



**PENGARUH PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
KATARAK TERHADAP INTENSI UNTUK MELAKUKAN
OPERASI KATARAK PADA KLIEN KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMBORO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

oleh

**Kartika Nurif Adeline Putri
NIM 112310101018**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENGARUH PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
KATARAK TERHADAP INTENSI UNTUK MELAKUKAN
OPERASI KATARAK PADA KLIEN KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMBORO
KABUPATEN JEMBER**

SKRIPSI

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

oleh

**Kartika Nurif Adeline Putri
NIM 112310101018**

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS JEMBER
2015**



**PENGARUH PEMBERIAN PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG
KATARAK TERHADAP INTENSI UNTUK MELAKUKAN
OPERASI KATARAK PADA KLIEN KATARAK DI
WILAYAH KERJA PUSKESMAS SEMBORO
KABUPATEN JEMBER**

oleh

**Kartika Nurif Adeline Putri
NIM 112310101018**

Pembimbing

Dosen Pembimbing Utama : Ns. Siswoyo, S. Kep., M.Kep.

Dosen Pembimbing Anggota : Ns. Jon Hafan Sutawardana, M.Kep., Sp.Kep.MB

PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT penulis mempersembahkan skripsi ini kepada:

1. Ayah dan Mama tercinta (Ayah Zainal Arif dan Mama Nurul Qomariyah) yang telah mengasuh, membesarkan, memberikan semua kasih sayang, berjuang tanpa lelah, senantiasa memberikan dukungan serta doa yang tiada berakhir dan selalu memberikan nasehat, motivasi serta kekuatan dalam menjalani hidup;
2. Adik tersayang Denry Nurif Azizun Hakim yang telah menjadi motivasi bagi saya untuk terus melangkah menggapai cita-cita dan menjadi kebanggaan orang tua serta keluarga;
3. Rekan-rekan yang telah membantu khususnya Ajeng, Kukuh, Dicky, Tedy, Suti, Nofita, Subaida, Ana MJ, Riska, Fahiqi, Iwang, Buyung, Helda, dan Rifki terimakasih atas bantuan, dukungan, semangat, motivasi, dan waktunya telah mendengarkan keluh kesah selama proses penyelesaian skripsi ini;
4. Seluruh guru-guru TK Pertiwi Galis Pamekasan, SDN Bulay 1, TPA As-Syuhada Pamekasan, SMPN 2 Pamekasan, SMAN 1 Galis Pamekasan yang telah memberikan ilmu yang bermanfaat selama ini; serta
5. Almamater Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember yang saya banggakan.

MOTTO

Dan Kami telah menghilangkan daripadamu bebanmu.
Karena sesungguhnya sesudah kesulitan itu ada kemudahan.

(Terjemahan QS. Alam Nasyroh: 2, 5)¹

Pendidikan bukanlah suatu proses untuk mengisi wadah yang kosong,
akan tetapi pendidikan adalah suatu proses menyalakan api pikiran.

(W.B. Yeats)²

Kalau saya tau saya akan hidup lebih lama,
saya akan mengambil perawatan yang lebih baik untuk diri saya

(Leon Eldred)³

Apapun yang terjadi kepada anda, akan tetap menjadi sesuatu yang menguatkan
anda, jika anda tidak mengijinkannya untuk melemahkan anda. Selalu ingatlah,
bahwa anda menjadi apapun yang anda ijinakan untuk menjadi dominan dalam
pikiran dan perasaan anda, dan menjadi pewarna dari tindakan anda.

(Mario Teguh)⁴

¹Departemen Agama Republik Indonesia. 2006. *Al-Qur'an Maghfirah*. Jakarta: Maghfirah Pustaka

²W.B Yeats

³Leon Eldred

⁴Mario Teguh

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Kartika Nurif Adeline Putri

NIM : 112310101018

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa skripsi yang berjudul “Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Klien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember” 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 sebenarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika ternyata dikemudian hari pernyataan ini tidak benar.

Jember, November 2015
Yang menyatakan,

Kartika Nurif Adeline Putri
NIM 112310101018

PENGESAHAN

Skripsi berjudul “Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Klien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember” telah di uji dan disahkan oleh Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember pada:

Hari, tanggal : 30 November 2015

Tempat : Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember

Pembimbing I Mengetahui Pembimbing II

Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep. Ns. Jon Hafan Sutawardana, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 19800412 200604 1 002 NIP. 19840102 201504 1 002

Penguji I Penguji II

Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep. Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB.
NIP. 19761219 200212 2 003 NIP. 19810319 201404 1 001

Mengesahkan
Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Universitas Jember

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

Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Klien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember (*The Effect of Health Education about Cataract of Intention to Perform Cataract Surgery on Cataract Client in Puskesmas Semboro Jember*)

Kartika Nurif Adeline Putri

School of Nursing, University of Jember

ABSTRACT

A cataract is a cloudiness in the lens of the eye that causes impaired vision. This occurs due to the presence of damage in the lens of the eye so that power diminished eyesight. Indonesia is still recorded as the highest number of patients with cataracts in South East Asia, therefore, surgical cataract or cataract surgery into surgery most performed by an ophthalmologist. However there is a gap between the incidence of new onset of cataracts with the number of operations per year. The gap that exists between the number of cataract patients were operated on and is not operated due to lack of intention to undergo surgery of cataract patients themselves. Lack of intention of the patients to undergo cataract surgery can be caused by several factors, one of which is the lack of access to information and knowledge. Increased knowledge is closely related to the provision of health education, and the health education was provided, patients with cataracts can improve his or her intention to perform cataract surgery. This study uses a pre-experimental research design using study design One-group pre-post test design. This sampling technique is a non-probability sampling, total sampling (sampling saturated) with a total sample of 25 respondents. The results of data analysis using a dependent t-test p-value of 0,000 were obtained. P value indicates $<\alpha$ (0,05) which means there is the effect of health education about cataract to the intention to perform cataract surgery. The result is expected to increase information and to improve knowledge of cataracts which can then increase the client's intention to perform cataract surgery.

Keywords: *cataract, intention, health education*

RINGKASAN

Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Klien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember; Kartika Nurif Adeline Putri, 112310101018; 2015; 176 halaman; Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember.

Katarak adalah kekeruhan pada lensa mata yang menyebabkan gangguan penglihatan. Hal ini terjadi akibat adanya pengapuran pada lensa mata sehingga daya penglihatan mata berkurang. Tanda dan gejala yang ditemukan pada penderita katarak adalah penglihatan menjadi tidak jernih, penurunan tajam penglihatan, saat malam hari penglihatan akan menjadi silau terhadap sinar yang datang, penglihatan seperti terhalang tabir asap yang semakin lama semakin tebal, penderita akan merasakan bahwa penglihatannya seperti berkabut. Indonesia sampai sekarang masih tercatat sebagai negara tertinggi jumlah penderita kataraknya di tingkat Asia Tenggara, oleh karena itu bedah katarak atau operasi katarak menjadi tindakan bedah yang paling banyak dilakukan oleh dokter spesialis mata. Namun terdapat kesenjangan antara insiden (kejadian baru) katarak yang besarnya 240.000 orang per tahun dengan jumlah operasi katarak yang hanya mencapai 170.000 orang per tahun. Kesenjangan yang ada antara jumlah penderita katarak yang dioperasi dan tidak dioperasi disebabkan karena kurangnya intensi untuk menjalani operasi dari penderita katarak itu sendiri. Intensi adalah kemungkinan seseorang bahwa dia akan menampilkan suatu tingkah laku. Kurangnya intensi dari para penderita untuk menjalani operasi katarak tersebut bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor ekonomi yang rendah, kurangnya akses informasi, kurangnya pengetahuan, dan sikap terhadap katarak. Peningkatan pengetahuan berkaitan erat dengan pemberian pendidikan kesehatan, dan dengan diberikannya pendidikan kesehatan, penderita katarak dapat meningkatkan intensinya untuk melakukan operasi katarak.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember. Penelitian ini menggunakan desain penelitian *Pre-eksperimental* dengan menggunakan rancangan penelitian *One-group pre-post test design*. Teknik pengambilan sampel ini adalah dengan *non probability sampling* yaitu *total sampling* (*sampling* jenuh) dengan jumlah sampel sebanyak 27 orang dengan 2

orang responden *drop out* dikarenakan tidak sesuai dengan kriteria inklusi, sehingga jumlah sampel yang tersisa yaitu 25 responden. Analisa data menggunakan uji *t-test dependen*. Uji *t-test dependen* digunakan untuk mengetahui perbedaan sebelum dan sesudah dilakukan intervensi. Hasil analisa data menggunakan uji *t-test dependen* diperoleh nilai p sebesar 0,000. Nilai p menunjukkan $< \alpha$ (0,05) yang berarti ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak.

Kesimpulan dari penelitian ini adalah ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember. Berdasarkan hasil penelitian, diharapkan pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak dapat menambah informasi dan meningkatkan pengetahuan tentang katarak yang kemudian dapat meningkatkan intensi klien untuk melakukan operasi katarak.



PRAKATA

Puji syukur kepada Tuhan Yang Maha Esa atas limpahan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak pada Klien Katarak di Wilayah Kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember” 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.

Ucapan terimakasih penulis sampaikan karena skripsi ini dapat penulis selesaikan atas bimbingan dan bantuan dari beberapa pihak, yaitu :

1. Ns. Lantin Sulistyorini, S.Kep., M.Kes. selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
2. Ns. Siswoyo, S.Kep., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Utama yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
3. Ns. Jon Hafan Sutawardana, M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Dosen Pembimbing Anggota yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;
4. Ns. Dodi Wijaya, M.Kep. selaku Dosen yang telah memberikan bimbingan, masukan, saran, dan motivasi dalam menyelesaikan skripsi ini;

5. Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep. selaku Dosen Penguji Utama dan Ns. Mulia Hakam, M.Kep., Sp.Kep.MB. selaku Dosen Penguji Anggota yang telah memberikan bimbingan dan arahan demi kesempurnaan skripsi ini;
6. Hanny Rasni, S.Kp., M.Kep. selaku Dosen Pembimbing Akademik yang telah memberikan arahan dan bimbingan selama melaksanakan studi di Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Jember;
7. Seluruh staf karyawan Puskesmas Semboro Kabupaten Jember yang telah memberi ijin, bantuan dalam memberikan data dan informasi demi terselesaikannya skripsi ini;
8. Kedua orang tuaku Drs. Moh. Zainal Arif, M.Pd. dan Dra. Nurul Qomariyah serta adikku Denry Nurif Azizun Hakim yang telah memberikan semangat, motivasi dan mendoakan demi terselesaikannya proposal skripsi ini;
9. Teman-teman angkatan 2011 yang telah memberikan semangat, dukungan, dan saran selama penyusunan proposal skripsi ini;
10. Semua pihak yang turut membantu dalam menyelesaikan proposal skripsi ini yang tidak dapat disebutkan satu per satu, terimakasih atas bantuannya.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini jauh dari sempurna. Oleh karena itu, peneliti sangat mengharapkan kritik dan saran yang dapat membangun dari semua pihak supaya skripsi ini sempurna.

Jember, November 2015

Peneliti

DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PEMBIMBING	iii
HALAMAN PERSEMBAHAN	iv
HALAMAN MOTTO	v
HALAMAN PERNYATAAN	vi
HALAMAN PENGESAHAN	vii
ABSTRAK	viii
RINGKASAN	ix
PRAKATA	xi
DAFTAR ISI	xiii
DAFTAR TABEL	xvii
DAFTAR GAMBAR	xviii
DAFTAR LAMPIRAN	xix
BAB 1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	6
1.3 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.4 Manfaat Penelitian	7
1.4.1 Bagi Peneliti	7
1.4.2 Bagi Penderita Katarak	7
1.4.3 Bagi Masyarakat	7
1.4.4 Bagi Institusi Keperawatan	7
1.4.5 Bagi Peneliti Selanjutnya	8
1.5 Keaslian Penelitian	8
BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA	10

2.1 Konsep Katarak	10
2.1.1 Definisi	10
2.1.2 Klasifikasi	11
2.1.3 Etiologi	13
2.1.4 Tanda dan Gejala	14
2.1.5 Patofisiologi	15
2.1.6 Komplikasi	17
2.1.7 Penatalaksanaan Katarak	17
2.1.8 Pencegahan Katarak	19
2.1.9 <i>Pathway</i> Katarak	21
2.1.10 Perumusan Diagnosa Keperawatan	22
2.1.11 Intervensi Keperawatan	23
2.2 Pengetahuan	32
2.2.1 Definisi	32
2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan	33
2.2.3 Cara Mendapatkan Pengetahuan	36
2.2.4 Pengukuran Pengetahuan	37
2.3 Pendidikan Kesehatan	38
2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan.....	38
2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan	38
2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan	39
2.3.4 Proses Pendidikan Kesehatan	39
2.3.5 Metode Pendidikan Kesehatan.....	40
2.3.6 Alat Bantu Pendidikan Kesehatan	46
2.4 Intensi	47
2.4.1 Definisi	47
2.4.2 Spesifikasi Intensi	48
2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perwujudan Intensi	49
2.4.4 Aspek Pembentuk Intensi	51
2.5 Perilaku	54
2.5.1 Definisi	54

2.5.2 Domain Perilaku	55
2.5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku	57
2.5.4 Perilaku Kesehatan	58
2.6 Kerangka Teori	60
BAB 3. KERANGKA KONSEP	61
3.1 Kerangka Konseptual	61
3.2 Hipotesa Penelitian	62
BAB 4. METODOLOGI PENELITIAN	63
4.1 Desain Penelitian	63
4.2 Populasi dan Sampel Penelitian	64
4.2.1 Populasi Penelitian	64
4.2.2 Sampel Penelitian.....	64
4.2.3 Teknik Sampel Penelitian	64
4.2.4 Kriteria Subjek Penelitian	65
4.3 Lokasi Penelitian	66
4.4 Waktu Penelitian	66
4.5 Definisi Operasional	66
4.6 Pengumpulan Data	68
4.6.1 Sumber Data	68
4.6.2 Teknik Pengumpulan Data	68
4.6.3 Alat Pengumpulan Data	70
4.6.4 Uji Validitas dan Reliabilitas	72
4.7 Pengolahan Data	74
4.7.1 <i>Editing</i>	74
4.7.2 <i>Coding</i>	74
4.7.3 <i>Entry</i>	75
4.7.4 <i>Cleaning</i>	75
4.8 Analisis Data	76
4.8.1 Analisis Univariat	76
4.8.2 Analisis Bivariat	76
4.9 Etika Penelitian	77

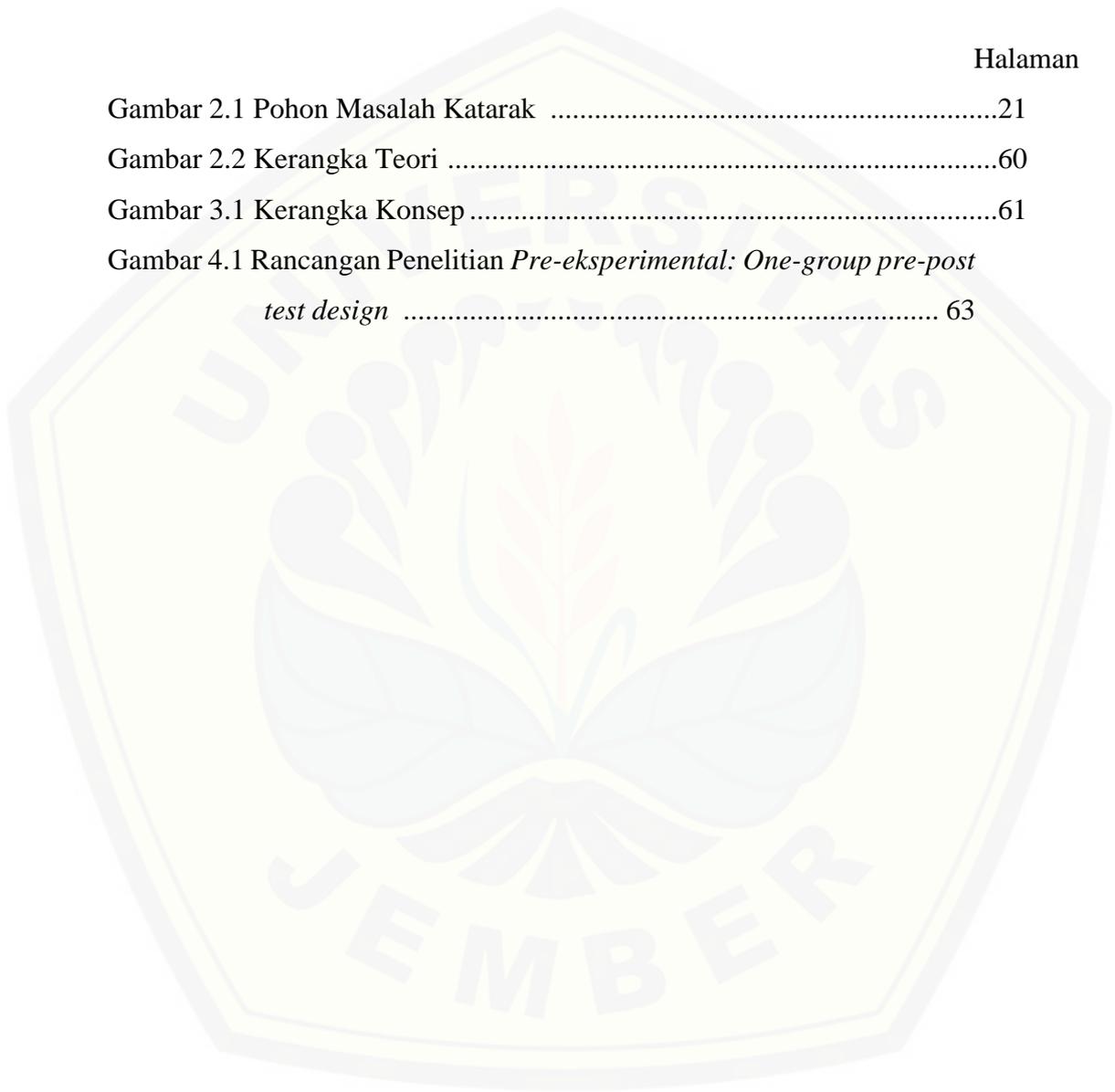
4.9.1 Lembar Persetujuan Penelitian (<i>Informed Consent</i>)	77
4.9.2 Kerahasiaan (<i>Confidentiality</i>)	78
4.9.3 Keadilan (<i>Justice</i>)	78
4.9.4 Kemanfaatan (<i>Benefits</i>).....	79
BAB 5. HASIL DAN PEMBAHASAN	80
5.1 Hasil Penelitian	80
5.1.1 Hasil Analisa Univariat.....	81
5.1.2 Hasil Analisa Bivariat	88
5.2 Pembahasan	89
5.2.1 Karakteristik Klien Katarak	89
5.2.2 Intensi Penderita Katarak untuk Melakukan Operasi Katarak Sebelum dan Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan	94
5.2.3 Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak	101
5.3 Keterbatasan Penelitian	104
5.4 Implikasi Keperawatan	104
BAB 6. PENUTUP	106
6.1 Kesimpulan	106
6.2 Saran.....	107
DAFTAR PUSTAKA	109
LAMPIRAN	115

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Definisi Operasional	67
Tabel 4.2 <i>Blueprint</i> Kuesioner Intensi	71
Tabel 4.3 Perbedaan <i>Blueprint</i> Kuesioner Intensi Melakukan Operasi Katarak Sebelum dan Sesudah Uji Validitas dan Reliabilitas	73
Tabel 5.1 Distribusi Klien Katarak menurut Jenis Kelamin, Tingkat Pendidikan, dan Pekerjaan.....	81
Tabel 5.2 Distribusi Klien Katarak menurut Usia.....	82
Tabel 5.3 Intensi Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan	83
Tabel 5.4 Intensi Sebelum Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Tiap Indikator	84
Tabel 5.5 Intensi Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan	86
Tabel 5.6 Intensi Setelah Diberikan Pendidikan Kesehatan pada Tiap Indikator	87
Tabel 5.7 Pengaruh Pemberian Pendidikan Kesehatan tentang Katarak Terhadap Intensi untuk Melakukan Operasi Katarak	88

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1 Pohon Masalah Katarak	21
Gambar 2.2 Kerangka Teori	60
Gambar 3.1 Kerangka Konsep	61
Gambar 4.1 Rancangan Penelitian <i>Pre-eksperimental: One-group pre-post test design</i>	63



DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
A. Lembar <i>Informed</i>	116
B. Lembar <i>Consent</i>	117
C. Kuesioner Karakteristik Responden	118
D. Kuesioner Intensi	119
E. Satuan Acara Penyuluhan	121
F. Lembar Balik	135
G. <i>Leaflet</i>	145
H. Uji Validitas	146
I. Hasil dan Analisa Data.....	148
J. Surat Ijin.....	155
K. Lembar Konsultasi	168
L. Dokumentasi	176

BAB 1. PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Katarak adalah kekeruhan pada lensa mata yang menyebabkan gangguan penglihatan. Hal ini terjadi akibat adanya kerusakan pada lensa mata sehingga daya penglihatan mata berkurang (Djing, 2006a). Menurut data WHO dalam Prastiyanto (2011) terdapat 50 juta kebutaan di dunia akibat katarak dan yang paling banyak adalah mereka yang tinggal di negara miskin dan berkembang yaitu Asia dan Afrika. Penduduk yang tinggal di negara berkembang beresiko 10 kali lipat mengalami kebutaan akibat katarak dibandingkan penduduk negara maju.

Indonesia sampai sekarang masih tercatat sebagai negara tertinggi jumlah penderita kataraknya di tingkat Asia Tenggara, mencapai 1,5% atau 2 juta jiwa (Firmansyah, 2015). Sebagai perbandingan di Bangladesh memegang angka 1%, di India 0,7%, dan Thailand 0,3% (Manafe, 2013). Prevalensi penduduk dengan katarak di provinsi Jawa Timur masih didominasi dari daerah Madura dan Tapal Kuda seperti, Sampang, Bangkalan, Pamekasan, Pasuruan, Situbondo, dan Jember (Ardiantofani, 2014).

Katarak kini masih menjadi penyakit mata paling dominan dan penyebab utama kebutaan, lebih dari 50% dari semua kebutaan disebabkan oleh katarak, diantaranya terdapat di negara berkembang, tidak terkecuali Indonesia (Firmansyah, 2015). Prevalensi kebutaan di Indonesia mencapai 1,5% dari jumlah

seluruh penduduk di Indonesia menurut hasil survei pada tahun 1996. Artinya, terdapat 3 juta orang buta diantara 210 juta penduduk Indonesia, atau merupakan angka tertinggi di Asia dan sebanyak 0,76% disebabkan oleh katarak. Walaupun katarak umumnya adalah penyakit usia lanjut, namun 16-20% buta akibat katarak telah dialami oleh penduduk Indonesia pada usia 40-54 tahun (Riskesdas, 2007).

Indonesia yang tercatat sebagai negara tertinggi jumlah penderita kataraknya di tingkat Asia Tenggara membutuhkan tindakan bedah katarak atau operasi katarak sebagai tindakan bedah yang paling banyak dilakukan oleh dokter spesialis mata (Soekardi & Hutauruk, 2004). Namun terdapat ketidakseimbangan antara insiden (kejadian baru) katarak yang besarnya 240.000 orang per tahun dengan jumlah operasi katarak yang hanya mencapai 170.000 orang per tahun (Depkes RI, 2014). Cakupan operasi katarak tampak masih sangat rendah (0,5%) dari penduduk Jawa Timur yang diketahui katarak dengan angka tertinggi di kabupaten Probolinggo (1,3%) disusul kota Surabaya (1,2%) (Riskesdas, 2007). Setiap tahun, sebanyak 38 ribu lebih warga Jawa Timur terancam penyakit katarak, bahkan berdasarkan data Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Jawa Timur menunjukkan angka kebutaan hingga tahun ini mencapai 2,660 juta orang. 570 ribu orang diantaranya buta akibat menderita katarak, dan hingga saat ini masih ada 285 ribu orang yang belum tersentuh operasi katarak (Hartawan, 2011).

Berdasarkan data yang didapat dari Dinas Kesehatan Kabupaten Jember tahun 2014, Puskesmas Semboro merupakan puskesmas dengan angka kejadian katarak tertinggi di kabupaten Jember, yaitu sejumlah 183 kasus. Berdasarkan laporan kunjungan yang diberikan oleh pihak Puskesmas Semboro, laporan

kunjungan klien katarak yang belum operasi hingga Agustus 2015 adalah sejumlah 27 klien dari segala usia. Berdasarkan data, klien melakukan kunjungan hanya untuk kontrol dan berobat saja. Hasil wawancara yang dilakukan kepada salah satu perawat yang ada di Puskesmas Semboro yang bertugas di balai pengobatan mata didapatkan data bahwa belum ada penyuluhan ataupun pendidikan kesehatan tentang katarak. Sedangkan hasil wawancara yang dilakukan peneliti kepada 4 klien katarak, mereka mengatakan tidak mengetahui penyebab serta tidak mampu menyebutkan tanda dan gejala yang dirasakan, sedangkan ada 2 klien katarak tidak mengetahui cara penyembuhan katarak yang diharuskan untuk operasi. Salah satu alasan yang diberikan klien terkait alasan tidak menjalani operasi katarak adalah karena merasa takut untuk menjalani operasi. Klien mengatakan merasa takut karena ada yang mengatakan jika melakukan operasi katarak maka akan semakin kehilangan fungsi penglihatan dan saat terkena sinar matahari akan terasa seperti ditusuk-tusuk.

Kesenjangan yang ada antara jumlah penderita katarak yang dioperasi dan tidak dioperasi disebabkan karena kurangnya intensi untuk menjalani operasi dari penderita katarak itu sendiri. Intensi adalah kecenderungan seseorang bahwa dia akan menampilkan suatu tingkah laku (Fishbein & Ajzen, 1975). Kurangnya intensi dari para penderita untuk menjalani operasi katarak tersebut bisa disebabkan oleh beberapa faktor, seperti faktor ekonomi yang rendah, kurangnya akses informasi, kurangnya pengetahuan, dan sikap terhadap katarak. Kondisi fisik lanjut usia yang menurun menyebabkan mereka kurang mampu menghasilkan pekerjaan yang produktif, sehingga faktor ekonomi yang rendah merupakan permasalahan

tersendiri yang dialami oleh para penderita seperti dalam melakukan pemeriksaan kesehatan katarak ataupun kemampuan membiayai operasi katarak dan perawatan pasca operasi katarak (Istiqomah, 2004).

Permasalahan lain yang dialami oleh penderita katarak yang menyebabkan kurangnya intensi untuk melakukan operasi katarak adalah karena kurangnya akses informasi terkait pengetahuan mengenai penyebab dan pengobatan katarak, dan apabila informasi tersebut telah tersedia, penderita katarak tidak tahu kemana mencari tempat layanan pembedahan katarak. Hal tersebut, menyebabkan penderita katarak terlambat berobat, yang akhirnya membuat gangguan penglihatan yang sebenarnya *reversible* atau dapat dipulihkan menjadi kadaluwarsa sehingga tidak dapat disembuhkan (Setiawan, 2013). Berdasarkan penelitian yang dilakukan Mumtazah (2005) didapatkan hasil bahwa terdapat hubungan antara pengetahuan klien tentang katarak dengan intensi klien untuk melakukan tindakan operasi katarak dan ada hubungan antara sikap klien terhadap katarak dengan niat klien untuk melakukan tindakan operasi katarak.

Faza (2012) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa intensi merupakan modal terbesar klien dalam keputusannya menjalani operasi medis, karena jika seseorang berintensi, maka secara implisit seseorang tersebut akan merealisasikan intensinya. Jika dikaitkan dengan katarak, seseorang yang berintensi untuk melakukan operasi akan merealisasikan intensinya tersebut sehingga klien mau menjalani operasi katarak.

Peningkatan pengetahuan berkaitan erat dengan pemberian pendidikan kesehatan, dan dengan diberikannya pendidikan kesehatan kepada penderita

katarak diharapkan penderita katarak dapat meningkatkan intensinya untuk melakukan operasi katarak. Irmayani (2012) menyatakan bahwa ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap intensi seseorang, yang dibuktikan dalam penelitiannya pada topik pengaruh pendidikan kesehatan tentang kanker serviks terhadap intensi untuk melakukan deteksi dini kanker serviks.

Berdasarkan hasil penjabaran diatas mengenai kurangnya intensi untuk melakukan operasi katarak, didasarkan karena kurangnya pengetahuan sehingga diperlukan adanya pengukuran mengenai pengetahuan yang dimiliki klien katarak kemudian dilakukan pemberian pendidikan kesehatan dan dilakukan pengukuran kembali terkait pengetahuan klien katarak yang kemudian dihubungkan dengan intensi yang ada pada klien katarak itu sendiri, yaitu terkait perubahan intensi sebelum diberikannya pendidikan kesehatan dan setelah diberikannya pendidikan kesehatan. Dengan demikian diperlukan penelitian mengenai pengaruh pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah kerja Puskesmas Semboro Kabupaten Jember.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang di atas, maka rumusan masalah yang dapat diangkat dalam penelitian ini adalah apakah ada pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah kerja puskesmas Semboro kabupaten Jember.

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan umum dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah kerja puskesmas Semboro kabupaten Jember.

1.3.2 Tujuan Khusus

Tujuan khusus dalam penelitian ini adalah sebagai berikut:

- a. mengidentifikasi karakteristik penderita katarak yang meliputi jenis kelamin, usia, tingkat pendidikan, dan pekerjaan;
- b. mengidentifikasi intensi penderita katarak untuk melakukan operasi katarak sebelum dan sesudah diberikan pendidikan kesehatan;
- c. menganalisis pengaruh pemberian pendidikan kesehatan tentang katarak terhadap intensi untuk melakukan operasi katarak pada klien katarak di wilayah kerja puskesmas Semboro kabupaten Jember.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah pengetahuan tentang penyakit katarak dan penatalaksanaannya serta menambah kemampuan peneliti di bidang riset keperawatan khususnya tentang penyakit katarak.

1.4.2 Bagi Penderita Katarak

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan klien tentang katarak dan penatalaksanaannya sehingga diharapkan klien mau melakukan operasi katarak.

1.4.3 Bagi Masyarakat

Hasil penelitian ini diharapkan dapat meningkatkan pengetahuan masyarakat tentang penyakit katarak dan penatalaksanaannya sehingga dapat mendorong klien katarak untuk melakukan operasi katarak.

1.4.4 Bagi Institusi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan pengembangan kesehatan di bidang keperawatan medikal bedah khususnya tentang penyakit katarak.

1.4.5 Bagi Penelitian Selanjutnya

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi peranan dalam mengembangkan penelitian selanjutnya tentang penyakit katarak khususnya pengembangan di bidang riset keperawatan.

1.5 Keaslian Penelitian

Penelitian terdahulu yang mendukung penelitian sekarang yaitu penelitian yang dilakukan oleh Sofia Arditya K. dan Fifin L. Rahmi (2007) dengan judul “Hubungan Pengetahuan dengan Sikap terhadap Operasi Katarak pada klien Katarak Senilis di RSUP Dr. Kariadi Semarang”. Penelitian tersebut bertujuan untuk mengetahui hubungan pengetahuan dengan sikap terhadap operasi katarak pada pasien katarak senilis di Unit Rawat Jalan Mata di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

Perbedaan dengan penelitian sebelumnya adalah pada variabel independen yaitu pada penelitian sebelumnya menggunakan pengetahuan, sedangkan penelitian sekarang menggunakan pendidikan kesehatan. Pada variabel dependen yaitu penelitian sebelumnya menggunakan sikap terhadap operasi katarak, sedangkan penelitian saat ini menggunakan intensi untuk melakukan operasi katarak.

Metode penelitian yang digunakan pada penelitian sebelumnya yaitu penelitian analitik dengan rancangan potong lintang (*cross sectional*). Teknik pengambilan sampling yaitu dilakukan secara *simple random sampling* dengan jumlah sampel adalah 50 orang penderita katarak. Sedangkan penelitian saat ini

menggunakan desain penelitian *pre-experimental* dengan menggunakan rancangan penelitian *one-group pre-post test design*. Teknik pengambilan sampel pada penelitian ini menggunakan *total sampling*.



BAB 2. TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Katarak

2.1.1 Definisi

Katarak adalah penurunan progresif kejernihan lensa. Lensa menjadi keruh atau berwarna putih abu-abu, dan ketajaman penglihatan berkurang. Katarak terjadi apabila protein-protein lensa yang secara normal transparan terurai dan mengalami koagulasi (Corwin, 2009). Sedangkan menurut Mansjoer (2008), katarak adalah setiap keadaan kekeruhan pada lensa yang dapat terjadi akibat hidrasi (panambahan cairan) lensa, denaturasi protein lensa, atau akibat kedua-duanya. Biasanya mengenai kedua mata dan berjalan progresif.

Katarak merupakan penyebab tersering kebutaan dunia. Sebagian besar katarak timbul pada usia tua sebagai akibat pajanan kumulatif terhadap pengaruh lingkungan dan pengaruh lainnya seperti merokok, radiasi UV, dan peningkatan kadar gula darah. Sebagian kecil penyakit katarak berhubungan dengan penyakit mata atau penyakit sistemik spesifik dan memiliki mekanisme fisiokimiawi yang jelas. Beberapa dari katarak bersifat kongenital dan dapat diturunkan (James, 2006).

2.1.2 Klasifikasi

10

Klasifikasi katarak menurut Vaughan (2005) terbagi atas:

a. Katarak terkait usia (katarak senilis)

Katarak senilis adalah jenis katarak yang paling sering dijumpai dan terjadi pada usia diatas 55 tahun (Depkes RI, 2005). Pada usia lanjut banyak terjadi perubahan pada lensa mata, antara lain peningkatan massa dan ketebalan lensa serta penurunan daya akomodasi. Hal tersebut yang mengakibatkan semakin tingginya kejadian katarak pada usia lanjut. Satu-satunya gejala adalah distorsi penglihatan dan penglihatan yang semakin kabur.

b. Katarak anak-anak

Katarak anak-anak dibagi menjadi dua kelompok, yaitu:

- 1) Katarak kongenital, yang terdapat sejak lahir atau segera sesudahnya. Banyak katarak kongenital yang tidak diketahui penyebabnya walaupun mungkin terdapat faktor genetik, yang lain disebabkan oleh penyakit infeksi atau metabolik, atau berkaitan dengan berbagai sindrom.
- 2) Katarak didapat, yang timbul belakangan dan biasanya terkait dengan sebab-sebab spesifik. Katarak didapat terutama disebabkan oleh trauma, baik tumpul maupun tembus. Penyebab lain adalah uveitis, infeksi mata didapat, diabetes dan obat.

c. Katarak traumatik

Katarak traumatik paling sering disebabkan oleh cedera benda asing di lensa atau trauma tumpul terhadap bola mata. Lensa menjadi putih segera setelah

masuknya benda asing karena lubang pada kapsul lensa menyebabkan humor aqueus dan kadang-kadang korpus vitreum masuk kedalam struktur lensa.

d. Katarak komplikata

Katarak komplikata adalah katarak sekunder akibat penyakit intraokular pada fisiologi lensa. Katarak biasanya berawal didaerah sub kapsul posterior dan akhirnya mengenai seluruh struktur lensa. Penyakit-penyakit intraokular yang sering berkaitan dengan pembentukan katarak adalah uveitis kronik atau rekuren, glaukoma, retinitis pigmentosa dan pelepasan retina.

e. Katarak akibat penyakit sistemik

Katarak bilateral dapat terjadi karena gangguan-gangguan sistemik berikut: diabetes mellitus, hipoparatiroidisme, distrofi miotonik, dermatitis atropik, galaktosemia, dan syndrome Lowe, Werner atau Down.

f. Katarak toksik

Katarak toksik jarang terjadi. Banyak kasus pada tahun 1930-an sebagai akibat penelanan dinitrofenol (suatu obat yang digunakan untuk menekan nafsu makan). Kortikosteroid yang diberikan dalam waktu lama, baik secara sistemik maupun dalam bentuk tetes yang dapat menyebabkan kekeruhan lensa.

g. Katarak ikutan

Katarak ikutan menunjukkan kekeruhan kapsul posterior akibat katarak traumatik yang terserap sebagian atau setelah terjadinya ekstraksi katarak ekstrakapsular.

Klasifikasi katarak berdasarkan tingkat perkembangan katarak (Djing, 2006a):

- a. Katarak insipien yaitu lensa yang kekeruhannya ringan, kekaburan dimulai pada bagian perifer lensa, lambat laun mengarah pada bagian inti lensa mata sehingga menyerupai terali besi (roda sepeda).
- b. Katarak imatur yaitu lensa yang kekeruhannya sebagian dan masih memiliki bagian yang jernih, terjadi perubahan pada lensa dimana lensa menjadi bengkak dan menarik cairan dari jaringan sekitar.
- c. Katarak matur yaitu seluruh lensa sudah keruh, kekaburan lensa lebih padat dan lebih mudah dipisahkan dari kapsulnya. Pada tahap ini merupakan stadium yang tepat untuk dilakukan operasi.
- d. Katarak hiper matur, yaitu ada bagian permukaan lensa yang sudah merembes melalui kapsul lensa dan bisa menyebabkan peradangan pada struktur mata yang lainnya, biasanya akan ditemukan perubahan, katarak menjadi lembek, mencair atau menjadi seperti susu.

2.1.3 Etiologi

Menurut Mansjoer (2008), penyebab terjadinya katarak bermacam-macam, umumnya adalah usia lanjut (katarak senilis), tetapi dapat terjadi secara kongenital akibat infeksi virus di masa pertumbuhan janin, genetik, dan gangguan perkembangan. Katarak dapat juga terjadi karena traumatik, terapi kortikosteroid metabolik, dan kelainan sistemik atau metabolik, seperti diabetes mellitus,

galaktosemia, dan distrofi miotonik. Rokok dan konsumsi alkohol meningkatkan resiko katarak.

Penyebab dari katarak ada berbagai faktor, antara lain seperti (Ilyas, 2007):

- a. Fisik: dengan keadaan fisik seseorang yang semakin tua (lemah) maka akan mempengaruhi keadaan lensa;
- b. Kimia: apabila mata terkena cahaya yang mengandung bahan kimia atau paparan ultraviolet matahari pada lensa mata, dapat menyebabkan katarak;
- c. Penyakit predisposisi;
- d. Genetik/keturunan dengan gangguan perkembangan;
- e. Kelainan sistemik atau metabolik, misalnya diabetes dan galaktosemi;
- f. Penggunaan obat tertentu, khususnya steroid;
- g. Mata tanpa pelindung terkena sinar matahari (ultraviolet) dalam waktu yang cukup lama;
- h. Trauma (kecelakaan) pada mata;
- i. Usia.

2.1.4 Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang dapat ditemukan pada penderita katarak adalah sebagai berikut (Anies, 2006):

- a. penglihatan menjadi tidak jernih;
- b. penurunan tajam penglihatan;
- c. saat malam hari penglihatan akan menjadi silau terhadap sinar yang datang;

- d. penglihatan seperti terhalang tabir asap. Tabir asap ini semakin lama dirasakan semakin tebal;
- e. pada katarak yang terus berkembang, penderita akan merasakan bahwa penglihatannya seperti berasap, berkabut, bahkan matahari seakan terlihat di balik kabut tebal.

Menurut James (2006) gejala yang dapat dialami oleh penderita katarak yaitu:

- a. terjadi opasitas (keadaan tidak tembus cahaya) pada lensa mata yang dapat menyebabkan hilangnya penglihatan tanpa rasa nyeri;
- b. menyebabkan rasa silau;
- c. mengubah kelainan refraksi (pembiasan).

Sedangkan tanda yang ditemukan pada penderita katarak seperti tajam penglihatan yang berkurang. Pada beberapa pasien tajam penglihatan yang diukur di ruangan gelap mungkin tampak memuaskan, sementara bila tes tersebut dilakukan dalam keadaan terang maka tajam penglihatan akan menurun sebagai akibat dari rasa silau dan hilangnya kontras (James, 2006).

2.1.5 Patofisiologi

Lensa yang normal adalah struktur posterior iris yang jernih, transparan, berbentuk seperti kancing baju dan mempunyai kekuatan refraksi yang besar. Lensa mengandung tiga komponen anatomis. Pada zona sentral terdapat nukleus, di perifer ada korteks, dan yang mengelilingi keduanya adalah kapsul anterior dan posterior. Dengan bertambahnya usia, nukleus mengalami perubahan warna

menjadi coklat kekuningan. Disekitar opasitas terdapat densitas seperti duri di anterior dan posterior nukleus. Opasitas pada kapsul posterior merupakan bentuk katarak yang paling bermakna, nampak seperti kristal salju pada jendela.

Perubahan fisik dan kimia dalam lensa mengakibatkan hilangnya transparansi. Perubahan pada serabut halus multipel (zonula) yang memanjang dari badan silier ke sekitar daerah diluar lensa, misalnya dapat menyebabkan penglihatan mengalami distorsi. Perubahan kimia dalam protein lensa dapat menyebabkan koagulasi, sehingga mengabutkan pandangan dengan menghambat jalannya cahaya ke retina. Salah satu teori menyebutkan terputusnya protein lensa normal terjadi 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 memiliki kecepatan yang berbeda. Dapat disebabkan oleh kejadian trauma maupun sistemik, seperti diabetes. Namun kebanyakan merupakan konsekuensi dari proses penuaan yang normal. Kebanyakan katarak berkembang secara kronik ketika seseorang memasuki dekade ketujuh. Katarak dapat bersifat kongenital dan harus diidentifikasi awal, karena bila tidak terdiagnosa dapat menyebabkan ambliopia dan kehilangan penglihatan permanen. Faktor yang paling sering berperan dalam terjadinya katarak meliputi radiasi sinar ultraviolet B, obat-obatan, alkohol, merokok, diabetes, dan asupan

vitamin antioksidan yang kurang dalam jangka waktu lama (Smeltzer, 2002 dalam Siswoyo, 2013).

2.1.6 Komplikasi

Bila katarak dibiarkan maka akan terjadi komplikasi berupa glaukoma dan uveitis. Glaukoma adalah suatu penyakit dimana tekanan di dalam bola mata meningkat sehingga terjadi kerusakan pada saraf mata dan menyebabkan turunnya fungsi penglihatan. Jika tidak diobati, glaukoma bisa mengakibatkan kebutaan yang tetap (Djing, 2006b). Uveitis adalah peradangan pada jaringan uvea akibat infeksi, trauma, neoplasia, atau proses autoimun (Gondhowiardjo & Simanjuntak, 2006).

2.1.7 Penatalaksanaan Katarak

Tidak terdapat pengobatan untuk katarak, meskipun ada yaitu dengan teknik pembedahan. Pembedahan dapat dilakukan bila tajam penglihatan sudah menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari atau bila telah menimbulkan penyulit seperti glaukoma dan uveitis (Mansjoer, 2008). Ada beberapa jenis operasi yang dapat dilakukan, yaitu sebagai berikut:

- a. Ekstraksi katarak intrakapsular (EKIK) yaitu pengangkatan lensa dari mata secara keseluruhan, termasuk kapsul lensa dikeluarkan secara utuh. Dapat dilakukan pada *zonula zinn* telah rapuh atau telah terjadi degenerasi serta mudah diputus. Untuk keperluan ini dipergunakan cara *cryo* (alat pendingin) atau pinset lensa yang ditempelkan pada lensa kemudian ditarik keluar perlahan-lahan. Hanya digunakan pada katarak matur atau *luksasio lentis*.

Ekstraksi katarak intrakapsular ini tidak boleh dilakukan atau memiliki kontraindikasi pada klien berusia kurang dari 40 tahun yang masih mempunyai *ligamentum kialoidea kapsuler*. Penyulit yang terjadi pada pembedahan ini adalah *astigmatisma*, *glaucoma uveitis*, *endophtalmitis*, dan perdarahan. Cara ini sudah banyak ditinggalkan karena banyaknya komplikasi termasuk *vitreus prolaps*, disamping klien masih harus memakai kacamata *afakia* yang tebal (Lumenta, 2006).

- b. Ekstraksi katarak ekstrakapsular (EKEK) yaitu tindakan pembedahan pada lensa katarak, dimana dilakukan pengeluaran isi lensa dengan memecah atau merobek kapsul lensa anterior sehingga masa lensa atau korteks lensa dapat keluar melalui robekan tersebut. Teknik ini bisa dilakukan pada semua stadium katarak kecuali pada *luksasio lentis*. Pembedahan ini memungkinkan diberi lensa tanam (IOL) untuk pemulihan visus. Komplikasi lebih jarang timbul durante operasi dibanding IKEK (Lumenta, 2006).
- c. *Small Incision Cataract Surgery* (SICS) yaitu upaya untuk mengeluarkan nukleus lensa dengan panjang sayatan sekitar 5-6 mm, dengan inovasi peralatan yang lebih sederhana, seperti *anterior chamber maintainer (ACM)*, *irigating vectis*, *nucleus cracer*, dan lain-lain (Soekardi & Hutauruk, 2004).
- d. Fakoemulsifikasi merupakan teknik operasi yang tidak berbeda jauh dengan cara EKEK, tetapi nukleus lensa diambil dengan alat khusus yaitu *emulsifier*. Dibanding EKEK, irisan luka operasi ini lebih kecil sehingga setelah diberi IOL rehabilitasi visus lebih cepat, di samping itu penyulit pasca bedah lebih sedikit ditemukan (Lumenta, 2006).

Pada saat operasi katarak, dokter akan membuka daerah depan mata dengan bantuan mikroskop untuk mengangkat lensa yang keruh untuk digantikan dengan lensa buatan. Operasi tidak menimbulkan rasa sakit karena klien akan diberi anestasi lokal berupa tetes mata.

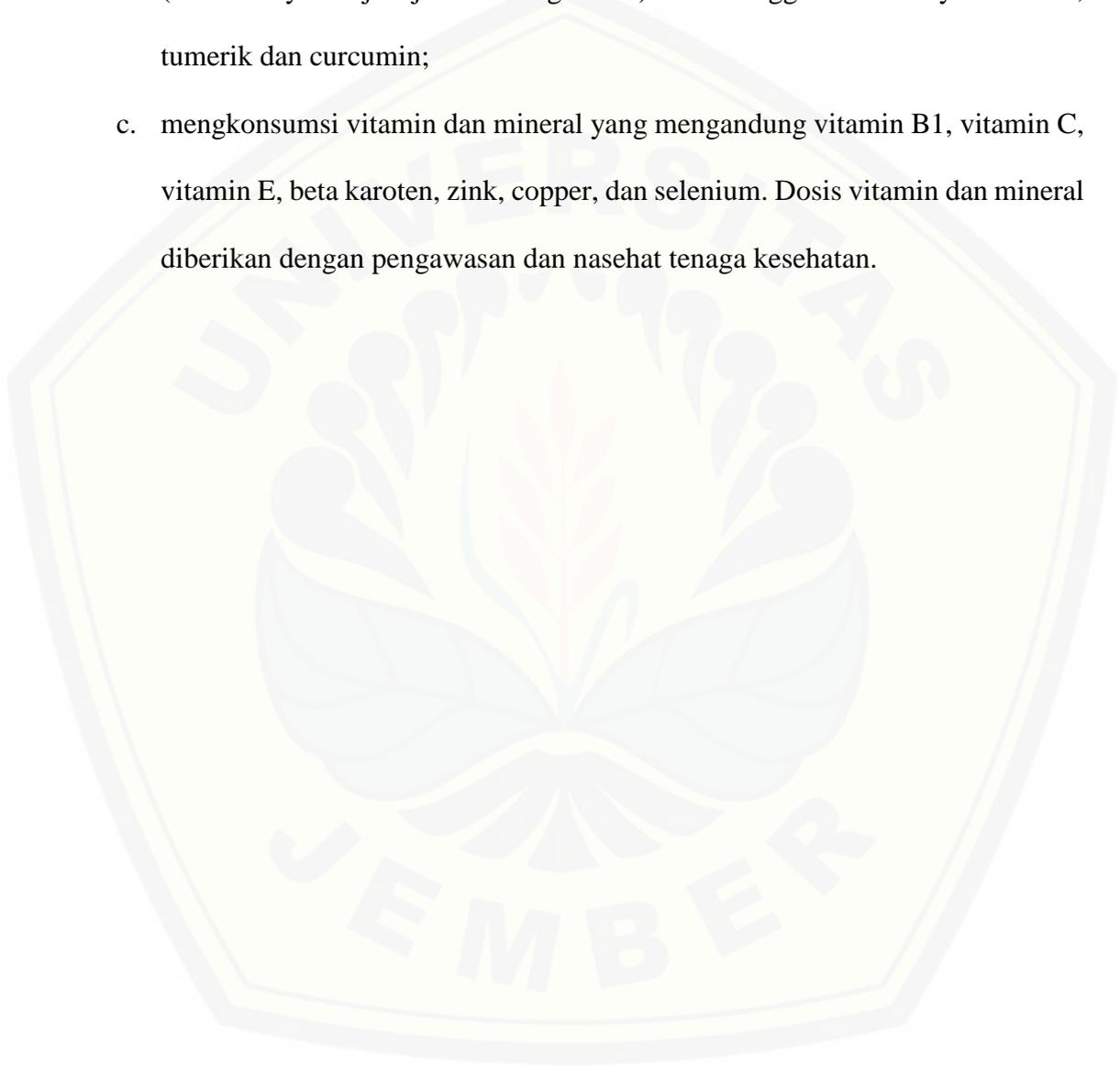
2.1.8 Pencegahan Katarak

Beberapa hal yang dapat dihindari untuk pencegahan katarak adalah (Tana, 2006):

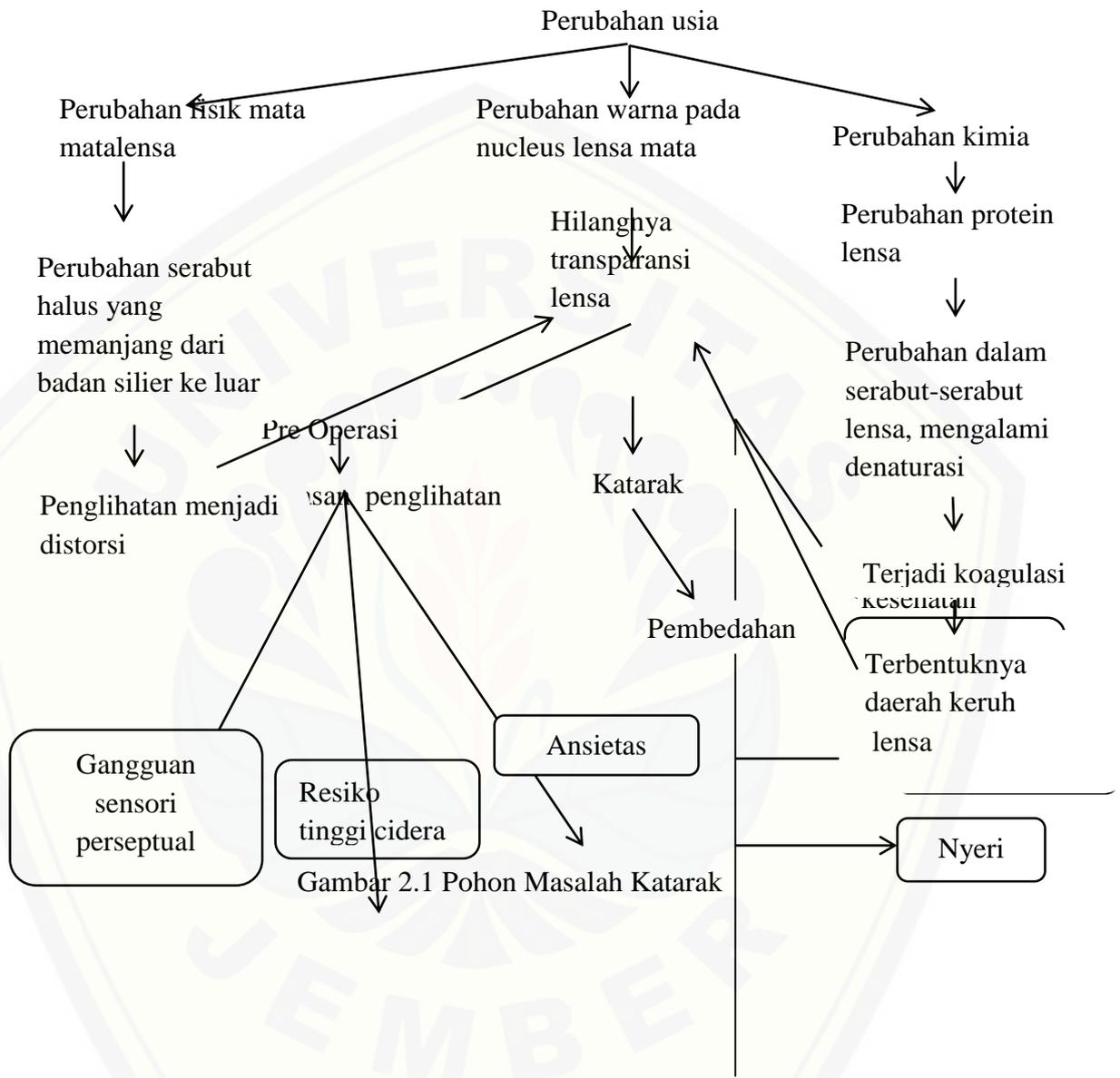
- a. menghindari sinar matahari langsung;
- b. tidak merokok dan menghindari asap rokok;
- c. mengurangi berat badan bagi orang dengan berat badan berlebih;
- d. menghindari makanan yang tengik dan sumber radikal bebas lain;
- e. mengurangi asupan lemak hewan;
- f. menghindari semua makanan yang merupakan produk akhir; dan
- g. mengurangi minum alkohol.

Anjuran untuk pencegahan katarak melalui nutrisi antara lain (Tana, 2006):

- a. mengkonsumsi buah dan sayuran lebih dari 3,5 porsi setiap hari;
- b. makan lebih banyak makanan yang mengandung tinggi asam amino sulfur (lebih banyak biji-bijian dan legumens) dan menggunakan banyak bumbu, tumerik dan curcumin;
- c. mengkonsumsi vitamin dan mineral yang mengandung vitamin B1, vitamin C, vitamin E, beta karoten, zink, copper, dan selenium. Dosis vitamin dan mineral diberikan dengan pengawasan dan nasehat tenaga kesehatan.



2.1.9 Pathway Katarak



Gambar 2.1 Pohon Masalah Katarak

2.1.10 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang dapat muncul pada klien katarak adalah (Siswoyo, 2013):

a. *Pre Operasi*

1. Gangguan sensori perseptual berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, lingkungan secara terapeutik dibatasi.
2. Resiko tinggi cedera berhubungan dengan peningkatan tekanan intra okular, perdarahan intra okuler, kehilangan vitreous.
3. Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya terhadap informasi.

b. *Post Operasi*

1. Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan intra okuler pembedahan.
2. Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, pengobatan berhubungan dengan kurang informasi, salah interpretasi, keterbatasan kognitif.
3. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

2.1.11 Intervensi Keperawatan

Intervensi yang dapat diberikan pada klien dengan katarak adalah (Wilkinson, 2012):

a. *Pre Operasi*

1. Diagnosa Keperawatan: Gangguan sensori perseptual berhubungan dengan gangguan penerimaan sensori, lingkungan secara terapeutik dibatasi.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan gangguan sensori perseptual dapat berkurang, dengan kriteria hasil:

NOC I : *Cognitif Ability*

- a) Orientasi
- b) Konsentrasi
- c) Perhatian
- d) Mendemonstrasikan berbagai pilihan pengawasan dan situasi

NOC II : *Cognitif Orientation*

- a) Mengidentifikasi diri sendiri
- b) Mengidentifikasi tempat dengan benar
- c) Mengidentifikasi hari dengan benar

Intervensi:

NIC I : *Communication Visual: Visual Defisit*

- a) Mengidentifikasi diri ketika akan memberi jarak dengan klien.

- b) Catat reaksi klien waktu penglihatanya berkurang.
- c) Terima reaksi klien waktu penglihatanya berkurang.
- d) Deskripsikan lingkungan yang ada pada klien.
- e) Berikan kacamata, jika diperlukan.
- f) Mendorong klien untuk memperbaiki kondisi penglihatanya.
- g) Jangan memindahkan barang-barang yang ada di ruangan klien tanpa memberi tahu pasien.
- h) Membantu klien untuk mementapkan rencana untuk bagaimana mendengar dengan cara merasakan sesuatu.

NIC II : *Environmental Management*

- a) Ciptakan lingkungan yang aman bagi klien.
 - b) Pindahkan barang-barang yang berbahaya bagi klien.
 - c) Hilangkan lingkungan yang berbahaya bagi klien.
 - d) Orientasikan lingkungan ruangan yang ada pada klien.
 - e) Atur pencahayaan lampu untuk terapi yang menguntungkan bagi klien.
 - f) Kurangi stimulus dari lingkungan, jika diperlukan.
2. Diagnosa Keperawatan: Resiko tinggi cedera berhubungan dengan peningkatan tekanan intra okular, perdarahan intra okuler, kehilangan vitreous.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan tidak terjadi cedera , dengan kriteria hasil:

NOC I : *Risk Control*

- a) Membenarkan faktor resiko.
- b) Mengubah gaya hidup untuk mengurangi faktor resiko.
- c) Berpartisipasi dalam mengidentifikasi faktor resiko.
- d) Memantau faktor resiko pribadi dan perorangan.
- e) Memonitor faktor resiko dari lingkungan.
- f) Memonitor dan mengungkapkan status kesehatannya.

NOC II : *Safety Behavior: Fall Prevention*

- a) Menggunakan penghalang untuk mencegah jatuh.
- b) Menggunakan tongkat, jika diperlukan.
- c) Bisa mengatur ketinggian tempat tidur dan tempat duduk.
- d) Menggunakan obat-obatan untuk pencegahan peningkatan resiko jatuh.

Intervensi:

NIC I : *Fall Prevention*

- a) Mengidentifikasi status kognitif dan fisik klien yang mungkin meningkatkan resiko jatuh.
- b) Mengidentifikasi karakteristik klien yang berpotensi meningkatkan resiko jatuh pada pasien.
- c) Monitor gerakan-gerakan yang tidak teratur (keseimbangan, kelemahan waktu beraktifitas).
- d) Membantu menolong klien waktu berpindah tempat.
- e) Berikan sandal yang tidak licin.
- f) Orientasikan pada klien ruangan yang di tempati.

- g) Ajarkan pada klien bagaimana kalau jatuh dan cara untuk meminimalkan trauma.
- h) Berikan cahaya yang terang pada malam hari.
- i) Ajarkan pada anggota keluarga tentang faktor resiko yang dapat meningkatkan jatuh.
- j) Intruksikan pada klien untuk memanggil keluarga jika ingin beraktifitas, jika diperlukan.

3. Diagnosa Keperawatan: Ansietas berhubungan dengan kurang terpaparnya terhadap informasi.

Tujuan: setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan ansietas yang dirasakan klien dapat berkurang, dengan kriteria hasil:

NOC I : Pengendalian diri terhadap ansietas

- a) Merencanakan strategi koping untuk situasi penuh tekanan.
- b) Mempertahankan performa peran.
- c) Memantau distorsi persepsi sensori.
- d) Memantau manifestasi perilaku ansietas.
- e) Menggunakan teknik relaksasi untuk meredakan ansietas.

Intervensi:

NIC I : Penurunan ansietas

- a) Mempersiapkan klien menghadapi kemungkinan krisis perkembangan situasional.

- b) Meminimalkan kekhawatiran, ketakutan, prasangka, atau perasaan tidak tenang yang berhubungan dengan sumber bahaya yang diantisipasi dan tidak jelas.
- c) Meredakan kecemasan pada klien yang mengalami distres akut.
- d) Membantu klien untuk beradaptasi dengan persepsi stresor, perubahan, atau ancaman yang menghambat pemenuhan tuntutan dan peran hidup.
- e) Memberikan penenangan, penerimaan dan bantuan atau dukungan selama masa stres.

b. *Post Operasi*

1. Diagnosa Keperawatan: Nyeri berhubungan dengan peningkatan tekanan intra okuler pembedahan.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang, dengan kriteria hasil:

NOC I : *Pain Level*

- a) Melaporkan nyeri, frekuensi dan lama nyeri.
- b) Posisi tubuh klien melindungi nyeri.
- c) Tekanan darah, RR, nadi dan suhu dalam batas normal (TD= 120/80 mmHg; RR= 18-24 x/menit; nadi= 80 x/menit; suhu= 36.3-37.3 °C).

NOC II : *Pain Control*

- a) Mengungkapkan faktor penyebab timbulnya nyeri.
- b) Menggunakan terapi non farmakologik.

- c) Dapat menggunakan berbagai sumber untuk mengontrol nyeri.
- d) Melaporkan nyeri terkontrol.

Intervensi:

NIC I : *Pain Management*

- a) Kaji komprehensif mengenai lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, dan faktor pencetus nyeri.
- b) Observasi keluhan non verbal terhadap ketidaknyamanan.
- c) Ajarkan tehnik non farmakologik (teknik relaksasi).
- d) Bantu klien mendapatkan dukungan dari keluarga untuk mengurangi nyeri.
- e) Beri informasi tentang nyeri (penyebab, durasi, prosedur antisipasi ketidaknyamanan).

NIC II : *Vital Sign Monitoring*

- a) Monitor TD, RR, nadi, suhu klien.
- b) Identifikasi kemungkinan perubahan TTV.
- c) Cek secara periodik tanda-tanda vital klien.

NIC III : *Environmental Management*

- a) Cegah tindakan yang tidak dibutuhkan.
- b) Posisikan klien pada posisi yang nyaman.

2. Diagnosa Keperawatan: Kurang pengetahuan tentang kondisi, prognosis, pengobatan berhubungan dengan kurang informasi, salah interpretasi, keterbatasan kognitif.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan dapat menunjukkan pemahaman tentang kondisi, prognosis, pengobatan, dengan kriteria hasil:

NOC I : Knowledge: Disease Proses

- a) Mengerti tentang penyakitnya.
- b) Mendiskripsikan proses penyakitnya.
- c) Mendiskripsikan proses faktor penyebab penyakitnya.
- d) Mendiskripsikan proses tanda dan gejala dari penyakitnya.
- e) Mendiskripsikan proses komplikasi dari penyakitnya.
- f) Mendiskripsikan pencegahan agar tidak terjadi komplikasi.

NOC II : Knowledge: Treatment Prosedur

- a) Dapat menjelaskan prosedur tindakan.
- b) Dapat menjelaskan prosedur tujuan tindakan.
- c) Dapat menjelaskan langkah dalam setiap prosedur.
- d) Menunjukkan tindakan yang mendukung prosedur tindakan.

Intervensi:

NIC I : Teaching: Disease Proses

- a) Kaji tingkat kemampuan kebutuhan klien tentang proses penyakitnya.
- b) Tentukan kebutuhan pengajaran klien.
- c) Tentukan motivasi klien untuk mempelajari informasi-informasi yang khusus.

- d) Jelaskan proses perjalanan penyakit yang diderita klien, jika diperlukan.
- e) Identifikasi penyebab dari penyakitnya, jika diperlukan.
- f) Berikan informasi pada klien tentang kondisinya.
- g) Diskusikan dengan klien terapi yang akan diberikan pada klien.

NIC II : *Teaching: Procedur/Treatment*

- a) Informasikan pada klien tentang tindakan/prosedur yang akan dilakukan.
- b) Informasikan pada klien tentang waktu yang diperlukan selama prosedur dilaksanakan.
- c) Jelaskan tujuan dari tindakan/prosedur yang dilaksanakan.
- d) Instruksikan pada klien bagaimana cara berpartisipasi selama tindakan/prosedur dilaksanakan.
- e) Diskusikan tindakan alternatif, jika diperlukan.
- f) Libatkan keluarga selama prosedur, jika diperlukan.

3. Diagnosa Keperawatan: Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif.

Tujuan: Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3 x 24 jam diharapkan resiko infeksi tidak terjadi, dengan kriteria hasil:

NOC I : *Risk Detection*

- a) Mengidentifikasi faktor yang dapat meningkatkan resiko.
- b) Menjelaskan kembali tanda dan gejala yang mengidentifikasi resiko infeksi.

- c) Menggunakan sumber dan pelayanan kesehatan untuk mendapatkan informasi.

NOC II : *Risk Control*

- a) Membenarkan factor-faktor resiko.
- b) Memonitor faktor resiko dari lingkungan.
- c) Memonitor perilaku yang dapat meningkatkan faktor resiko.
- d) Merubah gaya hidup untuk mengurangi resiko.
- e) Memonitor dan mengungkapkan status kesehatanya.
- f) Membuat strategi dan menjalankan strategi untuk mengontrol resiko.

NOC III : *Imun Status*

- a) Tidak menunjukkan infeksi berulang.
- b) Suhu tubuh dalam batas normal.
- c) Sel darah putih tidak meningkat.

Intervensi:

NIC I : *Infection Protection*

- a) Monitor sistematis lokasi, tanda dan gejala infeksi dan resiko tinggi infeksi.
- b) Anjurkan peningkatan frekuensi istirahat.
- c) Anjurkan peningkatan *intake* nutrisi.
- d) Monitor apakah klien mudah terkena infeksi.
- e) Monitor peningkatan granulosit, sel darah putih.
- f) Batasi pengunjung yang menjenguk pasien.

- g) Kaji faktor yang dapat meningkatkan infeksi.

NIC II : *Wound Care*

- a) Catat karakteristik luka, drainase.
- b) Ajarkan pada pasien dan keluarga cara/prosedur perawatan luka di mata.
- c) Bersihkan luka dengan tehnik steril dan ganti balutan.

NIC III : *Infection Control*

- a) Terapkan kewaspadaan universal.
- b) Bersihkan lingkungan dengan benar setelah digunakan pasien.
- c) Ajarkan pada pasien cara mencuci tangan yang baik dan benar.
- d) Ajarkan pada pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melaporkanya ke pihak pelayanan kesehatan.
- e) Pertahankan teknik isolasi, jika diperlukan.
- f) Batasi pengunjung, jika diperlukan.

2.2 Pengetahuan

2.2.1 Definisi

Pengetahuan merupakan hasil perkembangan dan pendidikan maka semakin tinggi perkembangan dan pendidikan perawat maka semakin kompleks bahasa yang dipakai dalam proses komunikasi sehingga dapat menjembatani proses komunikasi yang baik antara perawat dan pasiennya. Pengetahuan merupakan informasi dan penemuan yang bersifat kreatif untuk mempertahankan pengetahuan baru, dimana perawat dapat menggunakan kemampuan rasional logis dan pemikiran kritis untuk

menganalisis informasi yang diperoleh melalui pembelajaran tradisional, pencarian informasi, belajar dari pengalaman, penelitian ide terhadap disiplin ilmu lain, dan pemecahan masalah untuk menentukan terminologi tindakan keperawatan. Selain itu, perawat dapat menggunakan kemampuan penyelidikan ilmiah untuk mengidentifikasi dan menyelidiki masalah klinis, profesional atau pendidikan (Potter & Perry, 2005).

Pengetahuan merupakan hasil mengingat suatu hal, termasuk mengingat kembali kejadian yang pernah dialami baik secara sengaja maupun tidak sengaja dan terjadi setelah orang melakukan kontak atau pengamatan terhadap suatu objek tertentu (Mubarak, 2007).

Menurut Supriyanto dalam Besung (2007), pengetahuan adalah informasi yang berupa *common sense*, tanpa memiliki metode, dan mekanisme tertentu. Pengetahuan berakar pada adat dan tradisi yang menjadi kebiasaan dan pegulangan-pegulangan. Besung (2007) menambahkan bahwa pengetahuan merupakan proses kehidupan yang diketahui manusia secara langsung dari kesadarannya sendiri.

2.2.2 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Pengetahuan

Menurut Mubarak (2007), faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan seseorang yaitu:

a. Pendidikan

Pendidikan berarti bimbingan yang diberikan seseorang kepada orang lain terhadap suatu hal agar mereka dapat memahami. Notoatmodjo (2007) menyatakan bahwa pendidikan adalah suatu kegiatan atau proses pembelajaran untuk

mengembangkan atau meningkatkan kemampuan tertentu sehingga sasaran pendidikan itu dapat berdiri sendiri. Dengan pendidikan yang tinggi maka seseorang akan cenderung untuk mendapatkan informasi baik dari orang lain maupun dari media masa, sebaliknya tingkat pendidikan yang kurang akan menghambat perkembangan dan sikap seseorang terhadap nilai-nilai yang baru diperkenalkan.

b. Pekerjaan

Lingkungan pekerjaan dapat menjadikan seseorang memperoleh pengalaman dan pengetahuan baik secara langsung maupun tidak langsung. Pekerjaan berhubungan erat dengan faktor interaksi sosial dan kebudayaan, sedangkan interaksi sosial dan budaya berhubungan erat dengan proses pertukaran informasi, dan hal ini tentunya akan mempengaruhi pemberian pendidikan kesehatan seseorang.

c. Umur

Dengan bertambahnya umur seseorang akan mengalami perubahan fisik dan psikologis (mental) yang nantinya akan mempengaruhi cara berpikir seseorang dalam menangkap informasi yang akan mempengaruhi pengetahuan individu tersebut. Pertumbuhan fisik secara garis besar ada empat kategori perubahan, yaitu perubahan ukuran, perubahan proporsi, hilangnya ciri-ciri lama dan timbulnya ciri-ciri baru. Ini terjadi akibat pematangan fungsi organ, dan pada aspek psikologis taraf berfikir seseorang semakin matang dan dewasa.

d. Minat

Sebagai suatu kecenderungan atau keinginan yang tinggi terhadap sesuatu. Minat menjadikan seseorang untuk mencoba dan menekuni suatu hal dan pada akhirnya diperoleh pengetahuan yang lebih dalam.

e. Pengalaman

Pengalaman adalah suatu kejadian yang pernah dialami seseorang dari berinteraksi dengan lingkungannya. Ada kecenderungan pengalaman yang kurang baik seseorang akan berusaha untuk melupakan, sebaliknya jika pengalaman terhadap objek tersebut menyenangkan maka secara psikologis akan timbul kesan yang membekas dalam emosi sehingga menimbulkan sikap positif, menurut teori determinan perilaku yang disampaikan *World Health Organization (WHO)* (2005), seseorang dapat memperoleh pengetahuan baik dari pengalaman pribadi maupun pengalaman orang lain.

f. Kebudayaan

Kebudayaan mempunyai pengaruh pada pengetahuan seseorang, dan seseorang memperoleh suatu kebudayaan dalam hubungannya dengan orang lain. Karena hubungan ini seseorang mengalami suatu proses belajar dan memperoleh suatu pengetahuan.

g. Informasi

Informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui dan kemudahan untuk memperoleh informasi dapat membantu mempercepat seseorang untuk memperoleh pengetahuan yang baru.

2.2.3 Cara Mendapatkan Pengetahuan

Dari berbagai macam cara yang telah digunakan untuk memperoleh kebenaran pengetahuan sepanjang sejarah, menurut Notoatmodjo (2007), cara mendapatkan pengetahuan dapat dikelompokkan menjadi dua, yakni:

a. Cara tradisional untuk memperoleh pengetahuan

Cara-cara penemuan pengetahuan pada periode ini dilakukan sebelum ditemukan metode ilmiah, yang meliputi:

1) Cara coba salah (*Trial and Error*)

Cara coba-coba ini dilakukan dengan menggunakan kemungkinan tersebut tidak berhasil, dicoba kemungkinan yang lain. Apabila tidak berhasil, maka akan dicoba kemungkinan yang lain lagi sampai didapatkan hasil mencapai kebenaran.

2) Cara kekuasaan atau otoritas

Pengetahuan diperoleh berdasarkan pada otoritas atau kekuasaan baik tradisi, otoritas pemerintah, otoritas pemimpin agama, maupun ahli ilmu pengetahuan.

3) Berdasarkan pengalaman pribadi

Hal ini dilakukan dengan cara mengulang kembali pengalaman yang diperoleh dalam memecahkan permasalahan yang dihadapi pada masa yang lalu. Apabila dengan cara yang digunakan tersebut orang dapat memecahkan masalah yang sama, orang dapat pula menggunakan cara tersebut.

4) Melalui jalan pikiran

Dari sini manusia telah mampu menggunakan penalarannya dalam memperoleh pengetahuannya. Dengan kata lain, dalam memperoleh kebenaran pengetahuan manusia telah menggunakan jalan pikiran.

b. Cara modern dalam memperoleh pengetahuan

Cara baru atau modern dalam memperoleh pengetahuan adalah dengan lebih sistematis, logis dan ilmiah. Cara ini disebut metode penelitian ilmiah.

2.2.4 Pengukuran Pengetahuan

Pengukuran pengetahuan dapat dilakukan dengan wawancara atau kuesioner yang menanyakan mengenai isi materi yang ingin diukur dari subjek penelitian atau klien katarak.

Pengukuran pengetahuan juga dapat dilakukan dengan memberikan seperangkat alat atau kuesioner tentang objek pengetahuan yang akan diukur (Notoatmodjo, 2007). Menurut Wawan A dan Dewi M (2010) pengukuran pengetahuan dibagi dalam 3 kategori, yaitu:

- a. Pengetahuan baik, bila subjek mampu menjawab dengan benar 76%-100% dari seluruh pertanyaan;
- b. Pengetahuan cukup, bila subjek mampu menjawab dengan benar 56%-75% dari seluruh pertanyaan;
- c. Pengetahuan kurang, bila subjek mampu menjawab dengan benar $\leq 56\%$ dari seluruh pertanyaan.

2.3 Pendidikan Kesehatan

2.3.1 Pengertian Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah proses untuk merubah perilaku peserta didik dengan tujuan untuk peningkatan status kesehatan dan mengubah perilaku seseorang sebagai upaya peningkatan status kesehatan (Sumijatun *et al*, 2005). Pendidikan kesehatan adalah segala upaya yang direncanakan untuk mempengaruhi orang lain baik individu, kelompok atau masyarakat sehingga mereka melakukan apa yang diharapkan oleh pemberi pendidikan kesehatan (Mubarak dkk, 2007). Pendidikan kesehatan merupakan usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan atau perilaku untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2007).

Berdasarkan beberapa pengertian di atas dapat disimpulkan bahwa pendidikan kesehatan adalah suatu upaya pembelajaran yang bertujuan untuk merubah perilaku orang lain sebagai upaya meningkatkan status kesehatan.

2.3.2 Tujuan Pendidikan Kesehatan

Tujuan pendidikan kesehatan menurut Undang-Undang Kesehatan No. 23 Tahun 1992 maupun WHO yaitu: “Meningkatkan kemampuan masyarakat sebagai upaya untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan baik fisik, mental dan sosialnya sehingga produktif secara ekonomi maupun secara sosial. Pendidikan kesehatan dapat diberikan di semua program kesehatan baik untuk program pemberantasan penyakit menular, sanitasi lingkungan, gizi masyarakat, pelayanan kesehatan maupun program kesehatan lainnya” (Mubarak dkk, 2007).

2.3.3 Sasaran Pendidikan Kesehatan

Menurut Fitriani (2011) sasaran pendidikan kesehatan di Indonesia berdasarkan pada program pembangunan Indonesia adalah:

- a. masyarakat umum;
- b. masyarakat dalam kelompok tertentu seperti wanita, pemuda, remaja, termasuk dalam kelompok khusus adalah lembaga pendidikan mulai TK sampai Pendidikan Tinggi (PT), sekolah agama baik negeri atau swasta; dan
- c. sasaran individu dengan Teknik Pendidikan Kesehatan Individual.

2.3.4 Proses Pendidikan Kesehatan

Proses belajar merupakan bagian dari prinsip pokok pendidikan. Kegiatan belajar terdiri dari tiga persoalan pokok, yaitu persoalan masukan (*input*), proses dan keluaran (*output*). Persoalan masukan dalam pendidikan kesehatan adalah menyangkut sasaran belajar (sasaran didik), yaitu individu, kelompok atau masyarakat yang sedang belajar dengan berbagai latar belakangnya.

Proses adalah mekanisme dan interaksi terjadinya perubahan kemampuan (perilaku) pada diri subjek belajar tersebut. Terjadi timbal balik dari berbagai faktor dalam sebuah proses, diantaranya yaitu subjek belajar, pengajar (pendidik dan fasilitator), metode dan teknik belajar, alat bantu belajar dan materi atau bahan yang dipelajari. Keluaran adalah hasil belajar itu sendiri, yaitu berapa besarnya kemampuan atau perubahan perilaku dari subjek belajar (Notoatmodjo, 2007).

Menurut Uno (2011) kegiatan pembelajaran pada orang dewasa mencakup tiga komponen yaitu pendahuluan, penyampaian informasi dan penutup sebagai berikut:

a. pendahuluan

berisi informasi-informasi yang bertujuan menyiapkan mental atau motivasi peserta didik sebelum membahas substansi materi pembelajaran atau pengalaman baru, seperti informasi (deskripsi) singkat tentang isi pembelajaran, relevansi dengan pengalaman yang telah dimiliki atau relevansi dengan isu-isu yang sedang terjadi, tujuan atau manfaat dan memberi petunjuk belajar;

b. penyajian informasi

dilakukan setelah kegiatan pendahuluan. Kegiatan penyampaian informasi ini meliputi uraian;

c. penutup

dilakukan untuk mengakhiri setiap materi pembelajaran. Pengajar dapat memberikan umpan balik dan atau memberikan penilaian kemampuan atas penampilan peserta didik terhadap presentasi, hasil simulasi atau permainan, produk yang dihasilkan dan lain-lain, menyimpulkan dan atau tindak lanjut.

2.3.5 Metode Pendidikan Kesehatan

Secara garis besar metode pendidikan kesehatan dibagi menjadi tiga kelompok, yaitu metode pendidikan individual, metode pendidikan kelompok, dan metode pendidikan massa (Fitriani, 2011).

a. Metode pendidikan individual

Metode pendidikan individual dibagi menjadi 2, yaitu dalam bentuk bimbingan dan penyuluhan (*guidance and conseling*), serta wawancara. *Guidance and conseling* dan wawancara memiliki berbagai macam kelebihan, antara lain kontak dengan klien lebih efektif, dan masalah yang dihadapi klien dapat digali lebih mendalam.

b. Metode pendidikan kelompok

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

1) Ceramah

Metode ceramah cocok untuk sasaran yang berpendidikan rendah maupun tinggi. Ceramah dapat dikombinasikan dengan metode yang bervariasi, seperti curah pendapat, pleno, penugasan, studi kasus, dan sebagainya. Ceramah juga harus bersifat interaktif, yaitu melibatkan peserta melalui adanya tanggapan balik atau perbandingan dengan pendapat dan pengalaman peserta.

Sanjaya (2006) mengemukakan bahwa “Metode ceramah dapat diartikan sebagai cara menyajikan pelajaran melalui penuturan secara lisan atau penjelasan langsung kepada sekelompok siswa”. Metode ceramah

merupakan cara untuk mengimplementasikan strategi pembelajaran ekspositori.

Kelebihan metode ceramah menurut Sanjaya (2006) diantaranya:

- a) ceramah merupakan metode yang murah dan mudah, murah maksudnya ceramah tidak memerlukan peralatan yang lengkap, sedangkan mudah karena ceramah hanya mengandalkan suara dari pemberi pendidikan dan tidak memerlukan persiapan yang rumit;
- b) ceramah dapat menyajikan materi pelajaran yang luas, artinya materi pelajaran yang banyak dapat dijelaskan pokok-pokoknya saja oleh pemberi pendidikan;
- c) ceramah dapat memberikan pokok-pokok materi yang perlu ditonjolkan, artinya pemberi pendidikan dapat mengatur pokok-pokok materi yang perlu ditekankan sesuai kebutuhan dan tujuan yang ingin dicapai;
- d) melalui ceramah, pemberi pendidikan dapat mengontrol keadaan ruangan, karena ruangan yang digunakan merupakan tanggung jawab dari yang berceramah;
- e) organisasi kelas dengan menggunakan ceramah dapat diatur menjadi lebih sederhana.

Selain kelebihan di atas, ceramah juga memiliki beberapa kelemahan sebagaimana yang dijelaskan oleh Sanjaya (2006) sebagai berikut:

- a) materi yang dikuasai peserta dari hasil ceramah akan terbatas pada yang dikuasai oleh pemberi pendidikan;
- b) ceramah yang tidak disertai peragaan dapat mengakibatkan terjadinya verbalisme;
- c) pemberi pendidikan yang kurang memiliki kemampuan bertutur yang baik, ceramah sering dianggap sebagai metode yang membosankan;
- d) melalui ceramah, sangat sulit untuk mengetahui apakah seluruh peserta sudah mengerti apa yang dijelaskan atau belum.

2) Seminar

Seminar cocok untuk peserta dengan pendidikan menengah ke atas. Seminar adalah suatu penyajian dari satu ahli atau beberapa ahli tentang suatu topik yang dianggap penting dan biasanya dianggap hangat di masyarakat.

3) Diskusi kelompok

Tiap peserta bebas mengeluarkan pendapat, pimpinan diskusi memberikan pancingan, mengarahkan dan mengatur sehingga diskusi berjalan hidup dan tidak ada dominasi dari salah satu peserta.

Kelebihan dari metode diskusi kelompok diantaranya:

- a) metode diskusi ini dapat merangsang peserta untuk lebih kreatif, khususnya dalam memberikan gagasan atau ide-ide yang mereka miliki;
- b) metode diskusi dapat melatih peserta untuk membiasakan diri bertukar pikiran dalam mengatasi setiap permasalahan;
- c) metode diskusi dapat melatih peserta untuk mengemukakan pendapat atau gagasan mereka secara verbal. Selain itu, peserta juga lebih terlatih untuk menghargai pendapat orang lain;

Selain kelebihan diatas, metode diskusi kelompok juga memiliki kekurangan, yaitu:

- a) pada saat diskusi berlangsung sering terjadi pembicaraan dalam diskusi didominasi oleh dua atau tiga orang peserta yang memiliki keterampilan berbicara;
- b) kadang-kadang pembahasan dalam diskusi meluas, sehingga kesimpulan menjadi kabur;
- c) diskusi memerlukan waktu yang cukup panjang, yang kadang-kadang tidak sesuai dengan yang direncanakan;
- d) dalam diskusi sering terjadi perbedaan pendapat yang bersifat emosional dan tidak terkontrol. Akibatnya, kadang-kadang ada pihak

yang merasa tersinggung, sehingga dapat mengganggu suasana belajar.

4) Curah pendapat (*brain storming*)

Curah pendapat merupakan modifikasi dari diskusi kelompok, dimulai dengan memberikan suatu masalah, kemudian peserta memberikan pendapat dan menuliskannya pada papan tulis, yang selanjutnya akan dibahas oleh semua peserta. Tujuan dari curah pendapat adalah untuk membuat kompilasi pendapat, informasi, pengalaman semua peserta yang sama atau berbeda. Hasil kemudian dijadikan peta informasi untuk menjadi pelajaran bersama.

5) Bola salju (*snow balling*)

Tiap kelompok dibagi menjadi berpasangan (1 pasan terdiri dari 2 orang). Pertanyaan dilontarkan kemudian setiap 5 menit setiap pasang bergabung menjadi 1 dengan beranggota lebih besar, sehingga pada akhirnya nanti menjadi 1 kelompok yang lebih besar.

6) Kelompok kecil-kecil (*buzz group*)

Kelompok langsung dibagi ke dalam kelompok kecil-kecil, kemudian dilontarkan suatu permasalahan sama atau tidak dengan kelompok lain,

dan masing-masing kelompok mendiskusikan masalah tersebut. Kesimpulan dari setiap kelompok akan disimpulkan kembali bersama.

7) Memainkan peran (*role play*)

Beberapa anggota kelompok ditunjuk untuk memainkan peran tertentu. Metode ini lebih menekankan terhadap masalah yang diangkat dalam pertunjukan, dan bukan pada kemampuan pemain dalam melakukan permainan peran.

8) Permainan simulasi (*simulation game*)

Metode *simulation game* merupakan gambaran *role play* dan diskusi kelompok. Pesan-pesan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli. Beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber. Metode ini adalah metode praktik yang sifatnya untuk mengembangkan keterampilan peserta belajar (keterampilan teknis maupun mental).

c. Metode pendidikan massa

Metode pendidikan massa biasanya secara tidak langsung, yaitu media massa, contohnya ceramah umum, yaitu dilakukan pada acara tertentu, misalnya Hari Kesehatan Nasional, serta pidato-pidato diskusi tentang kesehatan melalui elektronik baik televisi maupun radio.

2.3.6 Alat Bantu Pendidikan Kesehatan

Pemilihan alat bantu pengajaran yang tepat bergantung pada metode instruksional yang dipilih. Berbagai alat bantu pengajaran tersedia bagi perawat ketika memberikan instruksi pada klien (Potter & Perry, 2005). Media pendidikan kesehatan berdasarkan cara produksinya, dapat dikelompokkan menjadi tiga yaitu, media cetak, media elektronika dan media luar ruang (Notoatmodjo, 2012).

a. media cetak

Suatu media statis yang mengutamakan pesan-pesan visual, terdiri dari gambaran sejumlah kata, gambar atau foto dalam tatawarna. Contoh dari media cetak adalah *booklet*, *guideline* (buku panduan), *leaflet*, *flyer*, *flip chart*, *rubrik* dan poster.

b. media elektronika

Suatu media yang bersifat dinamis, karena dapat menampilkan berbagai informasi yang bisa didengar dan dilihat dalam penyampaian pesannya melalui alat bantu elektronika. Contoh dari media elektronika adalah televisi, radio, *slide* dan *film strip*.

c. media luar ruang

Media yang digunakan dalam penyampaian pesan di luar ruangan, secara umum biasanya dilakukan melalui media cetak dan elektronika secara statis. Contoh dari media luar ruangan adalah papan, reklame, spanduk, pametan, *banner*, dan televisi layar lebar.

2.4 Intensi

2.4.1 Definisi

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia, Intensi memiliki arti keinginan atau permohonan khusus, maksud atau tujuan suatu perbuatan. Intensi dapat didefinisikan sebagai maksud, pamrih, keinginan, tujuan, suatu perjuangan guna mencapai satu tujuan, ciri-ciri yang dapat dibedakan dari proses-proses psikologi, yang mencakup referensi atau kaitannya dengan suatu objek (Chaplin, 2008). Schiffman dalam Barata (2007) mengatakan bahwa intensi adalah hal yang berkaitan dengan kecenderungan seseorang untuk melakukan suatu tindakan atau berperilaku tertentu. Menurut Ajzen (2005), intensi adalah disposisi tingkah laku yang hingga pada waktu dan kesempatan yang tepat akan terwujud dalam bentuk perilaku tertentu. Banyak ahli sepakat bahwa faktor disposisi yang hubungannya paling dekat dengan kecenderungan perilaku tertentu tersebut (Ajzen, 2005) dan banyaknya penelitian yang telah dilakukan semakin memperkuat validitas prediktif intensi terhadap perilaku.

Ajzen (2005) menekankan dua hal untuk mendapatkan respon perilaku yang ingin diteliti. Pertama adalah kesesuaian (*compability*) dimana determinan-determinan dari intensi sekaligus intensi itu sendiri didefinisikan dalam elemen *target*, *action*, *context*, dan *time* (TACT) yang sama. Kedua, yaitu *spesificity* dan *generality*. Elemen TACT tidak hanya harus membentuk perilaku yang cukup spesifik akan tetapi juga harus sedapat mungkin menggeneralisasi satu atau lebih elemen diatas dalam konteks tersebut.

2.4.2 Spesifikasi Intensi

Fishbein dan Ajzen (1975) dalam Zainuddin dan Hidayat (2008) menyebutkan bahwa intensi merupakan predisposisi yang sifatnya spesifik dan mengarah pada terwujudnya perilaku yang spesifik. Intensi mencakup empat elemen berbeda, yaitu:

- a. perilaku (*behaviour*), yaitu perilaku spesifik (khusus) yang akan diwujudkan secara nyata.
- b. target objek (*target*), yaitu sasaran yang akan dituju oleh perilaku. Elemen ini dapat dibedakan atas: *particular object* (misalnya nama); *a class of object* (misalnya jabatan atau kedudukan; dan *any object*, yaitu orang pada umumnya).
- c. Situasi (*situation*), yaitu dalam situasi bagaimana perilaku itu diwujudkan. Dalam hal ini situasi dapat diartikan sebagai lokasi atau situasi suasana.
- d. Waktu (*time*), yaitu menyangkut kapan suatu perilaku akan diwujudkan. Waktu ini dibagi atas: periode waktu yang telah tertentu, dan periode waktu yang tak dibatasi.

Dari uraian di atas, maka intensi merupakan perilaku yang bersifat spesifik (khusus), dalam arti sebagai keyakinan seseorang tentang sejauh mana taraf kesulitan atau kemudahan untuk mewujudkan perilaku dalam situasi serta adanya periode waktu dalam memformulasikan intensi untuk menampilkan perilaku tertentu.

2.4.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perwujudan Intensi

Ajzen (2005) dalam Rosdiana (2011) mengatakan bahwa terdapat faktor-faktor yang tidak berada dibawah kontrol seseorang untuk mencapai tujuan atau perwujudan sebuah perilaku, faktor-faktor tersebut adalah sebagai berikut:

a. Faktor internal

Berbagai macam faktor internal bagi seseorang dapat mempengaruhi kesuksesan perwujudan intensi berperilaku, adapun faktor tersebut yaitu:

1) Informasi, keterampilan dan kemampuan

Seseorang yang berintensi untuk mewujudkan kemungkinan perilaku, disamping mencoba untuk melakukannya, memperlihatkan bahwa ia kekurangan kebutuhan akan informasi, keterampilan dan kemampuan. Sehingga kurangnya informasi, keterampilan dan kemampuan dapat menyebabkan kegagalan dalam usaha untuk mewujudkan intensi berperilaku.

2) Emosi dan kompulsi

Ketidakkcocokan keterampilan, kemampuan dan informasi dapat menghasilkan masalah bagi kontrol perilaku, namun biasanya diasumsikan bahwa masalah ini dapat diatasi, seperti pada perilaku kompulsif. Perilaku kompulsif ini dilakukan meskipun intensi dan usaha yang selaras dilakukan untuk melakukan perilaku yang sebaliknya.

b. Faktor eksternal

Kontrol seseorang terhadap pencapaian tujuan-tujuan perilaku dipengaruhi oleh situasi atau faktor lingkungan yang berada diluar individu, yaitu:

1) Kesempatan

Kesempatan atau faktor kebetulan menjadi faktor yang penting dalam mewujudkan perilaku. Tidak adanya kesempatan atau kurangnya kesempatan yang sesuai pada seseorang dapat merubah intensi mereka. Sebaliknya, kurangnya kesempatan dapat mengurangi usaha untuk mewujudkan suatu perilaku, seperti seseorang yang berusaha untuk mewujudkan suatu intensi namun gagal karena keadaan lingkungan sekitar menghalanginya. Lingkungan dapat menghambat perilaku untuk mewujudkan perilaku dan akan memaksa untuk merubah rencana, namun tidak selalu dapat merubah intensi seseorang.

2) Ketergantungan pada yang lain

Pada saat perwujudan perilaku tergantung pada tindakan orang lain, ada potensi kontrol yang tidak sempurna terhadap perilaku atau tujuan. Ketidakmampuan untuk berperilaku sesuai dengan intensi dikarenakan ketergantungan pada kebutuhan seseorang tidak mempengaruhi intensi dari motivasi. Kurangnya kesempatan dan ketergantungan pada orang lain seringkali hanya membawa pada perubahan yang sementara pada intensi.

2.4.4 Aspek Pembentuk Intensi

Intensi dapat dijelaskan melalui teori perilaku terencana yang merupakan pengembangan dari teori tindakan beralasan (Ajzen, 2005). Teori perilaku terencana didasarkan pada asumsi bahwa individu dapat berperilaku secara

bijaksana, sehingga mereka memperhitungkan semua informasi yang ada baik secara implisit maupun eksplisit dan mempertimbangkan akibat dari perilaku mereka. Teori ini mengatakan bahwa intensi seseorang untuk menunjukkan atau tidak menunjukkan suatu perilaku adalah faktor yang paling menentukan apakah suatu perilaku terjadi atau tidak.

Berdasarkan teori ini pula, Ajzen (2005) mengemukakan bahwa intensi terdiri dari tiga aspek, yaitu:

a. *Attitude toward the behaviour*

Sikap atau *attitude* berasal dari Bahasa Latin, yaitu *aptus* yang berarti sesuai atau cocok dan siap untuk bertindak atau berbuat sesuatu (Ismail & Zain, 2008). Menurut Ajzen (2005), sikap adalah evaluasi individu secara positif atau negatif terhadap benda, orang, institusi, kejadian, perilaku atau minat tertentu. Berdasarkan teori ini, sikap individu terhadap suatu perilaku diperoleh dari keyakinan terhadap konsekuensi yang ditimbulkan oleh perilaku tersebut, yang diistilahkan dengan *behavioral beliefs* (keyakinan terhadap perilaku). Keyakinan terhadap perilaku menghubungkan perilaku dengan hasil tertentu, atau beberapa atribut lainnya seperti biaya atau kerugian yang terjadi saat melakukan suatu perilaku. Dengan perkataan lain, seseorang yang yakin bahwa sebuah tingkah laku dapat menghasilkan *outcome* yang positif, maka individu tersebut akan memiliki sikap yang positif, begitu juga sebaliknya.

b. *Subjective norm*

Faktor kedua intensi yaitu norma subjektif didefinisikan sebagai adanya persepsi individu terhadap tekanan sosial yang ada untuk menunjukkan atau tidak

suatu perilaku. Individu memiliki keyakinan bahwa individu atau kelompok tertentu akan menerima atau tidak menerima tindakan yang dilakukannya. Apabila individu meyakini apa yang menjadi norma kelompok, maka individu akan mematuhi dan membentuk perilaku yang sesuai dengan kelompoknya.

Ajzen (2005) mengasumsikan bahwa norma subjektif ditentukan oleh adanya keyakinan normatif (*normative belief*) dan keinginan untuk mengikuti (*motivation to comply*). Keyakinan normatif berkenaan dengan harapan-harapan yang berasal dari *referent* atau orang dan kelompok yang berpengaruh bagi individu (*significant others*) seperti orang tua, pasangan, teman dekat, rekan kerja atau lainnya, tergantung pada perilaku yang terlibat.

Norma subjektif tidak hanya ditentukan oleh *referent*, tetapi juga ditentukan oleh *motivation to comply*. Secara umum, individu yang yakin bahwa kebanyakan *referent* akan menyetujui dirinya menampilkan perilaku tertentu, dan adanya motivasi untuk mengikuti perilaku tertentu, akan merasakan tekanan sosial untuk melakukannya. Sebaliknya, individu yang yakin bahwa kebanyakan *referent* akan tidak menyetujui dirinya menampilkan perilaku tertentu, dan tidak adanya motivasi untuk mengikuti perilaku tertentu, maka hal ini akan menyebabkan dirinya memiliki *subjective norm* yang menempatkan tekanan pada dirinya untuk menghindari melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

c. *Perceived behaviour control*

Kontrol perilaku menggambarkan tentang perasaan *self efficacy* atau kemampuan diri individu dalam melakukan suatu perilaku. Hal senada juga dikemukakan oleh Ismail dan Zain (2008), yaitu kontrol perilaku merupakan

persepsi individu mengenai kontrol yang dimiliki individu tersebut sehubungan dengan tingkah laku tertentu.

Kontrol perilaku merupakan keyakinan tentang ada atau tidaknya faktor-faktor yang memfasilitasi dan menghalangi individu untuk melakukan suatu perilaku. Kontrol perilaku ditentukan oleh pengalaman masa lalu individu dan juga perkiraan individu mengenai seberapa sulit atau mudahnya untuk melakukan suatu perilaku. Pengalaman masa lalu individu terhadap suatu perilaku bisa dipengaruhi oleh informasi yang didapat dari orang lain, misalnya dari pengalaman orang-orang yang dikenal seperti keluarga, pasangan dan teman.

Ajzen dalam Ismail & Zain (2008) menjelaskan bahwa perilaku seseorang tidak hanya dikendalikan oleh dirinya sendiri, tetapi juga membutuhkan kontrol, misalnya berupa ketersediaan sumber daya dan kesempatan bahkan keterampilan tertentu.

Kontrol perilaku merepresentasikan kepercayaan seseorang tentang seberapa mudah individu menunjukkan suatu perilaku. Ketika individu percaya bahwa dirinya kekurangan sumber atau tidak memiliki kesempatan untuk menunjukkan suatu perilaku, (kontrol perilaku yang rendah) individu tidak akan memiliki intensi yang kuat untuk menunjukkan perilaku tersebut. Dalam beberapa situasi, satu atau dua faktor saja dapat digunakan untuk menjelaskan intensi, dan kebanyakan ketiga faktor ini masing-masing berperan dalam menjelaskan intensi. Sebagai tambahan, tiap individu memiliki perbedaan bobot dari antara ketiga faktor tersebut mana yang paling mempengaruhi individu tersebut dalam berperilaku. Sehingga kesimpulannya seseorang akan melakukan suatu perilaku tertentu jika

orang tersebut mengevaluasi perilaku tersebut secara positif, ditambah individu tersebut mendapatkan tekanan dari sosial untuk melakukan perilaku tersebut, serta individu tersebut percaya bisa dan memiliki kesempatan untuk melakukan perilaku tersebut (Ajzen, 2005).

2.5 Perilaku

2.5.1 Definisi

Perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas makhluk hidup. Perilaku manusia adalah aktivitas manusia yang mempunyai bentangan yang luas antara lain tertawa, menangis, berjalan, menulis, dan membaca (Notoatmodjo, 2007). Notoatmodjo (2010) mengemukakan bahwa perilaku merupakan reaksi seseorang akibat rangsangan dari luar. Perilaku terjadi melalui proses adanya stimulus terhadap makhluk hidup, kemudian makhluk hidup tersebut merespon.

2.5.2 Domain Perilaku

Perilaku manusia merupakan hal yang kompleks karena perilaku adalah gabungan dari penghayatan dan aktivitas seseorang yang dipengaruhi oleh berbagai faktor. Bloom (1908) dalam Notoatmodjo (2007) membagi perilaku ke dalam 3 ranah yaitu pengetahuan (kognitif), sikap (afektif), dan praktik atau tindakan (psikomotor).

a. Pengetahuan (kognitif)

Pengetahuan adalah hasil yang didapatkan dari proses penglihatan, pendengaran, penciuman, perasa, dan rabaan terhadap suatu objek. Pengetahuan tercakup dalam 6 tingkatan yaitu tahu, paham, aplikasi, analisis, sintesis, dan evaluasi (Notoatmodjo, 2003).

- 1) Tahu (*know*); tahu diartikan sebagai mengingat suatu materi yang telah dipelajari sebelumnya. Tahu dalam pengetahuan tingkat ini adalah mengingat kembali (*recall*) terhadap sesuatu yang spesifik dari seluruh bahan yang dipelajari atau rangsangan yang telah diterima, oleh sebab itu tahu ini merupakan pemberian pendidikan kesehatan paling rendah. Kata kerja untuk mengukur bahwa orang tahu tentang apa yang dipelajari antara lain menyebutkan, menguraikan, mendefinisikan, menyatakan, dan sebagainya.
- 2) Paham (*comprehension*); paham diartikan sebagai suatu kemampuan untuk menjelaskan secara benar tentang objek yang diketahui, dan dapat menginterpretasikan materi tersebut secara benar. Memahami suatu objek bukan sekedar tahu terhadap objek tersebut, tidak sekedar dapat menyebutkan, tetapi orang tersebut harus paham dan dapat menjelaskan, menyebutkan contoh, menyimpulkan atas materi atau objek yang diketahui dan dipelajari.
- 3) Aplikasi (*aplication*); aplikasi diartikan sebagai kemampuan untuk menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi atau kondisi *real* (sebenarnya). Aplikasi dapat diartikan sebagai penggunaan materi yang

dipelajari atau penggunaan hukum-hukum, rumus, metode, prinsip, dan sebagainya dalam konteks atau situasi lain.

- 4) Analisis (*analysis*); analisis adalah suatu kemampuan untuk menjabarkan, memisahkan dan mencari hubungan antara komponen-komponen yang terdapat dalam suatu masalah atau objek yang diketahui. Indikasi bahwa pengetahuan seseorang telah sampai pada tingkat analisis adalah apabila orang tersebut telah dapat membedakan atau mengelompokkan, membuat diagram terhadap pengetahuan atas objek tersebut.
- 5) Sintesis (*synthesis*); sintesis menunjuk kepada suatu kemampuan untuk merangkum atau meletakkan dalam satu hubungan yang logis dari komponen-komponen pengetahuan yang dimiliki, dengan kata lain sintesis adalah suatu kemampuan untuk menyusun formulasi baru dari formulasi-formulasi yang telah ada, misalnya dapat menyusun, dapat merencanakan, dapat meringkaskan, dapat menyesuaikan terhadap suatu teori atau rumusan yang telah ada.
- 6) Evaluasi (*evaluating*); evaluasi ini berkaitan dengan kemampuan seseorang untuk melakukan jastifikasi atau penilaian terhadap suatu materi atau objek tertentu. Penilaian-penilaian tersebut berdasarkan pada suatu kriteria yang ditentukan sendiri, atau menggunakan kriteria-kriteria yang telah ada.

b. Sikap (Afektif)

Sikap adalah reaksi yang tertutup dari seseorang terhadap suatu rangsangan dan belum dapat diamati secara langsung. Sikap menunjukkan adanya reaksi

kesesuaian terhadap stimulus yang diberikan. Penentuan sikap seseorang dipengaruhi oleh pengetahuan, keyakinan dan emosi orang tersebut.

c. Tindakan/Praktek (Psikomotor)

Tindakan atau praktek merupakan perwujudan nyata dari sikap seseorang. Praktek merupakan ranah yang berkaitan dengan keterampilan atau kemampuan bertindak setelah seseorang menerima pengalaman belajar tertentu. Kemampuan praktek individu dapat dilihat dalam bentuk keterampilan dan kemampuan bertindak individu.

2.5.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Perilaku

Fitriani (2011) menyatakan bahwa beberapa faktor yang berasal dari diri individu itu sendiri mempengaruhi proses pembentukan dan atau perubahan perilaku. Faktor-faktor tersebut yaitu:

a. Susunan saraf pusat

Susunan saraf pusat memiliki peranan yang penting dalam perilaku manusia, hal ini dikarenakan perilaku merupakan sebuah bentuk perpindahan dari rangsang yang masuk ke rangsang yang dihasilkan.

b. Persepsi

Pengalaman yang dihasilkan oleh indera penglihatan, pendengaran, penciuman, dan lain sebagainya.

c. Motivasi

Motivasi merupakan dorongan untuk melakukan suatu tindakan untuk mencapai suatu tujuan tertentu. Hasil dari dorongan dan gerakan ini diwujudkan dalam bentuk perilaku.

d. Emosi

Aspek psikologis yang mempengaruhi emosi berhubungan erat dengan keadaan jasmani. Semua aspek yang berhubungan dengan keturunan dan emosi akan berkembang sesuai dengan hukum perkembangan. Hal ini terjadi dalam proses pencapaian kedewasaan pada manusia. Perilaku bawaan merupakan perilaku yang timbul karena emosi.

e. Belajar

Belajar diartikan sebagai suatu perubahan perilaku yang dihasilkan dari praktik-praktik dalam lingkungan kehidupan.

2.5.4 Perilaku Kesehatan

Perilaku kesehatan adalah suatu respon seseorang (organisme) terhadap stimulus atau objek yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman, serta lingkungan (Notoatmodjo, 2003). Perilaku dibagi menjadi 3 yaitu perilaku baik, cukup, kurang (Azwar, 2010 dalam Praniti, 2014). Notoatmodjo (2010) menyatakan bahwa perilaku kesehatan merupakan suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berhubungan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan.

Lawrence Green (1980) menganalisis bahwa faktor perilaku kesehatan ditentukan oleh tiga faktor utama, yaitu:

a. Faktor Predisposisi (*Predisposing Factors*)

Faktor-faktor yang mempermudah terjadinya perilaku seseorang, antara lain:

- 2) pengetahuan,
- 3) sikap,
- 4) keyakinan,
- 5) kepercayaan,
- 6) nilai-nilai,
- 7) tradisi, dan lain sebagainya.

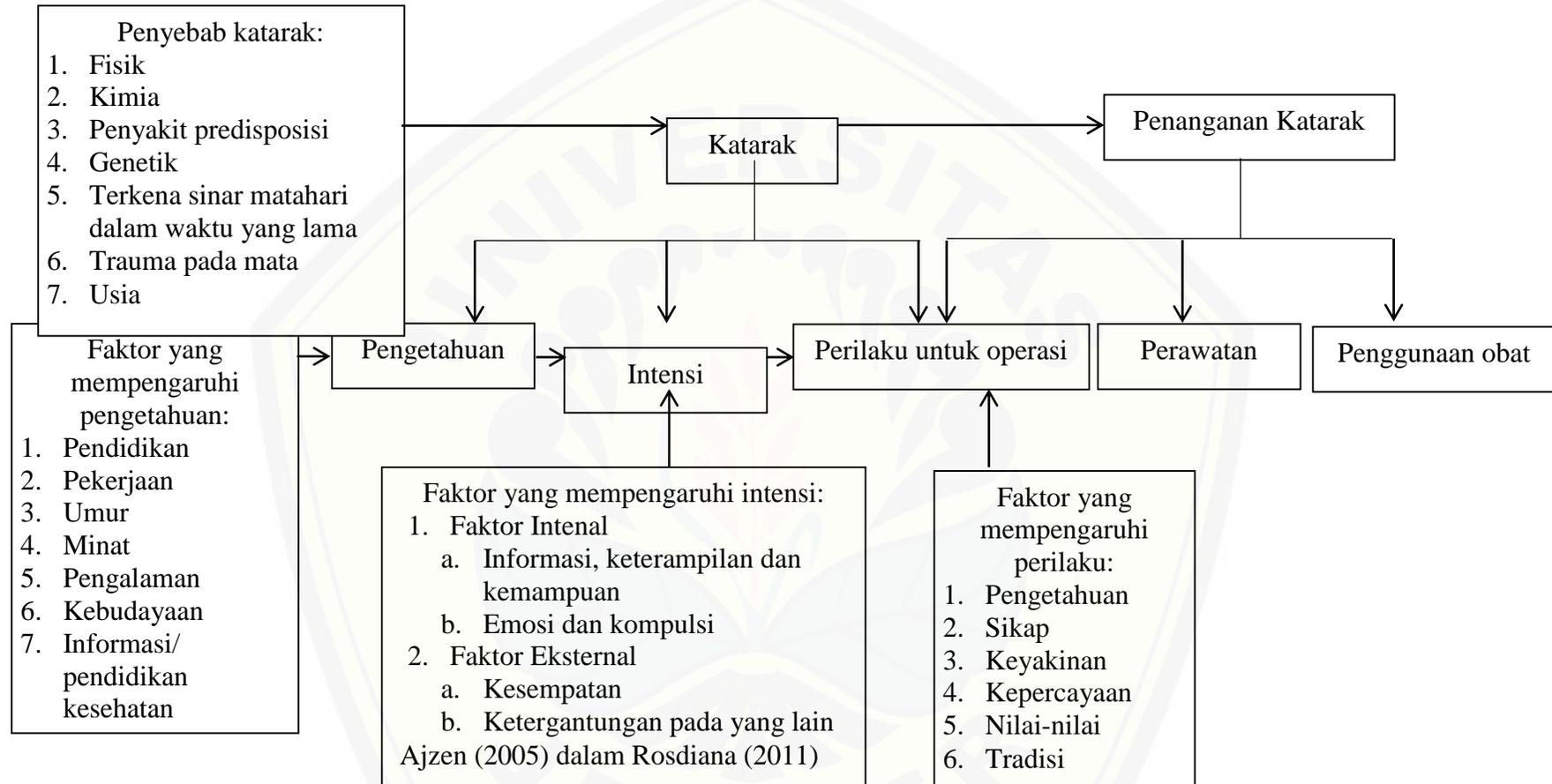
b. Faktor-faktor Presipitasi (*Enabling Factors*)

Faktor-faktor yang memfasilitasi perilaku atau tindakan seperti sarana dan prasarana atau fasilitas untuk terjadinya perilaku kesehatan.

c. Faktor-faktor Penguat (*Reinforcing Factors*)

Faktor-faktor yang mendorong dan memperkuat terjadinya perilaku seperti sikap dan perilaku para petugas kesehatan, para tokoh masyarakat, maupun kebijakan pemerintah (Notoatmodjo, 2012).

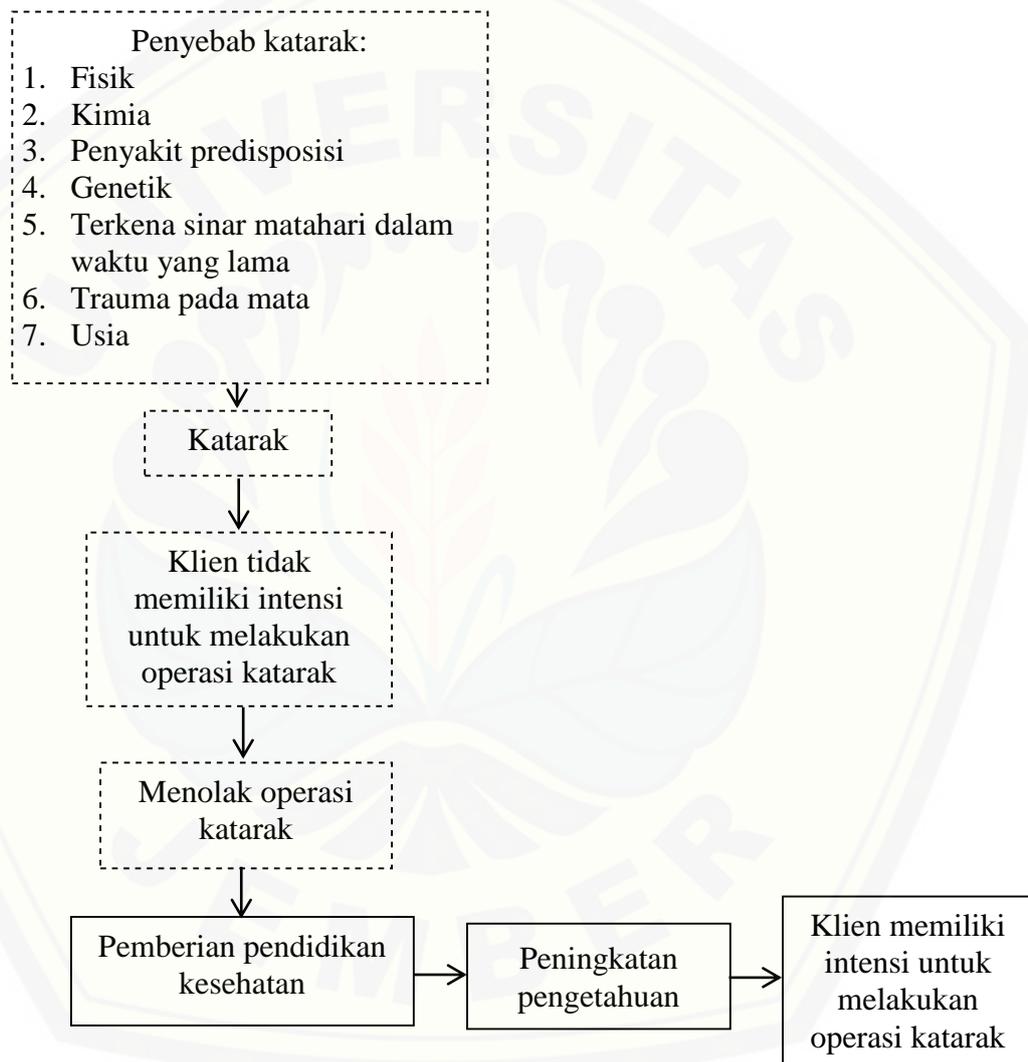
2.6 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori

BAB 3. KERANGKA KONSEP

3.1 Kerangka Konseptual



Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian