

## **HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN SIKAP KELUARGA TENTANG PERAWATAN ARTHRITIS RHEUMATOID PADA LANSIA DI DESA PAMALAYAN KECAMATAN CIJEUNGJING KABUPATEN CIAMIS.**

Daniel Akbar Wibowo, Dini Nurbaeti Zen

### **ABSTRAK**

Penelitian ini dilatarbelakangi oleh permasalahan yang sering terjadi pada lansia yaitu arthritis rheumatoid. Dampak bagi keluarga akan terganggu dan keluarga sebagai orang terdekat harus mampu menjalankan tugasnya di bidang kesehatan. Tujuan penelitian ini untuk mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis. Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Jenis penelitian yang digunakan adalah deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional. Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga yang terdapat lansia dengan arthritis rheumatoid sebanyak 125 orang dengan menggunakan teknik pengambilan sampel secara purposif sampling. Instrumen yang digunakan adalah kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan bahwa terdapat hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia dengan  $p$ -value = 0,000. Saran bagi keluarga adalah harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang arthritis rheumatoid dan upaya pencegahannya.

Kata Kunci : Pengetahuan, Sikap, Keluarga, Lansia, Arthritis Rheumatoid

### **PENDAHULUAN**

#### **A. Latar Belakang**

Seiring dengan keberhasilan Pemerintah dalam Pembangunan Nasional, telah mewujudkan hasil yang positif dalam berbagai bidang, yaitu adanya kemajuan ekonomi, perbaikan lingkungan hidup, kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi, terutama di bidang medis atau kedokteran sehingga dapat meningkatkan kualitas kesehatan penduduk serta meningkatkan umur harapan hidup manusia. Akibatnya jumlah penduduk lanjut usia (lansia) meningkat dan bertambah cenderung lebih cepat (Watson, 2003 : 17).

Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi memberikan dampak positif terhadap kesejahteraan yang terlihat dari angka harapan hidup (AHH) yaitu AHH di Indonesia tahun 2000 di atas 60 tahun.

Indonesia termasuk salah satu negara dimana proses penuaan penduduknya terjadi paling cepat di Asia Tenggara dimana proyeksi penduduk Indonesia menunjukkan peningkatan yang cukup signifikan. Pada tahun 2005 rata-rata usia harapan hidup diatas 60 tahun meningkat menjadi 70 tahun antara tahun 2005-2010. Persentase penduduk lansia yaitu seseorang berumur diatas 60 tahun sekitar 9.5% pada tahun 2005 akan menjadi 11% atau sekitar 28 juta pada tahun 2020 (Bappenas, 2005 ).

Peningkatan harapan hidup ini memang patut untuk disyukuri, namun disisi lain kondisi ini menimbulkan polemik baru dalam kehidupan bermasyarakat maupun berkeluarga. Ketika seseorang telah mencapai usia tua dimana fungsi-fungsi tubuhnya tidak dapat lagi berfungsi secara baik, maka lanjut usia membutuhkan banyak bantuan dalam

menjalani kehidupan dan aktifitasnya. Disamping itu berbagai penyakit degeneratif yang menyertai keadaan lansia membuat mereka memerlukan perhatian dari orang-orang sekelilingnya.

Keluarga merupakan salah satu alternatif utama yang bakal memberikan perhatian khusus terhadap lansia. Karena menurut fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan yaitu untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi (Suprajitno, 2004).

Salah satu aspek penting dari perawatan adalah penekanan pada unit keluarga. Keluarga bersama dengan lansia adalah klien atau resipien keperawatan. Secara empiris, kesehatan para anggota keluarga dan kualitas kesehatan keluarga, mempunyai hubungan yang sangat erat. Unit dasar ini memiliki pengaruh yang begitu kuat terhadap perkembangan seorang lansia yang dapat menentukan berhasil atau tidaknya kehidupan lansia tersebut. Keluarga memiliki pengaruh yang penting sekali terhadap pembentukan identitas lansia dan perasaan harga diri. Prioritas tertinggi keluarga biasanya adalah kesejahteraan anggota keluarga (Konsep Keperawatan Keluarga, 2007).

Menurut Undang-undang Nomor 13 tahun 1998 lanjut usia (lansia) adalah seseorang yang mencapai usia di atas 60 tahun. Lansia adalah suatu kejadian yang pasti akan dialami oleh semua orang yang dikarunia usia panjang, terjadi tidak bisa dihindari oleh siapapun, namun manusia dapat berupaya untuk menghambat

kejadiannya. Menua (menjadi tua = *aging*) merupakan suatu proses menghilangnya secara perlahan-lahan kemampuan untuk memperbaiki diri atau mengganti diri dan mempertahankan struktur dan fungsi normal sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (termasuk infeksi) dan memperbaiki kerusakan yang diderita (Bandiyah, 2009 : 13).

Jika proses menua sudah berlangsung, di dalam tubuh mulai terjadi perubahan-perubahan struktural yang merupakan proses degeneratif. Perubahan-perubahan itu akan terjadi pada tubuh manusia sejalan dengan makin meningkatnya usia. Perubahan tubuh terjadi sejak awal kehidupan hingga usia lanjut pada semua organ dan jaringan tubuh. Keadaan itu tampak pula pada sistem muskuloskeletal dan jaringan lain yang ada kaitannya dengan kemungkinan timbulnya penyakit rematik. Rematik dapat terjadi pada semua jenjang umur dari kanak-kanak sampai usia lanjut atau sebagai kelanjutan sebelum usia lanjut. Dan gangguan rematik akan meningkat dengan meningkatnya umur (Darmojo & Martono, 2004).

Rematik merupakan kasus yang sering terjadi pada lansia, rematik merupakan nyeri pada anggota sendi. Hal ini merupakan suatu problem yang harus bisa ditangani oleh pemerintah, karena dengan kondisi lansia yang semakin banyak menderita rematik hal tersebut akan mampu menjadikan lansia menjadi pasif, maka diperlukan dorongan agar lansia tersebut tetap aktif dalam segala

hal. Salah satu program pemerintah dalam hal ini adalah pelayanan kesehatan di Posyandu setiap daerah, yang diharapkan mampu menstabilkan gangguan kesehatan pada lansia.

Dampak dari rematik tidaklah hanya menimbulkan gangguan kenyamanan, tetapi dapat pula mengancam jiwa penderitanya, dan masalah yang disebabkan oleh penyakit rematik tidak hanya berupa keterbatasan yang tampak jelas pada mobilitas dan aktifitas hidup sehari-hari seperti rasa nyeri, keadaan mudah lelah, perubahan citra diri serta gangguan tidur tetapi juga efek sistemik yang tidak jelas dan dapat menimbulkan kegagalan organ bahkan kematian (Smeltzer & Bare, 2002 : 1781).

Salah satu jenis rematik yang sering tampak pada usia lanjut adalah arthritis rheumatoid (Darmojo & Martono, 2004). Arthritis rheumatoid merupakan penyakit inflamasi articular yang paling sering terjadi pada lansia. Arthritis rheumatoid adalah suatu penyakit kronis, sistemik yang secara khas berkembang perlahan-lahan dan ditandai oleh adanya radang yang sering kambuh pada sendi-sendi dan struktur yang berhubungan (Stanley & Beare, 2007 : 160).

Penyebab arthritis rheumatoid belum diketahui secara pasti, namun faktor predisposisinya adalah mekanisme imunitas (antigen-antibodi) dan faktor metabolik dan infeksi virus. Dengan manifestasi klinisnya seperti sakit pada persendian disertai kaku dan gerakan terbatas, serta sistemik seperti mudah

capek, lemah, lesu, demam (Suratun, 2008).

Dampak bagi fungsi keluarga yang terdapat lansia didalamnya memiliki keluhan kesehatan seperti yang diakibatkan penyakit arthritis rheumatoid akan terganggu, salah satu dampak pada fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan. Keluarga haruslah mampu menjalankan tugasnya dibidang kesehatan yaitu mampu mengenal masalah arthritis rheumatoid, memutuskan tindakan kesehatan yang tepat dan merawat keluarga yang mengalami arthritis rheumatoid, memodifikasi lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan lansia dengan arthritis rheumatoid dan memanfaatkan pasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya (Friedman, 1998).

Peran utama perawatan tergantung beberapa faktor. Faktor-faktor ini mencakup lingkungan pelayanan kesehatan (klinik atau tempat praktek, puskesmas atau rumah sakit) dan peranan perawat (perawat kesehatan) rumah, perawat rumah sakit, puskesmas, klinik atau tempat praktik). Untuk perawatannya dimulai dengan perawatan pasien, keseimbangan antara istirahat dan latihan. Penanganan medik dimulai dengan pemberian salisilat atau NSAID dalam dosis teurapeutik. Kepada penderita arthritis rheumatoid diberitahukan untuk menggunakan obat menurut resep dokter agar kadar obat yang konsisten dalam darah bisa dipertahankan sehingga keefektifan obat anti-inflamasi tersebut dapat mencapai tingkat yang optimal.

Pengetahuan merupakan pedoman bagi individu, keluarga dan masyarakat untuk bersikap dan bertindak sesuai dengan tingkat pengetahuannya. Kurangnya pengetahuan tentang arthritis rheumatoid dapat mempengaruhi arthritis rheumatoid berulang dan berlangsung lama. Dari pengalaman dan penelitian ternyata praktek yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng daripada perilaku yang tidak didasari pengetahuan (Notoatmojo, 2003, : 121).

Dari hasil observasi dan wawancara peneliti pada bulan oktober 2015 terhadap 3 keluarga di Desa Pamalayan yang terdapat lansia di dalamnya memiliki keluhan kronis akibat arthritis rheumatoid seperti rasa nyeri dan kekakuan pada sendi, hasilnya terdapat 1 keluarga yang mengetahui tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia. Sedangkan 2 keluarga yang lainnya mengatakan arthritis rheumatoid adalah penyakit yang terjadi pada usia lanjut dan tidak mengetahui bagaimana cara merawatnya.

Oleh karena itu peneliti merasa tertarik untuk melakukan penelitian mengenai “Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Keluarga tentang Perawatan Arthritis Rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis”.

## **B. Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang di atas, masalah penelitian ini adalah adakah hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga tentang perawatan Arthritis Rheumatoid pada lansia di Desa

Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis.

## **TINJAUAN PUSTAKA**

### **A. Konsep Dasar Pengetahuan**

#### **1. Pengertian Pengetahuan**

Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2003 : 121).

#### **2. Tingkatan pengetahuan**

Pengetahuan yang tercakup dalam domain kognitif mempunyai 6 tingkatan (Notoatmodjo, 2003 : 122). Yaitu :

- a. Tahu (*know*)
- b. Memahami (*comprehension*)
- c. Aplikasi (*aplication*)
- d. Analisis (*analysis*)
- e. Sintesis (*synthesis*)
- f. Evaluasi (*evaluation*)

Pengukuran pengetahuan menurut Notoatmodjo (2003) dapat dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin kita ketahui atau kita ukur dapat kita sesuaikan dengan tingkatan-tingkatan di atas.

### **B. Konsep Dasar Sikap**

#### **1. Pengertian Sikap**

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang

terhadap suatu stimulus atau objek (Notoatmodjo, 2003 : 124).

Sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung dan memihak (*favorable*) pada objek tersebut (Berkowitz, 1972 dalam Azwar, 2003 : 5).

Sikap merupakan suatu pola perilaku tendensi atau kesiapan antisipatif untuk menyesuaikan diri dari situasi yang terkondisikan (La Pirre, 1934 dalam Azwar, 2003 : 5). Sikap mencakup komponen-komponen keteraturan dalam perasaan (*afektif*), pemikiran (*kognitif*), dan predisposisi tindakan (*konatif*) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya (Scord dan Backman, 1964 dalam Azwar, 2003 : 5).

## 2. Komponen Pokok Sikap

Menurut Allport (1954) dikutip oleh Notoatmodjo (2003 : 125), mempunyai 3 komponen pokok, yaitu :

- a. Kepercayaan (*keyakinan*), ide, dan konsep terhadap satu objek
- b. Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu objek
- c. Kecenderungan untuk bertindak (*tend to behave*).

## 3. Struktur Sikap

Struktur sikap dibentuk oleh tiga komponen sikap (Azwar, 2003 : 23), yaitu :

- a. Komponen kognitif
- b. Komponen Afektif
- c. Komponen Konatif

## 4. Fungsi Sikap

Menurut Azwar (2003 : 53), sikap memiliki 5 fungsi yaitu :

### a. Fungsi Instrumental

Fungsi sikap ini dikaitkan dengan alasan praktis atau manfaat dan menggambarkan keinginan untuk mencapai tujuan yang dibutuhkan sarana yang disebut sikap. Apabila objek sikap dapat membantu mencapai tujuan, individu bersikap positif terhadap objek tersebut atau sebaliknya.

### b. Fungsi Pertahanan Ego

Sikap ini diambil individu dalam rangka melindungi diri dari kecemasan atau ancaman harga diri.

### c. Fungsi Nilai Ekspresi

Sikap ini mengekspresikan nilai yang ada dalam individu. Sistem nilai apa yang ada dalam individu yang bersangkutan terhadap nilai tertentu.

### d. Fungsi Pengetahuan

Sikap ini membantu individu untuk memahami dunia yang membawa keteraturan terhadap bermacam-macam informasi yang perlu diasimilasikan dalam kehidupan sehari-hari. Setiap individu mempunyai motif ingin tahu, ingin mengerti dan ingin banyak mendapat pengalaman dan pengetahuan.

### e. Fungsi Penyesuaian Sosial

Sikap ini membantu individu merasa bagian dari masyarakat. Dalam hal ini sikap yang diambil individu akan dapat menyesuaikan dengan lingkungannya.

## **5. Tingkatan Sikap**

Sikap ini terdiri dari berbagai tingkatan (Notoatmodjo, 2003 : 126), yaitu :

- a. Menerima (*receiving*)
- b. Merespon (*responding*)
- c. Menghargai (*valuing*)
- d. Bertanggung jawab (*responsible*)

## **C. Konsep Dasar Keluarga**

### **1. Pengertian Keluarga**

Menurut UU No.10 tahun 1992 tentang perkembangan Kependudukan dan Pembangunan Keluarga Sejahtera dalam Suprajito (2004), keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari suami-istri, atau suami-istri dan anaknya, atau ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Menurut Friedman (1998) dalam Suprajitno (2004), 'keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih yang hidup bersama dengan keterikatan aturan dan emosional dan individu mempunyai peran masing-masing yang merupakan bagian dari keluarga'.

Menurut Departemen kesehatan (1988) dalam Sudiharto (2007), 'keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri dari atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan'. Menurut Salvicion G. Bailon dan Aracelis Maglaya (1989) dalam Sudiharto (2007), 'keluarga adalah dua individu atau lebih yang tergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan atau adopsi dan mereka hidup dalam satu rumah tangga, melakukan interaksi satu sama lain menurut peran

masing-masing, serta menciptakan dan mempertahankan suatu budaya'. Menurut BKKBN (1999) dalam Sudiharto (2007), 'keluarga adalah dua orang atau lebih yang dibentuk berdasarkan ikatan perkawinan yang sah, mampu memenuhi kebutuhan hidup spiritual dan materiil yang layak, bertaqwa kepada Tuhan, memiliki hubungan yang selaras dan seimbang antara anggota keluarga dan masyarakat serta lingkungannya'.

### **2. Fungsi Keluarga**

Menurut Friedman (1998) dikutip oleh Suprajitno (2004), secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi efektif (*the affective function*) adalah fungsi utama yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga berhubungan dengan orang lain. Fungsi ini dibutuhkan untuk perkembangan psikososial individu dan anggota keluarga.
- b. Fungsi sosialisasi dan tempat bersosialisasi (*socialization and social placement function*) adalah fungsi mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi (*the reproductive function*) adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi (*the economic function*), yaitu keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga

secara ekonomi dan tempat untuk mengembangkan kemampuan individu meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.

- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan (*the health care function*), yaitu fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi. Fungsi ini dikembangkan menjadi tugas keluarga di bidang kesehatan.

### **3. Tugas Keluarga di Bidang Kesehatan**

Menurut Suprajitno (2004), keluarga mempunyai tugas di bidang kesehatan yang perlu dipahami dan dilakukan, meliputi:

- a. Mengetahui masalah kesehatan keluarga
- b. Menentukan tindakan kesehatan yang tepat bagi keluarga
- c. Merawat keluarga yang mengalami gangguan kesehatan
- d. Memodifikasi lingkungan kesehatan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga
- e. Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan disekitarnya bagi keluarga

### **4. Keluarga Resiko Tinggi**

Keluarga yang tergolong dalam keluarga resiko tinggi dalam bidang kesehatan menurut Sudiharto (2007) meliputi :

- a. Keluarga dengan anggota pada usia subur yang mempunyai masalah sebagai berikut :

- 1) Tingkat sosial ekonomi rendah

- 2) Keluarga kurang mampu mengatasi masalah kesehatannya secara mandiri

- 3) Keluarga dengan keturunan yang kurang baik atau keluarga dengan penyakit keturunan

b. Keluarga dengan ibu resiko tinggi, masalah maternitas pada saat hamil:

- 1) Usia ibu (<16 atau >35 tahun)
- 2) Menderita kekurangan gizi atau anemia
- 3) Menderita hipertensi
- 4) Primipara/multipara
- 5) Riwayat persalinan dengan komplikasi

c. Keluarga dengan anak yang beresiko tinggi, karena :

- 1) Lahir prematur
- 2) Berat badan kurang atau tidak naik dalam bulan berikutnya
- 3) Lahir dengan cacat bawaan
- 4) ASI ibu kurang sehingga tidak mencukupi kebutuhan bayi
- 5) Ibu menderita penyakit menular yang dapat mengancam bayi atau anaknya

d. Keluarga mempunyai masalah dalam hubungan antara anggota keluarga:

- 1) Anak yang tidak dikehendaki dan pernah mencoba untuk menggugurkannya
- 2) Tidak ada kesesuaian pendapat antara anggota keluarga dan sering timbul pertengkaran dan ketegangan antara anggota keluarga
- 3) Ada anggota keluarga yang sakit

- 4) Salah satu orang tua (suami/istri) meninggal, cerai, atau meninggalkan keluarganya.
- e. Keluarga lanjut usia atau balita, yaitu:
  - 1) Pasangan lanjut usia tinggal serumah
  - 2) Keluarga yang memiliki anggota lanjut usia dalam keadaan tidak sehat karena sejalan dengan bertambahnya usia, fungsi tubuh mengalami penurunan, akibatnya lansia sangat rentan terhadap penyakit kronis, salah satunya yaitu arthritis rheumatoid.
  - 3) Keluarga memiliki anggota lanjut usia dan balita
  - 4) Keluarga yang memiliki dua balita
- f. Keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan penyakit kronis yang menular atau tidak menular atau penyakit metabolik.

#### **D. Konsep Dasar Lansia**

##### **1. Pengertian Lansia**

Undang-undang No.13/th. 1998 tentang kesejahteraan lanjut usia BAB I pasal 1 ayat 2 menyebutkan bahwa :”Lanjut Usia adalah seseorang yang mencapai usia 60 (enam puluh) tahun keatas” (Nugroho, 2008).

##### **2. Batasan Lansia**

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia, WHO dalam Nugroho (2008), lanjut usia ada empat tahap yakni:

- a. Usia pertengahan (middle age) adalah kelompok usia 45-59 tahun
- b. Lanjut Usia (elderly) = antara 60 dan 74 tahun

- c. Lanjut Usia Tua (old) = antara 75 dan 90 tahun
- d. Usia sangat tua (very old) = diatas 90 tahun

##### **3. Teori Proses Menua**

Teori proses penuaan dibagi 2 bagian yaitu secara biologis dan psikososial yaitu:

###### **a. Teori Biologis**

Yang merupakan teori biologis adalah sebagai berikut:

###### **1) Teori jam genetik**

Menurut Hayflick (1965) secara genetik sudah terprogram bahwa material di dalam inti sel dikatakan bagaikan memiliki jam genetik terkait dengan frekwensi mitosis. Manusia yang memiliki rentang kehidupan maksimal sekitar 110 tahun, sel-selnya diperkirakan hanya mampu membelah sekitar 50 kali sesudah itu akan mengalami deteriorasi.

###### **2) Teori interaksi sosial**

Bahwa sel-sel satu sama lain saling berinteraksi dan mempengaruhi. Keadaan tubule akan baik-baik saja selama sel-sel berfungsi dalam suatu harmoni. Akan tetapi, bila tidak lagi demikian, maka akan terjadi kegagalan mekanisme *feed back* dimana perlahan-lahan akan mengalami degenerasi (Berger, 1994).

###### **3) Teori eror katastrop**

Bahwa eror akan terjadi pada struktur DNA, RNA, dan sintesis

protein. Masing-masing eror akan saling menambah pada eror yang lainnya dan berkulminasi dalam eror yang bersifat katastrof (Kane, 1994).

4) Teori pemakaian dan keausan

Teori biologis yang paling tua adalah teori pemakaian dan keausan (*tear and wear*), dimana tahun demi tahun hal ini berlangsung dan lama kelamaan akan timbul deteriorasi.

**b. Teori Psikologis**

Adapun mengenai teori psikologis, berturut-turut dikemukakan beberapa diantaranya adalah sebagai berikut:

1) Disengagement Theory

Kelompok teori ini dimulai dari University of Chicago, yaitu *Disengagement Theory*, yang mengatakan bahwa individu dan masyarakat mengalami *disengagement* dalam suatu menarik diri. Memasuki usia tua, individu mulai menarik diri dari masyarakat, sehingga memungkinkan individu untuk menyimpan lebih banyak aktivitas-aktivitas yang berfokus pada dirinya dalam memenuhi kestabilan pada stadium ini.

2) Teori Aktivitas

Menekankan pentingnya peran serta dalam kegiatan masyarakat bagi kehidupan seorang lansia. Dasar teori ini adalah bahwa konsep diri seseorang tergantung pada aktivitasnya dalam berbagai peran. Hasil studi serupa ternyata menggambarkan pula bahwa aktivitas informal lebih berpengaruh

daripada aktifitas formal. Kerja yang menyibukkan tidaklah meningkatkan *self esteem* seseorang, tetapi interaksi yang bermakna dengan orang lainlah yang lebih meningkatkan *self esteem*.

3) Teori Kontinuitas

Berbeda dari kedua teori sebelumnya, disini ditekankan pentingnya hubungan antara kepribadian dengan kesuksesan hidup lansia. Menurut teori ini, ciri-ciri kepribadian individu berikut strategi kopingnya telah terbentuk lama sebelum seseorang memasuki usia lanjut.

4) Teori Subkultur

Pada teori subkultur (Rose, 1962) dikatakan bahwa lansia sebagai kelompok yang memiliki norma, harapan, rasa percaya, dan adat kebiasaan tersendiri, sehingga dapat digolongkan selaku suatu subkultur.

5) Teori Stratifikasi Usia

Teori ini dikemukakan oleh Riley (1972) yang menerangkan adanya saling ketergantungan antara usia dengan struktur sosial yang dapat dijelaskan sebagai berikut :

- (a) Orang-orang tumbuh dewasa bersama masyarakat dalam bentuk kohor dalam artian sosial, biologis, dan psikologis.
- (b) Suatu masyarakat dapat dibagi ke dalam beberapa strata sesuai dengan lapisan usia dan peran.
- (c) Masyarakat sendiri senantiasa berubah, begitu pula individu dan perannya dalam masing-masing strata.

- (d) Terdapat saling keterkaitan antara penuaan individu dengan perubahan sosial. Kesimpulannya adalah lansia dan mayoritas masyarakat senantiasa saling mempengaruhi dan selalu terjadi perubahan kohor maupun perubahan dalam masyarakat.

## **E. Konsep Dasar Arthritis Rheumatoid**

### **1. Pengertian**

Arthritis rheumatoid merupakan salah satu jenis poliartrosis yang ditandai oleh perjalanan klinis yang bervariasi tetapi biasanya disertai eksaserbasi dan remisi dari rasa nyeri serta pembengkakan sendi yang menyebabkan deformitas progresif dan reversibel (Setiawan, 2000).

Arthritis rheumatoid suatu penyakit inflamasi sistemik kronik dengan manifestasi utama poliartrosis progresif dan melibatkan seluruh organ tubuh (Mansjoer, 2001).

Arthritis rheumatoid adalah penyakit inflamasi sistem kronik yang tidak diketahui penyebabnya, dikarakteristik-an oleh kerusakan dan proliferasi membran sinovial, yang menyebabkan kerusakan pada tulang sendi, ankilosis dan deformitas (Doenges, 2000).

Arthritis rheumatoid adalah gangguan kronik yang menyerang berbagai sistem organ yang merupakan salah satu kelompok penyakit jaringan difus. Arthritis rheumatoid adalah suatu penyakit inflamasi, progresif, sistemik dan kronik. Arthritis rheumatoid merupakan peradangan yang kronis dan sistemik pada sendi sinovial (Suratun dkk, 2008).

Arthritis rheumatoid merupakan penyakit inflamasi articular yang paling sering terjadi pada lansia. Arthritis rheumatoid adalah suatu penyakit kronis, sistemik yang secara khas berkembang perlahan-lahan dan ditandai oleh adanya radang yang sering kambuh pada sendi-sendi diartrodial dan struktur yang berhubungan (Stanley & Beare, 2007, 160).

### **2. Etiologi**

Menurut Setiawan (2000), penyebab terjadinya arthritis rheumatoid adalah:

- a. Kompleks imun (auto imun)
- b. Pengaruh hormonal
- c. Perkembangan virus seperti Epstein-Barr
- d. Kaitan dengan pertanda genetik seperti HLA-DW4 dan HLA-DR5

### **3. Patofisiologi**

Patofisiologi penyakit arthritis rheumatoid adalah reaksi autoimun pada arthritis rheumatoid terutama terjadi dalam jaringan sinovial. Proses pgsitosis menghasilkan enzim-enzim dalam sendi. Enzim-enzim tersebut akan memecah kolagen sehingga terjadi edema, proliferasi membran sinovial dan akhirnya membentuk pannus. Pannus akan menghancurkan tulang rawan dan menimbulkan erosi tulang. Akibatnya adalah hilangnya permukaan sendi yang akan mengganggu gerak sendi. Otot akan ikut terkena karena serabut otot akan mengalami perubahan degeneratif dan hilangnya elastisitas otot dan kekuatan kontraksi otot (Smeltzer & Bare, 2002).

#### **4. Manifestasi Klinis**

Manifestasi klinis yang lazim ditemukan pada seorang arthritis rheumatoid tidak harus muncul sekaligus pada saat yang bersamaan oleh karena penyakit ini memiliki gambaran klinik yang sangat bervariasi. Menurut Price & Wilson (2006), manifestasi klinis arthritis rheumatoid adalah sebagai berikut:

- a. Gejala-gejala konstitusional, misalnya lelah, kurang nafsu makan, berat badan menurun dan demam. Terkadang kelelahan dapat demikian hebatnya.
- b. Poliarthritis simetris (peradangan sendi pada sisi kiri dan kanan) terutama pada sendi perifer, termasuk sendi-sendi ditangan, namun biasanya tidak melibatkan sendi-sendi antara jari-jari tangan dan kaki. Hampir semua sendi diartrodial (sendi yang dapat digerakan dengan bebas) dapat terserang dan terasa nyeri yang hebat.
- c. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari 1 jam, dapat bersifat umum tetapi terutama menyerang sendi-sendi. Kekakuan ini berbeda dengan kekakuan sendi pada osteoarthritis (peradangan tulang dan sendi), yang biasanya hanya berlangsung selama beberapa menit dan selalu kurang dari 1 jam.
- d. Deformitas : kerusakan dari struktur penunjang sendi dengan perjalanan penyakit. Pergeseran ulnar atau deviasi jari, pergeseran sendi pada tulang telapak tangan dan jari, deformitas boutonniere dan leher angsa adalah beberapa deformitas tangan yang

sering dijumpai pada penderita. Pada kaki terdapat tonjolan kaput metatarsal yang timbul sekunder dari subluksasi metatarsal. Sendi-sendi yang besar juga dapat terserang dan mengalami pengurangan kemampuan bergerak terutama dalam melakukan gerakan ekstensi.

- e. Manifestasi ekstra-artikular (diluar sendi) : arthritis rheumatoid juga dapat menyerang organ-organ lain diluar sendi. Seperti jantung berupa perikarditis, paru-paru berupa pleuritis, mata berupa skleritis dan organ-organ lainnya.

#### **F. Perawatan Arthritis Rheumatoid**

Perawatan arthritis rheumatoid pada dasarnya adalah tindakan atau perilaku dalam menangani arthritis rheumatoid. Beberapa hal yang harus diperhatikan adalah sebagai berikut:

1. Saat menghadapi lansia yang menderita rheumatik, sedapat mungkin cobalah bersikap tenang. Sikap panik hanya akan membuat kita tidak tahu harus berbuat apa yang mungkin saja akan membuat penderitaan tambah parah.
2. Keluarga jangan begitu gampang mengatakan lansia terkena rheumatik hanya dengan mendengar keluhan.
3. Keluarga harus mengetahui dan bisa membedakan rasa sakit yang diderita lansia apakah sakit rheumatik atau sakit karena penyebab lain.
4. Jelaskan patofisiologi nyeri rheumatik, dan membantu lansia untuk menyadari bahwa rasa nyeri sering membawanya

- kepada metode terapi yang belum terbukti manfaatnya.
5. Laksanakan sejumlah tindakan yang memberikan kenyamanan seperti kompres panas atau dingin, masase, pengaturan posisi tidur, dan anjurkan untuk istirahat.
  6. Berikan prefarmat antiinflamasi, analgesik dan antirheumatik.
  7. Jelaskan pentingnya istirahat untuk mengurangi stres sistemik, articular, dan emosional. Tidur siang atau tidur malam hari dapat memberikan istirahat sistemik.
  8. Latihan kondisioning, seperti berjalan, berenang, atau bersepeda, harus dilakukan secara bertahap dan dengan pemantauan aktivitas penyakitnya.
  9. Meningkatkan kualitas tidur yang baik sangat penting dalam membantu penderita untuk mengatasi masalah nyeri, mencegah kelelahan fisik, dan menghadapi berbagai perubahan yang harus terjadi sebagai akibat dari suatu penyakit yang kronik.
  10. Pengaturan posisi tubuh yang benar sangat penting untuk mengurangi stress pada sendi yang sakit dan mencegah deformitas, penderita harus berbaring datar pada kasur yang keras dengan kedua kaki diletakkan pada papan penyangga kaki dan hanya satu bantal yang diletakkan dibawah kepala penderita.
  11. Komunikasi harus didorong agar penderita dan keluarga dapat mengutarakan dengan kata-kata perasaan, persepsi dan ketakutannya

yang berhubungan dengan penyakit rheumatik.

Sikap keluarga dalam perawatan arthritis rheumatoid sangat diperlukan untuk meminimalisasikan akibat yang dapat timbul, dimana keterikatan dan ketergantungan lansia terhadap keluarga sangat dominan dan biasanya keluarga memberikan yang terbaik untuk lansia, keluarga akan memperlakukan lansia sesuai dengan pengetahuan yang terbaik. Penyebab terbesar penanganan yang tidak tepat adalah kurangnya pengetahuan keluarga (<http://www.gramedia-majalah.com>.2002).

## HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

### A. Hasil Penelitian

#### 1. Analisis Univariat

##### a. Tingkat Pengetahuan Keluarga

Berdasarkan hasil data tabel penelitian yang diolah dari penilaian responden dapat dilihat pada lampiran 6, maka diperoleh distribusi tingkat pengetahuan keluarga tentang arthritis rheumatoid seperti terlihat pada tabel 4.1 sebagai berikut:

Tabel 1  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Pengetahuan Keluarga Di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis

Pengetahuan Keluarga	Frekuensi (f)	Prosentase (%)
Baik	21	16,8
Cukup	33	26,4
Kurang	71	56,8
Jumlah	125	100

Berdasarkan tabel 1 di atas, menunjukkan distribusi frekuensi sebagian

kecil responden yang memiliki pengetahuan baik sebanyak 21 orang (16,8%), hampir sebagian responden yang memiliki pengetahuan cukup sebanyak 33 orang (26,4%), dan sebagian besar responden yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 71 orang (56,8%).

### **Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan tingkat pengetahuan keluarga yang dimiliki responden sebagai keluarga lansia tentang arthritis rheumatoid sebagian besar adalah kurang. Data yang diperoleh dari 125 orang responden keluarga yang terdapat lansia dengan arthritis rheumatoid pada kategori baik sebanyak 21 orang (16,8%), kategori cukup sebanyak 33 orang (26,4%), sedangkan kategori kurang sebanyak 71 orang (56,8%).

Pengetahuan menurut Bloom (1974) dikutip oleh Notoatmodjo (2003) adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses mengingat atau mengenal suatu proses informasi, ide yang sudah diperoleh sebelumnya. Tingkat pengetahuan keluarga yang kurang mungkin disebabkan karena keluarga kurang memperoleh informasi baik yang didapat melalui pendidikan formal maupun proses pembelajaran alami atau pengalaman. Hal tersebut mempunyai pengaruh terhadap kecenderungan keluarga untuk melakukan suatu tindakan yang sesuai dengan pengetahuan yang dimilikinya, yang dalam hal ini mengenai arthritis rheumatoid pada lansia tentang perawatannya.

Notoatmodjo (2003)

mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui pancaindera manusia, yakni indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba, sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga.

### **b. Sikap**

Berdasarkan hasil data tabel penelitian yang diolah dari penilaian responden dapat dilihat pada lampiran 6, sehingga diperoleh distribusi sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid terlihat pada tabel 2 sebagai berikut:

Tabel 2  
Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Sikap Keluarga di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis

<b>Sikap Keluarga</b>	<b>Frekuensi (f)</b>	<b>Prosentase (%)</b>
Mendukung	43	34,4
Tidak mendukung	82	65,6
Jumlah	125	100

Berdasarkan tabel 2 di atas, menunjukkan distribusi frekuensi hampir sebagian responden mempunyai sikap yang mendukung sebanyak 43 orang (34,4%), dan hampir seluruh responden yang mempunyai sikap tidak mendukung sebanyak 82 orang (65,6%).

### **Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan sikap keluarga yang dimiliki responden sebagai keluarga lansia tentang arthritis

rheumatoid hampir seluruh responden tidak mendukung. Data yang diperoleh dari 125 orang responden keluarga yang terdapat lansia dengan arthritis rheumatoid, sikap keluarga pada kategori tidak mendukung sebanyak 82 orang (65,6%) dan kategori mendukung sebanyak 43 orang (34,4%)

Sikap yang dimiliki keluarga, baik yang mendukung maupun yang tidak mendukung terbentuk dari adanya interaksi sosial yang dialami oleh individu atau keluarga tersebut. Dalam interaksi sosialnya, individu berinteraksi terhadap berbagai objek psikologis yang dihadapinya. Diantara berbagai faktor yang mempengaruhi pembentukan sikap adalah pengalaman pribadi, kebudayaan, orang lain yang dianggap penting, media massa, institusi atau lembaga pendidikan dan lembaga agama serta faktor emosi dalam diri individu (Azwar, 2003).

Sikap merupakan suatu respon evaluatif. Respon hanya akan timbul apabila individu dihadapkan pada stimulus atau objek dalam hal ini adalah masalah

tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia yang menghendaki adanya reaksi dari individual (Azwar, 2003). Setelah keluarga mengetahui stimulus atau objek, proses selanjutnya keluarga akan menilai atau bersikap terhadap stimulus atau objek tersebut dalam bentuk baik atau buruk, menyenangkan atau tidak menyenangkan.

Bekowitz (1972 dalam Azwar, 2003) mengemukakan bahwa sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favourable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavourable*) pada objek tersebut.

## 2. Analisis Bivariat

Berdasarkan hasil uji statistik dapat dilihat pada lampiran 7, maka diperoleh hasil analisis bivariat hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Keluarga tentang Perawatan Arthritis Rheumatoid seperti terlihat pada tabel 4.3 sebagai berikut:

Tabel 3  
 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Sikap Keluarga tentang Perawatan Arthritis Rheumatoid pada Lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijunjung Kabupaten Ciamis

Pengetahuan	Sikap				Total		p-value
	Mendukung		Tidak Mendukung				
	F	%	F	%	F	%	
Baik	2	9,5	19	90,5	21	100	0,000
Cukup	6	18,2	27	81,8	33	100	
Kurang	35	49,3	36	50,7	71	100	
<b>Jumlah</b>	<b>43</b>	<b>34,4</b>	<b>82</b>	<b>65,6</b>	<b>125</b>	<b>100</b>	

Berdasarkan tabel 3 memperlihatkan sebagian kecil responden mempunyai pengetahuan baik dengan

sikapnya yang mendukung sebanyak 2 orang (9,5%), sisanya pengetahuan keluarga yang baik dengan sikapnya yang

yang tidak mendukung sebanyak 19 orang (90,5%). Sebagian kecil responden yang mempunyai pengetahuan cukup dengan sikapnya yang mendukung sebanyak 6 orang (18,2%), sisanya hampir sebagian responden yang mempunyai pengetahuan cukup dengan sikapnya yang tidak mendukung sebanyak 27 orang (81,8%). Hampir sebagian responden yang mempunyai pengetahuan kurang dengan sikapnya yang mendukung sebanyak 35 orang (49,3%), dan sisanya responden yang mempunyai pengetahuan kurang dengan sikapnya yang tidak mendukung sebanyak 36 orang (50,7%).

### **Pembahasan**

Hasil penelitian menunjukkan proporsi tingkat pengetahuan yang baik dengan sikapnya yang mendukung sebanyak 2 orang (9,5%), sisanya tingkat pengetahuan baik dengan sikap keluarga yang tidak mendukung sebanyak 19 orang (90,5%). Tingkat pengetahuan keluarga yang cukup dengan sikap keluarga yang mendukung sebanyak 6 orang (18,2%), sedangkan sisanya tingkat pengetahuan keluarga yang cukup dengan sikap yang tidak mendukung sebanyak 27 orang (81,8%). Tingkat pengetahuan keluarga yang kurang dengan sikapnya yang mendukung sebanyak 35 orang (49,3%), sedangkan sisanya tingkat pengetahuan keluarga yang kurang dengan sikap keluarga yang tidak mendukung sebanyak 36 orang (50,7%).

Hasil uji statistik diperoleh nilai p-value : 0,000 karena p-value < 0,05, maka dapat disimpulkan bahwa ada hubungan

antara pengetahuan dengan sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis.

Tingkat pengetahuan keluarga tentang arthritis rheumatoid yang baik akan mempengaruhi keluarga untuk mempunyai sikap yang baik pula, dimana keluarga mengetahui langkah-langkah penting dalam upaya mencegah komplikasi yang mungkin muncul akibat penyakit arthritis rheumatoid.

Notoatmodjo (2003) mengemukakan bahwa pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya tindakan seseorang (*over behavior*). Tindakan perawatan yang didasari pengetahuan akan lebih baik daripada tindakan perawatan yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Pengetahuan menurut Bloom (1974) dikutip oleh Notoatmodjo (2003) adalah pemberian bukti oleh seseorang melalui proses mengingat atau mengenal suatu proses informasi, ide yang sudah diperoleh sebelumnya. Keluarga yang memiliki tingkat pengetahuan yang baik, mereka melakukan akses terhadap sarana pelayanan kesehatan lebih banyak mengenai upaya-upaya perawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi gejala-gejala arthritis rheumatoid dibandingkan dengan keluarga dengan tingkat pengetahuan yang kurang.

## B. Keterbatasan Penelitian

Peneliti menyadari bahwa penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan diantaranya sebagai berikut :

1. Penelitian ini menggunakan jenis penelitian deskriptif korelasional dengan pendekatan cross sectional sehingga tidak dapat menilai sebab akibat (hubungan kausal) secara langsung.
2. Pengambilan data primer dalam penelitian ini menggunakan kuesioner, dimana kuesioner yang diberikan pada responden merupakan bentuk pertanyaan tertutup sehingga responden hanya memilih jawaban yang telah tersedia dalam kuesioner, oleh karena itu responden tidak bebas dalam menjawab pertanyaan tetapi terikat pada jawaban yang disediakan.

Keterbatasan penelitian tersebut memungkinkan terjadinya bias data dalam penelitian, oleh karena itu peneliti berusaha untuk mengantisipasinya dengan cara:

1. Memberikan penjelasan kepada keluarga yang menjadi sampel penelitian mengenai maksud dan tujuan pengisian kuesioner.
2. Melakukan pengarahan kepada keluarga yang menjadi sampel penelitian dalam mengisi kuesioner yang diberikan agar tidak terjadi kesalahan dalam pengisian karena terdapat perbedaan cara pengisian.

## KESIMPULAN DAN SARAN

### A. Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan adalah sebagai berikut:

1. Tingkat pengetahuan keluarga tentang arthritis rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis Tahun 2015 adalah baik sebanyak 21 orang (16,8%), cukup sebanyak 33 orang (26,4%) dan kurang sebanyak 71 orang (56,8%).
2. Sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis Tahun 2015 adalah mendukung sebanyak 43 orang (34,3%) dan tidak mendukung sebanyak 82 orang (65,6%).
3. Adanya hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap keluarga tentang perawatan arthritis rheumatoid pada lansia di Desa Pamalayan Kecamatan Cijeungjing Kabupaten Ciamis Tahun 2015 dengan  $p\text{-value} = 0,000$ .

### B. Saran

1. Bagi Institusi 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 mengurangi angka morbiditas penderita arthritis rheumatoid yang semakin hari jumlahnya semakin meningkat.

Institusi pendidikan sebagai lembaga akademis diharapkan mampu memberikan kontribusi peningkatan

pengetahuan penderita maupun keluarga mengenai penyakit arthritis rheumatoid baik itu dilakukan dengan upaya penyuluhan langsung atau dengan melakukan seminar-seminar tentang arthritis rheumatoid, sehingga pengetahuan penderita maupun keluarga meningkat dan dapat memberikan dampak positif terhadap perawatan yang dilakukan. Selain upaya preventif pihak institusi pendidikan pun diharapkan melakukan upaya rehabilitatif sehingga angka kejadian arthritis rheumatoid dapat ditekan.

#### 2. Bagi Profesi Keperawatan

Perawat dalam menjalankan tugasnya harus dapat meningkatkan pengetahuannya mengenai arthritis rheumatoid baik faktor penyebab yang dapat mengakibatkan permasalahan arthritis rheumatoid maupun upaya pencegahannya baik promotif, preventif, kuratif, an rehabilitatif.

#### 3. Bagi Penderita dan Keluarga

Penderita maupun keluarga yang senantiasa berhubungan dengan penderita harus memiliki pengetahuan yang cukup tentang arthritis rheumatoid dan upaya pencegahan serta perawatan yang perlu dilakukan untuk mencegah komplikasi yang mungkin muncul akibat arthritis rheumatoid.

#### 4. Bagi peneliti Selanjutnya

Peneliti harus dapat mengaplikasikan apa yang telah diperoleh dari hasil penelitian ini

dalam kehidupan sehari-hari dilingkungan tempat tinggalnya. Penelitian selanjutnya perlu dilakukan penelitian tentang faktor-faktor dominan yang berhubungan dengan kejadian arthritis rheumatoid.

### DAFTAR PUSTAKA

- Alimul A, (2003). *Riset Keperawatan & Teknik Penulisan Ilmiah*. Jakarta, Salemba Medika.
- Arikunto S, (2006). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Edisi Revisi VI. Jakarta, Rineka Cipta.
- Azwar S, (2003). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Edisi ke-2 Cetakan VIII. Yogyakarta, Pustaka Pelajar.
- Bandiyah S, (2009). *Lanjut Usia dan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta, Nuha Medika.
- Darmojo B, & Martono H, (2004). *Geriatri Edisi ke-3*. Jakarta, Fakultas Kedokteran UI.
- Doenges M. E., (2000). *Rencana Asuhan Keperawatan Pedoman untuk Perencanaan dan Pendokumentasian Perawatan Pasien*. Edisi III. Jakarta, EGC.
- Hastono S. P., (2006). *Basic Data Analysis for Health Research Training*. Depok, Fakultas Kesehatan Masyarakat UI.
- Mansjoer A, (2001). *Kapita Selekta Kedokteran*. Edisi III. Jilid I. Jakarta, Media Aesculapius.

- Notoatmodjo S., (2003). *Pendidikan dan Perilaku Kesehatan*. Jakarta, Rineka Cipta.
- Nursalam & Pariani S., (2001). *Pendekatan Praktis Metodologi Riset Keperawatan*. Jakarta, Salemba Medika.
- Nursalam, (2003). *Konsep dan Penerapan Metodologi Ilmu Keperawatan*. Jakarta, Salemba Medika
- Nugroho W., (2008). *Keperawatan Gerontik Edisi III*. Jakarta, EGC.
- Price S. A. & Wilson L. M., (2006). *Patofisiologi Konsep Klinis Proses-oroses Penyakit*. Edisi VI Vol. II. Jakarta, EGC.
- Riwidikdo H., (2008). *Statistik Kesehatan Belajar Mudah Teknik Analisa Data dalam Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta, Mitra Sendikia Press.
- Sabri L., & Hastono S. P., (2006). *Statistik Kesehatan*. Jakarta, PT. Raja Grafindo Persada.
- Stanley M. & Beare P. G., (2007). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik Edisi II*. Jakarta, EGC.
- Setiawan A., (2000). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Bandung, Akper Padjadjaran Bandung.
- Sudiharto, (2007). *Asuhan Keperawatan Keluarga dengan Pendekatan Keperawatan Transkultural*. Jakarta, EGC.
- Suprajitno, (2004). *Asuhan Keperawatan Keluarga Aplikasi dalam Praktek*. Jakarta, EGC.
- Suratun, (2008). *Seri Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Sistem Muskuloskeletal*. Jakarta, EGC.
- Watson, (2010). *Perawatan pada Lansia*. Jakarta, EGC.