



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN
KELUARGA MERAWAT PASIEN *POST* OPERASI KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS JELBUK**

SKRIPSI

Oleh

**Ahmad Afif Wijaya
NIM 142310101144**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN
KELUARGA MERAWAT PASIEN *POST* OPERASI KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS JELBUK**

SKRIPSI

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (S1)
dan mencapai gelar Sarjana Keperawatan

Oleh

**Ahmad Afif Wijaya
NIM 142310101144**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**

SKRIPSI

**HUBUNGAN TINGKAT PENGETAHUAN DENGAN KEMAMPUAN
KELUARGA MERAWAT PASIEN *POST* OPERASI KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS JELBUK**

Oleh

Ahmad Afif Wijaya
NIM 142310101144

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, M. Kep

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Kushariyadi, M. Kep

PERSEMBAHAN

Skripsi ini saya persembahkan untuk:

1. Bapak H. Abdul Ghani dan Ibu Hj. Umi Hamidah tercinta yang telah memberikan segala dukungan baik berupa kasih sayang yang tiada berujung, finansial, do'a dan segala perjuangan orang tua yang tak akan pernah bisa saya balas.
2. Aba KH. Ahmad Rosyidi dan Umi Hj. Nurul Kamila tercinta yang telah mendidik dan membesarkan saya dengan memupuk nilai dan ilmu dunia akhirat kepada saya.
3. Seluruh keluarga besar saya yang telah memberikan segala dukungan, baik berupa materi, do'a dan kasih sayang.
4. Calon makmum hidupku yang telah membantu setiap kesulitan yang saya hadapi baik dalam do'a maupun tindakan.
5. Keluarga besar Program Alih Jenis angkatan I, II, dan III PSIK Universitas Jember.
6. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember dan seluruh dosen yang telah banyak memberikan ilmu dan pengalamannya beserta seluruh guru SD hingga dosen D3 yang juga banyak memberikan ilmu kepada saya.
7. Seluruh guru saya di Pondok Pesantren Miftahul Ulum Glagahwero - Kalisat yang telah banyak menanamkan ilmu dunia akhirat dalam menghadapi kehidupan di dunia ini untuk bekal akhirat kelak.

MOTTO

"Dalam melakukan suatu kebaikan tidak perlu memandang ras ataupun agamanya.
jika kita baik pada siapapun tentu buah kebaikannya akan kembali ke kita jua"

(Gus Dur)

"Seorang yang terpelajar harus adil mulai sejak dalam fikirannya atau sejak dalam
tindakannya"

(Pramoedya Ananta Toer)

"A good man can be stupid and still be good, but a bad man must have brains"

(Maxim Gorky)

"Saya cinta pada guru saya tapi saya lebih cinta pada kebenaran"

(Aristoteles)

"Aku selalu bersama hambaKu selama hambaKu berdzikir kepadaKu dan
bibirnya selalu bergerak menyebut namaKu"

(Hadits Riwayat Ibnu Majah yang dishahihkan oleh Ibnu Hibban)

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Ahmad Afif Wijaya

TTL : Jember, 04 April 1992

NIM : 142310101144

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa karya ilmiah yang berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien *Post* Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk” adalah benar-benar hasil karya sendiri, kecuali jika dalam pengutipan substansi disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa ada tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika di kemudian hari ini tidak benar.

Jember, Desember 2015

Yang menyatakan



Ahmad Afif Wijaya

NIM.142310101144

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien *Post* Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk” telah diuji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

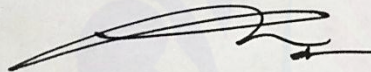
Hari :

Tanggal :

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

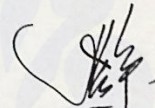
Tim Penguji

Pembimbing I



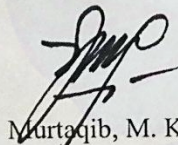
Ns. Siswoyo, M. Kep
NIP. 19800412 200604 1 002

Pembimbing II



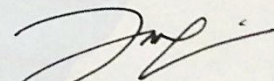
Ns. Kushariyadi, M. Kep
NRP. 760015697

Penguji I



Murtaqib, M. Kep
NIP. 19740813 200112 1 002

Penguji II



Ns. Emi Wuri W, M. Kep, Sp. Kep. J
NIP. 19850511 200812 2 005

Mengesahkan

Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember

Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes
NIP. 19780323 200501 2 002

Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien Post Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk. (*Correlation of Knowledge Level with Family's Ability to Care for Patients Post Cataract Surgery at Jelbuk Public Health Care*)

Ahmad Afif Wijaya

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

Cataract treatment with surgical procedures can be managed with the role of the family in the treatment post cataract surgery. Good ability of the family will help cataract patients in achieving optimal healing, because the family is able to carry out the treatment of patients post cataract surgery. This research was to know correlation between level of knowledge with family's ability to care for patients post cataract surgery at Jelbuk Public Health Care. This research was a cross sectional study with a sample of 42 families. The sampling technique was purposive sampling. Statistical test in this study was the Spearman rank correlation. Spearman rank correlation test showed p value = 0.002 ($\alpha < 0.05$), it means there was a correlation between the level of knowledge with the family's ability to care for patients post cataract surgery in Jelbuk Public Health Care. Nurse should give health education about post cataract surgery treatments including restrictions on activities, treatment of the eyes, and the thing to do when there were complications as the prevention of complications in patients post cataract surgery.

Keywords: *Level of Knowledge, Family's Care ability, Post Cataract Surgery*

RINGKASAN

Hubungan Tingkat Pengetahuan Dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien *Post* Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk; Ahmad Afif Wijaya, 142310101144; 2015, Halaman, Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Katarak adalah kekeruhan pada lensa mata yang disebabkan kelainan bawaan, proses penuaan, penyakit sistemik, trauma hingga komplikasi dari penyakit mata lainnya. Penatalaksanaan katarak dengan prosedur pembedahan dapat berhasil dengan peran keluarga dalam perawatan *post* operasi katarak. Kemampuan keluarga yang baik akan membantu pasien katarak dalam meraih kesembuhan optimal, karena keluarga mampu melaksanakan perawatan pasien *post* operasi katarak. Hasil studi pendahuluan diketahui didapatkan hasil bahwa keluarga ketika melakukan kontrol hingga meminta surat rujukan selalu diberikan pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan mengenai perawatan *post* operasi katarak di rumah. Namun keluarga masih mengatakan tidak mampu dalam melaksanakan perawatan pasien *post* operasi katarak di rumah. Pengetahuan perawatan *post* operasi katarak sangat diperlukan oleh keluarga. Hal ini dikarenakan komplikasi yang terjadi pada pasien *post* operasi katarak banyak terjadi karena tidak rutin dalam mengonsumsi obat dan pemberian tetes mata seperti *endofthalmitis* dan infeksi.

Tujuan penelitian ini adalah mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk. Penelitian ini merupakan penelitian korelasi dengan pendekatan *cross sectional* jumlah sampel 42 keluarga. Teknik *sampling* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *purposive sampling*. Uji statistik yang digunakan dalam penelitian ini adalah *spearman rank correlation* dengan taraf signifikan 5%.

Hasil penelitian ini didapatkan bahwa keluarga dengan tingkat pengetahuan kurang sebanyak 17 keluarga (40,5%), tingkat pengetahuan sedang sebanyak 18 keluarga (42,5%) dan tingkat pengetahuan baik sebanyak 7 keluarga (16,7%). Keluarga yang memiliki kemampuan rendah adalah sebanyak 11 keluarga (26,2%), kemampuan sedang sebanyak 17 keluarga (40,5%), dan kemampuan keluarga baik sebanyak 14 keluarga (33,3%). Hasil uji statistik menggunakan *spearman rank correlation* menunjukkan nilai $p \text{ value} = 0,002$ ($\alpha \leq 0,05$), artinya ada hubungan antara tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk. Nilai korelasi didapatkan sebesar 0,465 berarti arah korelasi positif dengan kekuatan korelasi sedang.

Kesimpulan penelitian ini adalah ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk. Berdasarkan hasil penelitian ini, diharapkan perawat dapat menerapkan pendidikan kesehatan tentang perawatan *post* operasi katarak meliputi pembatasan aktivitas, perawatan dan pengobatan mata, serta hal yang harus dilakukan ketika terjadi komplikasi sebagai upaya pencegahan terjadinya komplikasi pada pasien *post* operasi katarak.

PRAKATA

Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa, yang telah melimpahkan anugerah dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul "Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien *Post* Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk" dengan baik. Skripsi ini disusun sebagai langkah awal untuk memenuhi salah satu persyaratan dalam mencapai gelar sarjana keperawatan di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, dengan rasa syukur penulis menyampaikan ucapan terima kasih kepada:

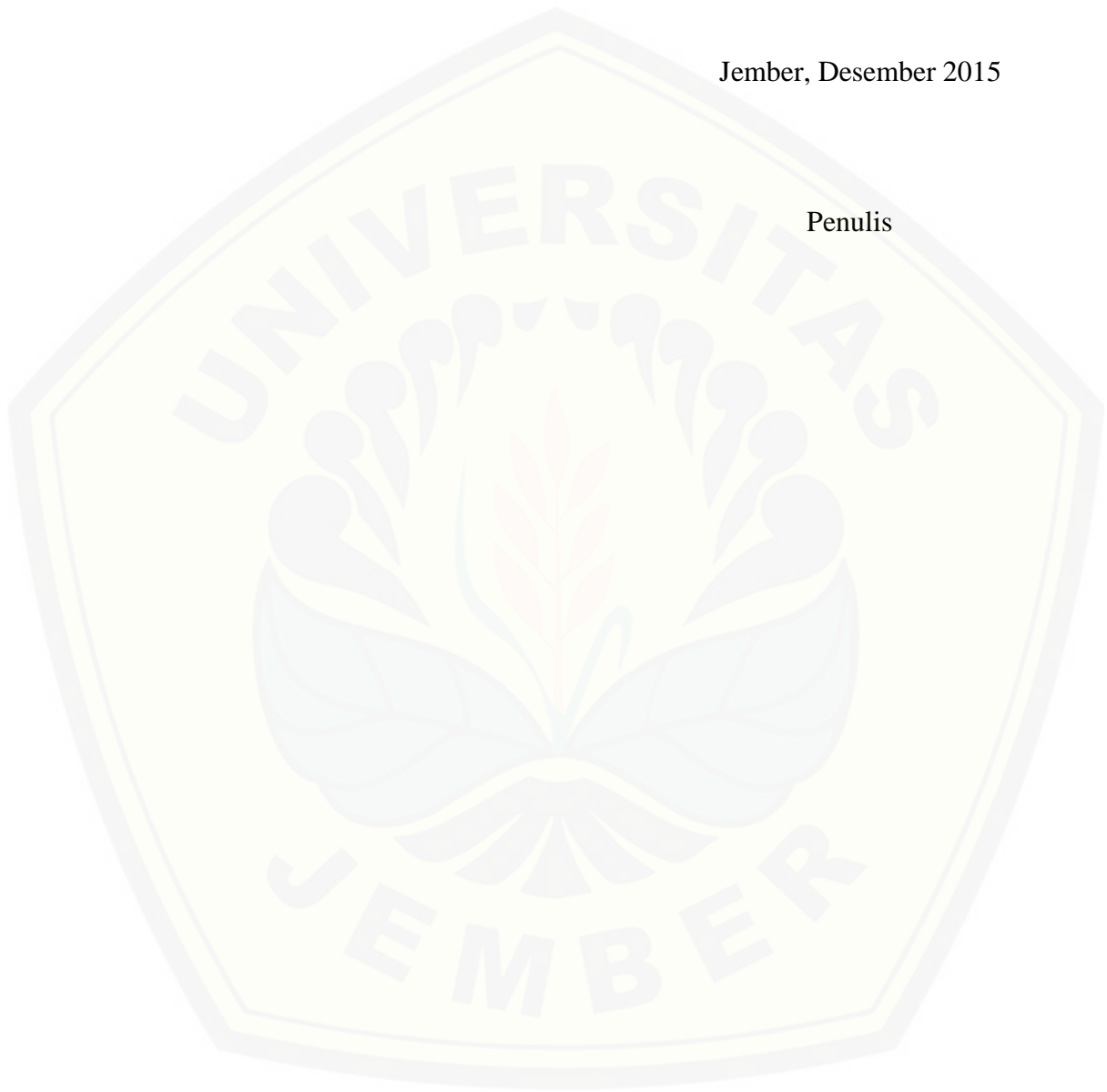
1. Ns. Lantin Sulistyorini, M. Kes., selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Siswoyo, M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Utama dan Ns. Kushariyadi, M. Kep., selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah meluangkan banyak waktunya untuk membimbing dan memberikan saran dengan sangat sabar demi kesempurnaan skripsi ini;
3. Murtaqib, M. Kep., selaku Penguji I dan Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
4. Ns. Emi Wuri Wuryaningsih, M. Kep, Sp. Kep. J., selaku penguji II yang juga turut serta membimbing dan mengoreksi demi kesempurnaan isi skripsi ini;
5. Dr. Alfi Yudisianto, selaku Kepala Puskesmas Jelbuk beserta jajarannya yang telah memberikan arahan dan bantuan dalam melaksanakan penelitian skripsi ini;
6. Teman-teman program alih jenis angkatan I, II, dan III yang telah banyak memberi bantuan dan semangat;

7. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan skripsi ini.

Penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun guna penyempurnaan skripsi ini. Akhir kata, semoga skripsi ini dapat membawa manfaat.

Jember, Desember 2015

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
LEMBAR PEMBIMBINGAN	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR GAMBAR	xvii
DAFTAR TABEL	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	8
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.3.1 Tujuan umum.....	8
1.3.2 Tujuan khusus.....	9
1.4 Manfaat Penelitian	9
1.4.1 Bagi pengembangan ilmu	9
1.4.2 Bagi pasien dan keluarga.....	9
1.4.3 Bagi pelayanan kesehatan.....	10
1.4.4 Bagi institusi pendidikan	10
1.4.5 Bagi peneliti.....	10
1.5 Keaslian Penelitian	11

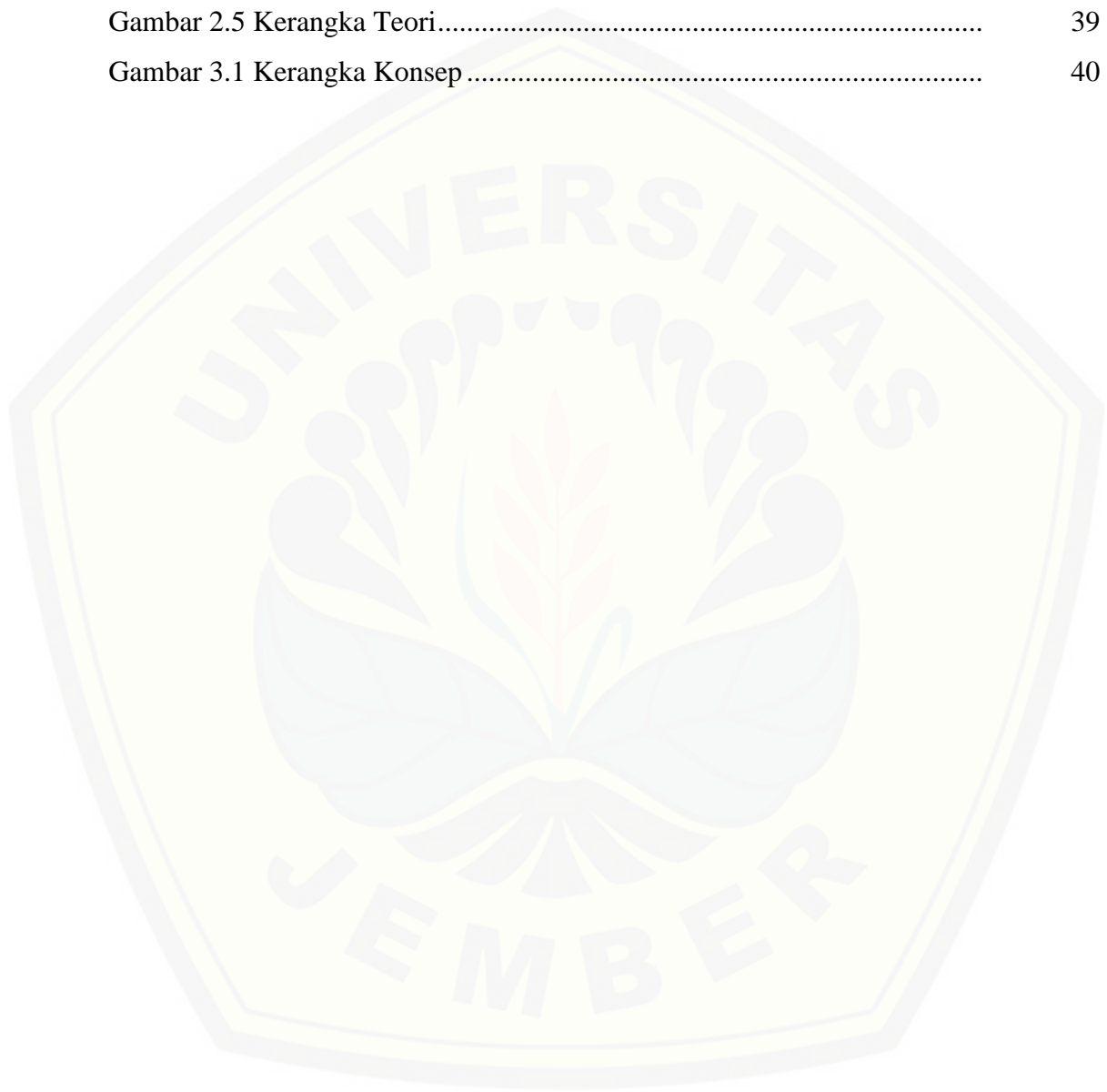
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA.....	12
2.1 Konsep Dasar Katarak.....	12
2.1.1 Definisi katarak	12
2.1.2 Etiologi katarak	12
2.1.3 Faktor terjadinya katarak.....	14
2.1.4 Klasifikasi katarak.....	15
2.1.5 Stadium katarak.....	16
2.1.6 Patofisiologi katarak.....	17
2.1.7 Penatalaksanaan katarak.....	18
2.1.8 Tahapan pembedahan katarak	19
2.1.9 Perawatan post operasi katarak	20
2.2 Konsep Dasar Pengetahuan	23
2.2.1 Definisi pengetahuan.....	23
2.2.2 Domain pengetahuan.....	24
2.2.3 Faktor yang mempengaruhi pengetahuan	24
2.2.4 Tingkatan pengetahuan	25
2.3 Konsep Dasar Kemampuan	27
2.3.1 Definisi kemampuan	27
2.3.2 Faktor yang mempengaruhi kemampuan	28
2.4 Konsep Dasar Keluarga	29
2.4.1 Definisi keluarga.....	29
2.4.2 Peranan keluarga.....	29
2.4.3 Tipe keluarga	30
2.4.4 Fungsi keluarga.....	32
2.4.5 Perawatan kesehatan keluarga	36
2.5 Kerangka Teori.....	39
BAB 3 KERANGKA KONSEP.....	40
3.1 Kerangka Konsep	40
3.2 Hipotesis.....	41
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	42
4.1 Desain Penelitian.....	42

4.2	Populasi dan Sampel Penelitian.....	42
4.2.1	Populasi penelitian	42
4.2.2	Sampel penelitian	42
4.2.3	Teknik penentuan sampel	43
4.2.4	Kriteria sampel penelitian	43
4.3	Tempat Penelitian	44
4.4	Waktu Penelitian.....	44
4.5	Definisi Operasional	45
4.6	Pengumpulan Data	46
4.6.1	Sumber data.....	46
4.6.2	Teknik pengumpulan data	46
4.6.3	Alat pengumpulan data	47
4.6.4	Uji validitas dan uji reliabilitas	51
4.7	Pengolahan dan Analisis Data	52
4.7.1	<i>Editing</i>	52
4.7.2	<i>Coding</i>	52
4.7.3	<i>Processing/ Entry</i>	53
4.7.4	<i>Cleaning</i>	53
4.7.5	Teknik analisis data.....	53
4.8	Etika Penelitian	55
4.8.1	Prinsip manfaat	55
4.8.2	Prinsip menghargai hak asasi manusia (<i>respect human dignity</i>)	56
4.8.3	Prinsip keadilan (<i>right to justice</i>).....	57
BAB 5.	HASIL DAN PEMBAHASAN	58
5.2	Hasil Penelitian	58
5.1.1	Gambaran umum.....	58
5.1.2	Analisis univariat	59
5.1.2	Analisis bivariat	64
5.2	Pembahasan.....	66

5.2.1	Karakteristik anggota keluarga	66
5.2.2	Tingkat pengetahuan anggota keluarga.....	71
5.2.3	Kemampuan keluarga merawat pasien <i>post</i> operasi katarak.....	73
5.2.4	Hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien <i>post</i> operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk.....	74
5.3	Keterbatasan Penelitian	77
5.4	Implikasi Keperawatan	77
BAB 6.	KESIMPULAN DAN SARAN	79
6.1	Kesimpulan.....	79
6.2	Saran	79
6.2.1	Bagi pengembangan ilmu.....	79
6.2.2	Bagi pasien dan keluarga	80
6.2.3	Bagi pelayanan kesehatan	80
6.2.4	Bagi institusi pendidikan.....	80
6.2.5	Bagi peneliti	81
DAFTAR PUSTAKA		82
LAMPIRAN.....		85

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.5 Kerangka Teori.....	39
Gambar 3.1 Kerangka Konsep.....	40



DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi operasional	45
Tabel 4.2 Blueprint instrumen tingkat pengetahuan	48
Tabel 4.3 Blueprint instrumen kemampuan keluarga	50
Tabel 4.4 Tingkat keandalan <i>alpha cronbach</i>	52
Tabel 4.5 Panduan interpretasi hasil uji hipotesis berdasarkan kekuatan korelasi, nilai p, dan arah korelasi	54
Tabel 5.1 Rerata Umur Anggota Keluarga Pemberi Perawatan pada Pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	59
Tabel 5.2 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Menurut Jenis Kelamin di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	60
Tabel 5.3 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Menurut Hubungan dengan pasien di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	60
Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Berdasarkan Pendidikan di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	61
Tabel 5.5 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Berdasarkan Pekerjaan di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	62
Tabel 5.6 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Berdasarkan Tingkat Pengetahuan di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk	62
Tabel 5.7 Distribusi Frekuensi Anggota Keluarga Berdasarkan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien <i>Post</i> Operasi Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Jelbuk.....	63
Tabel 5.8 Hubungan Tingkat Pengetahuan dengan Kemampuan Keluarga Merawat Pasien <i>Post</i> Operasi Katarak di Wilayah Kerja..... Puskesmas Jelbuk	65

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>informed</i>	85
B. Lembar <i>consent</i>	86
C. Kuesioner A (Karakteristik keluarga)	87
D. Kuesioner B (Tingkat Pengetahuan)	88
E. Kuesioner C (Kemampuan Keluarga)	90
F. Waktu penelitian	93
G. Ijin Penelitian	96
H. Hasil Uji Validitas dan Reliabilitas	110
I. Hasil Uji Analisis Penelitian.....	120
J. Dokumentasi Penelitian.....	121

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

World Health Organisation (WHO) mencanangkan komitmen global vision 2020: *The right to sight* yang merupakan inisiatif global untuk menanggulangi gangguan penglihatan dan kebutaan pada masyarakat. Kebijakan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dalam mencapai visi global tersebut adalah dengan menuangkan kebijakannya dalam KEPMENKES No.1473/MENKES/SK/2005 tentang rencana strategi nasional penanggulangan gangguan penglihatan dan kebutaan (Renstranas PGPK). Terdapat empat prioritas dalam kebijakan renstranas PGPK salah satunya adalah katarak (Depkes RI, 2008).

Katarak merupakan penyebab utama kebutaan di dunia, hal ini dibuktikan dengan data penyebab kebutaan di dunia yaitu katarak sebanyak 45 %. Penyebab yang lain yaitu karena *glaucoma*, *diabetes mellitus*, dan trauma sebanyak 37,5%, *trachoma* 12,5 %, dan *onchocerciasis* atau *river blindness* 0,6%. Di Indonesia kebutaan disebabkan oleh katarak (lebih dari 50%), *glaucoma*, gangguan refraksi yang tidak terkoreksi, kelainan kornea, dan kelainan retina meliputi *age-related macular degeneration* (AMD) dan *retinopati diabetik* (Depkes RI, 2008).

Menurut WHO (dalam Depkes RI, 2007), terdapat 180 juta penduduk dunia yang mengalami cacat penglihatan. Sebanyak 40 – 45 juta orang di dunia mengalami kebutaan, sepertiganya berada di Asia Tenggara. Setiap menit diperkirakan 12 orang menjadi buta, empat orang diantaranya juga berasal dari

Asia Tenggara. Laporan WHO juga mengungkapkan bahwa setiap detik bertambah satu pasien kebutaan di dunia. Pasien kebutaan tersebut kebanyakan berada di negara miskin dan berkembang, terutama negara – negara Afrika dan Asia khususnya Asia Tenggara.

Penduduk Indonesia juga memiliki kecenderungan menderita katarak 15 tahun lebih cepat dibandingkan penduduk di daerah subtropis, sekitar 16-22% penderita katarak yang dioperasi berusia di bawah 55 tahun. Berdasarkan hasil riset kesehatan dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2007, proporsi *low vision* di Indonesia adalah sebesar 4,8% (Asia 5% - 9%), kebutaan 0,9%, dan katarak sebesar 1,8% (meningkat dari 1,2% menurut survey kesehatan rumah tangga (SKRT) 2001) bahwa peningkatan jumlah kasus katarak ini berkaitan erat dengan peningkatan umur harapan hidup penduduk Indonesia pada periode 2005-2010 (69,1 tahun) dibanding periode 2000-2005 (66,2 tahun) (Depkes RI, 2008).

Prevalensi kebutaan di Indonesia mencapai 1,5 % dari jumlah penduduk di Indonesia. Berdasarkan angka tersebut, katarak merupakan penyebab utama kebutaan dengan presentase sebesar 0,78 %. Walaupun katarak umumnya adalah penyakit usia lanjut, namun 16 – 20 % buta katarak telah dialami oleh penduduk Indonesia pada usia 40 – 54 tahun (Depkes, 2008).

Prevalensi kebutaan pada usia 55-64 tahun sebesar 1,1%, usia 65-74 tahun sebesar 3,5% dan usia 75 tahun ke atas sebesar 8,4%. Meskipun pada semua kelompok umur sepertinya prevalensi kebutaan di Indonesia tidak tinggi, namun di usia lanjut masih jauh di atas 0,5% yang berarti masih menjadi masalah kesehatan masyarakat. Prevalensi yang lebih tinggi didapatkan pada pendidikan

rendah, yaitu kelompok yang tidak sekolah sebesar 1,7%, diikuti tidak tamat SD 0,4% dan tamat SD 0,4%. Sedangkan berpendidikan tamat SMP 0,1%, SMA 0,1% dan pendidikan tinggi prevalensinya lebih rendah 0,1%. Pada tingkat pekerjaan, prevalensi tertinggi didapatkan pada kelompok tidak bekerja 0,6%, petani/nelayan/buruh 0,4%, Wiraswasta 0,2% dan pegawai 0,1%. Terdapat kemungkinan orang yang menderita kebutaan akhirnya tidak dapat bekerja dan sebaliknya orang yang tidak bekerja memiliki akses kesehatan yang lebih rendah. Sedangkan tingginya prevalensi pada kelompok petani/nelayan/buruh dapat berkorelasi dengan risiko yang lebih besar untuk menderita katarak akibat bekerja di bawah sinar matahari/ultraviolet langsung dan ditambah keterbatasan akses kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang baik (Kemenkes RI, 2014).

Persentase penduduk usia > lima tahun dengan *low vision* dan kebutaan dengan atau tanpa kacamata maksimal menurut kabupaten/kota berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Nasional tahun 2007, prevalensi *low vision* dan kebutaan di provinsi Jawa Timur sebesar masing – masing 3,6 % dan 0,9%. Sedangkan di Kabupaten Jember didapatkan persentase *low vision* sebesar 1,1% dan persentase kebutaan sebesar 0,9 % (Kemenkes, 2014).

Berdasarkan data dinas kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014 jumlah penderita katarak di Kabupaten Jember sebanyak 2.086 orang. Puskesmas Jelbuk menduduki peringkat ketiga penderita terbanyak dengan jumlah 121 orang. Jelbuk merupakan daerah yang termasuk perkotaan. Hal ini dilihat dari letak strategis Kecamatan Jelbuk yang diapit oleh Kota Jember dan Kota Bondowoso. Sehingga akses menuju pelayanan kesehatan sangat terjangkau. Namun angka kejadian

katarak di Kecamatan Jelbuk tergolong tinggi, hal ini yang menjadikan Kecamatan Jelbuk menjadi tempat penelitian.

Walaupun telah berkembang berbagai teknologi bedah katarak ilmu penyakit mata, sampai sekarang belum ditemukan pengobatan katarak dalam bentuk tablet, salep, tetes mata, dan gizi tertentu untuk mencegah perkembangan katarak. Tidak satupun obat yang dikenal yang dapat menyembuhkan katarak. Pencegahan yang dapat dilakukan yaitu pembedahan.

Pembedahan atau operasi memiliki bagian yang terdiri dari pre operasi, operasi, dan *post* operasi. Ketiga bagian ini memiliki peran dalam keberhasilan mengembalikan penglihatan pasien dan menghindari komplikasi. Pada tahap *pre* operasi dilakukan pemeriksaan kesehatan tubuh umum untuk menentukan apakah ada kelainan yang menjadi halangan untuk dilakukan pembedahan. Pada tahap operasi dilakukan pengamatan terlebih dahulu karena menentukan saat dilakukan bedah katarak sangat berbeda setiap orang. Pada tahap setelah pembedahan mata pasien akan ditutup dengan kasa bebat dan pelindung lainnya agar mata tidak mengalami cedera. Pembalut atau bebat ini akan dibuka 24 jam kemudian. Hal ini bertujuan juga untuk menghindari komplikasi seperti infeksi, peradangan, dan rasa sakit. Pemberian obat tetes mata setelah pembedahan diberikan selama beberapa minggu untuk mengurangi peradangan. Disamping itu pemberian analgesik dan antibiotika diberikan juga untuk mencegah rasa sakit dan infeksi. Pemeriksaan ulang juga perlu dilakukan secara teratur. Pada tahap ini peran keluarga sangat dibutuhkan.

Karena pembatasan aktivitas pada pasien *post* operasi katarak perlu dilakukan untuk penyembuhan yang sempurna. Pasien akan dibatasi dalam mengerjakan pekerjaan dengan waktu tertentu. Pasien *post* operasi katarak diharapkan tidak melakukan pekerjaan ringan minimal selama tiga hari dan maksimal delapan minggu, sedangkan pekerjaan sedang hingga pekerjaan berat minimal selama empat minggu dan maksimal selama delapan minggu. Hal ini berpengaruh pada kualitas hidup pasien katarak (Ilyas, 2006).

Pemenuhan aktivitas yang dibatasi sangat bergantung pada peran keluarga yang merawat. Keluarga memiliki peran besar dalam penyembuhan pasien *post* operasi katarak. Pemberian obat tetes mata dan obat – obatan diperlukan peran keluarga sebagai pengontrol pasien dalam meminum obat dan pemberian obat tetes mata. Karena dapat mengurangi resiko peradangan dan infeksi yang kemungkinan bisa terjadi setelah pembedahan. Kemampuan keluarga sangat dibutuhkan dalam perawatan *post* operasi katarak. Peran yang sangat besar selama proses penyembuhan *post* operasi, keluarga diharapkan mampu melaksanakan perawatan sesuai dengan anjuran yang diberikan.

Hal ini berhubungan dengan salah satu fungsi keluarga yaitu fungsi pemeliharaan kesehatan keluarga. Tujuan dari pemeliharaan kesehatan keluarga yaitu meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarga. Keluarga memiliki peran dalam mengenal gangguan dalam keluarga, mengambil keputusan untuk melakukan tindakan, memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dan mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan, serta

mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan di Puskesmas Jelbuk, didapatkan hasil bahwa keluarga ketika melakukan kontrol hingga meminta surat rujukan selalu diberikan pendidikan kesehatan oleh petugas kesehatan mengenai perawatan *post* operasi katarak di rumah. Namun keluarga masih mengatakan tidak mampu dalam melaksanakan perawatan pasien *post* operasi katarak di rumah. Pengetahuan perawatan *post* operasi katarak sangat diperlukan oleh keluarga. Hal ini dikarenakan komplikasi yang terjadi pada pasien *post* operasi katarak banyak terjadi karena tidak rutin dalam mengonsumsi obat dan pemberian tetes mata.

Komplikasi yang terjadi *post* operasi katarak seperti *endofthalmitis* yang merupakan peradangan berat dalam bola mata yang muncul akibat infeksi setelah trauma atau bedah. Hal ini sangat berkaitan dengan perawatan *post* operasi katarak pasien ketika di rumah (Ilyas, 2015). Peran keluarga sangat berpengaruh pada komplikasi ini. Disamping itu, pada pasien katarak komplikata yang dapat disebabkan oleh penyakit sistemik endokrin (*diabetes mellitus*, *hipoparatiroid*, *galaktosemia*, dan *miotonia distrofi*) dan keracunan obat sangat memerlukan perawatan khusus. Karena dapat menimbulkan komplikasi yang lebih beragam lagi pada sistem tubuh yang lain. Pada katarak diabetes dibutuhkan pemantauan keluarga sangat ketat karena ketika pasien dehidrasi berat, asidosis dan hiperglikemi terjadi, pada lensa akan terjadi kekeruhan berupa garis akibat kapsul lensa berkerut. Bila terjadi dehidrasi lama akan terjadi kekeruhan lensa, kekeruhan

akan hilang bila terjadi rehidrasi dan kadar gula normal kembali. Dari sini peranan keluarga sangat diperlukan terkait perawatan ketika pasien *post* operasi di rumah.

Menurut Maloring, Kaawoan, & Onibala (2014) didapatkan hasil bahwa pengetahuan merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi kepatuhan perawatan *post* operasi katarak sehingga pemberian informasi yang mendalam tentang katarak sangat penting untuk dilakukan agar kepatuhan respon meningkat. Pengetahuan yang masih rendah karena kurangnya akses informasi mengenai penyebab penyakit katarak dan cara pengobatannya berakibat pada tidak sempurnanya pengobatan *post* operasi. Oleh sebab itu, pengetahuan tentang perawatan *post* operasi katarak dapat dijadikan pedoman bagi keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien. Pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien *post* operasi katarak cenderung tergantung dari informasi yang didapat dari tenaga kesehatan.

Menurut Arditya & Rahmi (2007) bahwa mayoritas pasien dan keluarga sebenarnya telah mendengar atau mengetahui mengenai katarak dan pengelolaannya, hanya informasi yang diterima belum sepenuhnya benar sehingga terdapat jawaban yang kurang tepat pada pertanyaan yang diberikan. Sebesar 78% responden telah mendengar mengenai katarak sebelum mereka datang ke RS.

Hasil studi pendahuluan dengan wawancara pada perawat di Puskesmas Jelbuk bahwa pemberian informasi kesehatan diberikan oleh tenaga kesehatan tidak lengkap mengenai perawatan *post* operasi katarak kepada keluarga pasien meliputi perawatan dan pengobatan mata dan hal yang perlu dilakukan ketika terjadi komplikasi. Hal ini dimaksudkan agar proses penyembuhan pasien bisa

lebih optimal. Bila terjadi keluhan maupun komplikasi, keluarga menjadi pihak yang sesegera mungkin meminta pertolongan. Seperti saat pasien menunjukkan mata memerah, pembengkakan disekitar mata atau mengantar pasien untuk kontrol. Namun keluarga masih merasa belum sanggup dan hanya mengetahui sedikit dari perawatan mata di rumah. Disamping itu pemberian pendidikan kesehatan mengenai pembatasan aktivitas belum diberikan oleh tenaga kesehatan.

Berkaitan dengan hal tersebut peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak, mengingat keluarga memegang peran sangat penting dalam keberhasilan pengobatan dan mencegah komplikasi.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan tingkat pengetahuan keluarga dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi karakteristik anggota keluarga yang merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk meliputi usia, jenis kelamin, hubungan dengan pasien, pendidikan, dan pekerjaan.
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan keluarga dalam merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk.
- c. Mengidentifikasi kemampuan keluarga dalam merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk.
- d. Mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Pengembangan Ilmu

Menambah referensi ipteks keperawatan dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang tingkat pengetahuan keluarga dalam perawatan pasien *post* operasi katarak.

1.4.2 Bagi Pasien dan Keluarga

Meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga dalam perawatan *post* operasi katarak melalui pemberian edukasi perawatan *post* operasi katarak setelah pengisian kuesioner sehingga keberhasilan perawatan dapat tercapai dengan baik.

1.4.3 Bagi Pelayanan Kesehatan

Bahan pertimbangan dalam memberikan informasi perawatan pasien *post* operasi katarak oleh tenaga kesehatan kepada keluarga mengenai pembatasan aktivitas, perawatan dan pengobatan mata, serta hal yang harus dilakukan ketika terjadi komplikasi.

1.4.4 Bagi Institusi Pendidikan

Menjadi salah satu referensi tentang bagaimana hubungan tingkat pengetahuan dan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak sehingga dapat diintegrasikan dalam pembelajaran.

1.4.5 Bagi Peneliti

Menambah pengetahuan dan kemampuan peneliti dalam meningkatkan pengetahuan dan kemampuan keluarga dalam merawat pasien *post* operasi katarak.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu dilakukan oleh Maloring, Kaawoan, & Onibala (2014) dengan judul hubungan pengetahuan dan sikap dengan kepatuhan perawatan pada pasien *post* operasi katarak di Balai Kesehatan Mata masyarakat Sulawesi Utara. Tujuan penelitian mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap dalam perawatan pada pasien *post* operasi katarak di Balai Kesehatan Mata masyarakat Sulawesi utara. Desain penelitian bersifat observasi analitik dengan pendekatan *cross*

sectional. Dilaksanakan pada 10-18 Juli 2014, jumlah sampel 63 responden. Teknik *sampling* penelitian ini menggunakan *purposive sampling*. Hasil uji statistik uji *chi square* (x^2) menunjukkan adanya hubungan pengetahuan dengan kepatuhan perawatan *post* operasi katarak di Balai Kesehatan Mata Masyarakat Sulawesi Utara, serta ada hubungan Sikap dengan kepatuhan perawatan *post* operasi katarak di Balai kesehatan Mata Masyarakat Sulawesi.

Penelitian saat ini berjudul hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember. Tujuan penelitian mengetahui hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk. Desain penelitian bersifat korelasi dengan pendekatan *cross sectional*. Sampel pada penelitian berjumlah 42 responden. Dilaksanakan pada bulan Agustus-Desember 2015. Teknik *sampling* penelitian saat ini menggunakan *purposive sampling* dan uji statistik menggunakan *spearman rank correlation*. Hasil uji statistik menunjukkan adanya hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien *post* operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk.

BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dasar Katarak

2.1.1 Definisi Katarak

Katarak berasal dari Yunani *Katarrhakies*, Inggris *Cataract*, dan Latin *Cataracta* berarti air terjun. Bahasa Indonesia disebut bular karena penglihatan seperti tertutup air akibat lensa yang keruh (Ilyas, 2006). Katarak adalah perubahan lensa mata yang sebelumnya jernih dan tembus cahaya menjadi keruh. Katarak menyebabkan penderita tidak bisa melihat dengan jelas karena dengan lensa keruh cahaya sulit menembus retina dan menghasilkan bayangan yang kabur pada retina (Cahyana, 2008).

Katarak adalah kekeruhan lensa terjadi akibat hidrasi (penambahan cairan) lensa, denaturasi protein lensa. Biasanya kekeruhan mengenai kedua mata dan berjalan progresif dan tidak mengalami perubahan dalam waktu lama. Kekeruhan lensa mengakibatkan lensa tidak transparan, sehingga pupil berwarna putih atau abu-abu. Pada mata tampak kekeruhan lensa dalam berbagai bentuk dan tingkat, atau berbagai lokalisasi di lensa seperti di kortek dan nukleus (Ilyas, 2015).

2.1.2 Etiologi Katarak

Etiologi katarak menurut Budiono (2013) yaitu:

a. Kelainan bawaan

Adanya gangguan proses perkembangan embrio saat dalam kandungan dan kelainan pada kromosom secara genetik dapat menimbulkan kekeruhan lensa

saat lahir. Pada umumnya kelainan tidak hanya pada lensa tetapi juga pada bagian tubuh yang lain sehingga berupa suatu sindrom.

b. Proses penuaan

Seiring dengan bertambah usia, lensa mata akan mengalami penambahan berat, ketebalan, dan mengalami penurunan daya akomodasi. Setiap pembentukan lapisan baru dari serat kortikal secara konsentris, nukleus lensa akan mengalami kompresi dan pengerasan (*nucleus sclerosis*). Modifikasi kimia dan pembelahan proteolitik *crystallins* (lensa protein) mengakibatkan pembentukan kumpulan protein dengan berat molekul yang tinggi. Kumpulan protein ini dapat menjadi cukup banyak untuk menyebabkan fluktuasi mendadak indeks bias lokal lensa, sehingga muncul hamburan cahaya dan mengurangi transparansi dari lensa. Modifikasi kimia dari protein lensa dapat meningkatkan pigmentasi, sehingga lensa tampak berwarna kuning atau kecoklatan dengan bertambahnya usia. Perubahan lain meliputi penurunan konsentrasi glutasi dan kalium, dan peningkatan konsentrasi natrium dan kalsium dapat sitoplasma sel lensa. Patogenesis multifaktoral dan tidak sepenuhnya dipahami.

c. Penyakit sistemik

Adanya kelainan sistemik menyebabkan katarak adalah diabetes mellitus. Dasar patogenesis yang melandasi penurunan visus pada katarak dengan diabetes adalah teori akumulasi sorbitol yang terbentuk dari aktivasi alur polyol pada keadaan hiperglikemia yang mana akumulasi sorbitol dalam lensa akan menarik air ke dalam lensa sehingga terjadi hidrasi lensa yang

merupakan dasar patofisiologi terbentuknya katarak. Kemudian teori glikosilasi protein, dimana adanya AGE akan mengganggu struktur sitoskeletal yang dengan sendirinya akan menurunkan kejernihan lensa.

d. Trauma

Adanya trauma akan mengganggu struktur lensa mata baik secara makroskopis maupun mikroskopis. Hal ini diduga menyebabkan adanya perubahan struktur lensa dan gangguan keseimbangan metabolisme lensa sehingga katarak dapat terbentuk.

e. Penyakit mata lainnya

Adanya *glaucoma* dan *uveitis* menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit yang menyebabkan kekeruhan lensa.

2.1.3 Faktor Terjadinya Katarak

- a. Diabetes mellitus atau penyakit infeksi tertentu mengakibatkan kekeruhan lensa sehingga timbul katarak komplikata.
- b. Radang menahun di dalam bola mata dapat mengakibatkan perubahan fisiologis pada lensa sehingga terjadi katarak.
- c. Trauma mata dapat mengenai semua umur seperti pukulan keras, tusukan benda, terpotong, panas yang tinggi, bahan kimia dapat merusak lensa mata sehingga timbul katarak traumatik.
- d. Riwayat keluarga dengan katarak memiliki risiko diturunkan pada anak disebabkan peradangan dalam kehamilan sehingga timbul katarak kongenital.

- e. Penggunaan obat dalam jangka waktu lama seperti betametason, klorokuin, klorpromazin, kortison, ergotamin, indometasin, medrison, neostigmin, pilokarpin, dan beberapa obat lainnya.
- f. Merokok memberikan dampak timbulnya katarak karena racun yang terdapat di dalam kandungan rokok.
- g. Terpajan banyak sinar ultraviolet (matahari) membuat lensa mata menjadi mengeras sehingga timbul kekeruhan lensa (Ilyas, 2006).

2.1.4 Klasifikasi Katarak

Klasifikasi katarak berdasarkan penyebabnya menurut (Ilyas, 2015) meliputi:

- a. Katarak kongenital merupakan katarak yang terjadi sebelum atau segera setelah lahir dan bayi berusia kurang dari satu tahun. Katarak kongenital merupakan penyebab kebutaan bayi terutama penanganan yang kurang tepat. Pengkajian penyebab katarak kongenital didapatkan dari hasil pemeriksaan riwayat prenatal infeksi ibu seperti rubella pada kehamilan trimester pertama dan pemakaian obat selama kehamilan.
- b. Katarak juvenil merupakan katarak yang lembek dan terdapat pada usia muda (usia kurang dari sembilan tahun dan lebih dari tiga bulan). Katarak juvenil merupakan kelanjutan katarak kongenital.
- c. Katarak senil merupakan semua kekeruhan lensa pada usia lanjut (diatas 50 tahun) yang penyebabnya tidak diketahui secara pasti.
- d. Katarak komplikata merupakan katarak akibat penyakit mata lain seperti radang, dan proses degenerasi seperti ablasi retina, *retinitis pigmentosa*,

glaucoma, tumor intra okular, *iskemia okular*, *nekrosis anterior segmen*, *buftalmos*, akibat suatu trauma dan pasca bedah mata.

- e. Katarak diabetes merupakan katarak karena akibat penyakit diabetes mellitus.
- f. Katarak sekunder merupakan katarak karena akibat terbentuknya jaringan fibrosis pada sisa lensa yang tertinggal, dan terlihat sesudah dua hari sesudah operasi katarak ekstra kapsular atau sesudah trauma yang memecah lensa.

Bila mata sehat dan tidak terdapat kelainan sistemik biasanya terdapat pada semua katarak senil, katarak herediter, dan katarak kongenital.

2.1.5 Stadium Katarak

Menurut Budiono (2013) stadium katarak meliputi:

- a. Katarak insipien
Merupakan kekeruhan lensa tahap awal dengan visus yang relatif baik.
- b. Katarak imatur
Merupakan kekeruhan lensa mulai terjadi dapat terlihat oleh bantuan senter, terlihat iris *shadow*, visus $>1/60$.
- c. Katarak matur
Merupakan kekeruhan lensa terjadi menyeluruh, dapat terlihat dengan bantuan senter, tidak terlihat iris *shadow*, visus $1/3000$ atau *light perception* positif.
- d. Katarak hiper matur
Terjadi ketika massa lensa mengalami kebocoran melalui kapsul lensa sehingga kapsul menjadi berkerut dan menyusut.

e. Katarak morgagni

Merupakan proses katarak yang berjalan lanjut disertai dengan kapsul yang tebal sehingga korteks yang berdegenerasi dan cair tidak dapat keluar, maka korteks berbentuk sekantong susu disertai dengan nukleus yang terbenam di dalam korteks lensa karena lebih berat.

f. Katarak brunesen

Merupakan katarak berwarna coklat sampai hitam (katarak nigra) pada nukleus lensa, terjadi pada katarak pasien diabetes mellitus dan miopia tinggi. Ketajaman penglihatan lebih baik dan biasanya ini terdapat pada orang berusia lebih dari 65 tahun yang belum memperlihatkan adanya katarak kortikal posterior.

2.1.6 Patofisiologi Katarak

Perubahan fisik dan kimia dalam lensa mengakibatkan hilangnya transparansi. Perubahan pada serabut halus multipel (zunula) yang memanjang dari badan silier ke sekitar daerah di luar lensa sehingga menyebabkan penglihatan mengalami distorsi. Perubahan kimia dalam protein lensa dapat menyebabkan koagulasi sehingga mengaburkan pandangan dengan menghambat jalannya cahaya ke retina. Salah satu teori menyebutkan terputusnya protein lensa normal disertai influks air ke dalam lensa. Proses ini mematahkan serabut lensa yang tegang dan mengganggu transmisi sinar. Teori lain mengatakan bahwa suatu enzim mempunyai peran dalam melindungi lensa dari degenerasi. Jumlah enzim

akan menurun dengan bertambahnya usia dan tidak ada pada kebanyakan pasien yang menderita katarak.

Katarak biasanya terjadi bilateral, namun mempunyai kecepatan yang berbeda. Disebabkan oleh kejadian trauma maupun sistemis seperti diabetes. Namun sebenarnya konsekuensi dari proses penuaan yang normal. Kebanyakan katarak berkembang secara kronik dan matang ketika orang memasuki dekade ketujuh. Katarak dapat bersifat kongenital dan harus diidentifikasi awal. Karena bila tidak terdiagnosa dapat menyebabkan ambliopio dan kehilangan penglihatan permanen. Faktor yang paling berperan dalam terjadinya katarak meliputi radiasi sinar ultraviolet B, obat-obatan, alkohol, merokok, *diabetes mellitus*, dan asupan vitamin antioksidan yang kurang dalam jangka waktu lama (Smeltzer & Bare, 2002).

2.1.7 Penatalaksanaan Katarak

Menurut Ilyas (2006) penatalaksanaan pasien katarak dengan prosedur pembedahan. Jika gejala katarak tidak mengganggu tindakan pembedahan tidak diperlukan. Penggunaan kacamata bila belum menghalangi dan mengganggu penglihatan. Tindakan bedah dilakukan untuk mendapatkan penglihatan yang lebih baik.

Pembedahan katarak bertujuan mengeluarkan atau membersihkan lensa yang keruh. Lensa dikeluarkan dengan pinset atau batang kecil yang dibekukan. Terkadang dilakukan dengan menghancurkan lensa dan menghisap keluar. Lensa dikeluarkan dengan cara: 1) bersama pembungkusnya atau ekstraksi katarak intra

kapsular (EKIK); 2) meninggalkan pembungkus lensa yang keruh atau ekstraksi katarak ekstra kapsular (EKEK). Pembedahan dapat juga dilakukan dengan cara menghisap lensa yang keruh setelah pembungkusnya dibuka. Semua cara pengeluaran lensa yang keruh memberikan hasil yang sama baiknya yaitu mendapatkan perbaikan penglihatan yang bermanfaat untuk pekerjaan sehari-hari. Pembedahan katarak merupakan pembedahan halus dan kecil yang dilakukan menggunakan mikroskop dan alat bedah halus (Ilyas, 2006).

2.1.8 Tahapan Pembedahan Katarak

- a. Operasi katarak ekstrakapsuler atau Ekstraksi katarak ekstrakapsuler (EKEK)
Tindakan pembedahan pada lensa katarak dimana dilakukan pengeluaran isi lensa dengan memecah atau merobek kapsul lensa anterior sehingga massa lensa korteks lensa dapat keluar melalui robekan tersebut, kemudian dikeluarkan melalui insisi 9-10 mm, lensa intraokular diletakkan pada kapsul posterior. Jenis EKEK antara lain ekstraksi linear, aspirasi dan irigasi. Pembedahan dilakukan pada pasien dengan katarak imatur, kelainan endotel, keratoplasti, implantasi lensa intra okular posterior, implantasi sekunder lensa intra okular, kemungkinan dilakukan bedah glaukoma, predisposisi prolaps vitreous, ablasi retina, dan sitoid makular edema.
- b. Fakoemulsifikasi
Pembedahan menggunakan vibrator ultrasonik untuk menghancurkan nukleus kemudian diaspirasi melalui insisi 2,5-3 mm, dan dimasukkan lensa intra okular yang dapat dilipat. Keuntungan fakoemulsifikasi adalah pemulihan

visus lebih cepat, induksi astigmatis akibat operasi minimal, komplikasi, dan inflamasi pasca bedah minimal. Komplikasi pembedahan katarak ekstrakapsul dapat terjadi katarak sekunder yang dapat dihilangkan atau dikurangi dengan tindakan laser.

c. Operasi katarak intrakapsuler atau ekstraksi katarak intrakapsuler (EKIK)

Pembedahan mengeluarkan seluruh lensa bersama kapsul. Dilakukan pada zonula zinn yang telah rapuh atau berdegenerasi dan mudah diputus. Pada EKIK tidak terjadi katarak sekunder dan merupakan tindakan pembedahan yang sudah populer. Pembedahan dilakukan dengan menggunakan mikroskop dan pemakaian alat khusus sehingga komplikasi sedikit. Katarak EKIK tidak boleh dilakukan pada pasien berusia kurang dari 40 tahun yang masih mempunyai ligamen hiailoidea kapsular. Komplikasi pembedahan adalah astigmat, glaukoma, uveitis, endoftalmitis, dan pendarahan (Ilyas, 2015).

2.1.9 Perawatan Post Operasi Katarak

Selama periode post operasi proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali equilibrium fisiologi pasien, menghilangkan nyeri, dan pencegahan nyeri. Pengkajian dan intervensi membantu pasien mengembalikan pada fungsi optimal dengan cepat, aman, dan nyaman (Potter & Perry, 2005). Menurut Smeltzer & Bare (2002), terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan post operasi katarak antara lain:

a. Pembatasan aktivitas

1) Aktivitas yang diperbolehkan meliputi:

- a) Membaca atau menonton televisi tetapi jangan terlalu lama.
- b) Memakai penutup mata seperti yang dianjurkan.
- c) Melakukan pekerjaan hanya pekerjaan tidak berat.
- d) Bila memakai sepatu jangan membungkuk tetapi angkat kaki ke atas.
- e) Aktivitas dengan duduk.
- f) Ketika tidur telentang atau miring dan memakai pelindung mata.
- g) Berlutut dan jongkok saat mengambil sesuatu di lantai.

2) Aktivitas yang tidak diperbolehkan meliputi:

- a) Tidur pada sisi yang sakit.
- b) Menggosok mata
- c) Menekan kelopak untuk menutup.
- d) Mengejan kuat saat defekasi.
- e) Membungkuk hingga kepala menghadap ke arah bawah.
- f) Mengangkat beban lebih dari tujuh Kg.
- g) Mengosok gigi pada minggu pertama, cukup mencuci mulut saja.
- h) Batuk dan bersin kuat,
- i) menundukkan kepala hingga bawah pinggang.
- j) Berhubungan seksual pada minggu pertama.
- k) memakai sabun mendekati mata.
- l) menggerakkan kepala mendadak.

b. Pemberian obat dan perawatan mata

- 1) Menggunakan obat sesuai aturan.
- 2) Cuci tangan sebelum dan sesudah menggunakan obat.
- 3) Membersihkan sekitar mata dengan bola kapas steril atau kasa yang dibasahi dengan air steril atau larutan salin normal.
- 4) Membersihkan daerah sekitar mata dengan cara menyapu/mengusap dengan lembut dari sudut dalam ke luar.
- 5) Untuk meneteskan obat mata, pasien dalam posisi duduk dan kepala condong ke belakang, dengan lembut tarik ke bawah batas kelopak mata bawah.
- 6) Pada malam hari menggunakan perisai mata dan siang hari menggunakan kacamata.
- 7) Menggunakan obat sesuai indikasi sehingga dosis dapat dinilai dan disesuaikan oleh petugas kesehatan pada saat kunjungan.
- 8) Melakukan kunjungan atau kontrol rutin.

c. Melaporkan tanda dan gejala

- 1) Nyeri di sekitar mata, nyeri kepala menetap.
- 2) Setiap nyeri yang tak berkurang dengan obat pengurang nyeri.
- 3) Mata memerah, bengkak, atau keluar cairan.
- 4) Inflamasi.
- 5) Nyeri dahi dengan onset mendadak.
- 6) Perubahan ketajaman penglihatan, kabur, pandangan ganda, selaput pada lapang penglihatan, kilatan cahaya, percikan, atau bintik di depan mata.

d. Diet

- 1) Pola makan yang sehat dan teratur.
- 2) Mengasup makanan bergizi seimbang, nutrisi, yang optimal, dapat meningkatkan kesehatan secara optimal.
- 3) Memperbanyak porsi buah dan sayuran, memperlancar pencernaan dapat menghindari kesulitan buang air besar (BAB).

Penyembuhan pasca operasi yang singkat setelah ekstraksi katarak dan implantasi intraokuler lensa (IOL), pasien dipulangkan disertai instruksi mengenai obat mata, pembersihan dan perlindungan, tingkat dan pembatasan aktivitas, dan gejala yang harus segera dilaporkan pada ahli bedah. Pendidikan kesehatan diperkuat ketika post operasi dan pengaturan perawatan di rumah harus disusun dengan baik (Smeltzer & Bare, 2002).

2.2 Konsep Dasar Pengetahuan

2.2.1 Definisi Pengetahuan

Pengetahuan merupakan hasil dari tahu setelah individu melakukan penginderaan melalui panca indera yaitu: indera penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga (Notoatmodjo, 2007). Pengetahuan adalah proses kehidupan yang diketahui individu secara langsung dari kesadarannya sendiri (Besung, 2007).

2.2.2 Domain Pengetahuan

Menurut Bloom (1956) dalam Februl (2012) ranah pengetahuan dibagi menjadi tiga yaitu:

a. Ranah kognitif

Ranah kognitif adalah ranah mencakup kegiatan mental (otak). Segala upaya yang menyangkut aktifitas otak adalah ranah kognitif.

b. Ranah afektif

Ranah afektif adalah ranah berhubungan dengan sikap dan nilai.

c. Ranah psikomotor

Ranah psikomotor adalah ranah berkaitan dengan keterampilan (*skill*) atau kemampuan bertindak setelah seseorang menerima pengalaman belajar tertentu.

2.2.3 Faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Pengetahuan seseorang dipengaruhi beberapa faktor (Meliono, 2007) antara lain:

a. Pendidikan

Pendidikan adalah proses perubahan sikap dan tata laku individu atau kelompok dan usaha mendewasakan individu melalui upaya pengajaran dan pelatihan.

b. Media

Media yang secara khusus didesain untuk mencapai masyarakat yang sangat luas, misalnya dari media massa adalah televisi, radio, koran, dan majalah.

c. Keterpaparan informasi

Keterpaparan informasi yaitu ketersediaan informasi yang dijumpai dalam kehidupan sehari-hari diperoleh dari data dan observasi dari dunia sekitar serta diteruskan melalui komunikasi.

d. Pengalaman

Menurut teori determinan perilaku yang disampaikan *World Health Organisation* (WHO) bahwa yang menyebabkan individu berperilaku tertentu karena adanya pemikiran dan perasaan dalam diri individu yang terbentuk dalam pengetahuan, persepsi, sikap, kepercayaan dan penilaian individu terhadap objek tertentu yang diperoleh dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

e. Lingkungan

Lingkungan disebut sebagai sumber belajar karena lingkungan memungkinkan individu berubah dari tidak tahu menjadi tahu, dari tidak mengerti menjadi mengerti, dari tidak terampil menjadi terampil.

2.2.4 Tingkatan Pengetahuan

Pengetahuan atau kognitif sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang. Tingkat pengetahuan di dalam domain kognitif mempunyai enam tingkatan (Notoatmodjo, 2007) yaitu:

a. Tahu (*know*)

Tahu diartikan sebagai mengingat materi yang telah dipelajari sebelumnya. Pengetahuan tingkat ini meliputi mengingat kembali (*recall*) sesuatu yang

spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima. Individu yang tahu terhadap obyek atau materi akan memberikan pernyataan seperti iya, benar, dan setuju.

b. Memahami (*comprehension*)

Memahami diartikan sebagai kemampuan menjelaskan secara benar tentang obyek yang diketahui, dan menginterpretasikan materi secara benar. Individu yang paham terhadap obyek atau materi harus dapat menjelaskan terhadap obyek yang dipelajari.

c. Aplikasi (*aplication*)

Aplikasi diartikan sebagai kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi sebenarnya. Aplikasi diartikan sebagai aplikasi atau penggunaan hukum, rumus, metode, prinsip, dalam konteks atau situasi lain.

d. Analisis (*analysis*)

Analisis adalah kemampuan menjabarkan materi atau obyek ke dalam komponen, tetapi masih di dalam satu struktur organisasi, dan terkait satu sama lain. Kemampuan analisis dapat dilihat dari penggunaan kata kerja, seperti dapat menggambarkan (membuat bagan), membedakan, memisahkan, mengelompokkan.

e. Sintesis (*synthesis*)

Sintesis adalah kemampuan meletakkan atau menghubungkan bagian dalam bentuk keseluruhan yang baru. Sintesis adalah kemampuan menyusun formulasi baru dari formulasi yang ada.

f. Evaluasi (*evaluation*)

Evaluasi berkaitan dengan kemampuan melakukan penilaian terhadap materi atau obyek. Penilaian didasarkan pada kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria yang telah ada.

Pengukuran pengetahuan dilakukan dengan wawancara atau angket yang menanyakan tentang isi materi yang ingin diukur dari responden. Kedalaman pengetahuan yang ingin diketahui atau diukur disesuaikan dengan tingkatan di atas (Notoatmodjo, 2010). Pada penelitian ini, pengukuran tingkat pengetahuan hanya mencakup tingkatan pengetahuan yaitu tahu dan memahami. Pengukuran tingkat pengetahuan menggunakan kuesioner.

2.3 Konsep Dasar Kemampuan

2.3.1 Definisi Kemampuan

Kemampuan berasal dari kata mampu artinya kuasa (bisa, sanggup, melakukan sesuatu, dapat, berada, kaya, mempunyai harta berlebihan). Kemampuan adalah kesanggupan melakukan sesuatu. Seseorang dikatakan mampu apabila bisa melakukan sesuatu yang harus dilakukan (KBBI, 2008).

Menurut Ivancevich (2007) kemampuan adalah bakat seseorang untuk melakukan tugas mental atau fisik. Sedangkan menurut Robbins (2001) mendefinisikan bahwa kemampuan adalah suatu kapasitas individu untuk mengerjakan berbagai tugas dalam suatu pekerjaan.

Menurut Sriyanto (2010) setiap individu memiliki kecakapan berbeda dalam melakukan tindakan. Kecakapan mempengaruhi potensi yang ada dalam diri individu.

2.3.2 Faktor yang Mempengaruhi Kemampuan

Kemampuan terdiri dari dua faktor yaitu (Robbins, 2006):

a. Kemampuan intelektual

Kemampuan intelektual adalah kemampuan yang dibutuhkan untuk melakukan berbagai aktivitas mental, berpikir, menalar dan memecahkan masalah. Berikut 5 dimensi intelektual:

- 1) Kecerdasan numerik yaitu kemampuan untuk berhitung dengan cepat dan tepat.
- 2) Pemahaman verbal yaitu kemampuan memahami apa yang dibaca atau didengar serta hubungan kata satu sama lain.
- 3) Penalaran induktif yaitu kemampuan mengenali suatu urutan logis masalah dan kemudian memecahkan masalah tersebut.
- 4) Penalaran deduktif yaitu kemampuan mengenakan logika dan menilai implikasi dari suatu pendapat.
- 5) Ingatan yaitu kemampuan menahan dan mengenang kembali pengalaman masa lalu.

b. Kemampuan fisik

Kemampuan fisik adalah kemampuan tugas-tugas yang menuntut stamina, keterampilan, kekuatan dan karakteristik serupa. Terdapat tiga dimensi fisik:

- 1) Kekuatan dinamis yaitu kemampuan menggunakan kekuatan otot secara berulang-ulang.
- 2) Kekuatan tubuh yaitu kemampuan mengenakan kekuatan otot dengan mengenakan otot-otot tubuh.
- 3) Keluwesan dinamis yaitu kemampuan melakukan gerakan cepat.

2.4 Konsep Dasar Keluarga

2.4.1 Definisi Keluarga

Friedman, Bowden, & Jones (2010) mendefinisikan keluarga adalah kumpulan dua orang atau lebih individu yang bergabung karena hubungan darah, hubungan perkawinan, atau yang hidup satu rumah tangga berinteraksi satu sama lain dan peranan masing-masing menciptakan dan mempertahankan kebudayaan. Keluarga adalah unit terkecil masyarakat terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat di bawah satu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes, 1998).

2.4.2 Peranan Keluarga

Peranan keluarga menggambarkan seperangkat perilaku interpersonal, sifat, kegiatan, yang berhubungan dengan individu dalam posisi dan situasi tertentu. Peranan individu dalam keluarga didasari oleh harapan dan pola perilaku keluarga, kelompok, dan masyarakat (Friedman, Bowden, & Jones, 2010).

2.4.3 Tipe Keluarga

Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2010) tipe keluarga dikelompokkan menjadi:

a. Pengelompokan secara tradisional

Pengelompokan tradisional ada 2 macam yaitu:

1) *Nuclear family* (keluarga inti)

Adalah keluarga yang terdiri dari ayah, ibu dan anak yang diperoleh dari keturunan atau adopsi atau keduanya.

2) *Extended family* (keluarga besar)

Adalah keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah, seperti kakek, nenek, paman, bibi dan lain sebagainya.

b. Pengelompokan secara modern

Dipengaruhi oleh perkembangan peran individu dan meningkatnya rasa individualisme. Tipe keluarga modern dikelompokkan menjadi beberapa macam yaitu:

1) *Traditional nuclear*

Adalah keluarga inti (ayah, ibu dan anak) yang tinggal dalam satu rumah yang ditetapkan oleh sanksi legal dalam ikatan perkawinan, dimana salah satu atau keduanya dapat bekerja di luar rumah.

2) *Middle age/aging couple*

Adalah keluarga dimana suami sebagai pencari uang dan istri di rumah atau keduanya bekerja di rumah, sedangkan anak-anak sudah meninggalkan rumah karena sekolah/menikah/meniti karier.

3) *Dyadic nuclear*

Adalah keluarga dimana suami-istri sudah berumur dan tidak mempunyai anak yang keduanya atau salah satunya bekerja di luar rumah.

4) *Single parent*

Adalah keluarga yang hanya mempunyai satu orang tua sebagai akibat perceraian atau kematian pasangannya dan anak-anaknya dan tinggal di rumah atau di luar rumah.

5) *Dual carrier*

Adalah keluarga dengan suami-istri yang keduanya orang karier dan tanpa memiliki anak.

6) *Three generation*

Adalah keluarga yang terdiri atas tiga generasi atau lebih yang tinggal dalam satu rumah.

7) *Comunal*

Adalah keluarga yang dalam satu rumah terdiri dari dua pasangan suami istri atau lebih yang monogami berikut anak-anaknya dan bersama-sama dalam penyediaan fasilitas.

8) *Cohibing couple/keluarga kabitas/cahabitation*

Adalah keluarga dengan dua orang atau satu pasangan yang tinggal bersama tanpa ikatan perkawinan.

9) *Composite* /keluarga berkomposisi

Adalah keluarga dengan perkawinan poligami dan hidup/tinggal secara bersama-sama dalam satu rumah.

10) *Gay and lesbian family*

Adalah keluarga yang dibentuk oleh pasangan yang berjenis kelamin sama

2.4.4 Fungsi Keluarga

a. Fungsi keluarga menurut Friedman, Bowden, & Jones (2010):

1) Fungsi afektif

Yaitu fungsi utama keluarga adalah mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarga dalam berhubungan dengan orang lain.

2) Fungsi sosialisasi

Adalah fungsi mengembangkan dan sebagai tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan dengan orang lain di luar rumah.

3) Fungsi reproduksi

Adalah fungsi mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.

4) Fungsi ekonomi

Adalah fungsi keluarga memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan tempat mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan keluarga.

5) Fungsi pemeliharaan kesehatan

Yaitu fungsi mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

b. Fungsi keluarga menurut Undang-Undang No. 10 tahun 1992 jo PP No. 21 tahun 1994

1) Fungsi keagamaan

- a) Membina norma ajaran agama sebagai dasar dan tujuan hidup seluruh anggota keluarga.
- b) Menerjemahkan agama dalam tingkah laku hidup sehari-hari dalam pengalaman ajaran agama.
- c) Memberikan contoh kongkrit dalam hidup sehari-hari dalam pengalaman ajaran agama.
- d) Melengkapi dan menambah proses kegiatan belajar anak tentang keagamaan yang belum diperoleh di sekolah maupun di masyarakat.
- e) Membina rasa, sikap, dan praktek kehidupan keluarga beragama sebagai pondasi menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

2) Fungsi budaya

- a) Membina tugas keluarga sebagai lembaga untuk meneruskan norma dan budaya masyarakat yang ingin dipertahankan.
- b) Membina tugas keluarga sebagai lembaga untuk menyaring norma dan budaya asing yang tidak sesuai.
- c) Membina tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya mencari pemecahan masalah dari berbagai pengaruh negatif globalisasi dunia.

d) Membina tugas keluarga sebagai lembaga yang anggotanya dapat berperilaku baik sesuai dengan norma bangsa Indonesia dalam menghadapi tantangan globalisasi.

e) Membina budaya keluarga yang sesuai, selaras, dan seimbang dengan budaya masyarakat atau bangsa untuk menjunjung terwujudnya norma keluarga kecil bahagia sejahtera.

3) Fungsi cinta kasih

a) Menumbuhkembangkan potensi kasih sayang yang telah ada antar anggota keluarga ke dalam simbol nyata secara optimal dan terus menerus.

b) Membina sikap dan tingkah laku saling menyayangi antar anggota keluarga.

c) Membina rasa, sikap dan praktik hidup keluarga yang mampu memberikan, dan menerima kasih sayang sebagai pola hidup ideal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

4) Fungsi perlindungan

a) Memenuhi kebutuhan rasa aman anggota keluarga baik dari rasa tidak aman yang timbul dari dalam maupun dari luar keluarga.

b) Membina keamanan keluarga baik fisik maupun psikis dari berbagai bentuk ancaman dan tantangan yang datang dari luar.

c) Membina dan menjadikan stabilitas dan keamanan keluarga sebagai modal menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

5) Fungsi reproduksi

- a) Membina kehidupan keluarga sebagai wahana pendidikan reproduksi sehat bagi anggota keluarga dan keluarga disekitarnya.
 - b) Memberikan contoh pengalaman kaidah pembentukan keluarga dalam hal usia, pendewasaan fisik maupun mental.
 - c) Mengamalkan kaidah reproduksi sehat berkaitan dengan waktu melahirkan, jarak antara 2 anak, dan jumlah ideal anak yang diinginkan dalam keluarga.
 - d) Mengembangkan kehidupan reproduksi sehat sebagai modal yang kondusif menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.
- 6) Fungsi sosialisasi
- a) Menyadari, merencanakan dan menciptakan lingkungan keluarga sebagai wahana pendidikan dan sosialisasi anak yang pertama dan utama.
 - b) Menyadari, merencanakan dan menciptakan kehidupan keluarga sebagai tempat bagi anak untuk mencari pemecahan atau solusi dari berbagai konflik dan permasalahan yang dijumpai di lingkungan sekolah dan masyarakat.
 - c) Membina proses pendidikan dan sosialisasi anak tentang hal yang diperlukan untuk meningkatkan kematangan dan kedewasaan fisik dan mental tidak diberikan oleh lingkungan sekolah atau masyarakat.
- 7) Fungsi ekonomi
- a) Melakukan kegiatan ekonomi di luar dan di dalam lingkungan keluarga untuk menopang kelangsungan dan perkembangan kehidupan keluarga.

- b) Mengelola ekonomi keluarga sehingga terjadi keserasian, keselarasan dan keseimbangan antara pemasukan dan pengeluaran keluarga.
- c) Mengatur waktu sehingga kegiatan orang tua di luar rumah dan perhatian terhadap anggota keluarga berjalan serasi, selaras dan seimbang.
- d) Membina kegiatan dan hasil ekonomi keluarga sebagai modal untuk mewujudkan keluarga kecil bahagia dan sejahtera.

8) Fungsi pelestarian lingkungan

- a) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan internal keluarga.
- b) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan di luar atau di sekitar keluarga.
- c) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan yang serasi, selaras dan seimbang antara lingkungan keluarga dengan lingkungan hidup masyarakat di sekitar.
- d) Membina kesadaran, sikap dan praktik pelestarian lingkungan hidup sebagai pola hidup keluarga menuju keluarga kecil bahagia sejahtera.

2.4.5 Perawatan Kesehatan Keluarga

Perawatan kesehatan keluarga adalah tingkat perawatan kesehatan masyarakat yang ditujukan atau dipusatkan pada keluarga sebagai unit atau kesatuan yang dirawat, dengan sehat sebagai tujuan melalui perawatan sebagai saran/penyalur.

a. Tujuan perawatan kesehatan keluarga

1) Tujuan umum

Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memelihara kesehatan keluarga sehingga dapat meningkatkan status kesehatan keluarga.

2) Tujuan khusus

a) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengidentifikasi masalah kesehatan yang dihadapi keluarga.

b) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam menanggulangi masalah kesehatan dasar dalam keluarga.

c) Meningkatkan keluarga dalam mengambil keputusan yang tepat dalam mengatasi masalah para anggota keluarga.

d) Meningkatkan kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan terhadap anggota keluarga yang sakit dan mengatasi masalah kesehatan anggota keluarga.

e) Meningkatkan produktivitas keluarga dalam meningkatkan mutu hidup.

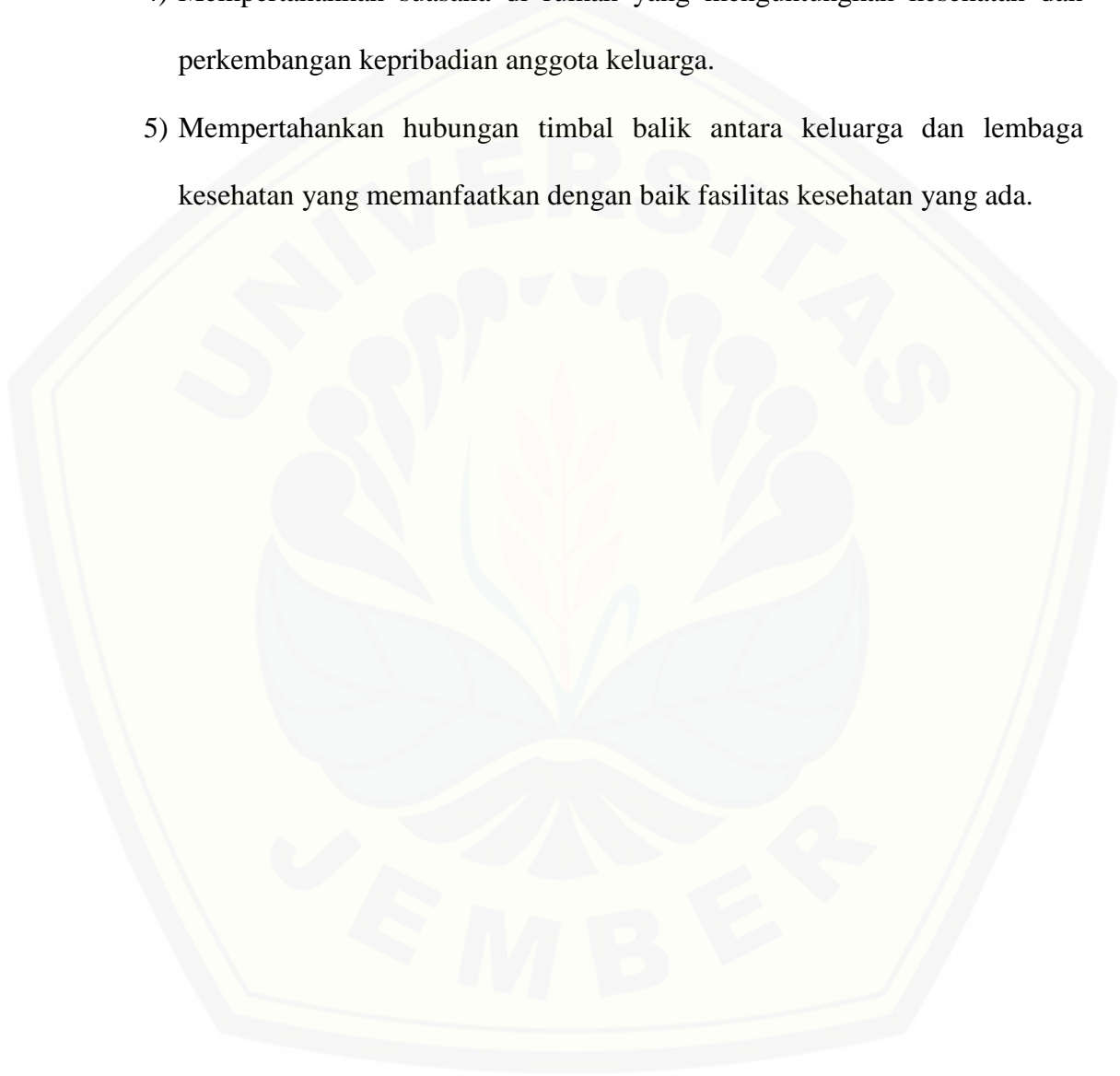
b. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan

Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2010) untuk mencapai tujuan asuhan keperawatan kesehatan keluarga, keluarga mempunyai tugas pemeliharaan kesehatan anggota dan saling memelihara yaitu:

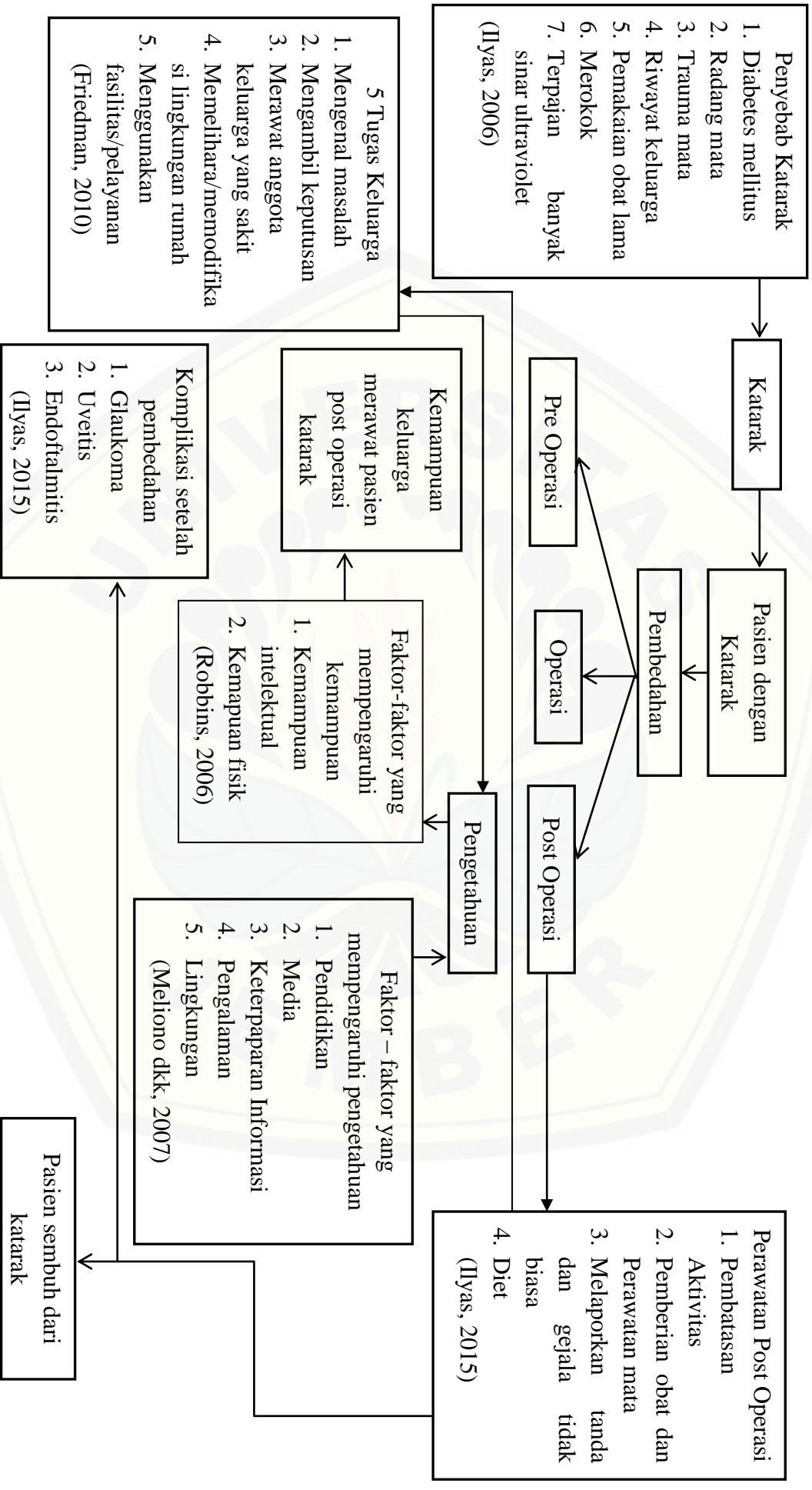
1) Mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarga.

2) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat.

- 3) Memberikan keperawatan kepada anggota keluarga yang sakit, dan yang tidak dapat melakukan perawatan secara mandiri karena cacat atau usia muda.
- 4) Mempertahankan suasana di rumah yang menguntungkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga.
- 5) Mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga kesehatan yang memanfaatkan dengan baik fasilitas kesehatan yang ada.



2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka teori hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien post operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konsep



Gambar 3. Bagan kerangka konsep hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien post operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

3.2 Hipotesis Penelitian

Ha : Ada hubungan tingkat pengetahuan dengan kemampuan keluarga merawat pasien post operasi katarak di wilayah kerja Puskesmas Jelbuk Kabupaten Jember

