

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN LANSIA TENTANG REMATIK DI PUSKESMAS
SIMARPINGGAN KECAMATAN ANGKOLA SELATAN
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2022**

SKRIPSI

**OLEH:
Rahman Sholihin Siregar
NIM : 18010059**



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN LANSIA TENTANG REMATIK DI PUSKESMAS
SIMARPINGGAN KECAMATAN ANGKOLA SELATAN
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2022**

Diajukan Untuk Memenuhi Persyaratan Memperoleh
Gelar Sarjana Keperawatan

OLEH:
Rahman Sholihin Siregar
NIM : 18010059



**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
FAKULTAS KESEHATAN UNIVERSITAS AUFA ROYHAN
DI KOTA PADANGSIDIMPUAN
2022**

HALAMAN PENGESAHAN

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN LANSIA TENTANG REMATIK DI PUSKESMAS
SIMARPINGGAN KECAMATAN ANGKOLA SELATAN
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2022**

Skripsi ini telah diseminarkan dan dipertahankan di hadapan
tim penguji Program Studi Keperawatan Program Sarjana
Fakultas Kesehatan Universitas Aufa Royhan
Di Kota Padangsidempuan

Padangsidempuan, Agustus 2022

Pembimbing Utama



Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep

Pembimbing Pendamping



Ns. Eki Maryo Harahap, M.Kep

Ketua Program Studi Keperawatan
Program Sarjana



Ns. Natar Fitri Napitupulu, M.Kep

Dekan Fakultas Kesehatan
Universitas Aufa Royhan



Arini Hidayah, SKM. M.Kes

IDENTITAS PENULIS

Nama : RAHMAN SHOLIHIN SIREGAR
NIM : 18010059
Tempat/Tanggal Lahie : Rondaman, 21 Januari 1998
Jenis Kelamin : Laki Laki
Alamat : Desa Rondaman, Kec. Halongonan Timur Kab.
Padang Lawas Utara

Riwayat Pendidikan :

1. SDN 100730 RONDAMAN : Lulus Tahun 2012
2. SMPN 2 HALONGONAN : Lulus Tahun 2015
3. SMK MATORKIS : Lulus Tahun 2018

SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Rahman Sholihin Siregar

NIM : 18010059

Program Studi : Keperawatan Program Sarjana

Dengan ini menyatakan bahwa skripsi yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Rematik di Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022”** benar bebas dari plagiat, dan apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Padangsidempuan, 07 September 2022
Penulis



Rahman Sholihin Siregar
NIM : 18010059

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur peneliti ucapkan kehadiran Allah SWT, karena atas berkatnya dan rahmat-NYA peneliti dapat menyusun Skripsi dengan judul” **Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Rematik di Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022**”, sebagai salah satu syarat memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.

Dalam proses penyusunan skripsi ini peneliti banyak mendapatkan bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak. Oleh karena itu, pada kesempatan ini peneliti menyampaikan ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi – tingginya kepada yang terhormat:

1. Arinil Hidayah, SKM, M.Kes, selaku Dekan Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan.
2. Ns. Nanda Masraini Daulay, M.Kep, selaku Ketua Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.
3. Ns. Febrina Angraini Simamora, M.Kep, selaku pembimbing utama yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
4. Ns. Eki Maryo Harahap, M.Kep, selaku pembimbing pendamping yang telah meluangkan waktu untuk membimbing saya dalam menyelesaikan skripsi ini.
5. Seluruh Dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana Universitas Afa Royhan Di Kota Padangsidempuan.

6. Orang tua saya atas dukungan, semangat, perhatian, pengertian dan nasehat yang tiada henti dan sangat berarti bagiku sehingga penelitian ini dapat diselesaikan .
7. Sahabat-sahabat tercinta (yang tidak dapat kusebutkan satu per satu namanya) beserta teman-teman satu bimbingan, atas dukungan, bantuan, dan kesediaan sebagai tempat berkeluh kesah dan berbagi ilmu.

Dalam penyusunan skripsi ini masih jauh dari sempurna sehingga membutuhkan kritikan dan saran yang bersifat membangun. Yang diharapkan guna perbaikan dimasa mendatang. Mudah – mudahan penelitian ini bermanfaat bagi peningkatan pelayanan keperawatan.

Padangsidempuan, Juni 2022

Peneliti

**PROGRAM STUDI KEPERAWATAN PROGRAM SARJANA
UNIVERSITAS AUFA ROYHAN PADANGSIDIMPUAN**

Laporan penelitian, September 2022
Rahman Sholihin Siregar

**PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT
PENGETAHUAN LANSIA TENTANG REMATIK DI PUSKESMAS
SIMARPINGGAN KECAMATAN ANGKOLA SELATAN
KABUPATEN TAPANULI SELATAN
TAHUN 2022**

ABSTRAK

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas dan merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. pada kelompok lansia ini akan terjadi suatu proses yang di sebut dengan proses penuaan (*aging proses*). Untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan lansia tentang rematik di puskesmas simarpinggian kecamatan angkola selatan kabupaten tapanuli selatan. Jenis penelitian yang dilakukan adalah penelitian kuantitatif. Desain penelitian yang digunakan adalah *Quasy-experimental* dengan jumlah responden sebanyak 50 orang. Penelitian ini dilakukan di wilayah Puskesmas Simarpinggian kecamatan Angkola Selatatan Kabupaten Tapanuli selatan. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mayoritas responden pada lansia yaitu dengan tingkat pengetahuan baik sebanyak 50 orang (100%). Saran dari penelitian ini yaitu meningkatkan lagi kegiatan-kegiatan yang melibat- kan seluruh lansia seperti kegiatan terapi aktivitas kelompok ataupun terapi keluarga agar mendorong lansia untuk lebih sering berinteraksi dengan sesama lansia dan juga menjaga pola hidup sehat, dan juga mendorong para lansia agar tetap dilibatkan dalam setiap kegiatan yang diadakan di panti.

**Kata kunci : Rheumatoid arthrititis, Lansia, pendidikan kesehatan.
Daftar pustaka: 30 (2011 - 2021)**

*NURSING STUDY PROGRAM UNDERGRADUATE PROGRAM
AUFA ROYHAN UNIVERSITY PADANGSIDIMPUAN*

*Research report, September 2022
Rahman Sholihin Siregar*

*The Effect Of Health Education On The Level Of Elderly Knowledge About Rheumatism At The Simarpinggan Puskesmas, Angkola Selatan District South Tapanuli District
Year 2022*

Abstract

Elderly is someone who is 60 years and over and is an age group in humans who have entered the final stages of their life phase. In this elderly group there will be a process called the aging process. To determine whether there is an effect of health education on the level of knowledge of the elderly about rheumatism at the Simarpinggan Public Health Center, South Angkola District, South Tapanuli Regency. This type of research is quantitative research. The research design used was quasi-experimental with 50 respondents. This research was conducted in the area of the Simarpinggan Health Center, Angkola Selatatan District, South Tapanuli Regency. The results of this study indicate that the majority of respondents in the elderly are with a good level of knowledge as many as 50 people (100%). Suggestions from this research are to increase activities that involve all the elderly such as group activity therapy activities or family therapy in order to encourage the elderly to interact more often with fellow elderly and also maintain a healthy lifestyle, and also encourage the elderly to remain involved in every activity held in the orphanage.

*Key words : Rheumatoid arthritis, Elderly, health education.
Bibliography : 30 (2011 - 2021)*

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
DAFTAR RIWAYAT PENULIS.....	iii
SURAT PERNYATAAN TIDAK PLAGIAT	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR SKEMA	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
BAB 1 PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah.....	4
1.3 Tujuan Penelitian.....	4
1.3.1 Tujuan Umum	4
1.3.2 Tujuan Khusus	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
1.4.1 Manfaat Praktis	5
1.4.2 Manfaat Teoritis.....	6
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Lansia.....	7
2.1.1 Pengertian Lansia	7
2.1.2 Ciri-Ciri Lansia	8
2.1.3 Batasan Lansia	8
2.1.4 Masalah Pada Lansia.....	9
2.1.5 Tipe Pada Lansia	10
2.1.6 Permasalahan Kesehatan Pada Lansia.....	11
2.2 Rematik	12
2.2.1 Pengertian Rematik	12
2.2.2 Jenis-Jenis Penyakit Rematik	14
2.2.3 Gejala Penyakit Rematik	16
2.2.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Rematik	18
2.2.5 Penatalaksanaan	20
2.2.6 Faktor Resiko Rematik	21
2.3 Pengetahuan	22
2.3.1 Pengertian Pengetahuan	22
2.3.2 Tingkat Pengetahuan	24
2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan	25
2.4 Pendidikan Kesehatan.....	26
2.4.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	27
2.4.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	29
2.4.3 Sasaran Pendidikan	30
2.4.4 Metode Pendidikan Kesehatan	32
2.4.5 Metode Massa	31

2.5 Kerangka Konsep	32
2.6 Hipotesis	33

BAB 3 METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis Dan Desain Penelitian	34
3.2 Tempat dan Waktu Penelitian	34
3.2.1 Tempat Penelitian	34
3.2.2 Waktu Penelitian	35
3.3 Populasi dan Sampel	36
3.3.1 Populasi	37
3.3.2 Sampel	38
3.4 Alat pengumpulan data.....	39
3.5 Etika Penelitian	40
3.6 Prosedur Pengumpulan Data.....	41
3.7 Definisi Operasional.....	42
3.8 Pengolahan Data.....	43
3.9 Analisa data.....	44

BAB 4 HASIL PENELITIAN

4.1 Hasil Penelitian	45
4.2 Analisis Univariat	45
4.3 Analisis Bivariat	46

BAB 5 PEMBAHASAN

5.1 Data Demogrfi Responden	47
5.2 Analisis Univariat	47
5.3 Analisis Bivariat	48

BAB 6 PENUTUP

6.1 Kesimpulan	50
6.2 Saran.....	0

**DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN**

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 3.1 Rencana Waktu Penelitian.....	34
Tabel 3.2 Defenisi Operasional.....	42

DAFTAR SKEMA

	Halaman
Skema2.1.Kerangka Konsep	32

DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran 1 : Surat Survey Pendahuluan Dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 2 : Surat Balasan Survey Pendahuluan Dari Puskesmas Simarpinggan
- Lampiran 3 : Surat Izin Penelitian Dari Universitas Afa Royhan Padangsidempuan
- Lampiran 4 : Surat Balasan Izin Penelitian Dari Puskesmas Simarpinggan
- Lampiran 5 : Lembar Permohonan Menjadi Responden
- Lampiran 6 : Pernyataan Bersedia Menjadi Responden
- Lampiran 7 : Kuesioner
- Lampiran 8 : Master Tabel
- Lampiran 9 : Hasil Out Put
- Lampiran 10 : Dokumentasi Penelitian
- Lampiran 11 : Lembar Konsultasi

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Peningkatan Usia Harapan Hidup (UHH) berhubungan dengan semakin meningkatnya jumlah penduduk lansia dari tahun ke tahun. Dalam waktu hampir lima dekade (1971- 2017), presentase lansia Indonesia meningkat sekitar dua kali lipat menjadi 8,97 persen atau sekitar 23,4 juta. Presentase lansia perempuan lebih banyak sekitar satu persen (9,47%) dibandingkan lansia laki-laki (8,48%). Selain itu, kelompok umur yang mendominasi lansia di Indonesia adalah kelompok umur 60-69 tahun (lansia muda) sebesar 63%, sisanya yaitu kelompok umur 70-79 tahun (lansia madya) sebesar 27,8% dan kelompok umur ≥ 80 tahun (lansia tua) sebesar 9,2%. Meningkatnya penduduk lansia memberikan konsekuensi tersendiri bagi pembangunan nasional (BPS, 2018).

Di satu sisi menunjukkan keberhasilan namun di sisi lain menciptakan tantangan untuk berbagai aspek kehidupan. Hal ini terkait dengan produktivitas dan kualitas hidup lansia yang cenderung menurun. Dari sisi kesehatan, lansia juga mengalami penurunan fungsi anatomi dan kekebalan tubuh dalam menangkal segala jenis penyakit. Bahkan, prevalensi dari penyakit tidak menular pada lansia saat ini kian meningkat (BPS, 2018).

Adapun beberapa penyakit yang terjadi pada lansia antara lain hipertensi, diabetes melitus, osteoporosis, rheumatoid arthritis. Rheumatoid arthritis adalah keadaan tubuh yang mengalami nyeri dan kaku pada sistem muskuloskeletal dan merupakan gangguan atau penyakit yang berhubungan dengan jaringan ikat (Udiyani, 2018).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya *rheumatoid arthritis* menurut Ayumar dan Andi (2016) yaitu: umur, genetik, perilaku kesehatan, dan pengetahuan. Umur semakin bertambahnya umur, semakin tinggi resiko terkena *rheumatoid arthritis*. Setelah berusia 60 tahun keatas, resiko terjadi *rheumatoid arthritis* sangat mudah terkena. *Rheumatoid arthritis* yang diduga dipengaruhi oleh proses degeneratif. Genetik berperan penting terjadinya *rheumatoid arthritis*. Apabila ada anggota keluarga yang menderita *rheumatoid arthritis*, kemungkinan besar akan terkena *rheumatoid arthritis*.

Menurut *World Health Organization*(WHO), angka kejadian Rematik di dunia mengalami peningkatan sebanyak 355 juta jiwa dari 165 juta jiwa di tahun 2016 dan sekitar 25% penderita Rematik akan mengalami kecacatan akibat kerusakan pada tulang dan gangguan pada persendian (Defebrianasusda Dida, Sakti O. Batubara, 2018).

Di dunia semakin meningkat penyakit arthritis reumatoid pada lansia terutama banyak terjadi pada perempuan. Penelitian dari Mayo Clinic yang dilakukan di Amerika Serikat menunjukkan antara 1995-2005, wanita penderita Arthritis Rheumatoid mencapai 54.000- 100.000 orang, sedangkan pria hanya 29.000 dari 100.000 orang (Situmorang, 2017).

Menurut Riskesdas (2018) jumlah penderita rheumatoid arthritis di Indonesia mencapai 7,30%. Seiring bertambahnya jumlah penderita rheumatoid arthritis di Indonesia justru tingkat kesadaran dan salah pengertian tentang penyakit ini cukup tinggi. Keadaan inilah menjelaskan bahwa kurangnya pengetahuan masyarakat Indonesia khususnya penderita untuk mengenal lebih dalam lagi mengenai penyakit rheumatoid arthritis. Selanjutnya prevalensi yang

terjadi di Jawa Tengah berjumlah (6.78%). Prevalensi berdasarkan diagnosis dokter tertinggi di Aceh (13,3%). Prevalensi yang didiagnosa dokter lebih tinggi perempuan (8,5%) dibanding dengan laki-laki 6,1% (Riskesdas, 2018). Prevalensi jumlah penyakit di Jawa Tengah 25,5% (Nurwulan, 2017). Prevalensi penyakit rematik berdasarkan diagnosis tenaga kesehatan atau gejala di kota Magelang 28,9%, sedangkan di Kabupaten Magelang 11,7% (Fajri & Muhlisin, 2019).

Survei Dinas Kesehatan Provinsi Sumatera Utara Prevalensi Penyakit Sendi berdasarkan Didiagnosis Dokter pada Penduduk Umur ≥ 15 Tahun menurut Kabupaten/Kota di Provinsi Sumatera Utara, Riskesdas 2018 yang menempati angka tertinggi yaitu Kabupaten Nias Utara 14,03% dan data terendah Nias Barat 1,87 % (Riskesdas, 2018).

Survei Dinas Kesehatan Tapanuli Selatan Tahun 2019 berjumlah 15.123 orang, di pada tahun 2020 berjumlah 17.273 orang, sedangkan di tahun 2021 di dapatkan penderita rematik berjumlah sekitar 19.442 orang.

Berdasarkan studi pendahuluan Puskesmas Simarpinggan, pada tahun 2019 terdapat 315 orang penderita rematik. pada tahun 2020 terdapat penderita rematik sebanyak 426 orang, kemudian tahun 2021 terdapat penderita rematik 547. Dari hasil data yang diperoleh peneliti dapat disimpulkan bahwa penderita rematik mengalami peningkatan disetiap tahunnya.

Penelitian terkait oleh Nurl Aklima tahun 2017 mengatakan bahwa lanjut usia memiliki tingkat pengetahuan kurang baik tentang penyakit rematik, Pengetahuan merupakan hasil tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, dari pengalaman dan penelitian

terbukti bahwa sikap yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan dari pada sikap yang tidak didasari oleh pengetahuan. Pendapat ini sejalan dengan tingkat pengetahuan lanjut usia tentang penyakit rematik. Tingkat pengetahuan lanjut usia yang baik menghasilkan sikap yang baik dalam menghadapi penyakit rematik. (Aklima, 2017)

Berdasarkan hasil penelitian dari Rumaolat, (2021) dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan penderita *rheumatoid arthritis* di Desa Wakasihu Kecamatan Leihitu Barat Kabupaten Maluku Tengah.

Berdasarkan hasil penelitian Widiyawati, & Nikmah, (2021) didapatkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan tentang arthritis rheumatoid pada lansia sebelum diberikan penyuluhan kesehatan tentang arthritis rheumatoid sebagian besar adalah pengetahuan kurang sebanyak 15 lansia (42,9%), sedangkan pengetahuan pada lansia setelah diberikan penyuluhan kesehatan tentang arthritis rheumatoid sebagian besar pengetahuan baik sebanyak 20 lansia (57,2%)

Berdasarkan survei awal yang peneliti lakukan pada tanggal 12 desember 2021 di Puskesmas Simarpinggan Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan kepada 12 orang penderita Rematik yang berusia 60–74 tahun, 7 orang perempuan diantaranya sering mengalami ngilu/nyeri pada persendian tangan dan susah dalam melakukan aktivitas sehari-hari, 5 orang laki-laki mengatakan nyeri pada persendian kaki dan susah dalam melakukan aktivitas seperti jalan kaki, susah untuk berdiri akibat nyeri persendian. 5 orang

diantaranya tidak mengetahui tanda dan gejala serta cara mengatasi penyakit yang nyeri tersebut, 3 diantaranya mengatakan keluhan kembali dirasakan saat melakukan aktivitas/pekerjaan yang berat, maka kakinya terasa nyeri pada persendian tulang sehingga penderita merasa kesulitan dalam melakukan aktivitas, 4 orang diantaranya mengatakan jika sehabis mengonsumsi makanan yang mengandung purin seperti kacang-kacangan maka penderita akan merasakan nyeri pada persendian tulang.

Berdasarkan uraian pada latar belakang diatas, maka penulis merasa tertarik untuk melakukan penelitian tentang pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan lansia tentang rematik di Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan.

1.2 Perumusan Masalah

Berdasarkan uraian dan latar belakang tersebut diatas maka dapat dirumuskan masalah penelitian sebagai berikut :

“ Apakah pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan lansia tentang rematik pada lansia”

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui ada tidaknya pengaruh pendidikan kesehatan terhadap tingkat pengetahuan lansia tentang rematik di puskesmas simarpinggian kecamatan angkola selatan kabupaten tapanuli selatan.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan lansia tentang rematik sebelum dilakukan pendidikan kesehatan.

2. Untuk mengetahui tingkat pengetahuan lansia tentang rematik setelah dilakukan pendidikan kesehatan
3. Untuk membandingkan pengetahuan lansia sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat sebagai berikut :

1.4.1 Bagi Tempat Penelitian

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi penyakit pada lansia di Simarpinggan Kabupaten Tapanuli Selatan.

1.4.2 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menjadi referensi di perpustakaan Universitas Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan dan diharapkan dapat memberikan sumbangan dan acuan bagi mahasiswa Aufa Royhan Di Kota Padangsidempuan

1.4.3 Bagi Responden

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pendidikan kesehatan masyarakat terhadap rematik pada lansia di Puskesmas Simarpinggan Kecamatan Angkola Kabupaten Tapanuli Selatan setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

1.4.4 Bagi untuk Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan atau informasi bagi Pemerintah setempat dalam melaksanakan program pelayanan kesehatan terkait.

1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan untuk bahan evaluasi dalam melayani klien, dan membuat program-program yang dapat mempertahankan kesehatan lansia.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Lansia

2.1.1 Pengertian Lansia

Lansia adalah seseorang yang berusia 60 tahun keatas dan merupakan kelompok umur pada manusia yang telah memasuki tahapan akhir dari fase kehidupannya. pada kelompok lansia ini akan terjadi suatu proses yang di sebut dengan proses penuaan (*aging proses*) (WHO, 2018). Lansia dapat juga diartikan sebagai menurunnya kemampuan jaringan untuk memperbaiki diri dan mempertahankan struktur serta fungsi normalnya, sehingga tidak dapat bertahan terhadap jejas (Darmojo, 2015).

2.1.2 Ciri ciri lansia

Menurut Depkes RI (2016), ciri-ciri sebagai berikut :

a. Lansia ialah periode kemunduran

Kemunduran pada lansia sebagian datang dari faktor fisik dan faktor psikologis sehingga motivasi memiliki peran yang penting dalam kemunduran lansia. Misalnya lansia yang memiliki motivasi yang rendah dalam melakukan kegiatan, maka akan mempercepat proses kemunduran fisik, akan tetapi ada juga lansia yang memiliki motivasi yang tinggi, maka kemunduran fisik pada lansia akan lebih lama terjadi.

b. Lansia memiliki status kelompok minoritas

Kondisi ini sebagai akibat dari sikap sosial yang tidak menyenangkan terhadap lansia dan diperkuat oleh pendapat kurang baik, misalnya lansia yang lebih senang mempertahankan pendapatnya maka sikap sosial di

masyarakat menjadi negatif, tetapi ada juga lansia yang mempunyai tenggang rasa kepada orang lain sehingga sikap sosial masyarakat menjadi positif.

c. Menua membutuhkan perubahan peran

Perubahan peran pada lansia sebaiknya dilakukakn atas dasar keinginan sendiri bukan atas dasar tekanan dari lingkungan. Misalnya lansia menduduki jabatan sosial di masyarakat sebagai ketua RW, sebaiknya masyarakat tidak memberhentikan lansia sebagai ketua RW karena usianya.

d. Penyesuaian yang buruk pada lansia

Perlakuan yang buruk terhadap lansia membuat mereka cenderung mengembangkan konsep diri yang buruk sehingga dapat memperlihatkan bentuk perilaku yang buruk. Akibat dari perlakuan yang buruk itu membuat penyesuain diri lansia menjadi buruk pula. Contoh : lansia yang tinggal bersama keluarga sering tidak dilibatkan untuk pengambilan keputusan karena dianggap pola pikirnya kuno, kondisi inilah yang menyebabkan lansia menarik diri dari lingkungan, cepat tersinggung dan bahkan memiliki harga diri yang rendah.

2.1.3 Batasan Lansia

Menurut (Nur Kholifah, 2016) dalam Buku Keperawatan Gerontik batasan lansia dibagi menjadi dua yaitu:

Menurut *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2015 menjelaskan batasan lansia adalah sebagai berikut:

a. Usia lanjut (elderly) antara usia 60-74 tahun

- b. Usia tua (old) antara usia 75-90 tahun
- c. Usia sangat tua (very old) adalah usia > 90 tahun

Depkes RI (2016) menjelaskan bahwa batasan lansia dibagi menjadi tiga kategori, yaitu:

- a. Usia lanjut presenilis yaitu antara usia 45-59 tahun
- b. Usia lanjut yaitu usia 60 tahun ke atas
- c. Usia lanjut beresiko yaitu usia 70 tahun ke atas atau usia 60 tahun ke atas dengan masalah kesehatan.

2.1.4 Masalah Pada Lansia

Permasalahan yang muncul pada lansia menurut (Nur Kholifah, 2016) dalam Buku Keperawatan Gerontik diantaranya yaitu:

- a. Masalah fisik

Masalah yang dihadapi oleh lansia adalah fisik yang mulai melemah, sering terjadi radang persendian ketika melakukan aktivitas yang cukup berat, indra penglihatan yang mulai kabur, indra pendengaran yang mulai berkurang serta daya tahan tubuh yang menurun, sehingga seringsakit.

- a. Masalah kognitif (intelektual)

Masalah yang dihadapi lansia terkait dengan perkembangan kognitif, adalah melemahnya daya ingat terhadap sesuatu hal (pikun), dan sulit untuk bersosialisasi dengan masyarakat disekitar.

- c. Masalah emosional

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan emosional, adalah rasa ingin berkumpul dengan keluarga sangat kuat, sehingga tingkat perhatian

lansia kepada keluarga menjadi sangat besar. Selain itu, lansia sering marah apabila ada sesuatu yang kurang sesuai dengan kehendak pribadi dan sering stres akibat masalah ekonomi yang kurang terpenuhi.

d. Masalah spiritual

Masalah yang dihadapi terkait dengan perkembangan spiritual, adalah kesulitan untuk menghafal kitab suci karena daya ingat yang mulai menurun, merasa kurang tenang ketika mengetahui anggota keluarganya belum mengerjakan ibadah, dan merasa gelisah ketika menemui permasalahan hidup yang cukup serius.

2.1.5 Tipe pada Lansia

Umumnya lansia lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya, menurut Nugroho W (2012), adalah :

- a. Tipe arif bijaksana : Yaitu tipe kaya pengalaman, menyesuaikan diri dengan perubahan zaman, mempunyai kesibukan, ramah, rendah hati, menjadi panutan.
- b. Tipe mandiri : Yaitu mengganti kegiatan yang hilang dengan yang baru, selektif dalam mencari pekerjaan, bergaul dengan teman dan memenuhi undangan.
- c. Tipe tidak puas : Yaitu tipe konflik lahir batin, menentang proses penuaan sehingga menjadi pemarah, tidak sabar, mudah tersinggung, sulit dilayani, pengkritik dan banyak menuntut.
- d. Tipe pasrah : Yaitu lansia yang menerima dan menunggu nasib baik,

mengikuti kegiatan agama, dan melakukan pekerjaan apa saja.

- e. Tipe bingung : Yaitu kaget, kehilangan kepribadian, mengasingkan diri, minder, menyesa, pasif dan acuh tak acuh. Tipe lain dari lansia adalah tipe optimis, tipe konstruktif, tipe dependen (ketergantungan), tipe defensif (bertahan), tipe militan dan serius, tipe pemaarah/frustasi (kecewa akibat kegagalan dalam melakukan sesuatu), serta tipe putus asa (benci pada diri sendiri) (Maryam, 2011).

2.1.6 Permasalahan Kesehatan Lansia

- a. Mudah jatuh, jatuh adalah suatu kejadian yang dilaporkan penderita atau saksi mata yang melihat kejadian, yang mengakibatkan seseorang mendadak terbaring/ terduduk di lantai atau tempat yang lebih rendah dengan atau tanpa kehilangan kesadaran atau luka. Faktor instrinsik yang menyebabkan mudah jatuh antara lain gangguan jantung dan sirkulasi darah, gangguan sistem anggota gerak, gangguan sistem saraf pusat, gangguan penglihatan dan pendengaran, gangguan psikologis, vertigo dan penyakit-penyakit sistemik. Sedangkan faktor ekstrinsik penyebab jatuh antara lain cahaya ruangan yang kurang terang, lantai licin, tersandungbenda, alas kaki kurang pas, tali sepatu, kursi roda dan turun tangga.
- b. Kekacauan mental akut, kekacauan mental pada lansia dapat disebabkan oleh keracunan, penyakit infeksi dengan demam tinggi, alkohol, penyakit metabolisme, dehidrasi, gangguan fungsi otak dan gangguan fungsi hati.

- c. Mudah lelah, disebabkan oleh faktor psikologis berupa perasaan bosan, keletihan dan depresi. Faktor organik yang menyebabkan kelelahan antara lain anemia, kekurangan vitamin, osteomalasia, kelainan metabolisme, gangguan pencernaan dan kardiovaskuler.
- d. Nyeri dada, dapat disebabkan oleh penyakit jantung koroner, aneurisme aorta, radang selaput jantung dan gangguan pada sistem pernafasan.
- e. Sesak nafas, terutama saat melakukan aktifitas/ kerja fisik, dapat disebabkan oleh kelemahan jantung, gangguan sistem saluran nafas, berat badan berlebihan dan anemia.
- f. Palpitasi/ jantung berdebar-debar, dapat disebabkan oleh gangguan irama jantung, keadaan umum badan yang lemah karena penyakit kronis dan faktor psikologis.
- g. Pembengkakan kaki bagian bawah, dapat disebabkan oleh kaki yang lama digantung, gagal jantung, bendungan vena, kekurangan vitamin B1, penyakit hati dan ginjal.
- h. Nyeri pinggang atau punggung, dapat disebabkan oleh gangguan sendi atau susunan sendi pada tulang belakang, gangguan pankreas, kelainan ginjal, gangguan pada rahim, kelenjar prostat dan otot-otot badan.
- i. kelainan lensa mata, glukoma, dan peradangan saraf mata. Gangguan pendengaran dapat disebabkan oleh kelainan degeneratif, misalnya otosklerosis.

- j. Sulit tidur, dapat disebabkan oleh faktor ekstrinsik seperti lingkungan yang kurang tenang dan faktor intrinsik seperti gatalgatal, nyeri, depresi, kecemasan dan iritabilitas.
- k. Sukar menahan buang air besar, dapat terjadi karena penggunaan obat-obatanpencahar, keadaan diare, kelainan usus besar dan saluran pencernaan.
- l. Eneuresis, sukar menahan buang air kecil atau sering ngompol dapatdisebabkan oleh penggunaan obat-obatan, radang kandung kemih, kelainan kontrol pada kandung kemih kelainan persyarafan kandung kemih serta akibat faktor psikologis.
- m. Penyakit kronis, gangguan saluran cerna dan faktor-faktor sosioekonomis (Nugroho W, 2012).

2.2 Rematik

2.1.1 Pengertian Rematik

Rematik merupakan penyakit autoimun dimana system imun seseorang mengalami kerusakan yang berujung pada rusaknya sendi dan lapisan synovial terutama pada tangan, kaki dan lutut (Sakti, N. P. R., & Muhlisin, A. M. A., 2019).

2.1.2 Jenis – Jenis Penyakit Rematik

Junaidi (2012) menyebutkan ragam penyakit rematik sebagai berikut :

- a. Gout Serangan gout muncul secara mendadak, biasanya di jempol kaki atau sendi- sendi lainnya. Gout disebabkan oleh gangguan metabolisme protein purin yang menyebabkan asam urat darah meningkat dan kristal asam urat terbentuk dalam sendi atau tempat lainnya.

b. Arthritis Reumatoid

Arthritis reumatoid terjadi karena sistem imun menyerang lapisan atau membran sinovial sendi. Umumnya proses ini melibatkan seluruh tubuh dan dapat menyebabkan kelelahan, kehilangan berat badan, kurang darah (anemia), serta menyerang paru-paru, jantung, dan mata.

c. Osteoarthritis Osteoarthritis disebabkan oleh patahnya bantalan tulang rawan (kartilago) yang menjadi bantal tulang. Penyakit ini sering disebut sebagai arthritis degeneratif.

d. Lupus (systemic lupus erythematosus) Penyakit ini menyerang kulit dan melibatkan sendi, otot, serta terkadang organ dalam atau tubuh lainnya.

2.1.3 Gejala Penyakit Rematik

Junaidi (2012) mengemukakan secara garis besar, penyakit rematik terdiri dari:

a. Artralgia, yaitu gejala yang hanya ditemukan pada sendi, berupa pegal linu, tanpa gejala lainnya. Gejala pegal-pegal ini biasanya ditemukan pada penyakit lupus atau rematik akibat autoimun.

b. Arthritis atau radang pada sendi. Gejala peradangan arthritis cenderung lengkap, yaitu: terjadi pembengkakan, muncul kemerahan di kulit, terasa nyeri dan panas pada sendi yang terserang dan biasanya sendi menjadi sulit untuk digerakkan.

c. Nyeri sendi dengan tanda radang yang tidak lengkap (artropik). Misalnya, terjadi pembengkakan pada tulang, bukan pada jaringan lunak. Atau, terjadi pembengkakan tulang yang diikuti dengan gangguan fungsi tulang,

tetapi tidak muncul kemerahan di kulit atau rasa panas. Nyeri sendi juga dialami oleh penderita kanker, terutama kanker darah.

- d. Kekakuan di pagi hari selama lebih dari 1 jam dapat bersifat generalisasi terutama menyerang sendi (Brunner dan Suddart 2002 dalam Afriyanti, 2009)

2.1.4 Faktor Yang Mempengaruhi Kekambuhan Rematik

Menurut pendapat berbagai ahli dalam faktor dominan yang mempengaruhi kekambuhan penyakit rematik (Syam, S 2010). Sebagai berikut :

- a. Pola makan

Pola makan yang salah menjadi salah satu pencetus terjadinya kekambuhan. Di mana pola makan yang sehat sebaiknya dimulai dengan mengadakan perubahan-perubahan kecil pada makanan yang kita pilih, juga mengurangi makanan dapat mempengaruhi kekambuhan Penyakit rematik seperti, produk kacang-kacangan seperti susu kacang, kacang buncis, organ dalam hewan seperti; usus, hati, limpa, paru, otak, dan jantung, makanan kaleng seperti, sarden, kornet sapi, makanan yang dimasak menggunakan santan kelapa, beberapa jenis buah-buahan seperti durian, air kelapa muda, minuman seperti alkohol dan sayur seperti kangkung dan bayam (Putri, 2012).

- b. Pola Aktivitas

Rematik sering terjadi pada orang mempunyai aktivitas yang berlebihan dan melakukan pekerjaan yang banyak dalam jangka waktu yang lama dengan posisi jalan maupun berdiri dengan rentan yang lama karena terjadi penekanan yang berlebihan pada sendi lutut, semakin berat aktivitas yang dilakukan oleh seseorang dalam kegiatan sehari-hari sering dapat mengakibatkan kekambuhan rematik pada saat lansia (Adaniar 2010).

c. Mandi pada malam hari

Penyebab salah satunya yang sering terjadi rematik inilah alasan mengapa mandi malam dilarang tetapi semata-mata bukan karena mandi malam. Karena air dan udara yang dingin memicu pengaruh terhadap kapsul sendi sehingga membuat persendian semakin nyeri. Itulah alasannya sehingga malam tidak di anjurkan mandi air dingin tetapi yang dianjurkan adalah air hangat.

d. Mengonsumsi Alkohol Alkohol tidak ada manfaatnya sama sekali untuk dikonsumsi, kandungan alkohol bisa menyebabkan kadar asam urat menjadi lebih tinggi, alkohol dapat mempengaruhi kesehatan pada saat lansia yang akan mengalami kekambuhan rematik (Heliovera et al 2010).

e. Luka Berat Luka berat merupakan salah satu penyebab utama munculnya rematik pada saat lansia. Berdasarkan open Access reumatologi luka berat bisa memicu munculnya radang yang menyebabkan terjadinya rematik yaitu, tulang patah / retak, sendi terlepas serta kerusakan ligamen yang dapat memicu rentan terjadinya rematik.

f. Infeksi Infeksi adalah bakteri (*Aggretibacter actinomy cetemitas*) tersebut meningkatkan produksi protein penyebab rematik. Akan tetapi bakteri ini bukan salah satu-satunya penyebab rematik oleh karena virus kemudian di anggap turut munculnya rematik. Penderita rematik pada umumnya memiliki kadar antibodi. Pangkal virus epstein barr penyebab mononukleosis demam kelenjar yang lebih tinggi dapat memicu terjadinya rematik.

g. Keturunan/ Genetik Menurut (Mansjoer, 2011) Genetik merupakan faktor keturunan yang terdapat (HLA) atau antigen limfosit manusia yang tinggi. (HLA) terdapat rematik yang menunjukkan adanya hubungan aloagen sel B

yang lebih dikenal anti bodi monoklonal dengan status rematik atau rentan terkena rematik yang dapat dipengaruhi oleh faktor keturunan atau genetik.

2.1.1 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan yang dilakukan pada pasien Arthritis Reumatoid menurut (Noor Zairin, 2012) dalam buku ajar Gangguan Muskuloskeletal ada dua yaitu farmakologi dan nonfarmakologi:

1. Terapi Farmakologi

Terapi farmakologi terdiri dari obat-obatan analgesik digunakan untuk mengurangi rasa sakit dan nyeri, contohnya:

- a. Glukokortikoid adalah obat antiinflamasi manjur dan biasanya digunakan pada pasien Arthritis Reumatoid. Dosis prednison 10mg perhari namun beberapa pasien mungkin memerlukan dosis yang lebih tinggi.
- b. DMARD's (Disease Modifying Anthirheumatoid Drugs) dapat memperlambat atau mencegah perkembangan kerusakan dan hilangnya fungsi sendi. DMARD's yang paling sering digunakan adalah klorokuin fosfat, sulfasalazin, leflunomide, infliximab dan etarnecept.
- c. Analgesik, seperti asetamonofen/parasetamol, tramadol, kodein, opiate untuk mengurangi rasa sakit pada sendi.
- d. NSAIDs (Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs) adalah obat yang digunakan untuk mengurangi nyeri dan peradangan pada sendi. Contohnya adalah aspirin dan ibuprofen.

2. Terapi Non Farmakologis

Terapi non farmakologis digunakan untuk mengurangi nyeri Rematik tanpa obat-obatan, contohnya:

- a. Perlindungan sendi dengan menghindari aktivitas yang berlebihan pada sendi yang sakit.
- b. Pendidikan kesehatan tentang Arthritis Reumatoid kepada pasien dan keluarga.
- c. Fisioterapi dan terapi fisik untuk membantu meningkatkan dan mempertahankan berbagai gerakan, meningkatkan kekuatan otot, serta mengurangi rasa sakit.
- d. Terapi non farmakologi dengan tujuan untuk mengurangi nyeri seperti hipnotis lima jari, teknik distraksi relaksasi, kompres hangat menggunakan jahe pada sendi yang nyeri.
- e. Pemberian terapi herbal seperti pemberian rebusan cengkeh, kumis kucing, daun salam dan kolang kaling. Kolang kaling memiliki kandungan hidrokolik yaitu polisakarida galaktomanan untuk menurunkan nyeri dan peradangan pada Rematik.

2.1.2 Faktor Resiko

Penyebab utama penyakit nyeri sendi masih belum diketahui secara pasti. Biasanya merupakan kombinasi dari faktor genetik, lingkungan, hormonal dan faktor sistem reproduksi. Namun faktor pencetus terbesar adalah faktor infeksi seperti bakteri, mikroplasma dan virus.

Ada beberapa teori yang dikemukakan sebagai penyebab nyeri sendi yaitu:
(solehati, 2015)

a. Mekanisme Imunitas.

Penderita nyeri sendi mempunyai auto anti body di dalam serumnya yang di kenal sebagai faktor rematoid anti bodynya adalah suatu faktorantigama globulin (IgM) yang bereaksi terhadap perubahan IgG titer yang lebih besar 1:100, Biasanya di kaitkan dengan vaskulitis dan prognosis yang buruk.

b. Faktor Metabolik.

Faktor metabolik dalam tubuh erat hubungannya dengan proses autoimun.

c. Faktor Genetik dan faktor Pemicu Lingkungan.

Penyakit nyeri sendi terdapat kaitannya dengan pertanda genetik. Juga dengan masalah lingkungan, Persoalan perumahan dan penataan yang buruk dan lembab juga memicu pennyebab nyeri sendi.

d. Faktor Usia.

Degenerasi dari organ tubuh menyebabkan usia lanjut rentan terhadap penyakit baik yang bersifat akut maupun kronik.

2.3 Pengetahuan

2.3.1 Pengertian Pengetahuan

Pengetahuan adalah suatu hasil tau dari manusia atas penggabungan antara suatu subyek yang mengetahui dan objek yang diketahui. Segenap apa yang diketahui tentang sesuatu objek tertentu (Suriasumantri dalam Nurroh 2017). Menurut Notoatmodjo dalam Yuliana (2017), pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimiliki (mata, telinga, hidung, dan sebagainya). Jadi pengetahuan adalah berbagai macam hal yang diperoleh oleh seseorang melalui panca indera.

2.3.2 Tingkat

Pengetahuan

Menurut Sulaiman (2015) tingkatan pengetahuan terdiri dari 4 macam, yaitu pengetahuan kausal, pengetahuan deskriptif, pengetahuan esensial dan pengetahuan normatif. Pengetahuan deskriptif yaitu jenis pengetahuan yang dalam cara penyampaian atau penjelasannya berbentuk secara objektif dengan tanpa adanya unsur subyektivitas. Pengetahuan kausal yaitu suatu pengetahuan yang memberikan jawaban tentang sebab dan akibat. Pengetahuan normatif yaitu suatu pengetahuan yang senantiasa berkaitan dengan suatu ukuran dan norma atau aturan. Pengetahuan esensial adalah suatu pengetahuan yang menjawab suatu pertanyaan tentang hakikat segala sesuatu dan hal ini sudah dikaji dalam bidang ilmu filsafat.

Sedangkan menurut Daryanto dalam Yuliana (2017), pengetahuan seseorang terhadap objek mempunyai intensitas yang berbeda-beda, dan menjelaskan bahwa ada enam tingkatan pengetahuan yaitu sebagai berikut:

a. Pengetahuan (Knowledge)

Tahu diartikan hanya sebagai recall (ingatan). Seseorang dituntut untuk mengetahui fakta tanpa dapat menggunakannya.

b. Pemahaman (comprehension)

Memahami suatu objek bukan sekedar tahu, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi harus dapat menginterpretasikan secara benar tentang objek yang diketahui.

c. Penerapan (application)

Aplikasi diartikan apabila orang yang telah memahami objek tersebut

dapat menggunakan dan mengaplikasikan prinsip yang diketahui pada situasi yang lain.

d. Analisis (Analysis)

Analisis adalah kemampuan seseorang untuk menjabarkan dan memisahkan, kemudian mencari hubungan antara komponen - komponen yang terdapat dalam suatu objek.

e. Sintesis (synthesis)

Sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada. Sintesis menunjukkan suatu kemampuan seseorang untuk merangkum atau meletakkan dalam suatu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki.

f. Penilaian (evaluation)

Yaitu suatu kemampuan seseorang untuk melakukan penilaian terhadap suatu objek tertentu didasarkan pada suatu kriteria atau norma-norma yang berlaku di masyarakat.

2.3.3 Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Fitriani dalam Yuliana (2017), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Pendidikan

Pendidikan mempengaruhi proses dalam belajar, semakin tinggi pendidikan seseorang, maka semakin mudah seseorang tersebut untuk menerima sebuah informasi. Peningkatan pengetahuan tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, akan tetapi dapat diperoleh juga pada pendidikan non formal.

Pengetahuan seseorang terhadap suatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan aspek negatif. Kedua aspek ini menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui akan menumbuhkan sikap positif terhadap objek tersebut. pendidikan tinggi seseorang didapatkan informasi baik dari orang lain maupun media massa. Semakin banyak informasi yang masuk, semakin banyak pula pengetahuan yang didapat tentang kesehatan.

b. Media massa/ sumber informasi

Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun non formal dapat memberikan pengetahuan jangka pendek (immediate impact), sehingga menghasilkan perubahan dan peningkatan pengetahuan. Kemajuan teknologi menyediakan bermacam-macam media massa yang dapat mempengaruhi pengetahuan masyarakat tentang informasi baru. Sarana komunikasi seperti televisi, radio, surat kabar, majalah, penyuluhan, dan lain-lain yang mempunyai pengaruh besar terhadap pembentukan opini dan kepercayaan orang.

c. Sosial budaya dan Ekonomi

Kebiasaan dan tradisi yang dilakukan seseorang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau tidak. Status ekonomi seseorang juga akan menentukan ketersediaan fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu, sehingga status sosial ekonomi akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

d. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada disekitar individu baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses

masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada pada lingkungan tersebut. Hal tersebut terjadi karena adanya interaksi timbal balik yang akan direspon sebagai pengetahuan.

e. Pengalaman Pengetahuan dapat diperoleh dari pengalaman pribadi ataupun pengalaman orang lain. Pengalaman ini merupakan suatu cara untuk memperoleh kebenaran suatu pengetahuan.

f. Usia

Usia mempengaruhi daya tangkap dan pola pikir seseorang. Bertambahnya usia akan semakin berkembang pola pikir dan daya tangkap seseorang sehingga pengetahuan yang diperoleh akan semakin banyak

2.4 Pendidikan Kesehatan

2.4.1 Pengertian pendidikan kesehatan

Pendidikan secara umum adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain, baik individu, kelompok atau masyarakat, sehingga mereka melakukan apa yang di harapkan oleh pelaku pendidikan, yang tersirat dalam pendidikan adalah: *input* adalah sasaran pendidikan (individu, kelompok, dan masyarakat), pendidik adalah (pelakupendidikan), proses adalah (upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain) *output* adalah (melakukan apa yang diharapkan atau perilaku) (Notoatmodjo, 2012).

Kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomi, dan menurut WHO yang paling baru ini memang lebih luas dan dinamis dibandingkan dengan batasan sebelumnya yang mengatakan, bahwa

kesehatan adalah keadaan sempurna, baik fisik maupun mental dan tidak hanya bebas dari penyakit dan cacat (Notoatmodjo, 2012).

Pendidikan kesehatan adalah aplikasi atau penerapan pendidikan dalam bidang kesehatan. Secara operasional pendidikan kesehatan adalah semua kegiatan untuk memberikan dan meningkatkan pengetahuan, sikap, praktek baik individu, kelompok atau masyarakat dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri (Notoatmodjo, 2012).

2.4.2 Tujuan pendidikan kesehatan

Menurut Susilo (2011) tujuan pendidikan kesehatan terdiri dari :

a. Tujuan kaitannya dengan batasan sehat

Menurut WHO (1954) pendidikan kesehatan adalah untuk mengubah perilaku orang atau masyarakat dari perilaku tidak sehat menjadi perilaku sehat. Seperti kita ketahui bila perilaku tidak sesuai dengan prinsip kesehatan maka dapat menyebabkan terjadinya gangguan terhadap kesehatan. Masalah ini harus benar-benar dikuasai oleh semua kader kesehatan di semua tingkat dan jajaran, sebab istilah sehat, bukan sekedar apa yang terlihat oleh mata yakni tampak badannya besar dan kekar. Mungkin saja sebenarnya ia menderita batin atau menderita gangguan jiwa yang menyebabkan ia tidak stabil, tingkah laku dan sikapnya. Untuk menapai sehat seperti definisi diatas, maka orang harus mengikuti berbagai latihan atau mengetahui apa saja yang harus dilakukan agar orang benar-benar menjadi sehat.

b. Mengubah perilaku kaitannya dengan budaya

Sikap dan perilaku adalah bagian dari budaya. Kebiasaan, adat istiadat, tata nilai atau norma, adalah kebudayaan. Mengubah kebiasaan, apalagi adat

kepercayaan yang telah menjadi norma atau nilai di suatu kelompok masyarakat, tidak segampang itu untuk mengubahnya. Hal itu melalui proses yang sangat panjang karena kebudayaan adalah suatu sikap dan perilaku serta cara berpikir orang yang terjadinya melalui proses belajar. Meskipun secara garis besar tujuan dari pendidikan kesehatan mengubah perilaku belum sehat menjadi perilaku sehat, namun perilaku tersebut ternyata mencakup hal yang luas, sehingga perlu perilaku tersebut dikategorikan secara mendasar. Susilo membagi perilaku kesehatan sebagai tujuan pendidikan kesehatan menjadi 3

macam yaitu :

- a. Perilaku yang menjadikan kesehatan sebagai suatu yang bernilai di masyarakat. Dengan demikian kader kesehatan mempunyai tanggung jawab di dalam penyuluhannya mengarahkan pada keadaan bahwa cara-cara hidup sehat menjadi kebiasaan hidup masyarakat sehari-hari.
- b. Secara mandiri mampu menciptakan perilaku sehat bagi dirinya sendiri maupun menciptakan perilaku sehat di dalam kelompok. Itulah sebabnya dalam hal ini Pelayanan Kesehatan Dasar (PHC = *Primary Health Care*) diarahkan agar dikelola sendiri oleh masyarakat, dalam hal bentuk yang nyata adalah PKMD. Contoh PKMD adalah Posyandu. Seterusnya dalam kegiatan ini diharapkan adanya langkah-langkah mencegah timbulnya penyakit.
- c. Mendorong berkembangnya dan penggunaan sarana pelayanan kesehatan yang ada secara tepat. Ada kalanya masyarakat memanfaatkan sarana kesehatan yang ada secara berlebihan. Sebaliknya sudah sakit belum pula menggunakan sarana kesehatan yang ada sebagaimana mestinya.

2.4.3 Sasaran pendidikan

Menurut Susilo (2011) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia, berdasarkan kepada program pembangunan di Indonesia adalah:

Masyarakat umum dengan berorientasi pada masyarakat pedesaan.

a. Masyarakat dalam kelompok tertentu, seperti wanita, pemuda, remaja.

Termasuk dalam kelompok khusus ini adalah kelompok pendidikan mulai dari TK sampai perguruan tinggi, sekolah agama swasta maupun negeri.

b. Sasaran individu dengan teknik pendidikan kesehatan individu.

2.4.4 Metode pendidikan kesehatan

Menurut Notoatmodjo (2012) metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi 3 macam, yaitu :

a. Metode Individual (Perorangan)

Metode ini dibagi menjadi 2 bentuk, yaitu :

1) Bimbingan dan penyuluhan (Guidance and counseling)

2) Wawancara (*interview*)

b. Metode Kelompok

Metode kelompok ini harus memperhatikan apakah kelompok tersebut besar atau kecil, karena metodenya akan lain. Efektifitas metodenya pun akan tergantung pada besarnya sasaran pendidikan.

1) Kelompok besar

a) Ceramah

Metode yang cocok untuk yang berpendidikan tinggi maupun rendah.

b) Seminar

Metode ini cocok digunakan untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah atas. Seminar sendiri adalah presentasi dari seorang ahli atau beberapa orang ahli dengan topik tertentu.

2) kelompok kecil

a) Diskusi kelompok

Kelompok ini dibuat saling berhadapan, ketua kelompok menempatkan diri diantara kelompok, setiap kelompok punya kebebasan untuk mengutarakan pendapat, biasanya pemimpin mengarahkan agar tidak ada dominasi antar kelompok.

b) Curah pendapat (*Brain storming*)

Merupakan hasil dari modifikasi kelompok, tiap kelompok memberikan pendapatnya, pendapat tersebut di tulis di papan tulis, saat memberikan pendapat tidak ada yang boleh mengomentari pendapat siapapun sebelum semuanya mengemukakan pendapatnya, kemudian tiap anggota berkomentar lalu terjadi diskusi.

c) Bola salju (*Snow balling*)

Setiap orang di bagi menjadi berpasangan, setiap pasang ada 2 orang. Kemudian diberikan satu pertanyaan, beri waktu kurang lebih 5 menit kemudian setiap 2 pasang bergabung menjadi satu dan mendiskusikan pertanyaan tersebut, kemudian 2 pasang yang beranggotakan 4 orang tadi bergabung lagi dengan kelompok yang lain, demikian seterusnya sampai membentuk kelompok satu kelas dan timbullah diskusi.

d) Kelompok-kelompok kecil (*Buzz group*)

Kelompok di bagi menjadi kelompok-kelompok kecil kemudian dilontarkan satu pertanyaan kemudian masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut dan kemudian kesimpulan dari kelompok tersebut dicari kesimpulannya.

e) Bermain peran (*Role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memerankan suatu peranan misalnya menjadi dokter, perawat atau bidan, sedangkan anggota yang lain sebagai pasien atau masyarakat.

f) Permainan simulasi (*Simulation game*)

Metode ini merupakan gabungan antara *role play* dengan diskusi kelompok. Pesan-pesan kesehatan disajikan dalam beberapa bentuk permainan seperti permainan monopoli, beberapa orang ditunjuk untuk memainkan peranan dan yang lain sebagai narasumber.

2.4.5 Metode Massa

Pada umumnya bentuk pendekatan ini dilakukan secara tidak langsung atau menggunakan media massa.

1. Media pendidikan kesehatan

a. Media Cetak

Media cetak sebagai alat untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan sangat bervariasi antara lain:

- 1) *Booklet* adalah suatu media untuk menyampaikan pesan-pesan kesehatan dan bentuk buku, baik tulisan maupun gambar.

- 2) *Leaflet* adalah bentuk peyampaian informasi atau pesan-pesan melalui lembaran yang dilipat. Isi informasi dapat dalam bentuk kalimat maupun gambar, atau kombinasi.
- 3) *Flyer* (selembaran) adalah seperti leaflet tetapi, tidak dalam bentuk lipatan.
- 4) *Flip chart* (lembar balik) adalah penyampaian pesan atau informasi-informasi kesehatan dalam bentuk lembar balik seperti dalam bentuk buku.
- 5) Rubrik atau tulisan-tulisan pada surat kabar atau majalah, mengenai bahasan suatu masalah kesehatan, atau hal-hal yang berkaitan dengan kesehatan.
- 6) Poster adalah bentuk media cetak berisi pesan-pesan atau informasi kesehatan, yang biasanya ditempel di tembok-tembok, di tempat-tempat umum, atau di kendaraan umum.
- 7) Foto yang mengungkapkan informasi-informasi kesehatan.

b. Media Elektronik

Media elektronik sebagai sasaran untuk menyampaikan pesan-pesan atau informasi kesehatan antara lain:

- 1) Televisi adalah penyampaian pesan atau informasi kesehatan melalui media televisi dapat dalam bentuk sandiwara, forum diskusi, diskusi masalah kesehatan dan sebagainya.
- 2) Radio adalah penyampaian informasi atau pesan kesehatan melalui radio dalam bentuk obrolan, ceramah dan sebagainya.

3) Video adalah penyampaian informasi atau pesan kesehatan dapat melalui video.

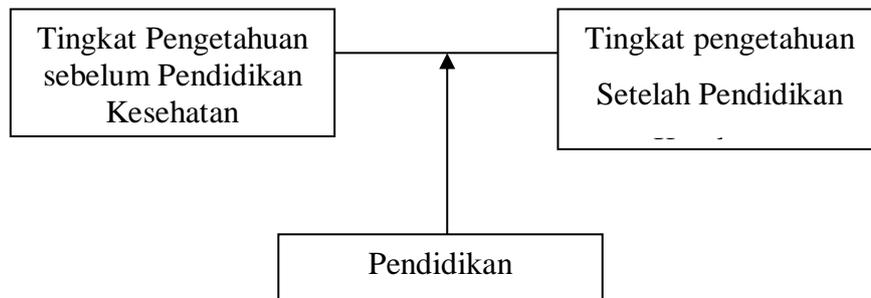
4) *Slide* juga dapat digunakan menyampaikan pesan-pesan kesehatan.

c. Media Papan (*Bill board*)

Papan yang dipasang di tempat-tempat umum dapat dipakai diisi dengan pesan atau informasi kesehatan. Media papan disini juga mencakup pesan yang ditulis pada lembaran seng yang ditempel pada kendaraan umum (bus atau taksi).

2.5 Kerangka Konsep

Kerangka konsep adalah sesuatu yang abstrak dan akan membantu peneliti dalam menghubungkan hasil penelitian dengan teori yang ada (Notoatmodjo, 2012).



2.6 Hipotesis

Hasil suatu penelitian pada hakikatnya ialah suatu jawaban atas pertanyaan penelitian yang telah dirumuskan dala perencanaan penelitian. Untuk mengarahkan kepada hasil tersebut maka dalam perencanaan penelitian dirumuskan jawaban sementara.

Hipotesis merupakan jawaban sementara penelitian, patokan duga, atau dalil sementara, tentang kebenarannya akan dibuktikan dalam penelitian tersebut (Notoatmodjo, 2012)

Ha : Ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan lansia terhadap rematik di Pukesmas Simarpinggan

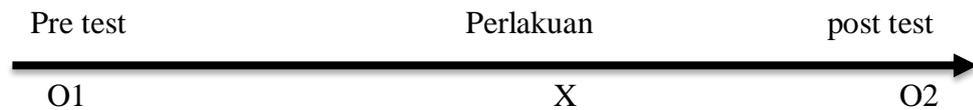
H0 : Tidak ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap pengetahuan lansia terhadap rematik di Pukesmas Simarpinggan

BAB 3

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Jenis dan Desain Penelitian

Jenis penelitian ini adalah penelitian kuantitatif, dengan desain penelitian *pre-experimental* yaitu rancangan yang meliputi hanya satu kelompok atau kelas yang diberikan pra dan pasca uji tentang rematik pada lansia di Puskesmas Simarpinggian pada tahun 2022. Desain penelitian adalah sesuatu yang sangat penting dalam penelitian, memungkinkan pengontrolan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi akurasi suatu hasil. Desain dapat digunakan peneliti sebagai petunjuk dalam perencanaan dan pelaksanaan penelitian untuk mencapai suatu tujuan atau menjawab suatu pertanyaan penelitian (Nursalam, 2011).



Keterangan :

O1 : tahap persiapan sebelum dilakukan pendidikan kesehatan rematik pada lansia

X : tahap penyampaian materi pendidikan kesehatan rematik pada lansia

O2 : tahap pengukuran perubahan pengetahuan rematik setelah dilakukan pendidikan kesehatan

3.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

3.2.1 Lokasi Penelitian

Lokasi penelitian akan dilaksanakan di Puskesmas Simarpinggian kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli selatan, karena jumlah angka kenaikan kasus rheumatoid arthritis meningkat di Puskesmas Simarpinggian.

Peningkatan kasus ini membuktikan bahwa penderita rheumatoid arthritis yang memburuk jika tidak ditangani dengan baik. Sehingga peneliti memilih untuk melakukan penelitian untuk memberikan pendidikan kesehatan tentang rheumatoid arthritis di lokasi tersebut.

3.2.2 Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan pada rentang waktu antara bulan Maret-Mei Tahun 2022

Tabel 3.1 Kegiatan dan waktu penelitian

Kegiatan	Waktu Pelaksanaan					
	Des 2021	Jan 2022	Feb 2022	Maret-Mei 2022	Juni 2022	Juli 2022
Pengusulan Judul	■					
Penyusunan proposal		■				
Seminar Proposal			■			
Pelaksanaan Penelitian				■		
Penyusunan hasil Penelitian					■	
Seminar Hasil					■	■

Penelitian akan dilaksanakan mulai dari survey pendahuluan, pembuatan proposal penelitian, dan konsultasi dengan dosen pembimbing.

3.3 Populasi dan Sampel

3.3.1 Populasi Penelitian

Populasi adalah wilayah generalisasi yang terdiri atas objek atau subjek yang memiliki kualitas dan karakteristik tertentu yang ditetapkan oleh peneliti untuk dipelajari dan kemudian ditarik kesimpulan (Sugiyono,2013). Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh lansia yang menderita nyeri rematik yang di Puskesmas Simarpinggan kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli selatan sebanyak 50 orang.

3.3.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian populasi yang akan diteliti atau sebagian karakteristik yang dimiliki oleh populasi (Sugiyono, 2013). Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan teknik total sampling, yaitu dengan menggunakan teknik penentuan sampel bila semua anggota populasi digunakan sebagai sampel. Menurut (Arikunto, 2012) jika jumlah populasinya kurang dari 100 orang, maka jumlah sampelnya diambil secara keseluruhan, tetapi jika populasinya lebih besar dari 100 orang, maka bisa diambil 10-15% atau 20-25% dari jumlah populasinya.

3.4 Etika Penelitian

Dalam melakukan penelitian etika merupakan salah satu hal yang sangat penting diperhatikan. Hal ini disebabkan karena peneliti keperawatan berhubungan dengan manusia. Dalam melakukan penelitian, peneliti mengajukan permohonan izin kepada ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Afa Royhan. Setelah surat izin diperoleh peneliti melakukan observasi kepada responden dengan memperhatikan etika sebagai berikut :

1. Lembar persetujuan responden (*informed concet*)

Persetujuan diberikan kepada respoonden yang diteliti. Peneliti akan menjelaskan maksud dan tujuan dari peneliti yang akan dilakukan, serta dampak yang mungkin terjadi selama dan sesudah pengumpulan data, bila subjek menolak maka peneliti tidak akan memaksa dan tetap menghormati hak-hak responden.

2. Kerahasiaan nama (*anonymity*) dalam menjaga kerahasiaan responden, peneliti tidak akan mencantumkan nama responden pada lembar

pengumpulan data, cukup dengan memberi kode masing-masing lembar tersebut.

3. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan dilaporkan sebagai hasil riset sesuai dengan tujuan peneliti.

3.5 Alat Pengumpul Data

Instrument yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini berupa kuesioner pilihan. Jenis kuesioner yang digunakan adalah kuesioner dengan pertanyaan terbuka sehingga responden hanya perlu memberi tanda jawaban ya atau tidak yang dikutip dari kuesioner Kurbayanto Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, (2018). Apabila responden menjawab kuesioner dengan jawaban benar akan diberikan skor 2 dan jawaban salah tidak akan diberikan skor. Untuk memenuhi jawaban dengan kriteria yang baik, maka responden harus mampu mendapatkan skor 12 atau $\geq 75\%$ dari pertanyaan (6 jawaban benar) dan kriteria buruk kurang dari $< 75\%$. Instrumen atau alat pengumpulan data yang digunakan untuk menunjang penelitian ini adalah :

- a. Kuesioner
- b. Alat tulis
- c. leaflet

3.5.1 Sumber Data

- a. Untuk memperoleh data primer dengan cara :
 1. Melakukan observasi berdasarkan pengukuran pengetahuan rematik pada lansia.

2. Melakukan observasi pelaksanaan pendidikan kesehatan rematik pada lansia.
 3. Menggunakan kuesioner untuk mengetahui berapa tingkat pengetahuan rematik pada lansia
 4. Setelah mengumpulkan data yang diperoleh dari hasil lembar observasi yaitu pelaksanaan pendidikan kesehatan rematik pada lansia selama 1 kali sehari setelah melakukan pendidikan kesehatan, dan minggu berikutnya akan kembali melakukan pendidikan kesehatan.
 5. Hasil yang telah didapatkan kemudian disajikan dalam bentuk tabel distribusi disertai narasi.
- b. Pengumpulan sumber data sekunder berasal dari studi kepustakaan dan studi literatur yang terkait dengan rumusan permasalahan yang sedang diteliti.

3.6 Prosedur Pengumpulan Data

Pengumpulan data merupakan langkah awal dalam mendapatkan data peneliti. Pengumpulan data peneliti ini dilakukan dengan tahap sebagai berikut :

1. Tahap persiapan

Peneliti mengajukan permohonan ijin kepada Kepala Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan.

2. Tahap pelaksanaan

- a. Peneliti menetapkan responden yang sesuai yaitu 50 orang.

- b. Melakukan persetujuan dengan responden tentang kesediaannya menjadi responden.

- c. Menjelaskan kepada responden tentang tujuan, manfaat, akibat menjadi responden.

- d. Calon responden yang setuju diminta tanda tangan pada lembar surat pernyataan kesanggupan menjadi responden.
- e. Sebelum dilakukan pendidikan kesehatan tentang rematik terlebih dahulu dilakukan pengisian kuesioner oleh lansia, lansia diminta untuk menjawab pertanyaan kuesioner *pretest* dengan cara memberi tanda checklist (✓) pada jawaban yang menurut responden benar dan sesuai.
- f. Pada hari yang sama setelah kuesioner *pretest* dikumpulkan, peneliti melakukan ceramah dan membagikan leaflet dan melakukan pengisian *post test*.

3.7 Defenisi Operasional

NO	Variabel	Defenisi Operasional	Skala	Alat Ukur	Hasil Ukur
1	Pendidikan kesehatan rheumatoid arthritis	Penyampain pendidikan kesehatan rematik dengan leaflet dengan metode ceramah	-	-	-
2	Tingkat pengetahuan lansia	Upaya yang dilakukan lansia dalam mencegah terjadinya ke kambuhan rematik	ordinal	kuesioner	1. Baik,(jika poin 16-20) 2. Cukup,(jika poin 10-14) 3. Kurang, (jika poin dibawah 8

3.8 Rencana Analisis

Adapun langkah-langkah pengolahan data meliputi:

1. *Editing*, sebelum data diolah data perlu diedit terlebih dahulu,dengan cara memeriksa kelengkapan daftar pertanyaan yang telah diisi oleh responden. Tujuan dari editing ini untuk mengurangi kesalahan atau kekurangan yang ada dalam daftar pertanyaan yang sudah diisi oleh responden.

2. *Coding*, mengklasifikasikan jawaban-jawaban dari responden kedalam kategori-kategori untuk mempermudah pengolahan data.
3. *Tabulating*, dengan cara membuat tabel jawaban-jawaban yang sudah diberi kategori jawaban dan mengatur angka-angka, kemudian dimasukkan dalam tabel sehingga dapat dihitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.
4. *Entry*, memasukkan data yang telah didapat ke dalam program komputer yang telah ditetapkan untuk selanjutnya akan diolah.
5. *Data cleaning*, memastikan semua data yang telah dimasukkan ke komputer sudah benar dan sesuai sehingga hasil analisa data akan benar dan akurat.

3.9 Uji Statistik

Uji statistik dalam penelitian ini dengan menggunakan metode sebagai berikut:

1. Analisa Univariat

Analisa Univariat dilakukan untuk menjelaskan atau mendeskripsikan karakteristik setiap variabel penelitian (Notoadmojo, 2010). Analisa univariat digunakan untuk menjabarkan secara deskriptif mengenai distribusi frekuensi dan proporsi masing-masing variabel yang diteliti, baik variabel bebas maupun variabel terkait. Analisa univariat melihat distribusi frekuensi karakteristik demografi penderita rematik.

2. Analisa Bivariat

Analisa bivariat dilakukan terhadap dua variabel yang diduga berbeda dan akan dibandingkan. Sebelum melakukan analisa bivariat, uji normalitas data yang digunakan pada penelitian ini adalah uji *wilcoxon* karena untuk menguji dua perbedaan antara data berpasangan, menguji komparasi 2 pengamatan sebelum

dan sesudah dan mengetahui efektivitas suatu perlakuan. Uji *Wilcoxon* bersifat non parametrik yang berhubungan data berbentuk ranking atau data kualitatif (skala nominal atau ordinal) atau data kuantitatif yang tidak berdistribusi normal dengan tingkat kemaknaan $p\text{-value} = 0.05$.

BAB 4

HASIL PENELITIAN

4.1 Analisa Univariat

4.1.1 Gambaran Lokasi Penelitian

Pengumpulan data telah dilaksanakan pada bulan maret di wilayah Puskesmas Simarpinggane kecamatan Angkola Sekatan Kabupaten Tapanuli Selatan. Bab ini menjelaskan tentang hasil penelitian yang telah dilakukan serta pembahasan hasil penelitian yang berhubungan dengan tingkat pengetahuan lansia tentang rematik di wilayah Puskesmas Simarpinggane kecamatan Angkola Sekatan Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022.

4.1.2 Karakteristik Responden

Berdasarkan penelitian yang telah dilakukan pada 50 responden di Puskesmas Simarpinggane Kecamatan Angkola Selatan kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022, maka diperoleh data karakteristik responden yang meliputi Usia, Jenis kelamin, dan Pekerjaan sebagai berikut:

Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Karakteristik Responden (n=50)

Variabel	N=50	%
Usia		
63-65 tahun	32	64
66-68 tahun	13	26
69-71 tahun	3	6
72-74 tahun	2	4
Jenis Kelamin		
Laki-laki	15	30
Perempuan	35	70
Pekerjaan		
Petani	26	52
Ibu Rumah Tangga	14	28
Wiraswasta	10	20

Berdasarkan distribusi karakteristik responden yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 4 kelompok umur yaitu 63-65 tahun, 66-68 tahun, 69-71 tahun, dan 72-74. Dari tabel di atas dapat diketahui mayoritas responden berumur 63-65 tahun sebanyak 32 orang (64%), dan minoritas berumur 72-74 tahun sebanyak 2 orang (4%) serta yang berumur 66-68 tahun yaitu hanya 13 orang (26%) dan umur 69-71 sebanyak 3 orang (6%).

Berdasarkan jenis kelamin mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 35 responden (70%) dan yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 15 responden (30%). Berdasarkan tabel di atas dilihat dari pekerjaan mayoritas responden dengan kategori petani berjumlah 26 responden (52%) dan minoritas pekerjaan dengan kategori wiraswasta berjumlah 10 responden (20%), serta yang pekerjaan ibu rumah tangga 14 responden (28%)

Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Berdasarkan Tingkat pengetahuan Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan (*Pretest dan post test*)

Variabel	<i>Pretest</i>		<i>Posttest</i>	
	N	%	N	%
Tingkat pengetahuan				
Baik	-	-	-	-
Cukup	-	-	50	100
Kurang	50	100	-	-
Total	50	100	50	100

Berdasarkan distribusi tingkat pengetahuan responden sebelum diberikan pendidikan kesehatan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 3 kelompok tingkat pengetahuan yaitu baik, cukup, kurang. Dari tabel di atas dapat diketahui mayoritas responden dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 50 orang (100%).

Berdasarkan distribusi tingkatan pendidikan responden sesudah diberikan pendidikan kesehatan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 3 kelompok tingkat pengetahuan yaitu baik, cukup, kurang. Dari tabel diatas dapat diketahui tingkat pengetahuan cukup sebanyak 50 orang (100%).

4.2 Analisis Bivariat

Analisa bivariat digunakan untuk melihat hubungan antara variabel independen. Uji statistik yang digunakan adalah *uji Wilcoxon*. Ada tidaknya pengaruh terapi relaksasi otot progresif terhadap perubahan insomnia pada lansia.

Tabel 4.5 Hasil Uji Statistik Data Tingkat Pengetahuan Rheumatoid Arthritis Sebelum Dan Sesudah Dilakukan Pendidikan Kesehatan

Variabel	Z- score	Pvalue
pre test		
post test	-7.071 ^a	0,000

Berdasarkan hasil analisis tabel pada kelompok sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan *uji Wilcoxon* diperoleh $Pvalue = 0,000$ ($<0,05$), maka dapat diambil kesimpulan terdapat perbedaan rerata tir pengetahuan rheumatoid arthritis setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

BAB 5

PEMBAHASAN

5.1 Gambaran Karakteristik lansia Di Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan

Berikut gambaran umum lokasi penelitian, dan penyajian karakteristik data umum serta penyajian hasil pengukuran yang seluruhnya akan di paparkan dalam bab ini.

Pada penelitian ini, peneliti ingin mengetahui apakah ada pengaruh relaksasi otot progresif terhadap perubahan insomnia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan. Adapun yang menjadi responden dalam penelitian ini adalah 50 orang. Berdasarkan hasil penelitian yang dideskripsikan mengenai pengaruh relaksasi otot progresif terhadap perubahan insomnia pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan.

Adapun pembahasan hasil penelitian yang telah di ketahui sebagai berikut:

1. Umur

Berdasarkan distribusi karakteristik responden yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 4 kelompok umur yaitu 63-65 tahun, 66-68 tahun, 69-71 tahun, dan 72-74 tahun. Dari tabel diatas dapat diketahui mayoritas responden berumur 63-65 tahun sebanyak 32 orang (64%), dan minoritas berumur 72-74 tahun sebanyak 2 orang (4%) serta yang berumur 66-68 tahun yaitu hanya 13 orang (26%) dan yang berumur 69-71 tahun yaitu hanya 3 orang (6%).

Semakin bertambahnya usia pada seseorang maka, seseorang tersebut akan kehilangan massa tulang. Lansia cenderung mengalami penurunan fungsi muskuloskeletal. Sendi lansia sec: ⁴⁴ terjadi kemunduran kartilago sendi. Komponen- komponen kapsul sendi pecah dan kolagen yang terdapat pada jaringan penyambung meningkat secara progresif yang jika tidak dipakai lagi akan menyebabkan nyeri pada persendian ataupun penurunan mobilitas sendi (Tamsuri,2012).

2. Jenis Kelamin

Berdasarkan jenis kelamin mayoritas responden berjenis kelamin perempuan sebanyak 35 responden (70%) dan yang berjenis kelamin laki-laki berjumlah 15 responden (30%).

Menurut Lukman dan Ningsih (2014) menyatakan bahwa perempuan rentan terkena rematik yang diakibatkan oleh penurunan hormon esterogen saat monopause, hormon tersebut berperan dalam hilangnya masa tulang yang berakibat menimbulkan sensasi nyeri sendi pada lanjut usia.

3. Pekerjaan

Berdasarkan tabel diatas dilihat dari pekerjaan mayoritas responden dengan kategori petani berjumlah 26 responden (52%) dan minoritas pekerjaan dengan kategori wiraswasta berjumlah 10 responden (20%) serta dengan kategori ibu rumah tangga berjumlah 14 responden (28%). Pekerjaan adalah salah satu dari faktor yang dapat memicu timbulnya penyakit sendi. Aktivitas dengan beban yang berat serta daya tekanan yang dapat memperberat sendi dan pekerjaan yang banyak menggunakan tangan dan kaki dalam waktu yang lama akan muncul keluhan yang dirasakan pada penderita *rheumatoid arthritis* (Baworadi, Rottie, & Malara, 2017).

5.2 Gambaran Pengetahuan Lansia Tentang Rematik Sebelum & Sesudah Intervensi

Berdasarkan distribusi tingkat pengetahuan responden sebelum dilakukan pendidikan kesehatan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 3 kelompok tingkat pengetahuan yaitu baik, cukup, ringan. Dari tabel diatas dapat diketahui mayoritas responden dengan tingkat pengetahuan cukup sedang sebanyak 49 orang (49%), dan minoritas responden

dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 1 orang (2%). Berdasarkan distribusi tingkat pengetahuan responden sesudah dilakukan pendidikan kesehatan yang dilibatkan dalam penelitian ini adalah sebanyak 50 orang dan dibagi menjadi 3 kelompok tingkat pengetahuan yaitu baik, cukup, kurang. Dari tabel diatas dapat diketahui semua responden dengan tingkat pengetahuan sebanyak 50 orang (100%).

Faktor-faktor yang berhubungan dengan terjadinya *rheumatoid arthritis* menurut Ayumar & Andi (2016) yaitu: umur, genetik, perilaku kesehatan, dan pengetahuan. Umur semakin bertambahnya umur, semakin tinggi resiko terkena *rheumatoid arthritis*. Setelah berusia 60 tahun keatas, resiko terjadi *rheumatoid arthritis* sangat mudah terkena. *Rheumatoid arthritis* yang diduga dipengaruhi oleh proses degeneratif. Genetik berperan penting terjadinya *rheumatoid arthritis*. Apabila ada anggota keluarga yang menderita *rheumatoid arthritis*, kemungkinan besar akan terkena *rheumatoid arthritis*.

Salah satu faktor yang mempengaruhi perilaku tentang penatalaksanaan *rheumatoid arthritis* adalah pengetahuan dan informasi. Pengetahuan merupakan hasil tahu yang terjadi setelah individu melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu, dari pengalaman dan penelitian terbukti bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih bertahan dari pada perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan (Aklima, 2017).

Menurut Notoatmodjo (2014) bahwa sumber informasi yang diperoleh dari berbagai sumber maka seseorang cenderung mempunyai pengetahuan yang lebih luas. Informasi akan memberikan pengaruh pada pengetahuan seseorang, meskipun seseorang memiliki pendidikan yang rendah tetapi jika mendapatkan

informasi yang baik dari berbagai sumber informasi (TV, radio, majalah, penyuluhan, *smart phone* dan lain-lain) maka akan meningkatkan pengetahuan seseorang.. Informasi yang diberikan secara langsung ataupun tidak langsung, mampu memberikan pengaruh dalam meningkatkan pengetahuan, pembentukan opini dan kepercayaan seseorang. Informasi bisa diberikan melalui radio, TV, media cetak ataupun dengan tatap muka secara langsung melalui pendidikan kesehatan (Maulana, 2009).

Langkah pertama dari program penatalaksanaan *rheumatoid arthritis* adalah memberikan pendidikan kesehatan yang cukup tentang penyakit kepada klien, keluarga dan siapa saja yang berhubungan dengan klien. Pendidikan kesehatan yang diberikan meliputi pengertian tentang patofisiologi penyakit, penyebab penyakit, semua komponen program penatalaksanaan (Ningsih, 2012).

Demikian juga penelitian yang dilakukan penelitian dari Rumaolat, (2021) dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan berpengaruh terhadap pengetahuan penderita *rheumatoid arthritis* di Desa Wakasihu Kecamatan Leihitu Barat Kabupaten Maluku Tengah.

Menurut penelitian Widiyawati, & Nikmah, (2021) didapatkan bahwa terdapat perbedaan pengetahuan tentang arthritis rheumatoid pada lansia sebelum diberikan penyuluhan kesehatan tentang arthritis rheumatoid sebagian besar adalah pengetahuan kurang sebanyak 15 lansia (42,9%), sedangkan pengetahuan pada lansia setelah diberikan penyuluhan kesehatan tentang arthritis rheumatoid sebagian besar pengetahuan baik sebanyak 20 lansia (57,2%)

Menurut penelitian Juli Andri & Padila (2020) bahwa Terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dengan penanganan penyakit *rheumatoid arthritis* di Balai Pelayanan dan Penyantunan Lanjut Usia Pagar Dewa Kota Bengkulu.

5.3 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Rematik Terhadap Pengetahuan Lansia

Berdasarkan hasil analisis tabel pada kelompok sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan *uji Wilcoxon* diperoleh $Pvalue = 0,000$ ($<0,05$), maka dapat diambil kesimpulan terdapat perbedaan rerata tingkat pengetahuan setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

Adanya perubahan yang signifikan tersebut menunjukkan bahwa pendidikan kesehatan *Rheumatoid arthritis* memberikan dampak bagi lansia yang mengalami kurangnya tingkat pengetahuan. Kurangnya pengetahuan lansia tersebut dikarenakan dari berbagai faktor. Kondisi fisik dan psikologis responden seiring dengan proses penuaan berdampak pada terjadinya tingkat pengetahuan pada lansia. Menurut Senoaji & Muhlisin (2017) pengetahuan akan mempengaruhi perilaku, dimana orang yang didasari oleh pengetahuan akan langgeng melakukan suatu hal dari pada orang yang tanpa didasari oleh pengetahuan. Hal ini sesuai dengan pendapat Ayu & Muhlisin (2020) bahwa tingkat pengetahuan responden yang baik menghasilkan perilaku yang baik dalam menghadapi penyakit *rheumatoid arthritis*, misalnya dengan menjaga gerak, beban yang di angkat, menjauhi makanan yang mengandung tinggi purin seperti jeroan, daging dan kacang-kacangan, dan memeriksakan diri ke puskesmas atau dokter secara rutin.

Penelitian yang dilakukan Isrizal & Lestari (2019) hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden memiliki pengetahuan baik sebanyak 16 orang (53,3%) dan sebagian besar responden memiliki cara mengatasi nyeri

arthritis rheumatoid baik sebanyak 22 orang (73,3%). Ada hubungan pengetahuan terhadap cara mengatasi nyeri arthritis reumatoid pada lansia di Panti Tresna Werdha Budi Luhur di Kota Linggau Tahun 2019 ($\rho=0,022$).

Dalam penelitiannya Isrizal & Lestari (2019) juga berasumsi bahwa hubungan pengetahuan lansia dengan cara mengatasi nyeri *rheumatoid arthritis* disebabkan oleh pengetahuan, apabila kita hubungkan dengan data umum, jika dilihat dari segi pengetahuan lansia yang baik tentang *rheumatoid arthritis*, maka ia dapat meningkatkan upaya penatalaksanaan terhadap penyakit tersebut. Dapat disimpulkan pengaruh pengetahuan lansia tentang *rheumatoid arthritis* dengan cara mengatasi nyeri *rheumatoid arthritis* yang dilakukan adalah berbanding lurus. Semakin rendah tingkat pengetahuan lansia tentang *rheumatoid arthritis* semakin rendah pula cara mengatasi nyeri *rheumatoid arthritis* yang dilakukannya dan sebaliknya, semakin tinggi tingkat pengetahuan lansia tentang *rheumatoid arthritis* semakin tinggi pula cara mengatasi nyeri *rheumatoid arthritis* yang dilakukan sehingga meningkatkan kualitas hidup lansia.

Dengan adanya perubahan tingkat pengetahuan sebelum dan sesudah dilakukan pendidikan kesehatan pada lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan. Pengaruh pendidikan kesehatan merupakan salah satu tindakan yang membantu lansia dalam mengatasi kurangnya pengetahuan tentang *rheumatoid arthritis*.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

1. Mayoritas responden dengan tingkat pengetahuan cukup sebanyak 49 orang (98%), dan minoritas responden dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 1 orang (2%)
2. Dari tabel diatas dapat diketahui tingkat pengetahuan baik sebanyak 100 orang (100%).

3. Berdasarkan hasil analisis tabel pada kelompok sebelum dan sesudah diberikan intervensi dengan menggunakan *uji Wilcoxon* diperoleh *Pvalue* = 0,000 (<0,05), maka dapat diambil kesimpulan terdapat perbedaan rerata tingkat pengetahuan setelah diberikan pendidikan kesehatan.

6.2 Saran

1. Bagi Profesi Keperawatan

Diharapkan hasil penelitian ini bermanfaat bagi dunia keperawatan dan dapat dijadikan sebagai pengetahuan serta dapat di jadikan sebagai pembelajaran dan semoga hasil penelitian ini dapat di terapkan di dunia keperawatan sebagai salah satu tindakan untuk meningkatkan pengetahuan lansia.

2. Bagi Responden

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan pendidikan kesehatan masyarakat terhadap rematik pada lansia di Puskesmas Simarpinggian Kecamatan Angkola Kabupaten Tapanuli Selatan setelah dilakukan pendidikan kesehatan.

3. Bagi Tempat Penelitian

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan atau informasi bagi Pemerintah setempat dalam melaksanakan program pelayanan kesehatan terkait.

4. Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil Penelitian ini diharapkan dapat digunakan sebagai acuan untuk bahan evaluasi dalam melayani klien, dan membuat program-program yang dapat mempertahankan kesehatan lansia.

DAFTAR PUSTAKA

- Aklima, N., Safrida, & Husin, M. D. (2017). Pengetahuan dan Sikap Manula tentang Penyakit Rematik di Kemukiman Lamhom Kecamatan Lhoknga Kabupaten Aceh Besar. *Jurnal Ilmiah Mahasiswa Fakultas Keguruan Dan Ilmu Pendidikan Unsyiah*, 2(3), 20–25
- Arikunto, Suharsimi. (2012). *Prosedur Penelitian*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Ayumar, A dan Andi, Y. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kejadian Arthritis Rheumatoid Pada Lansia Di Puskesmas Tompobulu Kabupaten Gowa. *Jurnal Mitrasedhat*, Volume VI Nomor 1, Mei 2016.
- Badan Pusat Statistik (BPS). *Statistik Penduduk Lanjut Usia 2018*. Jakarta: Badan Pusat Statistik; 2018
- Darmojo, B., & Martono, H. (2015). *Buku Ajar Geriatri (Ilmu Kesehatan Usia Lanjut) Edisi 5*. Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia
- Defebrianasusda Dida, Sakti O. Batubara, H. M. A. D. (2018). Hubungan antara Nyeri Reumatoid dengan Tingkat Kemandirian dalam Aktivitas Kehidupan Sehari-hari pada Pra Lanjut Usia di Wilayah Kerja Puskesmas OESAO Kabupaten Kupang. *CHMK HEALTH JOURNAL*. 2(3). 40–48.
- Fajri, A. N., & Muhlisin, A. (2019). Gambaran Quality of Life pada Penderita Rheumatoid Arthritis di Komunitas. Universitas Muhammadiyah Surakarta
- Huda, S. (2011). Pengaruh Pendidikan Kesehatan tentang Gout Arthritis Terhadap Peningkatan Pengetahuan pada Pasien Gout Arthritis di Puskesmas Sempor. *Stikes Muhammadiyah Gombong*.
- Junaidi, I. (2012) *Rematik dan Asam Urat*. Jakarta: Bhuana Ilmu Populer
- Kemendes RI. 2016. *Situasi Lanjut Usia (Lansia) di Indonesia*. Infodatin Pusat Data dan Informasi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. ISSN 2442-7659.
- Kholifah, Siti Nur. (2016). *Keperawatan Gerontik*. Jakarta Selatan: Kemendes RI.
- Maryam, R. Siti dkk. (2011). *Mengenal Usia Lanjut dan perawatannya*. Jakarta : Salemba Medika.
- Noor, Zairin. (2012) *Buku Ajar Gangguan Muskuloskeletal Edisi 2*. Jakarta: Salemba Medika.
- Notoatmodjo . 2012. *Metode Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta
- Notoatmodjo, Soekidjo. 2012. *Pendidikan dan perilaku kesehatan*. Jakarta: Rineka Cipta
- Nugroho. (2012). *Keperawatan gerontik & geriatrik*, edisi 3. Jakarta : EGC
- Nurroh, S. 2017. *Filsafat Ilmu. Assignment Paper of Philosophy of Geography Science*: Universitas Gajah Mada.
- Nursalam. (2011). *Konsep dan penerapan metodologi penelitian ilmu keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nurwulan, E. (2017). Pengaruh Senam Rematik terhadap Tingkat Nyeri Sendi pada Penderita Rheumatoid Arthritis, 1–15

- Riskesdas. (2018). Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) (Vol. 44, Issue 8).
<https://doi.org/10.1088/1751-8113/44/8/085201>
- Sakti, N. P. R., & Muhlisin, A. (2019). Pengaruh Terapi Komplementer Meditasi Terhadap Respon Nyeri Pada Penderita Rheumatoid Arthritis. *The 9th University Research Colloquium (Urecol)*, 9(1).
- Situmorang, Paskah, R. (2017). Gambaran Faktor-Faktor Yang Mempengaruhi Pengetahuan Lansia Terhadap Upaya Pencegahan Rematoid Arthritis Di Kelurahan Medan Labuhan Tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Vol 3, No 1, Februari 2017*.
- Solehati, T & Kosasih CE. (2015). Konsep dan Aplikasi Relaksasi dalam Keperawatan Maternitas. Bandung : PT Refika Aditama
- Sugiyono. 2013. Metode Penelitian Pendidikan Pendekatan Kuantitatif, Kualitatif, dan R&D. Bandung: Alfabeta.
- Sulaiman.2015.Manajemen Kesehatan Teori dan Praktik di Puskesmas, Jogjakarta: Gajahmada University Press
- Susilo, R. 2011. Pendidikan Kesehatan dalam Keperawatan. Yogyakarta: Nuha Medika
- Syam,Suir. Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Rematik pada Lansia di Wilayah Kerja Puskesmas Mandiangin Tahun 2012. *Jurnal Kesehatan Masyarakat STIKes Prima Nusantara Bukittinggi; 2012*
- Udiyani, R. (2018). Pengaruh Pemberian Kompres Hangat Terhadap Penurunan Nyeri Rematik Pada Lansia. *Jurnal Darul Azhar Vol 5, No.1, 72*.
- Widiyawati, W., & Nikmah, F. (2021). Perbedaan Pengetahuan Lansia Sebelum Dan Sesudah Diberikan Penyuluhan Kesehatan Tentang Arthritis Rheumatoid. *Indonesian Journal of Professional Nursing, 1(2)*, 34-42.
- Yuliana. 2017. Konsep Dasar Pengetahuan. Surakarta. Revisi cetakan ke-2: Cipta Graha.

LEMBAR PERMOHONAN MENJADI RESPONDEN

Kepada Yth,
Bapak/ ibu responden

Di tempat

Dengan hormat,

Saya yang bertanda tangan di bawah ini adalah Mahasiswa Keperawatan Program Sarjana Fakultas Kesehatan Universitas Afa Royhan di Kota Padangsidempuan:

Nama : Rahman Sholihin Siregar

Nim : 18010059

Akan melakukan penelitian dengan judul "**Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Rematik di Puskesmas Simarpinggan Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022**". saya meminta kesediaan bapak/ibu untuk berpartisipasi dan bersedia menjadi responden pada penelitian tersebut.

Demikian permohonan saya, atas perhatian dan kesediaan bapak/ibu saya mengucapkan terimakasih.

Padangsidempuan , Juni 2022

Hormat saya,

Peneliti

PERNYATAAN BERSEDIA MENJADI RESPONDEN

Saya yang bertandatangan di bawah ini menyatakan untuk turut berpartisipasi dan bersedia menjadi responden pada penelitian yang di lakukan oleh mahasiswa Keperawatan Universitas Afa Royhan yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Tingkat Pengetahuan Lansia Tentang Rematik di Puskesmas Simarpinggan Kecamatan Angkola Selatan Kabupaten Tapanuli Selatan Tahun 2022”**. Saya telah diberikan informasi tentang tujuan dan manfaat penelitian ini dan saya memutuskan untuk berpartisipasi dalam penelitian ini dengan memberikan pendapat dan respon saya tanpa tekanan dan paksaan dari pihak manapun. saya mengerti bahwa resiko yang terjadi tidak ada dan saya juga tahu bahwa penelitian ini tidak membahayakan bagi saya, serta berguna untuk keluarga saya.

Padangsidempuan, Juni 2022

Responden

()

KUESIONER

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TERHADAP TINGKAT PENGETAHUAN LANSIA TENTANG REMATIK DI PUSKESMAS SIMARPINGGAN KECAMATAN ANGKOLA SELATAN KABUPATEN TAPANULI SELATAN TAHUN 2022

A. Kuesioner Data Demografi

No responden :

1. Umur :
2. Jenis Kelamin :
3. Agama :
4. Pendidikan :
5. Pekerjaan :

Berilah tanda checklist (√) pada pertanyaan yang anda anggap benar dan sesuai

1. Penyakit rematik adalah ?
 - a. Penyakit yang menyerang sendi
 - b. Penyakit yang menyerang kulit
 - c. Penyakit yang menyerang jantung
2. Manakah pernyataan yang benar tentang rematik dibawah ini ?
 - a. Penyakit yang disebabkan terlalu banyak atau terlalu sedikit sendi yang digerakkan, keletihan dan proses menua
 - b. Penyakit yang tidak perlu diobati
 - c. Penyakit yang dapat cepat sembuh
3. Yang termasuk tanda dan gejala rematik adalah ?
 - a. Lesu, cepat lelah, timbul bengkak dan nyeri pada sendi
 - b. Berkeringat di malam hari
 - c. Susah tidur di malam hari
4. Apakah akibat lanjut apabila rematik tidak diobati ?
 - a. Perubahan bentuk sendi dan tulang, nyeri yang semakin meningkat
 - b. Berat badan meningkat
 - c. Badan semakin sehat

5. Keluhan yang dirasakan bila terkena rematik adalah
 - a. Sendi terasa nyeri, kaku dan bengkak
 - b. Mual dan muntah
 - c. Tidak ada keluhan

6. Rematik sering muncul pada usia ?
 - a. Anak-anak
 - b. Lansia
 - c. Remaja

7. Obat yang baik digunakan untuk rematik adalah ?
 - a. Obat-obatan warung
 - b. Obat dari dokter atau petugas kesehatan
 - c. Tidak perlu diobati

8. Gaya hidup sehat yang baik untuk penderita rematik adalah ?
 - a. Olahraga rutin
 - b. Banyak makan
 - c. Begadang

9. Untuk mengurangi rasa nyeri pada rematik dapat dilakukan dengan cara ?
 - a. Kompres air hangat dan istirahat yang cukup
 - b. Naik turun tangga
 - c. Banyak bergerak

10. Cara untuk mengurangi bengkak dan kaku pada rematik dengan ?
 - a. mengompres air hangat
 - b. Dijemur dibawah sinar matahari
 - c. Banyak bergerak

No	SAMPel PENELITIAN			Hasil Pre Test	Hasil Post test
	Umur	Jenis Kelamin	Pekerjaan		
1.	64	Lk	Petani	8	14
2.	63	Pr	Petani	6	12
3.	65	Pr	Wiraswasta	8	10
4.	72	Pr	Wiraswasta	8	14
5.	65	Pr	Petani	8	10
6.	65	Pr	Wiraswasta	8	14
7.	66	Pr	Petani	8	14
8.	63	Lk	Petani	8	10
9.	68	Pr	Wiraswasta	6	14
10.	63	Pr	Petani	8	14
11.	65	Lk	Wiraswasta	8	12
12.	65	Lk	Tdk bekerja	8	10
13.	64	Lk	Petani	8	10
14.	65	Pr	Petani	8	10
15.	63	Pr	Wiraswasta	8	12
16.	64	Pr	Petani	8	10
17.	66	Lk	Tdk bekerja	6	12
18.	67	Pr	Tdk bekerja	6	12
19.	65	Lk	Petani	8	14
20.	65	Pr	Wiraswasta	8	10
21.	67	Pr	Petani	8	14
22.	66	Pr	Wiraswasta	8	10
23.	67	Lk	Tdk bekerja	6	12
24.	65	Pr	Petani	6	10
25.	63	Pr	Petani	8	12
26.	64	Pr	Petani	8	12
27.	64	Lk	Wiraswasta	8	12
28.	63	Pr	Wiraswasta	6	12
29.	63	Pr	Petani	6	10
30.	63	Pr	Petani	6	10
31.	64	Pr	Petani	8	10
32.	65	Lk	Petani	8	12
33.	66	Pr	Petani	6	10
34.	67	Pr	Petani	6	12
35.	66	Pr	Wiraswasta	6	10
36.	64	Lk	Petani	8	12
37.	64	Pr	Petani	8	10
38.	69	Pr	Tdk bekerja	6	10
39.	63	Pr	Petani	8	12
40.	68	Lk	Tdk bekerja	6	12
41.	71	Pr	Tdk bekerja	6	10

42	70	Pr	Tdk bekerja	4	14
43	72	Lk	Tdk bekerja	6	12
44	66	Lk	Petani	8	10
45	63	Pr	Petani	8	10
46	63	Pr	Wiraswasta	8	14
47	64	Pr	Wiraswasta	8	12
48	64	Pr	Petani	8	10
49	66	Pr	Tdk bekerja	6	14
50	65	Pr	Wiraswasta	8	12

Frequency Table

umur Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	63-65	32	61.5	64.0	64.0
	66-68	13	25.0	26.0	90.0
	69-71	3	5.8	6.0	96.0
	72-74	2	3.8	4.0	100.0
	Total	50	96.2	100.0	
Missing	System	2	3.8		
Total		52	100.0		

Jenis Kelamin Reponden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Laki-Laki	15	28.8	30.0	30.0
	Perempuan	35	67.3	70.0	100.0
	Total	50	96.2	100.0	
Missing	System	2	3.8		
Total		52	100.0		

Agama Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Islam	50	96.2	100.0	100.0
Missing	System	2	3.8		
Total		52	100.0		

Pendidikan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	17	32.7	34.0	34.0
	SMP	15	28.8	30.0	64.0
	SMA	18	34.6	36.0	100.0

Total	50	96.2	100.0
Missing System	2	3.8	
Total	52	100.0	

Pekerjaan Responden

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Petani	26	50.0	52.0	52.0
Wiraswasta	14	26.9	28.0	80.0
Tidak Bekerja	10	19.2	20.0	100.0
Total	50	96.2	100.0	
Missing System	2	3.8		
Total	52	100.0		

Explores

pretest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid kurang	50	100.0	100.0	100.0

posttest

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid cukup	50	100.0	100.0	100.0

Descriptives

		Statistic	Std. Error
Pretest Sebelum	Mean	2.6000	.07559
	95% Confidence Interval for Lower Bound	2.4481	
	Mean Upper Bound	2.7519	
	5% Trimmed Mean	2.6333	
	Median	3.0000	

	Variance		.286	
	Std. Deviation		.53452	
	Minimum		1.00	
	Maximum		3.00	
	Range		2.00	
	Interquartile Range		1.00	
	Skewness		-.835	.337
	Kurtosis		-.457	.662
Postest Sesudah	Mean		1.8000	.11066
	95% Confidence Interval for	Lower Bound	1.5776	
	Mean	Upper Bound	2.0224	
	5% Trimmed Mean		1.7778	
	Median		2.0000	
	Variance		.612	
	Std. Deviation		.78246	
	Minimum		1.00	
	Maximum		3.00	
	Range		2.00	
	Interquartile Range		1.00	
	Skewness		.373	.337
	Kurtosis		-1.258	.662

Tests of Normality

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	Df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Pretest Sebelum	.393	50	.000	.662	50	.000
Postest Sesudah	.267	50	.000	.787	50	.000

a. Lilliefors Significance Correction

Wilcoxon Signed Ranks Test

Ranks

		N	Mean Rank	Sum of Ranks
posttest - pretest	Negative Ranks	0 ^a	.00	.00
	Positive Ranks	50 ^b	25.50	1275.00

	Ties	0 ^c	
	Total	50	

- a. posttest < pretest
- b. posttest > pretest
- c. posttest = pretest

Test Statistics^b

	posttest - pretest
Z	-7.071 ^a
Asymp. Sig. (2-tailed)	.000

- a. Based on negative ranks.
- b. Wilcoxon Signed Ranks Test

