saat inflamasi, sel menjadi kurang sensitif terhadap efek IGF-1. Sedangkan TGF-b mempunyai efek merangsang sintesis kolagen dan proteoglikan serta

menekan stromelisin, yaitu enzim yang mendegradasi proteoglikan, meningkatkan produksi prostaglandin E₂ (PGE₂), dan melawan efek sintesis PGE₂ oleh interleukin-1 (IL-1). Apabila makrofag dirangsang oleh CSFs (material asing hasil nekrosis jaringan) akan memproduksi sitokin aktivator plasminogen (PA) yang disebut katabolin. Sitokin tersebut adalah IL-1, IL-6, TNF-a, TNF-b, dan interferon (IFN) a dan t. sitokin ini akan merangsang kondrosit untuk memproduksi CSFs yang akan mempengaruhi monosit dan PA untuk degradasi rawan sendi secara langsung. Sehingga, pasien OA memiliki kadar PA yang tinggi pada cairan sendinya. Interleukin-1 mempunyai efek meningkatkan sintesis enzim yang mendegradasi rawan sendi yaitu stromelisin dan kolagenosa, dan menghambat proses sintesis dan perbaikan normal kondrosit. Kondrosit pasien OA mempunyai reseptor IL-1 dua kali lipat lebih banyak dibanding orang normal. Tulang subkondral mengalami perubahan metabolik, termasuk *turnover* (pertukaran) tulang meningkat, yang merupakan prekursor untuk perusakan jaringan. Faktor pemicu utamanya adalah interleukin-1 (IL-1), sitokin yang dihasilkan oleh sel mononukleus dan disintesis oleh kondrosit. IL-1 menekan sintesis PG oleh kondrosit dan menghambat pembentukan matriks (Soeroso *et al.*, 2015).

Pada tulang rawan sendi pasien OA terjadi peningkatan aktivitas fibrinogenik dan penurunan aktivitas fibrinolitik. Hal ini menyebabkan penumpukan thrombus dan lipid pada pembuluh darah subkondral yang menyebabkan terjadinya iskemia dan nekrosis jaringan subkondral yang selanjutnya akan mengakibatkan pelepasan prostaglandin dan interleukin yang menimbulkan *bone angina* lewat subkondral yang diketahui mengandung ujung saraf sensibel yang dapat menghantarkan rasa sakit (Soeroso *et al.*, 2015).

2.1.7 Pemeriksaan Diagnostik

Diagnosis OA biasanya didasarkan pada gambaran klinis dan radiografis. Pemeriksaan diagnostik secara visualisasi dapat digunakan alat seperti roentgen, *Magnetic Resonance Imaging (MRI)*, *Optical Coherence Tomography (OCT)*, dan *Ultrasound (US)*. Radiografi berguna untuk penilaian dari struktur tulang, sementara *OCT* digunakan untuk mengevaluasi tulang rawan artikular dan *US* digunakan untuk evaluasi ligamen dan sinovium. *MRI* memungkinkan visualisasi dari semua struktur intra artikular, meskipun *US* atau *OCT* mungkin preferensial dalam beberapa keadaan. Untuk menegakan diagnosis sebagai OA, kombinasi semua teknik visualisasi mungkin diperlukan untuk mendapatkan gambaran paling komprehensif dari penyakit (Braunn *et al.*, 2016). Gambaran radiografi sendi yang mendukung diagnosis OA adalah:

1. Penyempitan celah sendi yang seringkali asimetris (lebih berat pada bagian yang menanggung beban)
2. Peningkatan densitas (sklerosis) tulang subkhondrial
3. Kista tulang
4. Osteofit pada pinggir sendi
5. Perubahan struktur anatomi sendi

Berdasarkan perubahan radiografi tersebut, secara radiografi dapat digolongkan menjadi OA ringan sampai berat (Soeroso *et al.*, 2015). Pada tahap awal OA, radiografi mungkin normal, tetapi seiring dengan berkurangnya kartilago sendi tampak penyempitan ruang sendi. Selain itu dapat ditemui sklerosis tulang subkondral, kista subkondral, dan osteofit marginalis, serta terdapat perubahan kontur tulang sendi akibat *remodeling* tulang, dan subluksasi. Pada pasien OA dini

tidak dapat memperlihatkan bukti radiografik perubahan tulang dan penyempitan ruang sendi (Soeroso *et al.*, 2015). Diagnosis klinis Osteoarthritis dapat dilakukan dengan berfokus pada enam gejala klinis dan tanda-tanda berikut:

1. Nyeri persisten lutut
2. Kekakuan lutut terbatas (<30 menit)
3. Penurunan fungsi, gerakan terbatas
4. Krepitus
5. *Enlargement* tulang (NICE Guidelines, 2016)

Untuk pemeriksaan laboratorium, tidak ada pemeriksaan yang diagnostik untuk OA, tetapi pemeriksaan laboratorium spesifik dapat membantu mengetahui penyakit yang mendasari OA sekunder. Sebaliknya, karena OA primer bukan penyakit sistemik, maka LED, penentuan kimia serum, hitung darah, dan urinalis memberikan hasil yang normal (Brandt, 2014). Pada OA yang disertai dengan peradangan, mungkin terdapat penurunan viskositas, pleositosis ringan sampai sedang, peningkatan sel peradangan (<8000/m) dan peningkatan protein (Soeroso *et al.*, 2015).

2.1.8 Penatalaksanaan

Osteoarthritis termasuk jenis penyakit “*never ending story*” karena belum dapat disembuhkan. Pengobatan hanya dapat mencegah agar tidak bertambah parah dan mengurangi rasa nyeri, memperbaiki kualitas hidup, dan menghambat progresivitas kerusakan sendi (Noor, 2014). Charlish (2016) menyatakan ada tiga pengobatan osteoarthritis, yaitu :

1. Non Farmakologis (tidak menggunakan obat)

Terapi tanpa obat dilakukan dalam bentuk edukasi, menurunkan berat badan (bagi yang obesitas), penggunaan alat bantu, serta terapi fisik dan rehabilitasi.

a. Terapi berbentuk edukasi.

Penderita OA diberikan tentang seluk-beluk penyakitnya. Biasanya penderita OA dianjurkan tetap melakukan aktivitas sehari-hari agar tidak menjadi beban bagi orang disekitarnya (Halim, 2016).

b. Pengurangan berat badan

Berat badan sebaiknya tetap pada kisaran ideal karena OA berkembang lebih cepat pada orang yang kelebihan berat badan.

c. Terapi fisik dan rehabilitasi

untuk melindungi sendi yang sakit diperlukan terapi fisik dan rehabilitasi agar persendian dapat digunakan dan melatih pasien. Contoh terapi panas, terapi dengan modalitas pengurangan nyeri (ultrasound), dan latihan otot tanpa menggunakan beban.

d. Penggunaan alat bantu

Penggunaan tongkat bagi penderita OA dapat menurunkan beban pada sendi yang tidak terkena OA, sehingga dapat mencegah sendi yang sehat tidak terkena OA. Penderita juga dianjurkan menggunakan toilet dengan tempat duduk (bukan toilet jongkok).

e. Olahraga

Penderita dianjurkan untuk melakukan olahraga atau latihan khusus untuk mengatasi OA.

2.2 Konsep *Quality of Life*

2.2.1 Definisi *Quality of Life*

WHOQOL merupakan persepsi individu dari kedudukan mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai di mana mereka hidup dan berhubungan dengan tujuan, harapan, standar dan kekhawatiran mereka. WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF memiliki banyak kegunaan, termasuk digunakan dalam praktek medis, penelitian, audit, pembuatan kebijakan dan dalam menilai efektivitas dan keuntungan relatif perlakuan yang berbeda. Mereka juga dapat digunakan untuk menilai variasi dalam kualitas hidup budaya yang berbeda, untuk membandingkan subkelompok dalam budaya yang sama dan untuk mengukur perubahan di berbagai waktu sebagai respon terhadap perubahan dalam situasi kehidupan (WHO, 2015).

Nursalam (2015) mengatakan bahwa kualitas hidup (*Quality of Life*) adalah konsep analisis kemampuan individu untuk mendapatkan hidup yang normal terkait dengan persepsi secara individu mengenai tujuan, harapan, standar dan perhatian secara spesifik terhadap kehidupan yang dialami dengan dipengaruhi oleh nilai dan budaya pada lingkungan individu tersebut berada. Kualitas hidup (*Quality of Life*) digunakan dalam bidang pelayanan kesehatan untuk menganalisis emosional seseorang, faktor sosial, dan kemampuan untuk memenuhi tuntutan kegiatan dalam kehidupan secara normal dan dampak sakit dapat berpotensi untuk menurunkan kualitas hidup terkait kesehatan. Kualitas hidup memiliki maksud sebagai usaha untuk membawa penilaian memperoleh kesehatan. Pandang ketentuan klinis, kualitas hidup telah menjadi pokok bahasan sehubungan dengan penggunaan instrumen terkait keadaan kesehatan yang mengukur kepuasan pasien dan manfaat

fisiologis. Suatu konsep total kesehatan manusia menggabungkan keduanya yakni faktor fisik dan mental (Nursalam, 2015).

Kualitas hidup secara umum dengan konsep yang saat ini digunakan yaitu analisis dari hasil kuesioner yang dilakukan pada pasien, yang bersifat multidimensi dan mencakup keadaan fisik, sosial, emosional, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, dan aspek spiritual yang dikaitkan dengan variasi gejala penyakit, terapi yang didapatkan beserta dengan dampak serta kondisi medis, dan dampak secara finansial (Nursalam, 2015). Kualitas hidup dapat dibagi dalam dimensi lingkungan, fisik, sosial, dan psikologis. Kualitas hidup juga terdiri atas penilaian subjektif seseorang mengenai sejauh mana berbagai dimensi, seperti lingkungan, kondisi fisik, ikatan sosial, dan kondisi psikologis dirasakan memenuhi kebutuhannya (Nursalam, 2015).

WHOQOL adalah konsep umum yang dilengkapi dengan cara kompleks meliputi kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi dan hubungan mereka dengan menonjolkan fitur dari lingkungan.

WHOQOL-BREF menghasilkan empat skor domain. 4 domain tersebut adalah :

- a. Kesehatan fisik yaitu pada pertanyaan nomer 3, 4, 10, 15, 16, 17 dan 18
- b. Psikologis yaitu pada pertanyaan nomer 5, 6, 7, 11, 19 dan 26
- c. Hubungan sosial yaitu pada pertanyaan nomer 20, 21, dan 22
- d. Lingkungan yaitu pada pertanyaan nomer 8, 9, 12, 13, 14, 23, 24 dan 25

Interpretasi hasil menurut WHO (2015):

Dikatakan kualitas hidup kurang jika score 0-50

Dikatakan kualitas hidup baik jika score 51-130

Tabel 2. 2 Pertanyaan Kualitas Hidup

Domain	Aspek	Score
Kesehatan Fisik	a. Rasa Nyeri b. Energi c. Istirahat tidur d. Mobilisasi e. Aktifitas f. Pengobatan g. Pekerjaan	1 : Sangat buruk 2 : Buruk 3 : Biasa-biasa saja 4 : Baik 5 : Sangat baik
Psikologis	a. Perasaan negatif b. Perasaan positif c. Cara berfikir d. Harga diri e. <i>Body image</i> f. Spiritual	1 : Sangat buruk 2 : Buruk 3 : Biasa-biasa saja 4 : Baik 5 : Sangat baik
Hubungan Sosial	a. Hubungan individu b. Dukungan sosial c. Aktifitas Seksual	1 : Sangat buruk 2 : Buruk 3 : Biasa-biasa saja 4 : Baik 5 : Sangat baik
Lingkungan	a. Kelemahan fisik b. Lingkungan rumah c. Sumber keuangan d. Fasilitas kesehatan	1 : Sangat buruk 2 : Buruk 3 : Biasa-biasa saja 4 : Baik 5 : Sangat baik

Tabel 2.3 Kuesioner Kualitas Hidup

No.	Pertanyaan	1 Sangat buruk	2 Buruk	3 Biasa saja	4 Baik	5 Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					
		5 Tidak sama sekali	4 Sedikit	3 Dalam jumlah sedang	2 Sangat sering	1 Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					

4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari anda?					
		1 Tidak sama sekali	2 Sedikit	3 Dalam jumlah sedang	4 Sangat sering	5 Dalam jumlah berlebihan
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)					
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yang cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang untuk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Beberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk liburan /rekreasi?					
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					

16.	Seberapa puaskah anda dengan tidur anda?					
17.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan untuk menampilkan aktivitas kehidupan sehari-hari?					
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?					
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yang anda peroleh dr teman anda?					
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pada layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yang harus anda jalani?					
		5 Tidak pernah	4 Jarang	3 Cukup	2 Sering	1 Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti 'feeling blue' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?					

2.2.2 Domain *Quality of Life*

Domain dilihat dari seluruh kualitas hidup dan kesehatan secara umum WHO (2013) Group dalam Nursalam (2015) terdapat domain-domain yang merupakan bagian penting untuk mengetahui kualitas hidup individu. Tercakup

dalam 4 domain yang meliputi kesehatan fisik, psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Berikut ini adalah hal-hal yang tercakup dalam 4 domain tersebut:

1. Kesehatan fisik

Kegiatan kehidupan sehari-hari, ketergantungan pada bahan obat dan bantuan medis, energi dan kelelahan, mobilitas, rasa sakit dan ketidaknyamanan, tidur dan istirahat, kapasitas kerja.

2. Psikologis

Bentuk dan tampilan tubuh, perasaan negatif; perasaan positif; penghargaan diri; spiritualitas agama atau keyakinan pribadi; berpikir, belajar, memori dan konsentrasi.

WHO (2013) mengatakan psikologi yang dimasuk adalah *body image* dan penampilan, perasaan negatif, perasaan positif, harga diri, spiritualitas/agama/keyakinan pribadi, berpikir, belajar, memori dan konsentrasi. Perubahan fisik dan kognitif seringkali menimbulkan emosi negatif pada penderita. Ini dapat dimengerti, kata para ahli, karena siapapun pasti kecewa dan khawatir melihat dan kemudaannya berangsur menghilang, apalagi disertai daya intelektual yang menurun yang mengesankan kita *bloon*. Ini terutama terjadi pada penderita yang mempunyai penyakit kronis (Waluyo & Putra, 2015)

3. Hubungan sosial

Hubungan sosial adalah hubungan antar individu yang timbul karena adanya interaksi sosial. Hubungan sosial, merupakan bentuk interaksi sosial yang lebih luas dari tingkah laku, tindakan, dan kontak sosial. Hubungan sosial merupakan interaksi sosial yang didasari oleh rasa simpati, empati, dan kepedulian terhadap sesama (Abdullah, 2015).

4. Lingkungan

WHO (2013), lingkungan dapat disebutkan diantaranya sumber keuangan, kebebasan, keamanan fisik dan keamanan Kesehatan dan perawatan sosial: aksesibilitas dan kualitas, lingkungan rumah, peluang untuk memperoleh informasi dan keterampilan baru, partisipasi dalam dan peluang untuk kegiatan rekreasi / olahraga, lingkungan fisik (polusi/ suara / lalu lintas / iklim), mengangkut.

2.2.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi *Quality of Life*

Berbagai penelitian mengenai kualitas hidup menemukan beberapa faktor-faktor lain yang mempengaruhi kualitas hidup. Berikut beberapa faktor yang mempengaruhi kualitas hidup menurut Raeburn dan Rootman (2008) dalam Azizah (2016) yaitu :

1. Kontrol

Berkaitan dengan kontrol terhadap perilaku yang dilakukan oleh seseorang, seperti pembatasan terhadap kegiatan untuk menjaga kondisi tubuh.

2. Kesempatan yang potensial

Berkaitan dengan seberapa besar seseorang dapat melihat peluang yang dimilikinya.

3. Sistem dukungan

Dukungan yang berasal dari lingkungan keluarga, masyarakat, maupun sarana-sarana fisik seperti tempat tinggal atau rumah yang layak dan fasilitas-fasilitas yang memadai sehingga dapat menunjang kehidupan.

4. Keterampilan

Berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan keterampilan lain yang mengakibatkan ia dapat mengembangkan dirinya, seperti mengikuti suatu kegiatan atau kursus tertentu.

5. Kejadian dalam hidup

Kejadian dalam hidup sangat berhubungan erat dengan tugas perkembangan yang harus dijalani, dan terkadang kemampuan seseorang untuk menjalani tugas tersebut mengakibatkan tekanan tersendiri.

6. Sumber daya

Terkait dengan kemampuan dan kondisi fisik seseorang. Sumber daya pada dasarnya adalah apa yang dimiliki oleh seseorang sebagai individu.

7. Perubahan lingkungan

Berkaitan dengan perubahan yang terjadi pada lingkungan sekitar seperti rusaknya tempat tinggal akibat bencana.

8. Perubahan politik

Berkaitan dengan masalah negara seperti krisis moneter sehingga menyebabkan orang kehilangan pekerjaan/mata pencaharian.

2.2.4 Cara Pengukuran *Quality Of Life*

Pandangan *quality of life* mengacu pada evaluasi subjektif yang tertanam dalam konteks budaya, sosial, dan lingkungan yang terfokus pada *quality of life* yang dapat “diterima” oleh responden, dalam definisi *quality of life* diharapkan efek dari penyakit dan intervensi kesehatan terhadap *quality of life* dapat berperan, bukan untuk menyediakan cara untuk mengukur gejala, penyakit atau kondisi dengan pola terperinci. Dengan demikian *quality of life* tidak dapat di samakan dengan status

kesehatan, gaya hidup, kepuasan hidup, kondisi mental, atau kesejahteraan. Sifat *quality of life* yang multidimensi tercermin dalam struktur WHOQoL-100 (Nursalam, 2015).

World Health Organization tahun 1991 bagian kesehatan mental memulai penelitian dengan mengembangkan instrument penilaian kualitas hidup (QoL) yang dapat dipakai secara nasional dan secara antar budaya. Instrumen WHOQoL 100 ini telah dikembangkan secara kolaborasi dalam sejumlah pusat kesehatan dunia menjadi WHOQoL-BREF dan saat ini telah banyak diadopsi dan diterjemahkan oleh berbagai negara untuk digunakan melakukan penelitian mengenai kualitas hidup. WHOQoL-BREF menghasilkan kualitas profil hidup untuk menurunkan empat skor domain. Domain skor berskalakan kearah positif yaitu skor yang lebih tinggi menunjukkan kualitas hidup yang lebih tinggi. Biasanya seperti cakupan indeks antara 0 (mati) dan 100 (kesehatan sempurna), akan tetapi dalam teknik *Trade Off* (TTO) dimana 0 menunjukkan kematian dan 100 menunjukkan lebih buruk dari mati (Nursalam, 2015).

WHOQoL-BREF terdiri dari 26 item, merupakan instrumen kualitas kehidupan paling pendek dan sederhana, namun instrumen ini dapat menampung aspirasi ukuran ungkapan dan kualitas kehidupan seseorang (Azizah, 2016). Menurut WHO (1996) dalam Nursalam (2015) terdapat 4 domain yang dijadikan parameter untuk mengetahui *quality of life*, dan setiap domain dijawabkan dalam beberapa aspek. Domain tersebut meliputi kesehatan fisik yang terdiri dari 7 aspek, psikologis terdiri dari 5 aspek, hubungan sosial 3 aspek, dan lingkungan 8 aspek

Tabel 2.4 Skoring *Quality of Life* menurut WHO
Keterangan :

1. Raw Skor + penjumlahan nilai pada setiap pertanyaan dalam setiap domain

2. 4-20 : Mean setiap domain $\times 4$

		<i>Equations for computing domain scores</i>	Raw score	Transformed scores*	
				4-20	0-100
27.	Domain 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:
28.	Domain 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:
29.	Domain 3	$Q20 + Q21 + Q22$ $\square + \square + \square$	a. =	b:	c:
30.	Domain 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ $\square + \square + \square + \square + \square + \square + \square$	a. =	b:	c:

3. 0-100 : $[\text{nilai}(b)-4] \times [100/16]$

2.3 Model Konsep Keperawatan

2.3.1 Model Konsep Keperawatan Imogene M. King

Imogene M. King lahir pada tanggal 30 Januari 1923 di West Point, Iowa. Karir keperawatan Imogene dimulai pada tahun 1945 setelah lulus dari St John's Hospital School of Nursing, St Louis, Missouri. Ia bekerja sebagai staf perawat medis bedah sambil kuliah di Bachelor of Science dalam Keperawatan di St Louis University pada tahun 1948. Dia menyelesaikan Master of Science dalam Keperawatan di St Louis University. Pada tahun 1959 Dr. King melanjutkan

pendidikan di Columbia University, New York, Dr. Montag sebagai ketua, dan mendapatkan gelar Doktor Pendidikan pada tahun 1961. Pada tahun 1972 ia kembali ke Loyola University of Chicago mengajar mahasiswa pascasarjana dan menerbitkan teori tentang keperawatan: Sistem, Konsep, Proses (1981). Dr. King dikenal pada tahun 2005, dengan kepeloporannya dalam gerakan teori keperawatan. Dr. King memiliki artikel berjudul Perawatan Teori: Masalah dan Kemajuan dalam jurnal diedit oleh Dr. Rogers (Alligood, 2017).

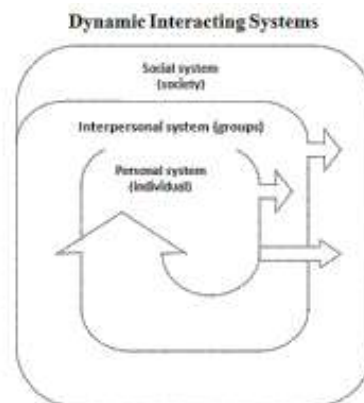
Menurut King terus memberikan pelayanan masyarakat dan membantu merencanakan perawatan melalui sistem dan teori konseptualnya di berbagai organisasi perawatan kesehatan, termasuk tanpa General Hospital. King menggunakan pendekatan sistem dalam pengembangan sistem konseptual dan teori *middle-range* yaitu teori pencapaian tujuan, dimana cara untuk mempelajari manusia berinteraksi dengan lingkungan adalah untuk merancang sebuah kerangka kerja konseptual tentang variabel yang saling bergantung dan konsep yang saling terkait.

Menurut Riasmini (2017) Kerangka kerja King menunjukkan hubungan sistem personal (individu), sistem interpersonal (perawat-pasien), dan sistem sosial (misalnya sistem pendidikan, sistem layanan kesehatan). King memahami model konsep dan teori keperawatan dengan menggunakan pendekatan sistem terbuka dalam hubungan intraksi yang konstan dengan lingkungan.

1. Sistem personal (individu) pada sistem personal, konsep yang relevan adalah persepsi, diri, pertumbuhan-perkembangan, citra diri dan waktu
 - a. Sistem interpersonal

King mengemukakan sistem interpersonal terbentuk oleh interaksi antara manusia interaksi antara dua orang disebut *dyad*, tiga orang disebut *triad*, dan empat orang disebut *group*. Konsep yang relevan dengan sistem interpersonal adalah interaksi, komunikasi, transaksi, peran, dan stress

b. Sistem Sosial



Gambar 2.2 Sistem konseptual dinamis (From King, I. (1981). *A theory for nursing: System, concepts, process* (Alligood, 2017).

2.4 Hubungan Antar Konsep

Osteoarthritis (OA) merupakan penyakit sendi degeneratif yang berjalan secara progresif lambat ditandai dengan kerusakan tulang rawan sendi dan struktur sendi diarthrodial (Soeroso *et al.*, 2014). Penggunaan tulang rawan yang berlebihan akan mempengaruhi sendi dan menekan tulang rawan termasuk lutut, pinggul, jari, dan daerah tulang belakang bawah sehingga menyebabkan nyeri sendi dan gangguan mobilitas (Safrina, 2016). Gangguan tersebut semakin parah dan dapat menimbulkan kecacatan. Osteoarthritis ditandai dengan perubahan degeneratif pada tulang, tulang rawan, *menisci*, ligamen, dan jaringan sinovial (Braunn *et al.*, 2011). Bagian yang paling sering terkena OA adalah vertebra, panggul, lutut, dan pergelangan kaki (Soeroso *et al.*, 2014).

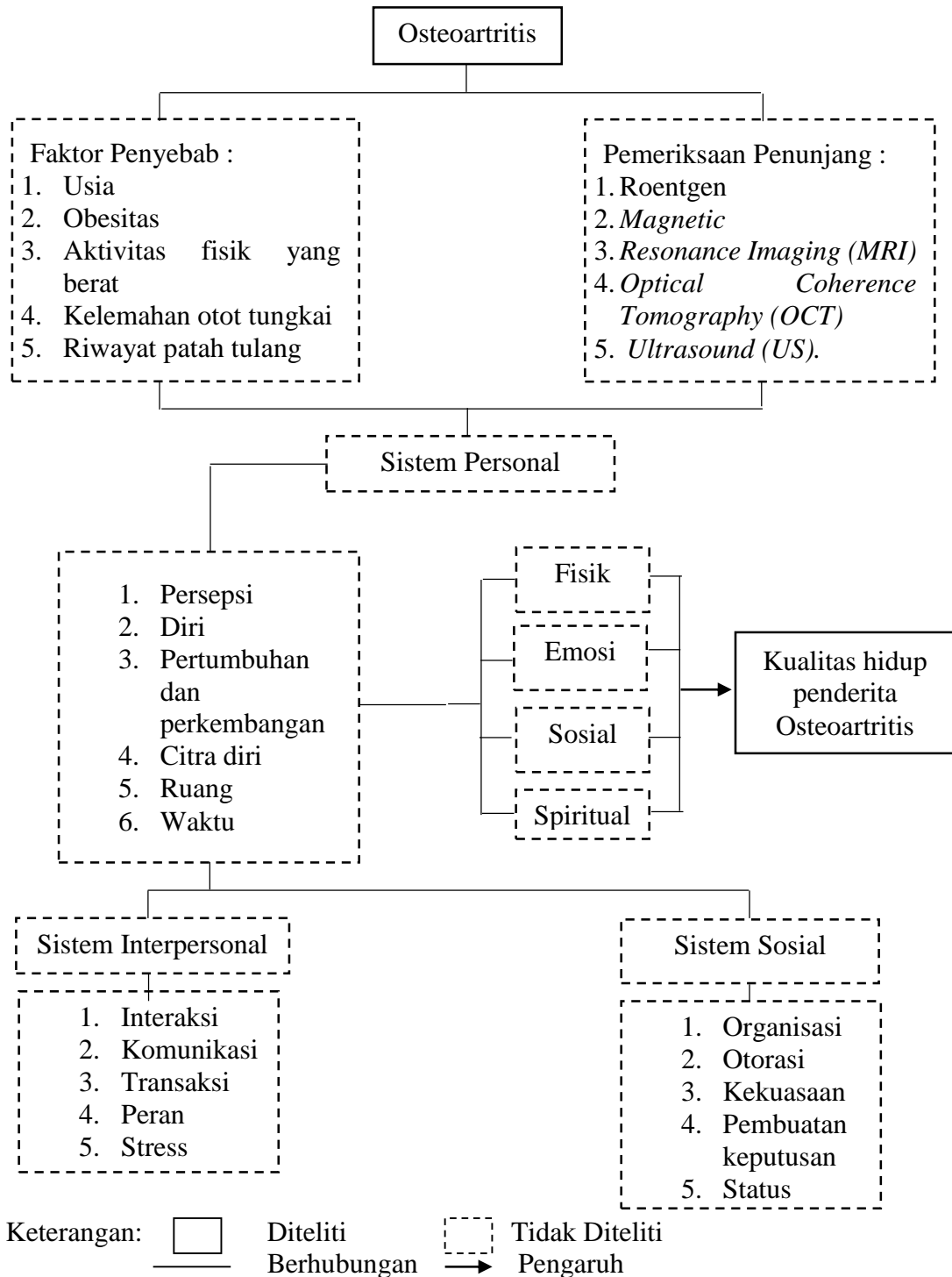
Keberadaan penyakit yang mempengaruhi kondisi kesehatan fisik seseorang adalah salah satu aspek yang menentukan kualitas hidup seseorang. Kualitas hidup adalah suatu persepsi seseorang mengenai keadaan dirinya dalam aspek fisik, psikologis, sosial dan lingkungan untuk mencapai tujuan dalam hidupnya (Febri, 2012). Kualitas hidup secara umum dengan konsep yang saat ini digunakan yaitu analisis dari hasil kuesioner yang dilakukan pada pasien, yang bersifat multidimensi dan mencakup keadaan fisik, sosial, emosional, kognitif, hubungan dengan peran atau pekerjaan yang dijalani, dan aspek spiritual yang dikaitkan dengan variasi gejala penyakit, terapi yang didapatkan beserta dengan dampak serta kondisi medis, dan dampak secara finansial (Nursalam, 2013).

Dalam teori kerangka konsep sistem terbuka King, kerangka ini disusun atas tiga sistem interaksi seperti sistem personal, sistem interpersonal, dan sistem sosial. Jika komponen konsep sistem personal saling bertemu, akan terbentuk sistem interpersonal. Sistem interpersonal dibentuk oleh interaksi antara dua orang atau lebih. Sistem sosial didefinisikan sebagai sistem pembatas peran organisasi sosial, perilaku, dan praktik yang dikembangkan untuk memelihara nilai dan mekanisme pengaturan antara praktik dan aturan yang ada. Bisa dengan contoh sistem sosial adalah keluarga, kelompok keagamaan, sistem pendidikan, kelompok teman seprofesi, dan sebagainya. King menyatakan, "Pemahaman mengenai tata cara manusia berinteraksi dengan lingkungannya guna mempertahankan kesehatan (Asmadi, 2013).

BAB 3

KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3. 1 Kerangka Konseptual Penelitian Gambaran *Quality Of Life* pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

BAB 4

METODE PENELITIAN

Bab metode penelitian ini menjelaskan mengenai : 1) Desain Penelitian, 2) Waktu dan Tempat Penelitian, 3) Kerangka Penelitian, 4) Populasi, Sampel dan Teknik Sampling, 5) Identifikasi Variabel, 6) Definisi Operasional, 7) Pengumpulan, Pengolahan dan Analisis Data, dan 8) Etika Penelitian

4.1 Desain Penelitian

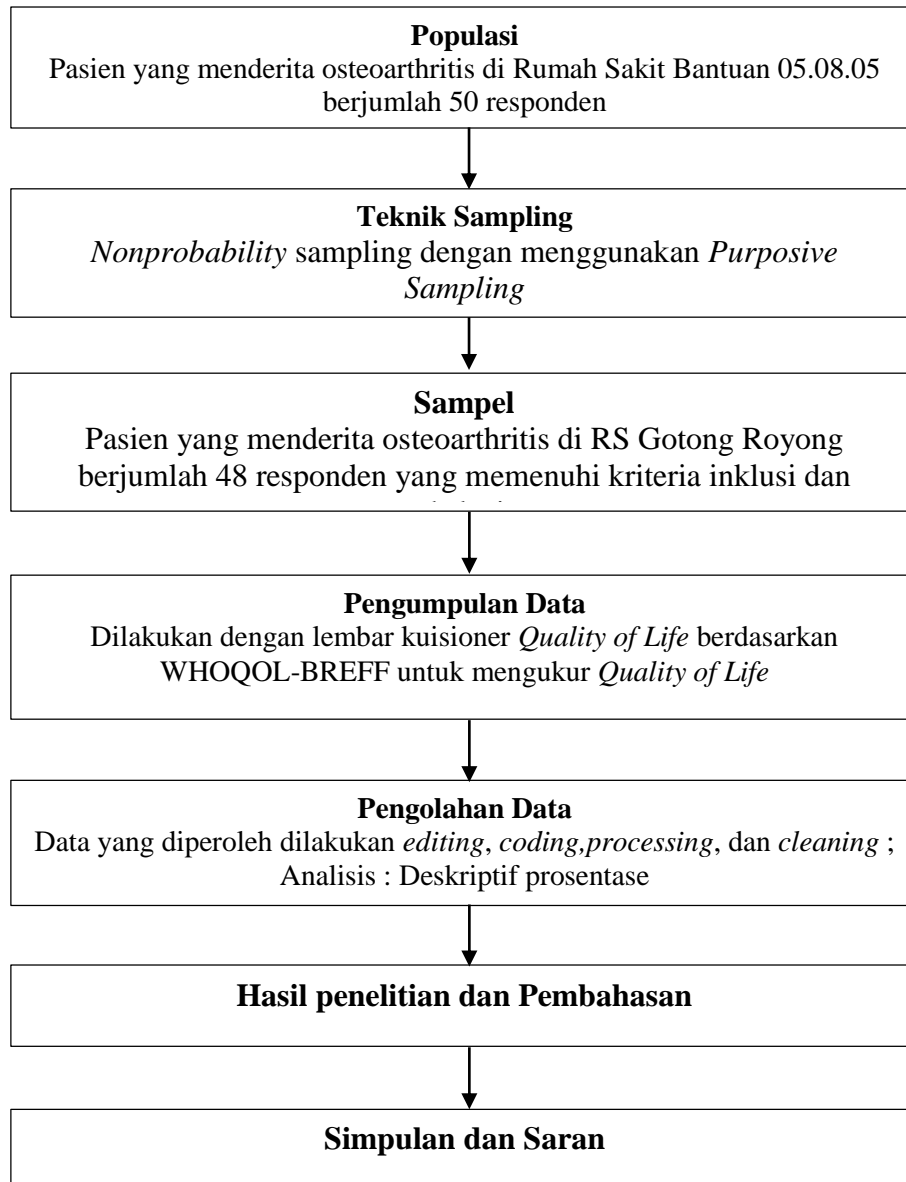
Desain penelitian bertujuan untuk mengidentifikasi gambaran *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya dengan menggunakan metode deskriptif. Dengan hanya satu kali pada saat peneliti melakukan penelitian dengan memberikan kuisioner kepada responden.

4.2 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian ini dimulai dengan pengambilan data pada tanggal 13 Januari 2020 sampai 07 Februari 2020 di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya. Pertimbangan memilih Rumah Sakit tersebut dikarenakan memiliki jumlah pasien osteoarthritis yang cukup, sehingga memudahkan dalam mengumpulkan data. Kegiatan penelitian dilanjutkan dengan analisis data yang dilaksanakan sampai tanggal 16 Februari 2020.

4.3 Kerangka Penelitian

Langkah kerja dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:



Gambar 4.1 Kerangka Penelitian Gambaran Quality Of Life Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

4.4 Populasi, Sampel dan Teknik Sampling

4.4.1 Populasi Penelitian

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien dengan osteoarthritis di Rumah sakit bantuan 08.05.08 Surabaya yang berjumlah 51 responden dari bulan Juni sampai September 2019.

4.4.2 Sampel Penelitian

Sampel dalam penelitian ini adalah semua pasien osteoarthritis di Rumah sakit bantuan 08.05.08 Surabaya yang berjumlah 51 responden. Jumlah sampel orang berdasarkan perhitungan besar sampel menggunakan rumus:

Rumus:

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

Keterangan : n : jumlah sampel

N : jumlah populasi

d : tingkat kesalahan yang dipilih (d=0,05)

Jadi, besar sampel adalah

$$n = \frac{N}{1 + N (d^2)}$$

$$n = \frac{51}{1 + 51 (0,05^2)}$$

n = 48 orang

Rumus di atas menghasilkan jumlah sampel yang diperlukan dalam penelitian ini adalah sebanyak 48 responden. Adapun kriteria pada penelitian ini yaitu :

1. Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Pasien osteoarthritis usia 51-70 tahun

2. Kriteria eksklusi

Kriteria eklusi dalam penelitian ini adalah:

- a. Penderita yang menolak menjadi responden
- b. Penderita yang mengalami penurunan kesadaran
- c. Penderita yang tidak kooperatif
- d. Saat dilakukan penelitian pasien tidak datang.

4.4.3 Teknik Sampling

Teknik sampling dalam penelitian ini yaitu *Nonprobability* sampling dengan menggunakan *Purposive Sampling*. Pemilihan sampel dengan cara memilih sampel sesuai dengan populasi sesuai dengan kriteria inklusi (tujuan/masalah dalam penelitian), sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya.

4.5 Identifikasi Variabel

Variabel pada penelitian ini adalah *quality of life* pada pasien osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

4.6 Definisi Operasional

Tabel 4.1 Definisi Operasional Penelitian Gambaran Quality of Life pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

Variabel	Definisi Operasional	Indikator	Alat Ukur	Skala	Skor
<i>Quality of life</i>	Persepsi pasien terhadap diri sendiri dalam keseimbangan kesehatan fisik, psikologi, hubungan sosial dan lingkungan	WHOQoL-Bref 1. Kesehatan fisik 2. Psikologis 3. Hubungan sosial 4. Lingkungan	Kuesioner WHOQoL-Bref	Ordinal	Kuesioner terdiri dari 26 pertanyaan tentang <i>quality of life</i> . Kriteria penilaian menurut WHOQoL-Bref : 1. QoL kurang jika skor 0-50 2. QoL baik jika skor 51-100

4.7 Pengumpulan, Pengolahan dan Analisa Data

4.7.1 Instrumen Pengumpulan Data

Penelitian ini menggunakan 2 instrumen kuesioner sebagai pedoman dalam mengumpulkan data. Kuesioner yang digunakan adalah kuisisioner yang berisikan tentang:

1. Data demografi

Pada data kuesioner terdiri dari 15 pertanyaan yang terdiri atas usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, pekerjaan, tempat tinggal, makanan kesukaan, pendapatan, status pernikahan, penghasilan, hubungan dengan orang lain, lama tinggal, diagnosa medis, terapi yang didapatkan, status perawatan, di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

2. *Quality of Life*

Variabel dependen yaitu *quality of life* pasien osteoarthritis yang menggunakan kuisisioner WHOQOL-BREF yang terdiri dari 26 item, yang terdiri

dari 7 item pertanyaan mengenai indikator fisik, 6 pertanyaan mengenai indikator psikologi, 3 pertanyaan pada indikator hubungan sosial dan 8 pertanyaan mengenai indikator lingkungan (lihat tabel 4.2).

Tabel 4.2 Indikator dan Sub Indikator Kuesioner *Quality of Life*

Indikator	Sub – Indikator	No. Pertanyaan
Kesehatan Fisik	a. Rasa Nyeri	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18
	b. Energi	
	c. Istirahat tidur	
	d. Mobilisasi	
	e. Aktifitas	
	f. Pengobatan	
	g. Pekerjaan	
Psikologis	a. Perasaan negatif	5, 6, 7, 11, 19, 26
	b. Perasaan positif	
	c. Cara berfikir	
	d. Harga diri	
	e. Body image	
	f. Spiritual	
Hubungan Sosial	a. Hubungan individu	20, 21, 22
	b. Dukungan sosial	
	c. Aktifitas Seksual	
Lingkungan	a. Kelemahan fisik	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25
	b. Lingkungan rumah	
	c. Sumber keuangan	
	d. Fasilitas kesehatan	
	e. Kemudahan mendapatkan informasi kesehatan	
	f. Rekreasi	
	g. Lingkungan	
	h. Transportasi	

Sumber: WHO (2012)

4.7.2 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah mendapatkan surat izin dan persetujuan dari bagian akademik program studi S1 Keperawatan Stikes Hang Tuah Surabaya yang telah disetujui Ketua Stikes Hang Tuah Surabaya, kemudian ke Bangdiklat, Sekretariat, Kepala Penyakit Dalam dan menunggu untuk ujian etik.

Selanjutnya melaksanakan ujian etik di STIKES Hang Tuah Surabaya sendiri, lalu mengurus Nota Dinas untuk mulai mengambil data di ruangan.

Adapun alur peneliti mengambil data ke responden yaitu:

1. Peneliti melakukan pengambilan data di rekam medik dan mengambil data yang diperlukan sesuai kriteria inklusi.
2. Peneliti melakukan pendekatan kepada responden untuk memberikan penjelasan bila responden bersedia maka dipersilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan (*informed consent*).
3. Responden diberikan penjelasan cara pengisian kuisisioner.
4. Peneliti mendampingi responden dalam melakukan pengisian kuisisioner dengan tujuan agar jika ada sesuatu yang kurang jelas, responden dapat langsung menanyakan kepada peneliti.
5. Peneliti memberikan dan menjelaskan 2 kuisisioner kepada reponden mengenai Data Demografi yang terdiri dari butir pertanyaan, *quality of life* dari *WHOQoL-BREF* terdiri dari 26 butir pertanyaan mengenai (kesehatan fisik, psikologi, sosial, lingkungan).
6. Peneliti membacakan setiap butir pertanyaan dari kuisisioner dan menuliskannya.
7. Peneliti melakukan diskusi bersama pasien dan keluarga pasien untuk mengetahui keadaan yang terjadi pada pasien sebelum dan setelah sakit.
8. Peneliti memberikan cendramata untuk diberikan kepada responden dan peneliti menyampaikan ucapan terima kasih karena telah berpartisipasi untuk menjadi responden.

4.7.3 Analisa Data

1. Pengolahan Data

Setelah kuesioner diisi oleh responden, selanjutnya dilakukan pengolahan data hasil kuesioner dengan tahapan sebagai berikut :

a. Memeriksa Data (*Editing*)

Daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden selanjutnya diperiksa untuk mengecek kelengkapan jawaban yang diisi oleh responden. Apabila ada jawaban yang belum diisi, maka responden diminta untuk melengkapinya. Pengecekan jawaban juga dilakukan pada jawaban kuesioner demografi.

b. Penilaian (*Scoring*)

Setelah kuesioner terisi lengkap, selanjutnya dilakukan penilaian terhadap jawaban responden. Kuesioner Kualitas Hidup menggunakan.

Tabel 4.2 Jawaban Kuesioner *Quality of Life*

No	Item pertanyaan	Pertanyaan nilai skor jawaban
1.	Seberapa sering: Menikmati hidup Merasa hidup berarti Berkonsentrasi Keamanan dalam hidup Tempat tinggal yang sehat	Pernyataan Positif: 1: Tidak pernah 2: Jarang 3: Cukup sering 4: Sangat sering 5: Berlebihan Pernyataan Negatif: 5: Tidak pernah 4: Jarang 3: Cukup sering 2: Sangat sering 1: Berlebihan
2.	Memuaskan: kesehatan Pola tidur Kemampuan menampilkan aktivitas kehidupan Kemampuan berkerja	Pernyataan Positif: 1: Tidak pernah 2: Jarang 3: Cukup sering 4: Sangat sering 5: Berlebihan

	Kepuasan diri sendiri	
	Kepuasan dengan personal/ sosial	Pernyataan Negatif:
	Seksual	5: Tidak pernah
	Dukungan sosial	4: Jarang
	Kepuasan tempat tinggal	3: Cukup sering
	10. Akses pelayanan kesehatan	2: Sangat sering
	11. Transportasi	1: Berlebihan
3.	Baik atau tidak:	1: Tidak pernah
	Kualitas hidup	2: Jarang
	Kemampuan bergaul	3: Cukup sering
		4: Sangat sering
		5: Berlebihan
4.	Seberapa penuh:	1: Tidak pernah
	Vitalitas untuk beraktivitas	2: Jarang
	Penampilan terhadap diri sendiri	3: Cukup sering
	Ketersediaan uang	4: Sangat sering
	Ketersediaan informasi	5: Berlebihan
	Kesempatan bersenang-senang	
5.	Seberapa sering dalam indikator	5 = tidak pernah
	negative (soal nomor 3,4 dan 26):	4 = jarang
	Rasa sakit dalam beraktivitas	3 = cukup sering
	Terapi medis	2 = sangat sering
	Perasaan negatif	1 = selalu

World Health Organization on Quality of Life (WHOQOL) BREF yang berkriteria dengan nilai 0-50 kualitas hidup kurang, nilai 51-130 kualitas hidup baik

c. Memberi Tanda Kode (*Coding*)

Hasil jawaban yang telah diperoleh diklasifikasikan dalam kategori dengan memberi tanda/kode berbentuk angka pada masing-masing jawaban. Pemberian kode dilakukan pada data demografi dan WHOQoL-BREF.

d. Pengolahan Data (*Processing*)

Setelah diberi kode, selanjutnya dilakukan pengolahan data dari jawaban kuesioner untuk data demografi dan kuesioner penelitian untuk memperoleh ringkasan informasi mengenai karakteristik responden.

e. *Cleanning*

Data diteliti kembali agar pada pelaksanaan analisa data tidak terjadi kesalahan.

2. Analisa Statistik

Peneliti melakukan analisa univariat dengan analisa *descriptive* yang dilakukan untuk menggambarkan data demografi yang diteliti secara terpisah dengan membuat tabel frekuensi dari masing-masing variabel.

4.8 Etika Penelitian

Penelitian ini dilakukan setelah mendapatkan rekomendasi dari Stikes Hang Tuah Suarabaya dan izin dari kepala Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya, penelitian dimulai dengan melaukan beberapa prosedur yang berhubungan dengan etika penelitian meliputi:

1. Lembar Persetujuan (*Informed Consent*)

Peneliti memberikan informasi kepada calon responden sebelum memulai penelitian. Hal-hal yang dijelaskan meliputi status responden selama penelitian yang menyatakan bahwa data yang mereka berikan akan digunakan untuk penelitian. Penelitian juga menjelaskan tujuan penelitian, pertanyaan-pertanyaan yang akan diajukan kepada calon responden.

2. Tanpa Nama (*Anonimity*)

Penelitian menjaga kerahasiaan dengan hanya meminta informasi penting dari partisipan, sesuai dengan kebutuhan dalam penelitian. Peneliti memberikan kode untuk menjaga identitas partisipan dengan nomer 01, 02, 03 dan seterusnya disetiap lembar kuisisioner.

3 Kerahasiaan (*Confidentiality Prosedure*)

Responden harus yakin bahwa data yang dia berikan dijaga kerahasiannya oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu yang akan dilaporkan sebagai hasil penelitian.

4 Keadilan (*Justice*)

Penelitian dilakukan secara berperikemanusiaan dengan tetap menghargai perasaan responden, jika dalam proses pelaksanaan observasi ternyata responden menolak untuk dilanjutkan intervensi sampai selesai maka peneliti harus menghormati keputusan tersebut.

5 Asas kemanfaatan (*Beneficiency*)

Penelitian dilakukan tanpa menimbulkan penderitaan atau kerugian terhadap subyek penelitian. Peneliti menjelaskan secara detail tujuan, manfaat, dan teknik penelitian kepada responden.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Bab ini menguraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan dari pengumpulan data tentang Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

5.1 Hasil Penelitian

Pengambilan data dilakukan pada tanggal Februari 2020 didapatkan 48 responden. Pada bagian hasil uraian data tentang gambaran umum tempat penelitian, data umum, dan data khusus. Data umum adalah penelitian ini meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status, tinggal, pernah radang tulang & sendi, terapi sedang dijalani/ pernah dilakukan, kegiatan social, kegiatan spiritual, penghasilan, makanan favorit, Riwayat penyakit peradangan tulang & sendi pada Keluarga. Sedangkan data khusus meliputi kualitas hidup pasien osteoarthritis.

5.1.1 Gambaran Umum Tempat Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya beralamat di Jl. Gubeng Pojok No. 21 Surabaya 60272. Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya terletak di Jl. Gubeng Pojok No. 21, Ketabang, Kecamatan Genteng, Surabaya 60272, berdiri sejak tahun 1977. Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya merupakan rumah sakit di lingkungan Korem 084/Bhaskara Jaya, memiliki luas lahan 1.710m², luas bangunan 1.400m² dan merupakan rumah sakit integrasi bagi masyarakat umum, TNI dan keluarganya di wilayah Jawa Timur. Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya yang sekarang berada dibawah pimpinan Mayor CKM dr.Dini Henriyanto, Sp.Pd. RS Bantuan 05.08.05 Surabaya ini

menangani pelayanan kesehatan meliputi pelayanan medik dasar, pelayanan gawat darurat, pelayanan medik spesialis dasar, pelayanan medik gigi mulut, pelayanan keperawatan dan kebidanan, pelayanan penunjang non klinik dan pelayanan administrasi. Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya setiap harinya memiliki ragam jenis pasien dan jumlah total kunjungan, dengan adanya kenaikan angka kunjungan per tahun maka diperlukan suatu peningkatan dalam hal pelayanan pasien dan membutuhkan bantuan dalam pencatatan administrasi pasien.

Batas wilayah rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya adalah sebagai berikut: Sebelah Utara berbatasan dengan: Jalan Kusuma Bangsa, sebelah Selatan berbatasan dengan: Jalan Sumatera, sebelah Barat berbatasan dengan: Jalan Pemuda, Sebelah Timur berbatasan dengan: Jalan Dharmawangsa.

Visi dan misi Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya Yaitu:

1. Visi

Menjadi Rumah Sakit kepercayaan dan kebanggaan prajurit, PNS dan keluarganya serta masyarakat umum.

2. Misi

- a. Menyelenggarakan Dukungan Kesehatan yang Handal.
- b. Memberikan pelayanan kesehatan yang Prima.

Meningkatkan kualitas sumber daya yang dimiliki melalui pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan sesuai bidang dan profesinya.

5.1.2 Data Umum Subyek Penelitian

Data umum subyek penelitian ini adalah pasien dengan diagnosa medis osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya sejumlah 48 responden,

dengan kriteria inklusi pasien osteoarthritis yang usia 40-70 tahun. Data demografi diperoleh melalui kuesioner yang diisi oleh responden yaitu:

1. Karakteristik Responden

Data hasil penelitian merupakan gambaran tentang karakteristik responden yang meliputi usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status, tinggal, pernah radang tulang& sendi, terapi sedang dijalani/pernah dilakukan, kegiatan sosial, kegiatan spiritual, penghasilan, makanan favorit, Riwayat penyakit peradangan tulang & sendi pada Keluarga.

- a. Karakteris Karakteristik Responden Berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, status, tinggal, pernah radang tulang& sendi, terapi sedang dijalani/pernah dilakukan.

Tabel 5.1 Karakteris Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan , Status, Tinggal, Pernah Radang Tulang& Sendi, Terapi Sedang Dijalani/Pernah Dilakukan di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya 2020 (n=48)

	Karakteristik	f	%
Usia	46-55 Tahun	12	25,0
	56-65 Tahun	18	37,5
	>65	18	37,5
Jenis Kelamin	Laki-Laki	221	45,8
	Perempuan	26	54,2
Pendidikan	SD	18	37,5
	Smp	9	18,8
	Sma	10	20,
	Diploma	4	8,3
	Sarjana	3	6,3
	Tidak Sekolah	4	8,3
Pekerjaan	Swasta	9	18,8
	Wiraswasta	10	20,8
	Pensiunan	17	35,4
	Tidak Bekerja	12	25,0
Status	Menikah	29	60,4
Perkawinan	Cerai Hidup	6	12,5
	Cerai Mati	13	27,1

Tinggal Bersama	Pasangan	17	35,4
	Anak	20	41,7
	Pasangan & Anak	5	10,4
	Saudara	6	12,5
Pernah Radang Tulang & Sendi	Ya	37	77,1
	Tidak	11	22,9
Terapi Yang Dijalani	Obat	48	100,0

Sumber: Data Primer

Karakteristik responden yang ditampilkan pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa distribusi tertinggi karakteristik usia adalah usia 56 sampai 65 (37,5%) dan usia lebih 65 keatas (37,5%) yang mana usia tersebut memasuki kategori lansia lanjut, dari jenis kelamin responden ialah perempuan dengan 26 responden (54,2%), kemudian karakteristik pendidikan responden menunjukkan distribusi tertinggi adalah SD yakni sebanyak 18 responden (37,5 %), karakteristik pekerjaan responden menunjukkan distribusi tertinggi yaitu Pensiunan sebanyak 17 responden (35,4%), dan karakteristik status perkawinan responden menunjukkan distribusi tertinggi adalah menikah dengan jumlah sebanyak 29 responden (60,4%), karakteristik tempat tinggal responden terbanyak yaitu bersama anak 20 responden (41,7%). Karakteristik riwayat pernah mengalami penyakit radang tulang dan sendi ada 37 responden (77,1%) pernah mengalami dan terapi yang dijalani semua dengan minum obat .

- b. Karakteristik berdasarkan kegiatan sosial, kegiatan spiritual, penghasilan, makanan favorit, Riwayat penyakit peradangan tulang & sendi pada Keluarga

Tabel 5.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Kegiatan Sosial, Kegiatan Spiritual, Penghasilan, Makanan Favorit, Riwayat Penyakit Peradangan Tulang & Sendi Pada Keluarga di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 2020 (n=48)

Karakteristik		f	%
Kegiatan Sosial Di Rumah	Senam	3	6,3
	Kerja Bakti	20	41,7
	Arisan	5	10,4
	Tidak Ada	20	41,7
Kegiatan Spiritual	Sholat	31	64,6
	Ibadah	17	35,4
Penghasilan Perbulan	Tidak Penghasilan	13	27,1
	<2juta	6	12,5
	<3juta	12	25,0
	<4juta	8	16,7
	>4juta	9	18,8
Makanan Favorit	Pecel	19	39,6
	Soto	10	20,8
	Nasi Kuning	2	4,2
	Rawon	4	8,3
	Rujak	5	10,4
	Ayam Penyet	5	10,4
	Nasi Goreng	3	6,3
Riwayat Keluarga Ya Sakit Tulang & Sendi	Radang	17	35,4
	Tidak	31	64,6

Sumber: Data Primer

Karakteristik responden yang ditampilkan pada tabel 5.2 menunjukkan distribusi tertinggi karakteristik kegiatan social yang dilakukan responden di rumah adalah kerja bakti dan tidak melakukan kegiatan yang sam-sama sejumlah 20 responden (41,7%), kemudian dari kegiatan spiritual responden terbanyak melakukan sholat 31 responden (64,6%). Karakteristik penghasilan responden terbanyak yaitu 13 responden (27,1%) tidak mempunyai penghasilan, makanan favorit responden terbanyak mengkonsumsi pecel ada 19 responden (39,6%) dan

riwayat dari keluarga yang sakit radang dan sendi ada 31 responden (64,6%) tidak ada yang mempunyai riwayat tersebut.

5.1.3 Data khusus

Data khusus penelitian ini adalah kualitas hidup responden yang mengalami osteoarthritis yang ada di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05.

Tabel 5.3 Karakteristik Responden Berdasarkan Kualitas Hidup Yang Mengalami Osteoarthritis Di Rumah Sakit Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya 2020 (n=48)

Karakteristik	f	%
Kualitas Hidup Kurang	4	8,3
Baik	44	91,7
Total	48	100,0

Sumber: Data Primer

Berdasarkan tabel 5.3 terlihat bahwa kualitas hidup pasien dalam kategori baik ada sebanyak 44 responden (91,7%), kualitas hidup yang kurang ada 4 responden (8,3%). Hal ini menunjukkan bahwa sebagian besar lansia memiliki kualitas hidup baik.

Ditinjau dari setiap komponen, didapatkan hasil pengumpulan data kualitas hidup responden yang mengalami osteoarthritis adalah sebagai berikut.

Tabel 5.4 Karakteristik Kualitas Hidup Responden Berdasarkan Kesehatan Fisik, Psikologis, Social Dan Lingkungan (n=48)

Komponen	Kategori			
	Baik	%	Kurang	%
Kesehatan Fisik	33	68,8%	15	31,3%
Kesehatan Psikologis	34	70,8%	14	29,2%
Kesehatan Sosial	16	33,3%	32	66,7%
Kesehatan Lingkungan	29	60,4%	19	39,6%

Sumber: Data Primer

Kualitas hidup lansia yang mengalami sakit osteoartritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya dari tabel 5.4 menunjukkan bahwa sebagian besar dalam kategori baik. Ditinjau dari masing-masing komponen, kesehatan fisik dengan kategori baik sebanyak 33 responden (68,8%) dan yang kurang 15 responden (31,3%). Selanjutnya untuk komponen psikologis dalam kategori cukup baik sebanyak 34 responden (70,8%) dan yang kurang 14 responden (29,2%).

Kualitas hidup yang ditinjau dari komponen sosial didapatkan hasil 16 responden (33,3%) kategori baik, lalu sisanya adalah buruk 32 responden (66,7%). Komponen lingkungan didapatkan nilai tertinggi dengan kategori baik sebanyak 29 responden (60,4%) dan sisanya dalam kategori kurang yaitu 19 responden (39,6%).

5.2 Pembahasan

1. Karakteristik responden

Hasil penelitian berdasarkan karakteristik responden yang ditampilkan pada tabel 5.1 menunjukkan bahwa distribusi tertinggi karakteristik usia adalah usia 56 sampai 65 (37,5%) sama dengan usia lebih 65 keatas (37,5%) yang mana usia tersebut memasuki kategori lansia lanjut. Osteoartritis banyak disebabkan oleh beberapa faktor, antara lain meliputi usia, perbedaan anatomi, trauma yang telah terjadi sebelumnya, dan faktor genetik hormonal. Demikian menjadikan semakin tua umur seseorang, maka akan terjadi berbagai kelemahan fungsi tubuh dan berbagai macam penyakit (Sharon, 2013). Penelitian sejalan dengan teori yang di jelaskan oleh Setiati dkk pada tahun 2014 bahwa prevalensi OA cukup meningkat pada usia > 40 tahun dan semakin meningkat pada usia > 60 tahun, hal ini disebabkan karena pada orangtua volume air dari tulang muda meningkat dan

susunan protein tulang mengalami degenerasi, kartilago mulai melakukan degenerasi dengan mengelupas atau membentuk tulang muda yang kecil. Adanya kehilangan total dari bantal kartilago antara tulangtulang dan sendi-sendi dan penggunaan berulang dari sendi-sendi yang terpakai dari tahun ke tahun dapat membuat bantalan tulang mengalami iritasi dan meradang, menyebabkan nyeri dan pembengkakan sendi. Kehilangan bantalan tulang ini menyebabkan gesekan antar tulang, menjurus pada nyeri dan keterbatasan mobilitas sendi.

Karakteristik responden berdasarkan jenis kelamin menunjukkan bahwa mayoritas tertinggi ialah kaum perempuan dengan 26 responden (54,2%) sedangkan laki-laki sebanyak 22 responden (45,8%). Hal ini didukung oleh penelitian dari Thumboo (2016) bahwa jumlah lansia laki-laki lebih kecil daripada perempuan, yaitu 9,47 juta lansia laki-laki sedangkan lansia perempuan sebanyak 10,77 juta. Penelitian ini terbukti dengan literatur yang menyatakan bahwa secara keseluruhan di bawah usia 45 tahun frekuensi OA kurang lebih sama pada laki-laki dan wanita, tetapi di atas 50 tahun (setelah menopause) frekuensi OA lebih banyak pada wanita dari pada pria. Hal ini menunjukkan adanya peran hormonal pada pathogenesis OA. Hasil sejalan dengan penelitian oleh Handono dan Kusworini pada tahun 2010 yang melaporkan bahwa prevalensi OA di malang menunjukkan hasil bahwa perempuan lebih banyak sebagai factor resiko OA sebesar 15,5 % dari pada laki laki sebesar 6,2% serta penelitian oleh O'conor pada tahun 2011 yang menyatakan bahwa prevalensi dan insidensi pasien OA sebanyak 3 kali lipat lebih sering terjadi pada perempuan daripada laki-laki. Namun penelitian tidak sejalan dengan penelitian oleh Nursyarifah, R.S pada tahun 2013 yang menyatakan bahwa prevalensi terjadinya OA lebih sering pada laki-laki sebesar 15,5% daripada

perempuan sebesar 12.7%, hal ini disebabkan banyak factor karena faktor resiko terjadinya OA bukan hanya jenis kelamin.

Pendidikan terakhir responden mayoritas adalah Sekolah Dasar yakni sebanyak 18 responden (37,8%), tidak sekolah sebanyak 4 responden (8,3%), SMP sebanyak 9 responden (18,8%), kemudian SMA sebanyak 10 responden (20,8%), sisanya adalah Diploma yakni 4 responden (8,3%) dan sarjana ada 3 responden (6,3%). Pendidikan dan ekonomi yang rendah berhubungan dengan kualitas hidup dan status kesehatan yang rendah pada lansia. Pada umumnya di Indonesia dan khususnya di Pulau Jawa kualitas hidup lansia sangat dipengaruhi oleh fungsi keluarga karena kultur budaya di Jawa biasanya lansia tinggal bersama dengan anaknya setelah mereka tidak produktif lagi (Nawi, et.all, 2010).

Pekerjaan masa lalu responden adalah dari pensiunan ada 17 responden (35,4%), tidak bekerja ada 12 responden (25,0%), wiraswata ada 10 responden dan sisanya pernah bekerja sebagai karyawan swasta ada 9 responden (18,8%). Hal ini sama seperti yang dikemukakan oleh SAKERNAS pada tahun 2014, yang menyebutkan bahwa sebanyak 47,48% lansia bekerja untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Namun pada penelitian ini lebih banyak ditemukan responden pensiunan dan tidak bekerja, hal ini kemungkinan bisa terjadi dikarenakan penderita OA yang tidak bekerja bisa lebih fokus dalam melakukan perencanaan pengobatan yang lebih baik dibandingkan dengan yang masih bekerja.

Status perkawinan responden mayoritas adalah menikah, yaitu 29 responden (60,4%), 13 responden (27,1%) sudah berstatus cerai mati dan sisanya 6 responden (12,5%) merupakan cerai hidup. Hasil ini tidak berbeda dengan penelitian yang telah dilakukan oleh Nengsi, et all (2014) yang mana responden yang masih

memiliki pasangan sebanyak 62% (62,6%). Hal ini selaras dengan pengamatan masyarakat pada umumnya bahwa lansia masih memiliki pasangan hidup akan berkurang dengan bertambahnya usia dimana aktifitasnya sudah tidak seperti pada waktu muda dan dengan segala keterbatasan.

2. Kualitas Hidup Responden Yang Mengalami Osteoarthritis

Berdasarkan tabel 5.3 dari 48 responden sebagian besar diketahui kualitas hidup responden yang mengalami osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 dalam kategori baik berdasarkan seluruh komponen. Hal ini membuktikan bahwa kualitas hidup responden di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 masih dapat melakukan aktivitasnya meskipun dalam keterbatasan. Hal ini tidak berbeda jauh dari penelitian yang telah dilakukan oleh Thumboo (2016) dengan hasil penelitian responden dengan osteoarthritis berdampak pada berbagai komponen dalam hidupnya. Nyeri dan ketidakmampuan beraktivitas menjadi masalah utama yang dialami oleh pasien dengan osteoarthritis, hal inipun sama dengan penelitian-penelitian yang sebelumnya. Hasil penelitian oleh Miranda et al (2015) menyatakan bahwa OA sangat berdampak terhadap kualitas hidup.² Hasil penelitian oleh Pauliina et al (2013) pada 27 pasien OA lutut di Kaunas, Lahti, dan Seinajoki dan Ouedraogo et al (2014) pada 106 pasien OA lutut di University Hospital Yalgado Ouedraogo Ouagadougou, Burkina Faso menyatakan bahwa OA lutut mempengaruhi kualitas hidup. Gejala OA seperti nyeri dan kekakuan sendi dapat menyulitkan pasien dalam menjalankan aktivitas sehari-hari sehingga dapat membuat mereka kehilangan pekerjaannya. Progresifitas OA dapat membatasi rentang gerak sendi yang terkena, jika terus-menerus akan menyebabkan kecacatan fungsional secara permanen. Oleh karena konsekuensi negatif tersebut, kualitas

hidup pasien OA yang kesehariannya bekerja dengan berbagai aktivitas dapat terpengaruh menjadi lebih buruk. Pencegahan dapat dilakukan terutama untuk pasien-pasien yang masih mempunyai gejala yang ringan bias dengan multivitamin sendi, senam ringan dan berjemur pada pagi hari.

3. Kualitas Hidup Responden Yang Mengalami Sakit Osteoarthritis Berdasarkan Kesehatan, Fisik, Psikologis, Hubungan Sosial Dan Lingkungan

a. Kualitas Hidup Responden Secara Umum

Hasil penelitian kualitas hidup secara keseluruhan dengan kriteria baik, responden masih dapat melakukan aktivitasnya dengan baik. Responden di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 menunjukkan hubungan sosialnya yang tinggi di sekitar lingkungannya. Penelitian ini tidak jauh berbeda dengan Hugget, (2010) Kualitas hidup lansia merupakan salah-satu indikasi yang digunakan untuk mengukur tingkat keberhasilan seorang lansia saat menjalani masa tuanya. Kualitas hidup pun menunjukkan bagaimana keadaan emosional seseorang, kesejahteraan fisiknya, kemampuan dalam melakukan aktifitas sehari-hari dan juga kehidupan sosialnya. Lanjut usia dengan kualitas hidup yang baik, tentunya mampu untuk melakukan aktivitas sehari-hari, mampu untuk bersosialisasi serta keadaan emosionalnya stabil (Syuaib, 2014).

Hasil penelitian ini diperoleh bahwa kualitas hidup responden yang mengalami sakit osteoarthritis digambarkan sesuai tabel diatas, dari 48 terdapat 44 lansia kualitas hidupnya masuk dalam kategori baik, dan 4 diantaranya dalam kategori kurang, dimana lansia cukup aktif melakukan aktivitasnya, mau mengikuti kegiatan yang dilaksanakan di tempat tinggalnya, mereka berpartisipasi meskipun usianya sudah menua. Hal ini sama dengan penelitian yang dilakukan oleh Sutikno (2010), hidup

lansia yang berkualitas adalah pada keadaan dimana fungsi tubuhnya optimal, sehingga lansia dapat menikmati masa tuanya dengan penuh makna serta dapat berguna. Adapun beberapa hal yang perlu diperhatikan agar lansia tetap berguna dimasa tuanya, yaitu: mampu menerima segala perubahan dan kemunduran yang telah dialami, mau dan mampu menyesuaikan diri atas perubahan tersebut, ada penghargaan dan perlakuan yang sewajarnya dilingkungan, lingkungan yang menghargai hak-hak lansia serta mau mengerti keadaan psikologis dan kebutuhannya guna menggali potensi dan kemampuan yang dimiliki oleh lansia. Lansia diberikan kesempatan memiliki fungsi memelihara dan mengembangkan fungsi-fungsi yang dimilikinya.

b. Kualitas Hidup berdasarkan Kesehatan Fisik

Berdasarkan hasil dari analisa kualitas hidup responden berdasarkan kesehatan fisik dari 48 responden didapatkan 15 diantaranya dalam kategori kurang (31,3%), dan sisanya dalam kategori baik (68,8%), yaitu dengan jumlah 33 responden. Responden dengan kategori kualitas hidup kurang tidak dapat melakukan aktivitas seperti lainnya, dimana mereka hanya bisa duduk ketika nyeri yang hebat, adapun yang hanya tidur ketika merasakan nyeri. Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ariyanti, 2009). *Optimum aging* bisa diartikan sebagai kondisi fungsional lansia berada pada kondisi maksimum atau optimal, sehingga memungkinkan mereka bias menikmati masa tuanya dengan penuh makna, membahagiakan, berguna, dan berkualitas. Sesuai dengan teori di atas, kondisi kesehatan fisik secara keseluruhan mengalami kemunduran sejak seseorang memasuki fase lansia dalam kehidupannya. Hal ini antara lain ditandai

dengan munculnya berbagai gejala penyakit yang belum pernah diderita pada usia muda. Sebagian besar responden berusia 75-90 tahun. Secara umum, pada usia tersebut terjadi perubahan-perubahan pada lanjut usia baik psikososial, fisiologis, maupun mental. Fisik yang berfungsi baik memungkinkan lanjut usia untuk mencapai penuaan yang berkualitas. Namun, ketidaksiapan lanjut usia menghadapi keadaan tersebut akan berdampak pada rendahnya pencapaian kualitas hidupnya. Faktor fisik yang kurang baik akan membuat seseorang kehilangan kesempatan untuk mengaktualisasikan dirinya disebabkan keterbatasan fisik yang dimiliki. Keterbatasan tersebut akan menghambat pencapaian kesejahteraan fisik, yang pada akhirnya akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah. Usia tua dialami dengan cara yang berbeda-beda. Ada orang berusia lanjut yang mampu melihat arti penting usia tua dalam konteks eksistensi manusia, yaitu sebagai masa hidup yang memberi mereka kesempatan-kesempatan untuk tumbuh berkembang. Ada juga lanjut usia yang memandang usia tua dengan sikap-sikap yang berkisar antara kepasrahan yang pasif dan pemberontakan, penolakan, dan keputusasaan. Lansia ini menjadi terkunci dalam diri mereka sendiri dan dengan demikian semakin cepat proses kemerosotan jasmani dan mental mereka sendiri. Proses dan kecepatan penurunan fungsi-fungsi tubuh yang terjadi pada perubahan fisik ini sangat berbeda untuk masing-masing individu meskipun usia mereka sama. Selain itu juga pada bagian tubuh yang berbeda pada individu yang sama terjadi proses dan kecepatan penurunan yang bervariasi. Diharapkan lanjut usia dapat melakukan penyesuaian dengan perubahan fisik dan kesehatan yang semakin menurun. Oleh karena itu, pelayanan kesehatan bagi penderita osteoarthritis yang banyak dialami oleh lansia sangat menuntut perhatian, untuk pemeliharaan dan perawatan bagi lansia, di

samping sebagai *long stay rehabilitation* yang tetap memelihara kehidupan (Nenk, 2010). Untuk memperoleh *optimum aging* aktivitas fisik lansia sangat diperlukan, misalnya olahraga yang dilakukan secara rutin dan teratur akan sangat membantu kebugaran dan menjaga kemampuan psikomotorik lansia

c. Kualitas Hidup berdasarkan Kesehatan Psikologis

Kualitas hidup berdasarkan komponen kondisi psikologis didapatkan 34 responden dari 48 responden masuk dalam kategori baik (70,8%), 14 diantaranya adalah kategori kurang (29,2%). Kualitas hidup berdasarkan komponen psikologis dari sebagian reponden adalah baik. Hal ini hampir sama dengan studi yang dilakukan oleh Thumboo (2016), yang menunjukkan hasil identifikasi dari domain psikologis dan keterbatasan peran sosial yang sebenarnya sangat penting namun tidak ada dalam instrumen. Hasilnya juga tinggi, mengenai nilai estetika pada lansia yang mengalami sakit osteoarthritis, terutama pada lansia wanita. Beberapa lansia wanita mengalami frustrasi ketika mereka kesulitan untuk melakukan aktivitas yang sebenarnya mudah. Dalam sebuah keadaan, hal-hal yang mempengaruhi status psikologis dari lansia bukan hanya penyakitnya, namun juga datang dari perasaan yang tidak berguna. Khususnya pada nilai estetika, faktor yang menonjol pada status psikologis ialah perasaan malu untuk bersosialisasi, cemas terhadap prognosis yang sering muncul serta cemas yang disebabkan adanya deformitas.

Pada teori Felce dan Perry (1996) disebutkan bahwa kesejahteraan psikologis meliputi pengaruh, pemenuhan, stres dan keadaan mental, harga diri, status dan rasa hormat, keyakinan agama, dan seksualitas. Pada masa lanjut usia, seseorang akan mengalami perubahan dalam segi fisik, kognitif, maupun dalam kehidupan psikososialnya (Papalia, Olds, & Feldman, 2001; Ariyanti, 2009). Kestabilan

kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang ikut berperan dalam meningkatkan kesejahteraan psikologis (Renwick & Brown, 1996). Kesehatan psikologis mengacu pada afek positif, spiritualitas, berfikir, belajar, memori dan konsentrasi, gambaran diri dan penampilan, harga diri, dan afek negatif (WHO, 1996; Rapley, 2003). Berdasarkan teori di atas, kesejahteraan psikologis menjadi salah satu faktor yang menentukan kualitas hidup lansia. Faktor psikologis merupakan faktor penting bagi individu untuk melakukan kontrol terhadap semua kejadian yang dialaminya dalam hidup. Perubahan psikologis berasal dari kesadaran tentang merosotnya dan perasaan rendah diri apabila dibandingkan dengan orang yang lebih muda, kekuatan, kecepatan, dan keterampilan. Pada tahap perkembangan lanjut usia, tugas perkembangan yang utama adalah mengerti dan menerima perubahan perubahan fisik dan psikologis yang dialaminya, serta menggunakan pengalaman hidupnya untuk menyesuaikan diri terhadap perubahan fisik dan psikologis. Tugas-tugas dalam perkembangan merupakan pola perilaku yang disetujui pada berbagai usia sepanjang rentan kehidupan. Adapun definisinya adalah tugas yang muncul pada saat atau sekitar suatu periode tertentu dari kehidupan individu, yang jika berhasil akan menimbulkan rasa bahagia dan membawa ke arah keberhasilan dalam melaksanakan tugas tugas berikutnya. Akan tetapi, apabila gagal akan menimbulkan kesulitan dalam menghadapi tugas berikutnya. Sebagian besar responden dalam penelitian ini berpendidikan SD. Pendidikan dapat membentuk kecerdasan emosional. Seseorang yang memiliki kecerdasan emosional tinggi akan mampu menguasai diri, mengelola emosi, memotivasi diri dan mengarahkan dirinya untuk lebih produktif dalam berbagai hal yang dikerjakan. Apabila kecerdasan emosionalnya rendah maka orang akan

menjadi cemas, menyendiri, sering takut, merasa tidak dicintai, merasa gugup, sedih dan cenderung mudah terkena depresi. Stres dapat mempengaruhi tingkatan untuk memperoleh kepuasan dalam hidup dan menjadi salah satu faktor yang ikut berperan untuk menurunkan kualitas hidup. Dalam hal ini, spiritual juga berperan dalam menentukan kesehatan psikologis seseorang. Hal ini sesuai dengan penjelasan teori di atas. Seseorang yang kondisi spiritualnya baik, mekanisme kopingnya akan lebih baik sehingga dia mampu menyelesaikan semua permasalahan hidupnya. Kondisi ini akan mendukung individu tersebut untuk mencapai kesejahteraan psikologis. Jika seseorang mampu mencapai kesejahteraan psikologis yang baik akan berpengaruh pada peningkatan kualitas hidupnya

d. Kualitas Hidup berdasarkan Kesehatan Hubungan Sosial

Kualitas hidup responden berdasarkan hubungan sosial diperoleh hasil 16 responden masuk dalam kategori baik, kemudian 32 responden dalam kategori kurang. Kualitas hidup berdasarkan sosial dalam kategori cukup baik. Keluarga merupakan support sistem utama bagi lansia dalam mempertahankan kesehatannya. Hal ini sama dengan teori yang dikemukakan oleh Suddart & Brunner (2001), bahwa dukungan merupakan sebuah kebutuhan yang diperlukan sepanjang hidup. Dukungan dengan kata lain dapat disebut sebagai keyakinan atau perasaan memiliki terhadap seseorang. Perasaan yang berhubungan dengan orang lain di lingkungan dapat memberikan kekuatan tersendiri dan dapat menurunkan perasaan tidak berguna. Dukungan sosial yang paling utama ialah dukungan keluarga, yang dapat diwujudkan dengan adanya sikap empati, selalu memberikan perhatian, dorongan sehingga dapat memunculkan perasaan aman pada lansia. Sebuah penelitian dari Astuti (2010), menyebutkan bahwa lansia yang mendapatkan dukungan keluarga

yang baik dapat membuat lansia merasa berguna dan dihargai. Kesejahteraan sosial lanjut usia adalah suatu tata kehidupan dan penghidupan sosial, baik material maupun spiritual, yang diliputi rasa keselamatan, kesusilaan, dan ketentraman lahir batin yang memungkinkan setiap lanjut usia untuk mengadakan pemenuhan kebutuhan jasmani, rohani, dan sosial yang sebaik-baiknya bagi diri, keluarga, serta masyarakat dengan menjunjung tinggi hak dan kewajiban asasi manusia (Setiabudi, 2005; Risdianto, 2009). Kualitas hidup dikenal sebagai indikasi level fungsi sosial pada kesehatan mental (Menlowics & Stein, 2000; Shahrir, dkk, 2006). Hal ini penting dalam mendukung hubungan sosial (social belonging) dan hubungan komunitas (community belonging) yang merupakan ikatan yang dimiliki oleh seseorang dengan lingkungan sosialnya, diantaranya senang berkumpul dengan teman-teman, mempunyai hubungan sosial, aktif serta tidak mengalami kesulitan dalam hubungan sosial. Aktivitas aktivitas spiritualitas dan sosial akan memberikan nilai tertinggi bagi lansia untuk menemukan kebermaknaan dan rasa harga dirinya (Syamsuddin, 2008). Kesejahteraan sosial menjadi salah satu factor dalam menentukan kualitas hidup seseorang. Pengukuran well-being melibatkan pemetaan keseluruhan hidup dan mempertimbangkan setiap kejadian dalam hidup atau konteks sosial yang sangat potensial untuk mempengaruhi kualitas hidup individu. Dengan menggunakan istilah kualitas membuat kita mengaitkannya dengan suatu standar kesempurnaan yang berhubungan dengan karakteristik manusia dan nilai-nilai positif seperti kebahagiaan, kesuksesan, kesehatan, dan kepuasan, dimana hidup mengindikasikan bahwa konsep tersebut menekankan aspek penting pada eksistensi manusia

e. Kualitas Hidup berdasarkan Kesehatan Lingkungan

Kualitas hidup berdasarkan domain lingkungan didapatkan 29 responden dalam kategori baik dan sisanya 19 responden dalam kategori kurang. Kualitas hidup berdasarkan lingkungan dalam kategori baik, lingkungan merupakan sebuah keadaan yang menunjukkan kondisi di sekitar kita, lingkungan dapat mencakup keselamatan fisik dan keamanan, kebebasan, lingkungan tempat tinggal, kepedulian sosial dan sumber pendapatan, peluang seseorang untuk mendapatkan sebuah ketrampilan dan informasi baru, serta keaktifan dan kesempatan untuk melakukan aktivitas dan berkarya. Kualitas hidup diartikan sebagai persepsi seseorang tentang posisinya dalam hidup yang berhubungan dengan tempat dimana seseorang tinggal yang berkaitan dengan tujuan, standar, harapan dan hal-hal yang menyenangkan lainnya (WHOQOL Group, 1994; Nuran, 2009). Kualitas hidup merupakan kontrak multidimensional yang dipengaruhi juga oleh faktor lingkungan sekitar, seperti hubungan dekat, pertemanan, tempat kerja, bertetangga, kota tempat tinggal, pendidikan, kesehatan, pemukiman, standart hidup, dan keadaan suatu negara (Schalock dan Parmenter, 2000; Rapley 2003).

Berdasarkan uraian di atas, kondisi tempat tinggal harus dapat menciptakan suasana yang tenang, tentram dan menyenangkan bagi penghuninya sehingga penghuninya merasa betah dan merasa ingin tetap tinggal di tempat tersebut. Begitu pula dengan Desa Gumpang, mereka cukup tenang berada di lingkungan tersebut. Rumah yang saling berdekatan, dan masih adanya kegiatan-kegiatan lansia serta berkumpul bersama tetangga membuat mereka merasa nyaman dan damai. Terciptanya suasana lingkungan yang nyaman dan damai akan mendukung mereka untuk melaksanakan aktivitasnya di lingkungan sekitar. Jika hal ini mampu diwujudkan,

maka kesejahteraan lingkungan akan tercapai. Dengan tercapainya kesejahteraan lingkungan akan mendukung para lansia mencapai kualitas hidup yang maksimal.

5.3 Keterbatasan

1. Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif sehingga hanya menggambarkan setiap variabel-variabel dalam penelitian ini dengan menggunakan instrumen WHOQOL-BREF, sehingga pola hubungan antar variabel tidak bisa terdeteksi.
2. Pengambilan data kualitas hidup pada penelitian ini menggunakan kuesioner yang bersifat subyektif sehingga dapat menimbulkan bias.

BAB 6

PENUTUP

Berdasarkan hasil penelitian terhadap data rekam medik penderita osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 Surabaya periode Desember 2019-Februari 2020, maka dapat disimpulkan:

6.1 Simpulan

1. Kualitas hidup pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 sebagian besar dalam kategori baik
2. Kualitas hidup pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 08.05.08 sebagian besar mempunyai kesehatan fisik yang lebih baik daripada kesehatan psikologis, social dan lingkungan.

6.2 Saran

1. Responden

Pasien Osteoarthritis hendaknya dapat meningkatkan aktivitas-aktivitas spiritualitas dan social akan memberikan nilai tertinggi bagi penderita OA dimana dapat menemukan kebermanaan dan rasa harga dirinya, dengan banyak berdzikir dan melaksanakan ibadah sehari-hari lansia akan menjadi lebih tenang dalam hidupnya dan kecemasan akan kematian bisa direduksi. Aktif dalam aktivitas sosial, seperti tergabung dalam paguyuban lansia atau karang werdha akan menjadi ajang bagi mereka untuk saling bertukar pikiran, berbagi pengalaman dan saling memberikan perhatian

2. Instansi Pendidikan

Institusi pendidikan perlu memperhatikan permasalahan umum yang sering terjadi pada lansia sebagai wujud pelaksanaan tri darma perguruan tinggi dalam upaya pengabdian pada masyarakat agar dapat meningkatkan pengetahuan, khususnya tentang osteoarthritis yang semakin hari jumlahnya semakin meningkat

3. Pelayanan kesehatan.

Rumah sakit bantuan 08.05.08 Surabaya hendaknya dapat melakukan suatu program khusus bagi pasien OA dalam upaya pencegahan dan pengendalian faktor-faktor yang menyebabkan resiko terjadinya keparahan OA, misalnya mengadakan penyuluhan, pengukuran berat badan, tinggi badan, dan lingkar pinggang kepada setiap pasien OA. Rumah sakit memiliki kewajiban untuk memastikan pasien merasa puas dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan dan memastikan bahwa semua tenaga kesehatan telah memberikan apa yang menjadi hak pasien

4. Peneliti selanjutnya

Penelitian selanjutnya diharapkan bisa melanjutkan dengan metodologi statistik lebih mendetail, baik secara bifariatif, maupun multifariatif, untuk lebih mengetahui bagaimana keterkaitan antara faktor-faktorresiko tersebut dengan osteoarthritis pada populasi masyarakat Indonesia khususnya. Hasil penelitian lanjutan dapat dibuat perumusan dalam penyusunan program pencegahan ketidakmampuan atau disabilitas yang disebabkan osteoarthritis yang lebih sesuai dengan profil masyarakat dan lebih kuat dalam menekan insidensi kejadian osteoarthritis di pelayanan kesehatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Alligood, M. R. (2017) *'Nursing Theorist and their Work'*, in. Singapore: Elsevier.
- Anurogo, D. (2016) *The Art Of Medicine, Seni, Mendeteksi, Mengobati dan Menyembuhkan 88 Penyakit Gangguan Kesehatan*. Jakarta: PT Gramedia Pustaka Utama.
- Brandt, Doherty, M. and Lohmander (2013) *Osteoarthritis*. 2nd edn. New York: Oxford University Press.
- Cahyaningtyas, P. Y. (2019) "Gambaran Pengetahuan Keluarga Tentang Cara Penanganan Radang Sendi (Osteoarthritis) di Komunitas'.
- Charlish, A. (2012) *Jawaban-jawaban Alternatif untuk Arthritis & Reumatik*. Yogyakarta: PT Citra Aji Parama.
- Dinkes. (2015). *Profil Kesehatan Tahun 2015*. Surabaya
- Halim, W. (2011) *Mengatasi sendiri Nyeri Anda*. Yogyakarta: PT Citra Aji Parama.
- Hidayat, A. A. (2014). *Pengantar Kebutuhan Dasar Manusia (2nd ed.)*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A., & Uliyah, M. (2012). *Buku Ajar Kebutuhan Dasar Manusia ; Pendekatan Kurikulum Berbasis Kompetensi*. Surabaya: Health Books.
- I Gede Meyantara Eka Superkertia, Ika Widi Astuti, M. P. L. L. (2016). Hubungan Antara Tingkat Spiritualitas Dengan Tingkat Kualitas Hidup Pada Pasien Hiv/Aids Di Yayasan Spirit Paramacitta Denpasar 1I. *Jurnal Keperawatan Community of Publishing in Nursing*, Januari-Apr, 49–53.
- Ismaningsih and Selviani, I. (2018) 'Penatalaksanaan Fisioterapi Pada Kasus *Osteoarthritis Genue Bilateral Dengan Intervensi Neuromuskuler Taping Dan Strengthening Exercise* Untuk Meningkatkan Kapasitas Fungsional', 1.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016a). InfoDatin. Kapasitas anggota *couple community* dalam meningkatkan *support group* untuk mendukung SUFA, <https://doi.org/24442-7659>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2016b). *Profil Kesehatan Indonesia. Profil Kesehatan Provinsi Bali*.
- Mahmudah, U., Cahyati, W. H., & Wahyuningsih, A. S. (2013). *Jurnal Kesehatan Masyarakat*. *Jurnal Kesehatan Masyarakat*, 8(2), 113-120, <https://doi.org/ISSN 1858-1196>

- Noor, Z. (2014) Buku Ajar Osteoarthritis Patofisiologi dan Peran Atom Mineral Dalam Manajemen Terapi. Jakarta: Salemba Medika.
- Nursalam (2015) Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan. Jakarta: Salemba Medika.
- Obella, Z., & Adliyani, N. (2015). Pengaruh Perilaku Individu terhadap Hidup Sehat The Effect of Human Behavior for Healthy Life. *Majority*, 4(7), 109-114.
- Prieharti and Mumpuni, Y. (2017) Deteksi Osteoarthritis Vs Osteoporosis Perbedaan, Seluk Beluk & Penanganannya. 1st edn. Edited by Maya. Yogyakarta: Rapha Publishing.
- Riasmini, N. M. (2017) Panduan Asuhan Keperawatan Individu, Keluarga, Kelompok, dan Komunitas dengan Modifikasi NANDA, ICNP, NOC, dan NIC di Puskesmas dan Masyarakat. Jakarta: UI-Press.
- Safrina, A. (2016). *Osteoarthritis - The Silent*. Yogyakarta: Disease Rapha Publishing.
- Soewarno, B. M. (2015) *Osteoarthritis*. 2nd edn. Edited by D. Bagus. Jakarta: Al-Mawardi Prima.
- Suryatun et al. (2010) Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal; Seri Asuhan Keperawatan. Jakarta: EGC.
- Tarwoto. (2015). *Kebutuhan Dasar Manusia dan Proses Keperawatan* (5th ed.). Jakarta: Salemba Medika.
- WHO. (1998). *WHOQOL: measuring quality of life*. *Psychol Med*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>
- Yusnida, E., Che, B., Abdullah, H. B., Himmah, Z., & Adnan, B. (2017). Hubungan Kepuasan Kerja dengan Kecerdasan Emosi dalam Kalangan Warga Polis DiRaja Malaysia. *Malaysia Journal of Society and Space*, 13(1), 22–37.

Lampiran 1

CURRICULUM VITAE

Nama : Ika Dewi Maharani
NIM : 1811015
Program Studi : S-1 Keperawatan
Tempat, Tanggal Lahir : Lamongan, 29 Mei 1993
Agama : Katolik
Alamat : Perum Anggrek Permai Blok D.08 Rt/Rw 05/07
Desa Kadu Kecamatan Curug Kabupaten Tangerang
Email : ika.dewimaharani07@gmail.com

Riwayat Pendidikan :

1. SD Negeri Kutorejo 1 Tuban Lulus Tahun 2005
2. SMP Negeri 5 Tuban Lulus Tahun 2008
3. Sma Negeri 1 Tuban Lulus Tahun 2011
4. Akademi Keperawatan RS. Husada Jakarta Lulus Tahun 2014

Lampiran 2

MOTTO DAN PERSEMBAHAN**Motto** :**“APA YANG KITA TUAI, ITU YANG KITA PETIK”****Persembahan** :

Puji syukur kepada Allah SWT atas segala rahmat serta hidayah-Nya yang telah memberikan kesehatan, kekuatan, kesabaran, kelancaran dan pertolongan kepada saya sehingga saya mampu menyelesaikan kewajiban dan bisa mendapat hasil sesuai dengan usaha dan kerja keras saya selama ini. Saya persembahkan karya ini kepada :

1. Kedua Orang tua serta kedua saudara saya, terimakasih atas semua cinta dan kasih sayang yang diberikan kepada saya. Terimakasih atas usaha yang tidak pernah lelah, doa, semangat, dan motivasi untuk saya selama ini. Semoga Allah SWT selalu memberikan kesehatan dan kebahagiaan.
2. Pembimbing Skripsi saya yaitu Dya Sustrami, S.Kep.,Ns.,M.Kes yang tidak lelah membimbing untuk memperbaiki dan menyemangati dalam berproses penyelesaian skripsi
3. Teman-teman satu bimbingan yang selalu berjuang bersama-sama dan saling menyemangati.
4. Teman-teman terbaik di prodi S1 Paralel B11 dan semua dosen Stikes Hang Tuah yang luar biasa, terimakasih atas dukungan dan semangat.
5. Dan semua pihak yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu, terimakasih

selalu mendoakan yang terbaik untuk saya, membantu dalam setiap langkah perjalanan hidup saya. Semoga Allah SWT selalu melindungi dan meridhoi kalian.

Aamiin Ya Robbal'Alaamiin.

Lampiran 3

SURAT IJIN PENELITIAN

	YAYASAN NALA <i>Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Hang Tuah Surabaya</i> RUMAH SAKIT TNI-AL Dr. RAMELAN Jl. Gadung No. 1 Telp. (031) 8411721, 8404248, 8404200 Fax. 8411721 Surabaya Website : www.stikeshangtuah-sby.ac.id
	Surabaya, 25 Februari 2020

Nomor	: B/ 650 /II/2020/ SHT	
Klasifikasi	: BIASA	
Lampiran	: -	
Perihal	: Permohonan Ijin Pengambilan Data Studi Penelitian	K e p a d a Yth. KA RUMKITBAN 05.08.05 di <u>Surabaya</u>

1. Dalam rangka penyusunan proposal Skripsi bagi mahasiswa Prodi S1 Keperawatan Kelas Paralel STIKES Hang Tuah Surabaya TA. 2019/2020, mohon Ka Rumkitban 05.08.05 berkenan mengijinkan kepada mahasiswa kami untuk mengambil data penelitian di Rumkitban 05.08.05.
2. Tersebut titik satu, mahasiswa STIKES Hang Tuah Surabaya :
 Nama : Ika Dewi Maharani
 NIM : 181.1015
 Judul penelitian :
 Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.
3. Demikian atas perhatian dan bantuannya terima kasih.



STIKES HANG TUAH SURABAYA
KETUA
WWIEK LIESTYNINGRUM, S.Kp., M.Kep.
NIP. 04014

Tembusan :

1. Kadep Perawatan Rumkitban 05.08.05
2. Puket I, II, III STIKES Hang Tuah Sby
3. Ka Prodi S1 Kep STIKES Hang Tuah Sby

DETASEMEN KESEHATAN WILAYAH SURABAYA
RUMAH SAKIT BANTUAN 05.08.05 SURABAYA

SURAT KETERANGAN
NOMOR : SK/14/02/2020

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : dr. Reny Widayanti, Sp.A
NRP : 1106001070979
Jabatan : Kepala Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya

Dengan ini menerangkan bahwa:

Nama : Ika Dewi Maharani
NIM : 181.1015
Fak/Jurusan : S1 – Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya
Tanggal Lahir : 29, Mei 1993
Kebangsaan : Indonesia
Alamat : Jl. Bendul Merisi I Selatan No. 26, Wonocolo,
Surabaya
Maksud : Telah Menyelesaikan Penelitian Skripsi Gambaran
Quality Of Life pada Pasien Osteoarthritis di Rumah
Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya.

Dikeluarkan di Surabaya
Pada Tanggal 03 Februari 2020

Kepala Rumkitban Surabaya



dr. Reny Widayanti, Sp.A
Mayor Ckm (K) NRP 1106001070979

Lampiran 4

KETERANGAN KELAIKAN ETIK

Lampiran 5

INFORMATION FOR CONSENT

Kepada Yth.

Bapak/ Ibu calon responden penelitian

Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05

Surabaya

Saya adalah mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya akan mengadakan penelitian sebagai syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui “Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya”.

Partisipasi bapak/ ibu dalam penelitian ini akan bermanfaat bagi peneliti dan membawa dampak positif untuk peningkatan kualitas hidup (*quality of life*) penderita peradangan tulang & sendi. Saya mengharapkan tanggapan atau jawaban yang anda berikan sesuai dengan yang terjadi pada bapak/ ibu anda sendiri tanpa ada pengaruh atau paksaan dari orang lain.

Dalam penelitian ini partisipasi anda bersifat bebas artinya bapak/ ibu ikut atau tidak ikut tidak ada sanksi apapun. Jika anda bersedia menjadi responden silahkan untuk menanda-tangani lembar persetujuan yang telah disediakan.

Informasi atau keterangan yang bapak/ ibu berikan akan dijamin kerahasiaannya dan akan digunakan untuk kepentingan ini saja. Apabila penelitian ini telah selesai, pernyataan bapak/ ibu sekalian akan saya hanguskan.

Yang menjelaskan,

Yang dijelaskan

Ika Dewi Maharani
Nim 1811015

.....

Lampiran 6

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini bersedia untuk ikut berpartisipasi sebagai responden penelitian yang dilakukan oleh mahasiswa Prodi S1 Keperawatan STIKES Hang Tuah Surabaya atas nama:

Nama : Ika Dewi Maharani

NIM : 1811015

Yang berjudul “Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya”. Tanda tangan saya menunjukkan bahwa :

1. Saya telah diberi informasi atau penjelasan tentang penelitian ini dan informasi peran saya.
2. Saya mengerti bahwa penelitian catatan tentang penelitian ini dijamin kerahasiaannya. Semua berkas yang mencantumkan identitas dan jawaban yang akan saya berikan hanya diperlukan untuk pengolahan data.
3. Saya mengerti bahwa penelitian ini akan mendorong pengembangan tentang “Gambaran *Quality Of Life* Pada Pasien Osteoarthritis Di Rumah Sakit Bantuan 05.08.05 Surabaya”.

Oleh karena itu saya secara sukarela menyatakan ikut berperan serta dalam penelitian ini. Tanda tangan saya bawah ini, sebagai bukti kesediaan saya menjadi responden penelitian.

Tanggal

Nama Responden

Tanda Tangan dan Nama

Lampiran 7

No. Responden

KUESIONER PENELITIAN**Petunjuk Pengisian :**

Isilah titik-titik dibawah ini atau berikan tanda silang (X) pada salah satu pilihan jawaban yang dianggap paling sesuai dengan keadaan Bapak/Ibu. Bacalah dengan cermat pertanyaan dibawah ini sehingga tidak ada pertanyaan yang terlewat.

A. IDENTITAS RESPONDEN

1. Usia : tahun
2. Jenis kelamin : a. Laki-laki b. Perempuan
3. Pendidikan Terakhir :
 - a. SD e. Sarjana
 - b. SMP f. Tidak Sekolah
 - c. SMA g. Lainnya (sebutkan) :
 - d. Diploma
4. Pekerjaan :
 - a. Pegawai Swasta d. Tidak Berkerja
 - b. Pegawai Negeri e. Pensiun
 - c. Wiraswasta f. Lainnya (sebutkan) :
5. Status Pernikahan :
 - a. Menikah d. Cerai Mati
 - b. Lajang e. Lainnya (sebutkan) :
 - c. Cerai Hidup
6. Saat ini Bapak/ Ibu tinggal bersama : (boleh memilih lebih dari satu)
 - a. Pasangan d. Saudara
 - b. Anak e. Pembantu

Lampiran 8

WHOQOL-BREF

Pertanyaan berikut ini menyangkut perasaan anda terhadap kualitas hidup, kesehatan dan hal-hal lain dalam hidup anda. Saya akan membacakan setiap pertanyaan kepada anda, bersamaan dengan pilihan jawaban.

1. Pilihlah jawaban yang menurut anda paling sesuai.
2. Jika anda tidak yakin tentang jawaban yang akan anda berikan terhadap pertanyaan yang diberikan, pikiran pertama yang muncul pada benak anda seringkali merupakan jawaban yang terbaik.
3. Camkanlah dalam pikiran anda segala standar hidup, harapan, kesenangan dan perhatian anda.
4. Kami akan bertanya apa yang anda pikirkan tentang kehidupan anda pada empat minggu terakhir.

No.	Pertanyaan	1 Sangat buruk	2 Buruk	3 Biasa saja	4 Baik	5 Sangat baik
1.	Bagaimana menurut anda kualitas hidup anda?					
2.	Seberapa puas anda terhadap kesehatan anda?					
		5 Tidak sama sekali	4 Sedikit	3 Dalam jumlah sedang	2 Sangat sering	1 Dalam jumlah berlebihan
3.	Seberapa jauh rasa sakit fisik anda mencegah anda dalam beraktivitas sesuai kebutuhan anda?					
4.	Seberapa sering anda membutuhkan terapi medis untuk dpt berfungsi dlm kehidupan sehari-hari anda?					
		1	2 Sedikit	3	4 Sangat sering	5

		Tidak sama sekali		Dalam jumlah sedang		Dalam jumlah berlebihan
5.	Seberapa jauh anda menikmati hidup anda?					
6.	Seberapa jauh anda merasa hidup anda berarti?					
7.	Seberapa jauh anda mampu berkonsentrasi?					
8.	Secara umum, seberapa aman anda rasakan dlm kehidupan anda sehari-hari?					
9.	Seberapa sehat lingkungan dimana anda tinggal (berkaitan dgn sarana dan prasarana)					
10.	Apakah anda memiliki vitalitas yg cukup untuk beraktivitas sehari-hari?					
11.	Apakah anda dapat menerima penampilan tubuh anda?					
12.	Apakah anda memiliki cukup uang utk memenuhi kebutuhan anda?					
13.	Beberapa jauh ketersediaan informasi bagi kehidupan anda dari hari ke hari?					
14.	Seberapa sering anda memiliki kesempatan untuk bersenang-senang /rekreasi?					
15.	Seberapa baik kemampuan anda dalam bergaul?					
16.	Seberapa puaskah anda dg tidur anda?					

17.	Seberapa puaskah anda dg kemampuan anda untuk menampilkan aktivitas kehidupan anda sehari-hari?					
18.	Seberapa puaskah anda dengan kemampuan anda untuk bekerja?					
19.	Seberapa puaskah anda terhadap diri anda?					
20.	Seberapa puaskah anda dengan hubungan personal / sosial anda?					
21.	Seberapa puaskah anda dengan kehidupan seksual anda?					
22.	Seberapa puaskah anda dengan dukungan yg anda peroleh dr teman anda?					
23.	Seberapa puaskah anda dengan kondisi tempat anda tinggal saat ini?					
24.	Seberapa puaskah anda dgn akses anda pd layanan kesehatan?					
25.	Seberapa puaskah anda dengan transportasi yg hrs anda jalani?					
		5 Tidak pernah	4 Jarang	3 Cukup	2 Sering	1 Selalu
26.	Seberapa sering anda memiliki perasaan negatif seperti 'feeling blue' (kesepian), putus asa, cemas dan depresi?					

Lampiran 9

DATA PENELITIAN

DEMOGRAFI

no	usia	jenis kelamin	pendidikan	pekerjaan	status	linggal	pernah sadang lulang& sendi	terap sedang dijalani/ pernah dilakukan	kegiatan sosial	kegiatan spiritual	penghasilan	makanan favorit	Riwayat penyakit peradangan lulang & sendi pada keluarga
1	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	<4JUTA	PECEL	YA
2	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	FASANGAN	TIDAK	OBAT	ARISAN	SHOLAT	<4JUTA	PECEL	YA
3	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	FASANGAN	TIDAK	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	YA
4	55	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	ARISAN	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	RUJAK	YA
5	55	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	FASANGAN	TIDAK	OBAT	SENAM	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	YA
6	55	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	SENAM	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	RAWON	YA
7	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	FASANGAN	TIDAK	OBAT	SENAM	SHOLAT	<4JUTA	NASI GORENG	YA
8	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	FASANGAN	TIDAK	OBAT	ARISAN	SHOLAT	<3JUTA	NASI GORENG	YA
9	55	p	SD	WIRASWASTA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	<4JUTA	NASI GORENG	YA
10	55	p	SD	SWASTA	MENIKAH	ANAK	TIDAK	OBAT	ARISAN	SHOLAT	<3JUTA	AYAM PENYET	YA
11	55	p	SD	SWASTA	MENIKAH	ANAK	TIDAK	OBAT	ARISAN	SHOLAT	<4JUTA	AYAM PENYET	YA
12	55	p	SD	SWASTA	MENIKAH	ANAK	TIDAK	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	<4JUTA	AYAM PENYET	YA
13	65	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	YA
14	65	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	<2JUTA	AYAM PENYET	YA
15	65	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<2JUTA	AYAM PENYET	YA
16	65	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<3JUTA	RAWON	YA
17	65	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<3JUTA	RAWON	YA
18	65	p	SMA	SWASTA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	<4JUTA	PECEL	TIDAK
19	65	p	SMA	SWASTA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	<4JUTA	PECEL	TIDAK
20	65	p	SMA	SWASTA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<2JUTA	PECEL	TIDAK
21	68	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	SAUDARA	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<2JUTA	SOTO	TIDAK
22	67	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<3JUTA	SOTO	TIDAK
23	66	p	SMA	PENSIUNAN	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	<3JUTA	SOTO	TIDAK
24	66	p	SMP	TIDAK KERJA	MENIKAH	FASANGAN	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	TIDAK
25	66	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	FASANGAN & ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	<3JUTA	SOTO	TIDAK
26	66	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	SAUDARA	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	<3JUTA	PECEL	TIDAK
27	66	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	SAUDARA	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	<3JUTA	PECEL	TIDAK
28	68	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	SAUDARA	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	<2JUTA	PECEL	TIDAK
29	68	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	FASANGAN & ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	<2JUTA	SOTO	TIDAK
30	68	p	SMP	PENSIUNAN	CERAI HIDUP	FASANGAN & ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	<3JUTA	SOTO	TIDAK
31	68	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	TIDAK PENGHASILAN	SOTO	TIDAK
32	67	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	TIDAK PENGHASILAN	SOTO	TIDAK
33	67	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	TIDAK
34	67	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	SAUDARA	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	TIDAK
35	70	p	SD	TIDAK KERJA	MENIKAH	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	TIDAK
36	58	p	SMP	WIRASWASTA	CERAI MATI	FASANGAN & ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	>4JUTA	SOTO	TIDAK
37	58	p	SMP	WIRASWASTA	CERAI MATI	SAUDARA	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	>4JUTA	SOTO	TIDAK
38	68	p	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA	CERAI MATI	FASANGAN & ANAK	TIDAK	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	>4JUTA	NASI KUNING	TIDAK
39	66	p	TIDAK SEKOLAH	TIDAK KERJA	CERAI MATI	ANAK	TIDAK	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	PECEL	TIDAK
40	69	p	TIDAK SEKOLAH	TIDAK KERJA	CERAI MATI	ANAK	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	TIDAK PENGHASILAN	NASI KUNING	TIDAK
41	58	p	TIDAK SEKOLAH	WIRASWASTA	CERAI MATI	ANAK	TIDAK	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	>4JUTA	RUJAK	TIDAK
42	58	p	SARJANA	SWASTA	CERAI MATI	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	SHOLAT	>4JUTA	RUJAK	TIDAK
43	58	p	SARJANA	SWASTA	CERAI MATI	ANAK	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	>4JUTA	RUJAK	TIDAK
44	58	p	SARJANA	SWASTA	CERAI MATI	FASANGAN	YA	OBAT	TIDAK ADA	IBADAH	>4JUTA	PECEL	TIDAK
45	61	p	DIPLOMA	PENSIUNAN	CERAI MATI	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	IBADAH	>4JUTA	PECEL	TIDAK
46	61	p	DIPLOMA	PENSIUNAN	CERAI MATI	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	>4JUTA	PECEL	TIDAK
47	61	p	DIPLOMA	PENSIUNAN	CERAI MATI	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	<3JUTA	RAWON	TIDAK
48	61	p	DIPLOMA	PENSIUNAN	CERAI MATI	FASANGAN	YA	OBAT	KERJA BAKTI	SHOLAT	<3JUTA	RUJAK	TIDAK

Nos. Urutan		Keselatan Flak								Pilihlogi						Hubungan Sela			Lieglogun						
1	2	3	4	10	15	16	17	18	5	6	7	11	19	24	20	21	22	8	9	12	13	14	23	24	25
4	5	2	3	4	4	2	5	4	4	4	2	4	4	2	4	2	5	4	4	2	3	5	4	4	3
3	3	4	4	2	4	3	2	2	3	3	2	3	4	3	4	2	4	3	4	2	3	2	3	4	2
2	2	2	3	4	5	5	4	3	4	3	2	3	2	1	4	2	4	4	4	2	2	4	5	4	2
4	4	1	1	4	5	4	2	4	4	4	4	4	4	2	2	4	4	4	4	2	4	4	2	3	4
2	4	2	2	4	5	5	4	4	2	2	4	4	4	2	5	2	4	4	4	3	4	4	4	5	3
4	3	2	1	4	4	1	4	4	4	3	2	4	4	3	3	2	4	2	3	2	1	4	4	3	3
3	3	3	3	3	4	5	4	4	4	5	4	4	4	1	2	2	2	4	3	3	3	2	3	4	3
3	2	3	4	3	4	2	4	4	4	4	3	3	3	4	3	2	3	4	3	4	3	4	3	3	3
4	2	2	1	4	4	2	4	4	2	3	2	2	4	3	2	3	4	4	4	2	2	4	4	1	2
4	4	4	4	3	2	3	4	4	4	5	3	4	4	2	2	2	3	5	3	2	3	5	4	5	2
4	2	3	3	3	4	2	3	3	3	3	3	3	3	4	4	2	3	4	3	1	3	4	4	4	3
3	4	4	4	2	3	3	4	4	3	4	2	4	3	3	3	2	3	6	4	2	3	3	3	4	3
2	2	3	3	3	2	2	2	4	1	2	2	4	3	3	3	2	3	2	3	3	3	4	3	3	2
4	4	3	2	4	4	3	4	4	4	4	3	4	3	5	4	2	2	4	3	2	2	4	3	2	2
4	4	2	2	3	4	2	4	4	4	5	3	4	4	3	3	3	2	4	4	2	3	4	4	3	3
4	4	1	3	2	4	2	4	3	4	4	3	5	3	2	3	2	4	4	3	1	3	4	3	3	2
3	4	4	3	4	4	2	3	3	4	4	3	3	4	4	4	2	3	4	3	2	3	4	5	4	3
5	5	1	1	4	5	3	4	4	5	4	3	5	5	1	4	2	5	5	4	2	3	5	5	5	4
4	3	3	4	3	3	3	2	3	3	4	3	2	3	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	4	2
4	3	3	3	3	4	3	3	3	3	2	2	3	3	2	4	2	3	4	3	2	3	3	4	3	2
4	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	2	3	3	5	3	2	3	2	2	2	3	4	4	4	3
3	2	2	3	3	2	2	3	3	4	3	3	4	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2
3	3	2	2	4	3	2	4	4	3	3	3	3	3	4	3	2	2	3	2	2	4	2	2	2	3
3	4	4	4	3	4	2	3	2	3	4	3	4	4	3	4	3	4	6	4	2	3	2	4	4	2
4	4	2	2	5	4	3	4	5	4	4	4	4	4	2	5	2	4	5	3	3	4	4	4	5	3
3	3	3	2	3	2	3	4	3	4	4	3	4	4	2	3	2	3	4	3	1	3	5	4	3	3
5	5	1	4	4	5	3	4	5	4	5	4	5	4	2	4	3	4	4	5	4	4	4	5	5	3
5	3	1	4	1	4	4	4	4	4	4	3	4	4	1	4	2	4	4	5	5	4	5	4	3	3
3	4	3	4	3	4	2	4	3	3	3	2	2	3	3	3	2	3	3	4	2	3	2	4	4	3
5	5	2	2	5	5	4	4	5	4	4	4	4	5	4	2	4	3	4	5	5	2	4	4	5	3
4	3	1	1	3	3	1	2	3	4	4	3	3	3	3	2	2	3	4	4	1	2	4	3	3	2
4	4	2	2	4	5	4	4	4	4	4	3	4	4	2	4	2	4	4	3	2	3	5	4	4	4
3	3	2	3	2	2	2	3	3	1	2	2	2	3	4	3	2	3	3	3	1	3	4	2	3	3
2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	5	3	2	3	3	3	1	3	5	2	2	2
4	4	3	2	4	5	3	4	5	4	5	4	5	4	2	3	3	2	4	4	2	4	4	4	2	3
3	4	3	4	3	4	2	3	4	3	4	3	3	3	3	4	2	3	3	4	1	1	3	3	3	2
3	3	2	4	2	5	2	4	4	3	3	3	2	4	3	4	2	4	6	3	1	3	5	4	4	3
4	3	4	5	3	5	3	4	4	4	4	3	4	4	4	4	2	3	4	3	1	3	4	4	3	3
3	2	4	4	4	5	4	4	3	4	4	3	3	3	4	4	2	3	4	3	1	3	3	3	3	3
3	2	1	4	2	4	2	3	3	3	3	3	4	3	3	3	2	3	4	3	1	3	5	4	3	3
3	3	1	4	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	2	4	4	3	2	3	5	4	3	3
4	3	2	4	4	3	4	4	5	4	3	3	3	4	3	4	3	4	4	2	3	4	4	4	4	3
3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	4	3	2	3	3	4	3	3
2	4	2	2	5	2	4	4	5	2	2	4	3	3	3	3	2	3	4	4	2	3	3	4	5	3
3	3	3	2	4	2	4	4	3	3	3	3	3	4	2	3	2	3	4	3	1	3	2	5	3	3
3	4	1	2	4	4	4	4	4	4	3	3	4	4	2	4	2	3	4	3	2	3	5	3	3	3

domain 1	transformasi skor	domain 2	transformasi skor	domain 3	transformasi skor	domain 4	transformasi skor	sum	average	KATEGORI	
26		69	22	69	11	69	29	69	296	74	BAIK
17	38		18	50	10	56	23	50	211	53	BAIK
28	75		20	56	10	56	27	63	272	68	BAIK
29	81		24	75	10	56	27	63	302	76	BAIK
30	81		20	56	11	69	31	75	298	75	BAIK
26	69		20	56	9	50	22	44	252	63	BAIK
26	69		26	81	6	25	25	50	258	65	BAIK
22	56		19	56	8	44	27	63	232	58	BAIK
27	69		19	56	10	56	24	50	261	65	BAIK
20	44		24	75	7	31	29	69	230	58	BAIK
21	50		17	44	9	50	26	69	217	54	BAIK
20	44		19	56	8	44	26	69	217	54	BAIK
21	50		15	38	8	44	24	50	200	50	KU RANG
26	69		19	56	8	44	23	50	245	61	BAIK
24	63		23	69	8	44	27	63	258	65	BAIK
23	56		23	69	9	50	24	50	254	64	BAIK
21	50		20	56	9	50	28	63	234	59	BAIK
30	81		27	88	11	69	33	81	339	85	BAIK
19	44		18	50	8	44	21	44	204	51	BAIK
22	56		16	44	9	50	24	50	221	55	BAIK
20	44		14	31	8	44	24	50	185	46	KU RANG
21	50		19	56	8	44	22	44	220	55	BAIK
21	50		16	44	8	44	18	31	201	50	KU RANG
25	63		17	44	7	31	20	38	207	52	BAIK
18	38		21	56	11	69	25	56	238	60	BAIK
29	81		24	75	11	69	30	69	319	80	BAIK
22	56		23	69	8	44	26	56	248	62	BAIK
28	75		26	81	11	69	34	81	324	81	BAIK
24	63		24	75	10	56	33	81	285	71	BAIK
21	50		16	44	8	44	25	56	208	52	BAIK
31	88		25	81	11	69	33	81	338	85	BAIK
23	56		20	56	7	31	23	50	216	54	BAIK
29	81		23	69	10	56	29	69	297	74	BAIK
19	44		12	25	8	44	22	44	174	44	KU RANG
22	56		16	44	8	44	21	44	211	53	BAIK
28	75		26	81	8	44	27	63	289	72	BAIK
21	50		19	56	9	50	20	38	225	56	BAIK
23	56		20	56	10	56	27	63	248	62	BAIK
22	56		21	63	9	50	25	56	246	62	BAIK
24	63		18	50	9	50	23	50	237	59	BAIK
21	50		19	56	8	44	26	56	224	56	BAIK
27	69		22	69	10	56	27	63	280	70	BAIK
26	69		21	63	11	69	28	63	287	72	BAIK
23	56		18	50	8	44	25	56	224	56	BAIK
26	69		22	69	9	50	26	56	271	68	BAIK
28	75		17	44	8	44	28	63	244	61	BAIK
24	63		20	56	8	44	24	50	239	60	BAIK
29		81	22	69	9	50	26	56	286	72	BAIK

Lampiran 10

DATA SPSS**Frequency Table**

		USIA			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	46-55 TAHUN	12	25.0	25.0	25.0
	55-65 TAHUN	18	37.5	37.5	62.5
	>65	18	37.5	37.5	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

		JENIS KELAMIN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	LAKI-LAKI	22	45.8	45.8	45.8
	PEREMPUAN	26	54.2	54.2	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

		PENDIDIKAN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	18	37.5	37.5	37.5
	SMP	9	18.8	18.8	56.3
	SMA	10	20.8	20.8	77.1
	DIPLOMA	4	8.3	8.3	85.4
	SARJANA	3	6.3	6.3	91.7
	TIDAK SEKOLAH	4	8.3	8.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

		PEKERJAAN			
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SWASTA	9	18.8	18.8	18.8
	WIRASWASTA	10	20.8	20.8	39.6
	PENSIUNAN	17	35.4	35.4	75.0
	TIDAK BEKERJA	12	25.0	25.0	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

STATUS PERNIKAHAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	MENIKAH	29	60.4	60.4	60.4
	CERAI HIDUP	6	12.5	12.5	72.9
	CERAI MATI	13	27.1	27.1	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

TINGGAL BERSAMA

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PASANGAN	17	35.4	35.4	35.4
	ANAK	20	41.7	41.7	77.1
	PASANGAN & ANAK	5	10.4	10.4	87.5
	SAUDARA	6	12.5	12.5	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

PERNAH RADANG TULANG & SENDI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	YA	37	77.1	77.1	77.1
	TIDAK	11	22.9	22.9	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

TERAPI YANG DIJALANI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	OBAT	48	100.0	100.0	100.0

KEGIATAN SOSIAL DI RUMAH

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SENAM	3	6.3	6.3	6.3
	KERJA BAKTI	20	41.7	41.7	47.9
	ARISAN	5	10.4	10.4	58.3
	TIDAK ADA	20	41.7	41.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

KEGIATAN SPIRITUAL

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SHOLAT	31	64.6	64.6	64.6
	IBADAH	17	35.4	35.4	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

PENGHASILAN PERBULAN

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TIDAK PENGHASILAN	13	27.1	27.1	27.1
	<2JUTA	6	12.5	12.5	39.6
	<3JUTA	12	25.0	25.0	64.6
	<4JUTA	8	16.7	16.7	81.3
	>4JUTA	9	18.8	18.8	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

MAKANAN FAVORIT

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	PECEL	19	39.6	39.6	39.6
	SOTO	10	20.8	20.8	60.4
	NASI KUNING	2	4.2	4.2	64.6
	RAWON	4	8.3	8.3	72.9
	RUJAK	5	10.4	10.4	83.3
	AYAM PENYET	5	10.4	10.4	93.8
	NASI GORENG	3	6.3	6.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

RIWAYAT KELUARGA SAKIT RADANG TULANG & SENDI

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	YA	17	35.4	35.4	35.4
	TIDAK	31	64.6	64.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

KUALITAS HIDUP

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	KURANG	4	8.3	8.3	8.3
	BAIK	44	91.7	91.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

USIA * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
USIA	46-55 TAHUN	0	12	12
	55-65 TAHUN	1	17	18
	>65	3	15	18
	Total	4	44	48

JENIS KELAMIN * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
JENIS KELAMIN	LAKI-LAKI	1	21	22
	PEREMPUAN	3	23	26
Total		4	44	48

PENDIDIKAN * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
PENDIDIKAN	SD	2	16	18
	SMP	0	9	9
	SMA	2	8	10
	DIPLOMA	0	4	4
	SARJANA	0	3	3
	TIDAK SEKOLAH	0	4	4
Total		4	44	48

PEKERJAAN * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
PEKERJAAN	SWASTA	0	9	9
	WIRASWASTA	0	10	10
	PENSIUNAN	2	15	17
	TIDAK BEKERJA	2	10	12
Total		4	44	48

STATUS PERNIKAHAN * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
STATUS PERNIKAHAN	MENIKAH	4	25	29
	CERAI HIDUP	0	6	6
	CERAI MATI	0	13	13
Total		4	44	48

TINGGAL BERSAMA * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
TINGGAL BERSAMA	PASANGAN	0	17	17
	ANAK	2	18	20
	PASANGAN & ANAK	0	5	5
	SAUDARA	2	4	6
Total		4	44	48

PERNAH RADANG TULANG & SENDI * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
PERNAH RADANG TULANG & SENDI	YA	4	33	37
	TIDAK	0	11	11
Total		4	44	48

TERAPI YANG DIJALANI * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
TERAPI YANG DIJALANI	OBAT	4	44	48
Total		4	44	48

KEGIATAN SOSIAL DI RUMAH * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
KEGIATAN SOSIAL DI RUMAH	SENAM	0	3	3
	KERJA BAKTI	2	18	20
	ARISAN	0	5	5
	TIDAK ADA	2	18	20
Total		4	44	48

KEGIATAN SPIRITUAL * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
KEGIATAN SPIRITUAL	SHOLAT	2	29	31
	IBADAH	2	15	17
Total		4	44	48

PENGHASILAN PERBULAN * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
PENGHASILAN PERBULAN	TIDAK PENGHASILAN	2	11	13
	<2JUTA	1	5	6
	<3JUTA	1	11	12
	<4JUTA	0	8	8
	>4JUTA	0	9	9
Total		4	44	48

MAKANAN FAVORIT * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
MAKANAN FAVORIT	PECEL	2	17	19
	SOTO	2	8	10
	NASI KUNING	0	2	2
	RAWON	0	4	4
	RUJAK	0	5	5
	AYAM PENYET	0	5	5
	NASI GORENG	0	3	3
Total		4	44	48

RIWAYAT KELUARGA SAKIT RADANG TULANG & SENDI * KUALITAS HIDUP Crosstabulation

Count

		KUALITAS HIDUP		Total
		KURANG	BAIK	
RIWAYAT KELUARGA	YA	1	16	17
SAKIT RADANG TULANG & SENDI	TIDAK	3	28	31
Total		4	44	48

DOMAIN 1

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	33	68.8	68.8	68.8
	KURANG	15	31.3	31.3	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

DOMAIN 2

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	34	70.8	70.8	70.8
	KURANG	14	29.2	29.2	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

DOMAIN 3

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	16	33.3	33.3	33.3
	KURANG	32	66.7	66.7	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

DOMAIN 4

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	BAIK	29	60.4	60.4	60.4
	KURANG	19	39.6	39.6	100.0
	Total	48	100.0	100.0	

		DOMAIN 1		DOMAIN 2		DOMAIN 3		DOMAIN 4	
		BAIK	KURANG	BAIK	KURANG	BAIK	KURANG	BAIK	KURANG
		Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count	Count
USIA	46-55 TAHUN	8	4	10	2	6	6	8	4
	55-65 TAHUN	13	5	13	5	3	15	11	7
	>65	12	6	11	7	7	11	10	8
JENIS KELAMIN	LAKI-LAKI	18	4	16	6	7	15	16	6
	PEREMPUAN	15	11	18	8	9	17	13	13
PENDIDIKAN	SD	12	6	13	5	8	10	10	8
	SMP	6	3	7	2	4	5	7	2
	SMA	5	5	6	4	1	9	3	7
	DIPLOMA	4	0	3	1	0	4	3	1
	SARJANA	3	0	2	1	2	1	3	0
	TIDAK SEKOLAH	3	1	3	1	1	3	3	1
PEKERJAAN	SWASTA	5	4	5	4	3	6	7	2
	WIRASWASTA	7	3	9	1	5	5	6	4
	PENSIUNAN	11	6	13	4	4	13	11	6
	TIDAK BEKERJA	10	2	7	5	4	8	5	7
STATUS PERNIKAHAN	MENIKAH	18	11	19	10	9	20	13	16
	CERAI HIDUP	4	2	5	1	4	2	6	0
	CERAI MATI	11	2	10	3	3	10	10	3
TINGGAL BERSAMA	PASANGAN	15	2	11	6	6	11	10	7
	ANAK	12	8	15	5	5	15	11	9
	PASANGAN & ANAK	3	2	4	1	3	2	5	0
	SAUDARA	3	3	4	2	2	4	3	3
PERNAH RADANG TULANG & SENDI	YA	27	10	25	12	12	25	20	17
	TIDAK	6	5	9	2	4	7	9	2
TERAPI DIJALANI	YANG OBAT	33	15	34	14	16	32	29	19
KEGIATAN SOSIAL DI RUMAH	SENAM	3	0	3	0	1	2	1	2
	KERJA BAKTI	14	6	15	5	6	14	11	9
	ARISAN	2	3	3	2	2	3	4	1
	TIDAK ADA	14	6	13	7	7	13	13	7
KEGIATAN SPIRITUAL	SHOLAT	21	10	23	8	9	22	18	13
	IBADAH	12	5	11	6	7	10	11	6
PENGHASILAN PERBULAN	TIDAK PENGHASILAN	11	2	8	5	5	8	6	7
	<2JUTA	5	1	4	2	2	4	3	3

	<3JUTA	6	6	10	2	2	10	8	4
	<4JUTA	4	4	5	3	4	4	4	4
	>4JUTA	7	2	7	2	3	6	8	1
MAKANAN	PECEL	15	4	10	9	8	11	12	7
FAFORIT	SOTO	4	6	7	3	3	7	5	5
	NASI KUNING	2	0	1	1	1	1	1	1
	RAWON	3	1	4	0	0	4	1	3
	RUJAK	4	1	5	0	3	2	5	0
	AYAM PENYET	2	3	4	1	0	5	4	1
	NASI GORENG	3	0	3	0	1	2	1	2
RIWAYAT	YA	11	6	14	3	6	11	10	7
KELUARGA SAKIT TIDAK RADANG TULANG & SENDI		22	9	20	11	10	21	19	12