

**HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN SIKAP
DENGAN PERSETUJUAN TINDAKAN OPERASI
KATARAK SENILIS SETELAH *INFORMED CONSENT***

(Studi Korelasional di RSI Sultan Agung Semarang)

Karya Tulis Ilmiah

Untuk memenuhi sebagian persyaratan
Untuk mencapai gelar Sarjana Kedokteran



Oleh:

VISTI RATNA PRETYANA

01.96.3361

**FAKULTAS KEDOKTERAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG
2010**

PERP. UNISSULA

KARYA TULIS ILMIAH
HUBUNGAN TINGKAT PENDIDIKAN DAN SIKAP
DENGAN PERSETUJUAN TINDAKAN OPERASI
KATARAK SINILIS SETELAH INFORMED CONCENT
(Studi Korelasi di RSI Sultan Agung Semarang)

Yang dipersiapkan dan disusun oleh

VISTI RATNA PRETYANA

01.96.3361

telah dipertahankan di depan Dewan Penguji

pada tanggal 18 Maret 2010

dan dinyatakan telah memenuhi syarat

Susunan Tim Penguji

Pembimbing I

Penguji I

dr. H. Tjatur Sembodo, MS (PH)

dr. H. Setyo Trisnadi, Sp.F

Penguji II

Drs. Purwito Sobeng P. M.Kes

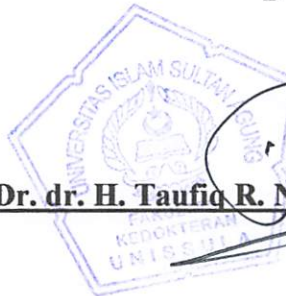
Semarang, Maret 2010

Fakultas Kedokteran

Universitas Islam Sultan Agung

Dekan,

Dr. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M. Kes, Sp. And



PRAKATA

Assalamu'alaikum Wr. Wb.

Puji syukur kehadiran Allah Subhanallahu Wa Ta'ala, karena atas rahmat, karunia dan ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Tulis Ilmiah ini.

Dengan terselesaikannya Karya Tulis Ilmiah ini, terbuka kesempatan untuk menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada mereka yang secara langsung maupun tidak langsung telah membantu tersusunnya Karya Tulis Ilmiah ini. Oleh karena itu, penulis ingin mengucapkan terima kasih kepada:

1. DR. dr. H. Taufiq R. Nasihun, M.Kes, Sp. And selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Islam Sultan Agung yang telah mengijinkan penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
2. dr. H. Tjatur Sembodo, MS (PH), selaku dosen pembimbing yang telah memberi arahan, petunjuk, dan nasehat serta kesediaan waktu dan tenaga guna penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. dr.H.Setyo Trisnadi , SP.F. dan Drs. Purwito Suogeng P.M.Kes. Selaku penguji.
4. Mama, Papa, Adikku dan Najswa Nurul Syahrani beserta segenap keluarga besar penulis, terima kasih untuk doa dan cintanya.
5. Sahabat-sahabatku atas motivasi dan dukungan semangatnya.
6. Semua pihak yang telah memberikan bantuan dan dukungan sehingga Karya Tulis Ilmiah ini dapat selesai dengan baik.

Akhir kata, Karya Tulis Ilmiah ini masih jauh dari sempurna, karena itu, penulis sangat berterima kasih atas kritik dan saran yang membangun. Besar harapan penulis, Karya Tulis Ilmiah ini dapat bermanfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan dan kepentingan pihak-pihak terkait.

Wassalamu'alaikum Wr. Wb.

Semarang, Maret 2010

Penulis



DAFTAR ISI

	Halaman
HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PENGESAHAN	ii
PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
DAFTAR TABEL	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
INTISARI	x
BAB I PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Rumusan Masalah	3
3. Tujuan Penelitian	3
4. Manfaat Penelitian	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	5
1. Katarak Senilis	5
1.1 Definisi	5
1.2 Etiologi	5
1.3 Klasifikasi	6
1.4 Pengobatan	7
2. Pendidikan	9

2.1	Definisi	9
2.2	Konsep Pendidikan	15
3.	Sikap	17
3.1	Pengertian Sikap	17
3.2	Komponen-komponen Sikap.....	21
3.3	Tingkatan-tingkata dari sikap	22
4.	Perilaku dan tindakan kesehatan	22
5.	<i>Informed consent</i>	29
5.1	Definisi	29
5.2	Fungsi dari <i>Informed consent</i>	30
5.3	Bentuk <i>Informed consent</i>	31
5.4	Syarat <i>Informed consent</i>	32
5.5	Informasi yang berkaitan dengan <i>Informed consent</i> .	33
5.6	Landasan Hukum <i>Informed consent</i>	35
5.7	Penandatanganan <i>Informed consent</i>	37
5.8	Persetujuan	38
5.9	Penolakan	39
6.	Hubungan Pendidikan dengan tindakan operasi katarak sinilis setelah <i>Informed consent</i>	40
6.1	Teori Belajar dari Militer dan Dollard	42
6.2	<i>Health belief Model</i>	43
7.	Kerangka Teori	46
8.	Kerangka Konsep	47

9. Hipotesis	47
BAB III METODE PENELITIAN	48
1. Jenis Penelitian dan Rancangan Penelitian	48
2. Variabel dan Definisi Operasional	48
3. Populasi dan Sampel	50
4. Instrumen dan Bahan Penelitian	51
5. Cara Penelitian	51
6. Tempat dan Waktu Penelitian	53
7. Analisa Hasil	53
BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN	54
1. Hasil Penelitian	54
2. Pembahasan	61
BAB V SIMPULAN DAN SARAN	64
1. Simpulan	64
2. Saran	64
DAFTAR PUSTAKA	65
LAMPIRAN	

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Distribusi Usia Sampel.....	54
Tabel 4.2 Jenis Kelamin Sampel.....	55
Tabel 4.3. Tingkat Pendidikan Sampel	56
Tabel 4.4 Sikap Sampel	56
Tabel 4.5 Tindakan Operasi Senilis	57
Tabel 4.6 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis	57
Tabel 4.7 Tabulasi Silang Sikap Penderita dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis	58
Tabel 4.8 Hasil Uji Validitas	59
Tabel 4.9 Hasil Uji Reliabilitas	60
Tabel 4.10 Hasil Uji Rank Spearman	60

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 2.1. Diagram Reaksi Terhadap Obyek dilingkungan tertentu sebagai suatu penglihatan terhadap Objek.....	21
Gambar 2.2 Kerangka Teori	44
Gambar 2.3 Kerangka konsep	47



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1. Kuesioner

Lampiran 2. Data Hasil Penelitian

Lampiran 3. Hasil Uji Statistik Deskriptif

Lampiran 4. Hasil Uji Validitas

Lampiran 5. Hasil Uji Reliabilitas

Lampiran 6. Hasil Uji Rank Spearman



INTISARI

Pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Indonesia terhadap kesehatan mata masih memprihatinkan. Masih banyak masyarakat yang mengobati sendiri penyakit matanya, termasuk katarak. Sebagian lainnya mencoba tradisional, dan bila tidak sembuh baru berobat ke Puskesmas atau Rumah Sakit. Hal tersebut diatas, menyebabkan penderita katarak terlambat berobat, yang akhirnya membuat gangguan penglihatan yang sebenarnya *reversible* menjadi kadaluwarsa, sehingga sampai saat ini masih banyak ditemukan kasus kebutaan sebanyak 89% yang disebabkan oleh katarak yang tidak dioperasi. Penelitian ini dilakukan untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dan sikap pasien dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

Penelitian ini berjenis analitik korelasional dengan rancangan studi *corasional* dilakukan pada 18 penderita katarak senilis yang diperoleh secara incidental sampling. Data diperoleh melalui pembagian kuesioner yang diajukan langsung kepada responden yang kemudian dianalisis dengan uji statistik deskriptif dan uji korelasi rank spearman.

Hasil penelitian menunjukkan penderita katarak senilis dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk menyetujui tindakan operasi katarak senilis yang juga tinggi. Tingginya sikap pasien diiringi dengan tingginya persetujuan tindakan operasi katarak senilis. Dengan demikian disimpulkan ada hubungan positif yang kuat dan bermakna antara tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*. Dan ada hubungan positif yang sangat kuat dan bermakna antara tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

Kata kunci: tingkat pendidikan, sikap pasien, persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pengetahuan, sikap dan perilaku masyarakat Indonesia terhadap kesehatan mata masih memprihatinkan. Masih banyak masyarakat yang mengobati sendiri penyakit matanya, termasuk katarak. Sebagian lainnya mencoba tradisional, dan bila tidak sembuh baru berobat ke Puskesmas atau Rumah Sakit. Hal ini mungkin juga disebabkan karena karakteristik penyakit katarak yang berjalan lambat dalam menyebabkan gangguan penglihatan, sehingga masyarakat menunda-nunda pengobatannya. Demikian pula dengan penyebab katarak, masih ada masyarakat yang mengkaitkan penyebabnya dengan hal hal yang tidak rasional. Selain itu, walaupun pengetahuan bahwa katarak perlu dioperasi telah diketahui sebagian besar masyarakat. Namun istilah operasi tersebut masih menjadi momok yang ditakuti dan ada keyakinan atau sikap bahwa tindakan operasi tidak menghasilkan perubahan yang lebih baik bagi mata (Faisal, 1996).

Kebutaan didefinisikan oleh WHO sebagai ketajaman penglihatan sentral sebesar 3/60 atau kurang di mata yang lebih baik dengan koreksi terbaik. Hal ini masih merupakan salah satu masalah kesehatan dunia karena tidak hanya berdampak pada individu dan keluarganya tetapi juga terhadap masalah kesehatan masyarakat, dan sosial ekonomi. WHO memperkirakan kurang lebih 180 juta orang di dunia terganggu penglihatannya dengan 45 juta orang mempunyai tajam penglihatan < 3/60. jumlah ini diperkirakan akan

meningkat menjadi dua kali lipat pada tahun 2020 sesuai dengan peningkatan populasi dunia dan peningkatan angka harapan hidup. Penyebab utama kebutaan di tiap negara berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangan suatu daerah. Di negara berkembang, katarak diperkirakan sebagai penyebab utama kebutaan, disertai oleh glaukoma, trakhoma, xerofthalmia dan lepra (Sirlan, 2006). Kebutuhan yang dialami penduduk Indonesia 89% disebabkan karena katarak, sementara 11% lainnya akibat kerusakan kornea mata. Hal ini sangat memprihatinkan, apalagi karena penduduk Indonesia yang bersedia mendonorkan matanya baru berjumlah 24.000 orang (Mangoenprasodjo, 2005). Survei yang dilaksanakan secara berturut-turut di 8 propinsi terpilih pada tahun 1993-1996 (Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur, Nusa Tenggara Barat, Sumatera Barat, Sumatera Selatan, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan) oleh Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia, menunjukkan prevalensi kebutaan 1,5% dengan prevalensi morbiditas mata sebanyak 51% meliputi 4 penyakit mata utama yaitu kelainan refraksi 22,1%, pterigium 13,9%, katarak 7,3% dan konjungtivitis 2,0%. Penyebab kebutaan terbanyak adalah katarak (52%) diikuti dengan saraf mata (13,4%), kelainan refraksi 9,5%, retina (8,5%), infeksi (4%), dan penyebab lainnya 7,8% (Sirlan, 2006).

Tingginya angka kebutaan akibat katarak maka perlu adanya informasi untuk mendapatkan tempat pelayanan pembedahan katarak. Selain itu kondisi sosial ekonomi masyarakat lapisan bawah juga dimungkinkan berpengaruh terhadap rendahnya pengobatan katarak. Hal tersebut diatas, menyebabkan

meningkat menjadi dua kali lipat pada tahun 2020 sesuai dengan peningkatan populasi dunia dan peningkatan angka harapan hidup. Penyakit utama kebutaan di tiap negara berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangannya suatu daerah. Di negara berkembang, katarak dipertikikan sebagai penyebab utama kebutaan, diserti oleh glaukoma, makula, xerofthalmia dan lepra (Srihan, 2006). Kebutuhan yang dialami penduduk Indonesia 89% disebabkan karena katarak, sementara 11% lainnya akibat kerusakan kornea mata. Hal ini sangat mempengaruhi angka kebutaan penduduk Indonesia yang bersedia mendonorkan mata yang baru adalah 24.000 orang (Mangoenprasodjo, 2002). Survei yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan dan Propinsi terhitung pada tahun 1993-1996 (1993-1996) di Kalimantan Timur, Kalimantan Tengah, Kalimantan Barat, Sumatera Selatan, Sulawesi Utara, dan Sulawesi Selatan oleh Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia menunjukkan prevalensi kebutaan 1,5% dengan prevalensi morbiditas mata sebanyak 51% meliputi 4 penyakit mata utama yaitu katarak 13,9%, glaukoma 13,9%, katarak 7,3% dan konjungtivitis 2,0%. Penyakit kebutaan akibat katarak (52%) di ikuti dengan sial mata (13,4%), kelainan retina 9,2%, retina (8,2%), infeksi (4%), dan penyebab lainnya 7,8% (Srihan, 2006).



Tingginya angka kebutaan akibat katarak maka perlu adanya informasi untuk mendapatkan tempat pelayanan pembedahan katarak. Selain itu kondisi sosial ekonomi masyarakat lapisan bawah juga dimungkinkan berpengaruh terhadap terdapatnya pengobatan katarak. Hal tersebut diatas, menyebabkan

bawah juga dimungkinkan berpengaruh terhadap rendahnya pengobatan katarak. Hal tersebut diatas, menyebabkan penderita katarak terlambat berobat, yang akhirnya membuat gangguan penglihatan yang sebenarnya *reversible* menjadi kadaluwarsa, sehingga sampai saat ini masih banyak ditemukan kasus kebutaan karena katarak yang tidak dioperasi (Anonim, 2003; Wikipedia.org, 2009). Kesadaran tiap individu tercermin dari pengetahuannya yang dapat dilihat dari tingkat pendidikannya (Bhaqwan dkk, 2006). Walaupun demikian, penelitian mengenai bagaimana sebenarnya hubungan tingkat pendidikan masyarakat, khususnya mengenai katarak masih terbatas jumlahnya.

Beberapa alasan di atas mendasari perlunya dilakukan penelitian mengenai hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan operasi katarak senilis pada Unit Rawat Jalan Mata di RSI Sultan Agung Semarang.

1.2 Rumusan Masalah

Apakah ada hubungan tingkat pendidikan dan sikap dengan persetujuan tindakan operasi pada pada pasien katarak senilis Unit Rawat Jalan Mata di RSI Sultan Agung Semarang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan umum

Mengetahui hubungan pendidikan dan sikap dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

1.3.2 Khusus:

- 1.3.2.1 Mengetahui gambaran tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah informed consent di Unit Rawat Jalan Mata di RSI Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.2 Mengetahui gambaran sikap pasien dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah informed consent di Unit Rawat Jalan Mata di RSI Sultan Agung Semarang.
- 1.3.2.3 Mengetahui kekuatan hubungan antara tingkat pendidikan dan sikap pasien dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent* di Unit Rawat Jalan Mata di RSI Sultan Agung Semarang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Praktis

Dapat digunakan sebagai informasi kepada masyarakat mengenai pentingnya tindakan operasi katarak senilis untuk mengatasi kebutaan.

1.4.2 Manfaat Teori

Hasil penelitian diharapkan menjadi informasi untuk pengembangan penelitian berikutnya, sehingga dapat bermanfaat bagi ilmu pengetahuan dan teknologi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

1. Katarak Senilis

1.1 Definisi

Katarak senilis adalah jenis katarak yang paling sering dijumpai. Satu-satunya gejala adalah distorsi penglihatan dan penglihatan yang semakin kabur. Secara paradoks, walaupun, pada stadium insipien pembentukan katarak, penglihatan jauh kabur, penglihatan dekat mungkin sedikit membaik, sehingga pasien dapat membaca lebih baik tanpa kacamata (*second sight*). Miopia artifisial ini disebabkan oleh peningkatan indeks refraksi lensa pada stadium insipien (Vaughan, 2005).

1.2 Etiologi

Katarak senil adalah semua kekeruhan lensa yang terdapat pada usia lanjut, yaitu diatas 50 tahun. Penyebabnya sampai sekarang tidak diketahui secara pasti. Namun diduga katarak senilis ini terjadi karena (Vaughan, 2005):

a. Proses pada nukleus

Oleh karena serabut-serabut lensa yang terbentuk lebih dahulu selalu terdorong kearah tengah maka serabut-serabut lensa bagian tengah akan menjadi lebih padat (nukleus), mengalami dehidrasi, penimbunan ion calsium (Ca) dan sklerosis. Pada nukleus ini kemudian terjadi

penimbunan pigmen. Pada keadaan ini lensa menjadi kurang hipermetrop.

b. Proses pada korteks

Timbul celah-celah diantara serabut serat lensa, yang berisi air dan penimbunan ion Ca sehingga lensa menjadi lebih tebal, lebih cembung dan membengkak menjadi miop.

1.3 Klasifikasi

Berdasarkan kekeruhan pada lensa maka katarak senil dibedakan atas:

a. Katarak Insipien

Kekeruhan berupa bercak-bercak seperti baji dengan dasar di perifer dan jernih diantaranya. Kekeruhan biasanya terletak di kortek anterior atau porterior. Kekeruhan ini mula-mula hanya dapat tampak bila pupil dilebarkan sedangkan pada stadium lanjut puncak baji dapat tampak pada pupil normal. Kekeruhan dapat menimbulkan poliopia oleh karena indeks refraksi yang tidak sama pada semua bagian lensa.

c. Katarak Imatur

Kekeruhan yang belum mengenai seluruh lapisan lensa, sehingga masih ditemukan bagian-bagian yang jernih. Pada keadaan ini dapat terjadi hidrasi korteks sehingga lensa akan membesar dan daya biasnya akan bertambah, yang memberikan miopisasi. Pembesaran lensa ini akan menyebabkan bilik depan mata akan menjadi dangkal dan dapat memberikan penyulit glaukoma. Hal ini disebut katarak intumesen.

d. Katarak Matur

Kekeruhan yang telah mengenai seluruh masa lensa. Kekeruhan ini biasanya terjadi akibat deposisi ion Ca yang menyeluruh.

e. Katarak Hiper matur

Terjadi akibat korteks yang mencair sehingga masa lensa ini dapat keluar melalui kapsul. Akibat pencairan korteks ini maka nukleus tenggelam ke arah bawah (katarak morgagni). Lensa akan mengeriput. Akibat masa lensa yang keluar ke dalam bilik mata depan maka dapat timbul penyulit berupa uveitis fakotoksik atau glaukoma fakolitik.

1.4 Pengobatan

Pengobatan pada katarak adalah pembedahan. Untuk menentukan waktu bilamana katarak dapat dibedah ditentukan oleh tajam penglihatan dan bukan oleh hasil pemeriksaan. Tajam penglihatan dikaitkan dengan tugas sehari-hari penderita. Kekeruhan di bagian belakang yang letaknya di bagian sentral akan lebih cepat mengganggu penglihatan. Digunakan nama insipens, imatur, matur dan hiper matur didasarkan atas kemungkinan terjadinya penyulit yang dapat terjadi. Bila pada stadium imatur terjadi glaukoma maka secepatnya dilakukan pengeluaran lensa walaupun kekeruhan lensa belum total. Demikian pula pada katarak matur dimana bila masuk ke dalam stadium lanjut hiper matur maka penyulit akan tambah berat dan sebaiknya pada stadium matur sudah dilakukan tindakan pembedahan (Radjamin dkk, 1998).

Ekstraksi lensa sebenarnya suatu tindakan yang sederhana, namun risikonya berat. Kesalahan pada tindakan pembedahan atau terjadinya infeksi akan mengakibatkan hilangnya penglihatan tanpa dapat diperbaiki lagi. Pembedahan biasanya dilakukan dengan anestesi lokal. Hanya pada orang-orang tidak tenang, neurosis atau takut dilakukan dibawah nekrose umum (Radjamin dkk, 1998).

Pembedahan katarak senil dikenal ada 2 bentuk yaitu intrakapsular dan ekstrakapsular. Katarak ekstraksi intrakapsular merupakan tindakan pengeluaran lensa bersama-sama kapsul lensa. Pembedahan ini merupakan tindakan umum pada katarak senil karena bersamaan dengan proses degenerasi lensa juga terjadi degenerasi zonula zinn sehingga dengan memutuskan zonula ini dengan menarik lensa, maka lensa dapat keluar bersama dengan kapsul lensa (Radjamin dkk, 1998).

Katarak ekstraksi ekstrakapsular dilakukan dengan merobek kapsul anterior lensa dan mengeluarkan nukleus lensa dan korteks sedang sisa lensa diharapkan keluar bersama akuos humor. Katarak ekstraksi ekstrakapsular dilakukan pada katarak senil bila tidak mungkin dilakukan intrakapsular misal pada keadaan terdapatnya banyak sinekia posterior bekas suatu uveitis sehingga bila kapsul ditarik akan mengakibatkan penarikan kepada iris yang akan menimbulkan perdarahan. Ekstrakapsular sering dianjurkan pada katarak dengan miopia tinggi untuk mencegah mengalmirnya badan kaca yang cair keluar, dengan meninggalkan kapsul posterior untuk menahanya. Pada saat ini ekstrakapsular lebih dianjurkan

pada katarak senil untuk mencegah degenerasi makula pasca bedah (Radjamin dkk,1998).

2. Pendidikan

2.1 Definisi

Makna pendidikan secara sederhana dapat diartikan sebagai usaha manusia untuk membina kepribadiannya sesuai dengan nilai-nilai di dalam masyarakat dan kebudayaan. Dengan demikian, bagaimanapun sederhananya peradaban suatu masyarakat, didalamnya terjadi atau berlangsung suatu proses pendidikan. Karena itulah sering dinyatakan pendidikan telah ada sepanjang peradaban umat manusia. Pendidikan pada hakikatnya merupakan usaha manusia melestarikan hidupnya (Syam, 1980).

Menurut Rechey dalam buku "Planning for Teaching, an Introduction to Education" yang dikutip oleh Syam (1980) dinyatakan: *The term education refers to the broad function of preserving and improving the life of the group through bringing new members into its shared concerns. Education is thus a far broader process than that which occurs in schools. It is an essential social activity by which communities continue to exist. In complex communities this function is specialized and institutionalized in formal education, but there is always the educations outside the school with which the formal process is related* (12:489). Istilah "pendidikan berkenaan dengan fungsi yang luas dari pemeliharaan dan perbaikan kehidupan suatu masyarakat terutama

membawa warga masyarakat yang baru (generasi muda) bagi penunaian kewajiban dan tanggungjawabnya di dalam masyarakat. Jadi pendidikan adalah suatu proses yang lebih luas daripada proses yang berlangsung di dalam sekolah saja. Pendidikan adalah suatu aktivitas sosial yang esensial yang memungkinkan masyarakat yang kompleks, modern, fungsi pendidikan ini mengalami proses spesialisasi dan melembaga dengan pendidikan formal, yang tetap berhubungan dengan proses pendidikan informal diluar sekolah.

Menurut Brubacher dalam bukunya "Modern Pilosophies of Education" menyatakan bahwa pendidikan sebagai proses timbal-balik dari tiap pribadi manusia dalam penyesuaian dirinya dengan alam, dengan teman, dan dengan alam semesta. Pendidikan merupakan pola perkembangan yang terorganisasi dan kelengkapan dari semua potensi manusia; moral, intelektual dan jasmani (pancaindera), oleh dan untk kepribadian individunya dan kegunaan masyarakatnya, yang diarahkan demi menghimpun semua aktivitas tersebut bagi tujuan hidupnya (tujuan terakhir). Pendidikan adalah proses dalam mana potensi-potensi ini (kemampuan, kapasitas) manusia yang mudah dipengaruhi oleh kebiasaan-kebiasaan supaya disempurnakan oleh kebiasaan-kebiasaan yang baik, oleh alat (media) yang disusun sedemikian rupa dan dikelola oleh manusia untuk menolong orang lain atau dirinya sendiri mencapai tujuan yang ditetapkan (Syam, 1980).

Untuk memahami tata kehidupan pendidikan hendaknya kita memperhatikan tata kehidupan manusia secara mendasar dan menyeluruh. Secara sederhana kita menemukan kenyataan, bahwa manusia dilahirkan dalam lingkungan keluarga. Keluarga sebagai unit kehidupan manusia ada dan dipengaruhi dalam antar hubungan dan antar aksi dengan masyarakatnya. Karena itu keluarga merupakan bentuk mikro suatu masyarakat. Sedangkan bentuk makro suatu masyarakat ialah negara. Antara keduanya ada pula subsistem yang diciptakan oleh kebudayaan suatu masyarakat menurut kebutuhan dan perkembangannya. Subsistem ini ialah lembaga pendidikan yang dikenal sebagai sekolah (TK, SD, SMP, SMA dan PT) sebagai lembaga pendidikan formal (Syam, 1980).

2.2 Konsep Pendidikan

Beberapa konsep pendidikan dapat dibagi dalam uraian dibawah ini:

1. *Education is the getting and giving of knowledge so as to pass on our culture from one generation on the text* (pendidikan adalah kegiatan memperoleh dan menyampaikan pengetahuan, sehingga memungkinkan transmisi kebudayaan kita dari generasi yang satu kepada kepada yang berikutnya).
2. *Education is the process by wich the individual is taught loyalty and conformity by which the human mind is disciplined and developed.* (Pendidikan adalah proses dengan mana individu diajar bersikap setia dan taat dengan mana pikiran manusia ditera dan dibina) (Saifullah, 1980).

Berbeda dengan rumus konsep pendidikan diatas, konsep pendidikan ini menekankan betapa pentingnya dan kuatnya peranan pendidikan dalam pembinaan manusia. Pendidikan diartikan sebagai proses pembinaan sikap mental dengan jalan atau cara melatih dan mengembangkannya ke arah nilai sikap yang diinginkan, yang dalam rumus konsep di atas yaitu nilai sikap kesetiaan dan ketaatan. Dengan kata lain pendidikan adalah suatu kegiatan pembinaan sikap mental yang akan menentukan tingkah-lakunya.

Pendidikan merupakan proses belajar mengajar yang dapat menghasilkan perubahan tingkah laku yang diharapkan. Segera setelah anak dilahirkan mulai terjadi proses belajar pada diri anak dan hasil yang diperoleh adalah kemampuan menyesuaikan diri dengan lingkungan dan pemenuhan kebutuhan. Pendidikan membantu agar proses itu berlangsung secara berdaya-guna dan berhasil guna. Hasil pendidikan yang berupa perubahan tingkah-laku meliputi bentuk kemampuan yang menurut Bloom dengan kawan-kawannya diklasifikasi dalam 3 domain :

1. Kognitif (*cognitif domain*)
2. Afektif (*affective domain*)
3. Psikomotor (*psychomotor domain*).

2.2.1 Kemampuan Kognitif

Yang termasuk kategori kemampuan kognitif yaitu kemampuan berikut

- 1) Mengetahui, kemampuan mengingat apa yang sudah dipelajari.

- 2) Memahami, kemampuan menangkap makna dari yang dipelajari.
- 3) Mengetrapkan, kemampuan menggunakan hal yang sudah dipelajari ke dalam situasi baru yang konkrit.
- 4) Menganalisa, kemampuan memerinci hal yang dipelajari ke dalam unsur-unsur agar struktur organisasinya dapat dimengerti.
- 5) Mensintesis, kemampuan mengumpulkan bagian-bagian untuk membentuk suatu kesatuan yang baru.
- 6) Mengevaluasi, kemampuan menentukan nilai sesuatu yang dipelajari untuk sesuatu tujuan tertentu.

Kemampuan yang disebutkan diatas sifatnya hirarkhis, artinya kemampuan yang pertama harus dikuasai terlebih dahulu sebelum menguasai kemampuan yang kedua. Kemampuan yang kedua harus dikuasai terlebih dahulu sebelum menguasai yang ketiga. Demikian seterusnya.

2.2.2 Kemampuan Afektif

Yang termasuk kemampuan afektif adalah sebagai berikut:

- 1) Menerima (*receiving*), kesediaan untuk memperhatikan.
- 2) Menanggapi (*responding*), aktif berpartisipasi.
- 3) Menghargai (*valuing*), penghargaan kepada benda, gejala, perbuatan tertentu.

- 4) Membentuk (*organization*), memadukan nilai-nilai yang berbeda, menyelesaikan pertentangan dan membentuk sistem nilai yang bersifat konsisten dan internal.
- 5) Berpribadi (*characterization by a value of value complex*), mempunyai sistem nilai yang mengendalikan perbuatan untuk menumbuhkan *life style* yang mantap.

Kemampuan di atas juga bersifat hirarkhis, yang pertama harus dikuasai terlebih dahulu sebelum menguasai yang kedua dan seterusnya (Rosjidan, 1980).

2.2.3 Kemampuan Psikomotor

Kemampuan psikomotor ialah kemampuan yang menyangkut kegiatan otot dan kegiatan fisik. Jadi tekanan kemampuan yang menyangkut koordinasi syaraf otot, jadi menyangkut penguasaan tubuh dan gerak. Kemampuan psikomotor belum diklasifikasi sebagai yang terdapat pada kemampuan kognitif dan kemampuan afektif. Secara singkat dapat dikatakan, bahwa kemampuan psikomotor ini menyangkut kegiatan fisik yang menyangkut kegiatan melempar, mele kuk, mengangkat, berlari dan sebagainya. Penguasaan kemampuan ini meliputi gerakan anggota tubuh yang memerlukan koordinasi syaraf otot yang sederhana dan bersifat kasar menuju gerakan yang menuntut koodinasi syaraf otot yang lebih kompleks dan bersifat lancar. Meskipun kita telah mengklasifikasi kemampuan atas tiga domain secara terpisah,

namun di dalam kenyataannya yakni di dalam situasi belajar mengajar yang sebenarnya antara domain kognitif dan domain afektif maupun psikomotor tidaklah terpisahkan (Rosjidan, 1980).

2.3 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah suatu penerapan konsep pendidikan di dalam bidang kesehatan. Dilihat dari segi pendidikan, pendidikan kesehatan adalah suatu pedagogik praktis atau praktek pendidikan. Oleh sebab itu konsep pendidikan adalah konsep pendidikan yang diaplikasikan pada bidang kesehatan. Konsep dasar pendidikan adalah suatu proses belajar yang berarti di dalam pendidikan itu terjadi proses pertumbuhan, perkembangan, atau perubahan kearah lebih lebih dewasa, lebih baik, dan lebih matang pada diri individu, kelompok atau masyarakat. Konsep ini berangkat suatu asumsi bahwa manusia sebagai makhluk sosial dalam kehidupannya untuk mencapai nilai-nilai hidup di dalam masyarakat selalu memerlukan bantuan orang lain yang mempunyai kelebihan (lebih dewasa, lebih pandai, lebih mampu, lebih tahu dan sebagainya). Dalam mencapai tujuan tersebut, seorang individu, kelompok atau masyarakat tidak terlepas dari kegiatan belajar (Notoatmodjo, 2003).

Bertitik tolak dari konsep pendidikan tersebut, maka konsep pendidikan kesehatan itu juga proses belajar pada individu, kelompok, atau masyarakat dari tidak tahu tentang nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah-masalah kesehatannya sendiri menjadi mampu, dan lain sebagainya. Berangkat dari konsep tersebut

pendidikan kesehatan didefinisikan sebagai usaha atau kegiatan untuk membantu individu, kelompok atau masyarakat dalam meningkatkan kemampuan perilakunya atau mereka, untuk mencapai kesehatan secara optimal (Notoatmodjo, 2003).

Selanjutnya Green menjelaskan bahwa perilaku itu dilatarbelakangi atau dipengaruhi oleh tiga faktor pokok yakni: faktor-faktor prediposisi (*pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi, nilai dan sebagainya*), faktor-faktor yang mendukung (*ketersediaan sumber-sumber/fasilitas*), faktor-faktor yang memperkuat atau mendorong (*sikap dan perilaku petugas*). Oleh sebab itu, pendidikan kesehatan sebagai faktor usaha intervensi perilaku harus diarahkan kepada ketiga faktor pokok tersebut. Sehingga pendidikan kesehatan adalah usaha untuk menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai tuntutan nilai-nilai kesehatan (Notoatmodjo, 2003).

Pendidikan adalah salah satu faktor yang mempengaruhi seseorang apakah ia benar-benar memerlukan informasi mengenai penyakit dan terapi yang akan dilakukan dokter (Lumenta, 1989).

Pendidikan pasien mempunyai peranan yang cukup besar dalam memilih dokter, berkomunikasi dengan dokter dan menentukan jenis terapi yang akan dilakukannya (Kotler dkk, 1987).

Kelompok orang yang berpendidikan biasanya lebih mudah menerima hal-hal baru terutama mengenai *informed consent* dalam berhubungan dengan dokter, meskipun dalam pendidikan formal secara

langsung tidak diajarkan, sehingga dapat menerapkan dalam sikap saat berhubungan dengan dokter (Lumenta, Kotler dkk, 1987).

3. Sikap

3.1 Pengertian Sikap

Secara historis, istilah 'sikap' (*attitude*) digunakan pertama kali oleh Herbert Spencer di tahun 1862 yang pada saat itu diartikan olehnya sebagai status mental seseorang. Di masa-masa awal itu pula penggunaan konsep sikap sering dikaitkan dengan konsep mengenai postur fisik atau posisi tubuh seseorang. Pada tahun 1888 Lange menggunakan istilah sikap dalam bidang eksperimen mengenai respons untuk menggambarkan kesiapan subjek dalam menghadapi stimulus yang datang tiba-tiba. Kesiapan (*set*) yang terdapat dalam diri individu untuk memberikan respons itu disebut *aufgabe* atau *task attitude*. Sikap tidak hanya merupakan aspek mental semata melainkan mencakup pula aspek respons fisik (Azwar, 2003).

Menurut Berkowitz (1972) Sikap manusia, atau untuk singkatnya kita sebut sikap, telah didefinisikan dalam berbagai versi oleh para ahli. Berkowitz bahkan menemukan adanya lebih dari tigapuluh definisi sikap. Puluhun definisi dan pengertian itu pada umumnya dapat dimasukkan ke dalam salah satu diantara tiga kerangka pemikiran.

Pertama adalah kerangka pemikiran yang diwakili oleh para ahli psikologi seperti Hurstone (1928); salah seorang tokoh terkenal di bidang pengukuran sikap), Likert (1932); juga seorang pionir di bidang pengukuran sikap), dan Osgood. Menurut mereka, sikap adalah suatu bentuk evaluasi atau

reaksi perasaan. Sikap seseorang terhadap suatu objek adalah perasaan mendukung atau memihak (*favorable*) maupun perasaan tidak mendukung atau tidak memihak (*unfavorable*) pada objek tersebut (Berkowitz, 1972). Secara lebih spesifik, Thurstone sendiri memformulasikan sikap sebagai 'derajat afek positif atau afek negatif terhadap suatu objek psikologis' (Edwards, 1957).

Kelompok pemikiran yang kedua diwakili oleh para ahli seperti Chave (1928), Bogardus (1931), LaPierre (1934), Mead (1934), dan Allport (1935); tokoh terkenal di bidang Psikologi Sosial dan Psikologi Kepribadian yang konsepsi mereka mengenai sikap lebih kompleks. Menurut kelompok pemikiran ini, sikap merupakan semacam kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek dengan cara-cara tertentu. Dapat dikatakan bahwa kesiapan yang dimaksudkan merupakan kecenderungan potensial untuk bereaksi dengan cara tertentu apabila individu dihadapkan pada suatu stimulus yang menghendaki adanya respons. LaPierre (1934) dalam Allen dkk, 1980) mendefinisikan sikap sebagai 'suatu pola perilaku, tendensi atau kesiapan antisipatif, predisposisi untuk menyesuaikan diri dalam situasi sosial, atau secara sederhana, sikap adalah respons terhadap stimuli sosial yang telah terkondisikan'.

Kelompok pemikiran yang ketiga adalah kelompok yang berorientasi kepada skema triadik (*triadic scheme*). Menurut kerangka pemikiran ini suatu sikap merupakan konstelasi komponen-komponen kognitif, afektif dan konatif yang saling berinteraksi dalam memahami merasakan dan berperilaku terhadap suatu objek. Secord & Backman (1964), misalnya, mendefinisikan sebagai

keteraturan tertentu dalam hal perasaan (afeksi), pemikiran (kognisi), dan predisposisi tindakan (konasi) seseorang terhadap suatu aspek di lingkungan sekitarnya.

Menurut Winkel (1987) pengertian sikap adalah:

1. Sikap merupakan suatu kemampuan internal yang berperan sekali dalam mengambil tindakan (*action*), lebih-lebih bila terbuka berbagai kemungkinan untuk bertindak atau tersedia beberapa alternatif.
2. Sikap (*attitude*): Orang yang bersikap tertentu, cenderung menerima atau menolak suatu obyek berdasarkan penelitian terhadap obyek itu, berguna atau berharga baginya atau tidak. Bila obyek dinilai “baik untuk saya”, dia mempunyai sikap positif, bila obyek dinilai “jelek untuk saya”, dia mempunyai sikap negatif.
3. Penentuan sikap (penilaian) adalah kemampuan memberikan penilaian terhadap sesuatu dan membawa diri sesuai dengan penilaian itu. Mulai dibentuk suatu sikap menerima, menolak atau mengabaikan. Sikap itu dinyatakan dalam tingkah laku yang sesuai dan konsisten dengan sikap batin. Kemampuan itu dinyatakan dalam suatu perkataan atau tindakan, seperti mengungkapkan pendapat positif tentang pameran. Perkataan atau tindakan itu tidak hanya sekali saja, tetapi diulang kembali.

Menurut Notoatmodjo (2003) beberapa batasan lain tentang sikap ini dapat dikutipkan sebagai berikut: “*An enduring system of positive or negative evaluation, emotional feeling, and pro or tendencies will respect to social object*” (Krech *et al.*, 1982).

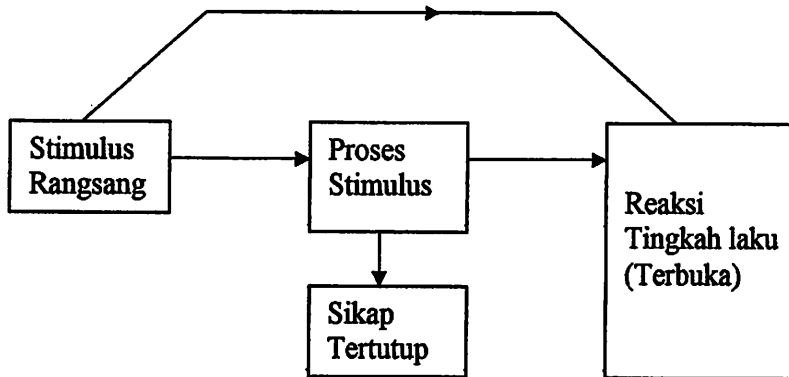
“An individual’s social attitude is on syndrome of respons consistency with regard to sosial object” (Campbell, 1950).

“A mentala and neural state of redines, organized through expertence, exerting derective or dynamic influence up on the individual’s respons to all objects and situations with which it is related” (Ilport, 1954).

“Attitude entails on existing predisposition to respons to social object which in interaction with situational other dispositional variables, guides and direct the obert behavior of the individual” (Cardno, 1955).

Dari batasan-batasan diatas dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Dalam kehidupan sehari-hari adalah merupakan reaksi yang bersifat emosional terhadap stimulus sosial. Newcomb salah seorang ahli psikologi sosial menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, dan bukan merupakan pelaksana motif tertentu. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan “predisposisi” tindakan atau perilaku. Sikap itu masih merupakan reaksi tertutup, bukan merupakan reaksi terbuka, tingkah laku yang terbuka. Lebih dapat dijelaskan lagi bahwa sikap merupakan reaksi terhadap objek di lingkungan tertentu sebagai suatu penghayatan terhadap objek.

Diagram dibawah ini lebih dapat menjelaskan uraian tersebut.



Gambar 2.1 Diagram Reaksi Terhadap Objek di Lingkungan Tertentu Sebagai Suatu Penghayatan Terhadap Objek

3.2 Komponen-komponen sikap

Menurut Notoatmodjo (2003) komponen-komponen sikap adalah :

- Kepercayaan (keyakinan), ide, konsep terhadap suatu obyek
- Kehidupan emosional atau evaluasi terhadap suatu obyek
- Kecenderungan untuk bertindak

Ketiga komponen ini secara bersama-sama membentuk sikap yang utuh (*total attitude*). Dalam penentuan sikap yang utuh ini, pengetahuan, berpikir, keyakinan dan emosi memegang peranan penting. Suatu contoh misalnya: seorang ibu telah mendengarkan penyakit polio (penyebabnya, akibatnya, pencegahannya dan sebagainya). Pengetahuan ini akan membawa ibu untuk berpikir dan berusaha supaya anaknya tidak terkena polio. Dalam berpikir ini komponen emosi dan keyakinan ikut bekerja sehingga ibu tersebut berniat akan mengimunisasikan anaknya untuk

mencegah supaya anaknya tidak terkena polio, sehingga ibu ini mempunyai sikap tertentu terhadap obyek yang berupa penyakit polio ini.

3.3 Tingkatan-tingkatan dari sikap adalah

Menurut Notoatmodjo (2003) tingkatan-tingkatan sikap adalah :

- **Menerima (*receiving*)**
Orang (subyek) mau dan memperhatikan stimulus yang diberikan (obyek)
- **Merespon (*responding*)**
Memberi jawaban apabila ditanya, mengerjakan dan menyelesaikan tugas yang diberikan
- **Menghargai (*Valving*)**
Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah
- **Bertanggung jawab (*responsible*)**
Bertanggung jawab atas segala sesuatu yang telah dipilihnya dengan segala resiko

4. Perilaku atau Tindakan Kesehatan

Perilaku adalah tindakan atau perbuatan suatu organisme yang dapat diamati dan bahkan dapat dipelajari. Perilaku tidak sama dengan sikap. Sikap adalah hanya suatu kecenderungan untuk mengadakan tindakan terhadap suatu obyek, dengan suatu cara yang menyatakan adanya tanda-tanda untuk menyenangkan atau tidak menyenangkan obyek tersebut. Sikap hanyalah sebagian dari perilaku manusia (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respon dan stimulus atau perangsangan. Respons atau reaksi itu, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau *practice*). Sedangkan stimulus atau rangsangan disini terdiri 4 unsur pokok, yakni: sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Termasuk di dalamnya yaitu perilaku sehubungan untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya usaha-usaha untuk mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern maupun tradisional (Notoatmodjo, 2003).

Menurut Ensiklopedi Amerika perilaku diartikan sebagai suatu aksi dan reaksi organisme terhadap lingkungannya. Hal ini berarti bahwa perilaku baru terjadi apabila ada sesuatu yang diperlukan untuk menimbulkan reaksi, yakni yang disebut rangsangan. Dengan demikian, maka suatu rangsangan tertentu akan menghasilkan reaksi atau perilaku tertentu (Notoatmodjo, 2003).

Becker (1979) mengajukan klasifikasi perilaku yang berhubungan dengan kesehatan (*health related behavior*) sebagai berikut:

- a. Perilaku kesehatan (*health behavior*), yaitu hal-hal yang berkaitan dengan tindakan atau kegiatan seseorang dalam memelihara dan meningkatkan kesehatannya. Termasuk juga tindakan-tindakan untuk mencegah penyakit.
- b. Perilaku sakit (*illness behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan seseorang individu yang merasa sakit, untuk merasakan dan mengenal keadaan kesehatannya atau rasa sakit. Termasuk disini juga kemampuan atau pengetahuan individu untuk mengidentifikasi penyakit, penyebab penyakit, serta usaha-usaha mencegah penyakit tersebut.
- c. Perilaku peran sakit (*the sick role behavior*), yakni segala tindakan atau kegiatan yang dilakukan oleh individu yang sedang sakit untuk memperoleh kesembuhan. Perilaku ini disamping berpengaruh terhadap kesehatan/kesakitannya sendiri, juga berpengaruh terhadap orang lain, terutama kepada anak-anak yang belum mempunyai kesadaran dan tanggung jawab terhadap kesehatannya (Notoatmodjo, 2003).

Kosa dan Robertson yang dikutip Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa tindakan kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan. Tiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan berbeda, meskipun gangguan kesehatan sama. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain terhadap gangguan tersebut. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa

gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan penderita mengenai gangguan yang dialami, dan merupakan bagian integral interaksi sosial pada umumnya. Proses ini mengikuti suatu keteraturan tertentu yang dapat diklasifikasikan dalam 4 bagian yakni:

- a. Ada suatu penilaian dari orang yang bersangkutan terhadap suatu gangguan atau ancaman kesehatan. Dalam hal ini persepsi individu yang bersangkutan atau orang lain (anggota keluarga) terhadap gangguan tersebut berperan. Selanjutnya, gangguan dikomunikasikan kepada orang lain (anggota keluarga), dan mereka yang diberi informasi tersebut menilai dengan kriteria subjektif.
- b. Timbulnya kecemasan karena adanya persepsi terhadap gangguan tersebut. Disadari bahwa setiap gangguan kesehatan akan menimbulkan kecemasan baik bagi yang bersangkutan maupun bagi anggota keluarga lainnya. Bahkan gangguan tersebut dikaitkan dengan ancaman adanya kematian. Dari ancaman-ancaman ini akan menimbulkan bermacam-macam bentuk perilaku.
- c. Penerapan pengetahuan orang yang bersangkutan mengenai hal-hal yang berhubungan dengan masalah kesehatan, khususnya mengenai gangguan yang dialami.
- d. Dilakukannya tindakan manipulatif untuk meniadakan atau menghilangkan kecemasan atau gangguan tersebut. Di dalam hal ini

baik orang awam maupun tenaga kesehatan melakukan manipulasi tertentu dalam arti melakukan suatu untuk mengatasi gangguan kesehatan.

Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah suatu respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan, serta lingkungan. Batasan ini mempunyai dua unsur pokok, yakni respon dan stimulus atau perangsangan. Respons atau reaksi itu, baik bersifat pasif (pengetahuan, persepsi, dan sikap), maupun bersifat aktif (tindakan yang nyata atau *practice*). Sedangkan stimulus atau rangsangan disini terdiri 4 unsur pokok, yakni :sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan dan lingkungan.

Perilaku seseorang terhadap sakit dan penyakit, yaitu bagaimana manusia berespons, baik secara pasif (mengetahui, bersikap, dan mempersepsi penyakit dan rasa sakit yang ada pada dirinya dan diluar dirinya), maupun aktif (tindakan) yang dilakukan sehubungan dengan penyakit dan sakit tersebut. Termasuk didalamnya yaitu perilaku sehubungan untuk melakukan atau mencari pengobatan, misalnya usaha-usaha untuk mengobati sendiri penyakitnya, atau mencari pengobatan ke fasilitas-fasilitas kesehatan modern maupun tradisional.

Menurut Bloom (1908) yang dikutip Notoatmodjo (2003) bentuk operasional dari perilaku ini dapat dikelompokkan menjadi tiga jenis yaitu: pengetahuan, sikap atau tanggapan, praktek atau tindakan.

1. Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil dari tahu yang terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap sesuatu obyek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang penting untuk terbentuknya tindakan seseorang, yaitu sebagai dorongan awal seseorang dalam berperilaku. Pada umumnya orang berperilaku baik sudah mempunyai pengetahuan yang baik sudah mempunyai pengetahuan yang baik pula dan perilaku tersebut akan bersifat lebih langgeng (*long lasting*).

Dalam teori lingkungan dikatakan bahwa perkembangan individu dipengaruhi oleh informasi (paparan media) dari luar, termasuk teori-teori belajar dan sosiologis. Pendidikan baik formal maupun non formal, mempengaruhi proses pengambilan keputusan oleh seseorang kearah perubahan. Selain itu faktor hubungan sosial juga mempengaruhi kemampuan untuk menerima pesan sehingga hal ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

2. Sikap

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan

penting, sehingga dapat terbentuk sikap yang benar dan baik yang dapat ikut dalam menentukan tingkah laku seseorang terhadap sesuatu.

3. Praktek atau tindakan

Praktek atau tindakan merupakan salah satu dari tiga jenis perilaku yang berbentuk perbuatan (*action*) terhadap situasi atau rangsangan dari luar. Tindakan merupakan perwujudan dari sikap yang memerlukan adanya kondisi tertentu yang memungkinkan antara lain adanya fasilitas dan dukungan.

Suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (*overt behavior*). Untuk terwujudnya sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan, antara lain adalah fasilitas kesehatan yang memadai. Adapun tingkatan-tingkatan praktek tersebut adalah:

1) Persepsi (*perception*)

Mengenal dan memilih berbagai objek sehubungan dengan tindakan yang akan diambil adalah merupakan praktek tingkat pertama.

2) Respon terpimpin (*guided response*)

Dapat melakukan sesuatu sesuai dengan urutan yang benar sesuai dengan contoh adalah merupakan indikator praktek tingkat dua.

3) Mekanisme (*mecanism*)

Apabila seseorang telah dapat melakukan sesuatu dengan benar secara otomatis, atau sesuatu itu sudah merupakan kebiasaan maka ia sudah mencapai praktek tingkat tiga.

4) Adaptasi (*adaptation*)

Adaptasi adalah suatu praktek atau tindakan yang sudah berkembang dengan baik. Artinya tindakan itu sudah dimodifikasi sendiri tanpa mengurangi kebenaran tindakannya tersebut.

5. *Informed consent*

5.1 Definisi

Informed consent adalah izin atau pernyataan setuju dari pasien yang diberikan secara bebas, sadar dan rasional, setelah ia mendapat informasi yang dipahami dari dokter tentang penyakitnya. perlu ditekankan, bahwa informasi itu disampaikan dalam bahasa pasien, bukan dengan bahasa atau istilah-istilah medis. Pada hakekatnya *informed consent* adalah suatu pemikiran tentang keputusan pemberian pengobatan atas pasien harus terjadi kerjasama /kolaborasi antara dokter dengan pasien (Acdiat, 2005).

Setelah diterbitkannya Peraturan Menteri Kesehatan No. 589 Tahun 1989, yang dimaksud *informed consent* adalah semua keadaan yang berhubungan dengan penyakit pasien dan tindakan medik yang dilakukan dokter serta hal-hal lain yang perlu dijelaskan dokter atas pertanyaan pasien atau keluarga (Hanafiah dan Amir, 1999).

Menurut Hanafiah dan Amir (1999), *informed consent* yang adekuat mencakup unsur-unsur yang berkaitan dengan :

- a. 1. Diagnosis
2. Tindakan yang diusulkan
3. Alasan perlunya tindakan medis

4. Sifat tindakan medis
5. Tujuan tindakan medis
6. Resiko yang timbul jika tidak dilakukan tindakan medis tersebut.
7. Resiko tindakan meliputi :
 - Sifat dan resiko tindakan
 - Berat-ringan resiko yang terjadi
 - Kemungkinan resiko tersebut terjadi
 - Kapan resiko tersebut timbul
8. Akibat ikutan yang tidak menyenangkan
9. Prosedur alternatif (jika ada)
- b. Keadaan pasien saat pengambilan keputusan
- c. Kesukarelaan dari pasien yang memberi izin.

5.2 Fungsi dari *informed consent*

Menurut Guwandi (2005) *informed consent* berfungsi sebagai :

- a. Promosi dari hak otonomi perorangan
- b. Proteksi dari pasien dan subyek
- c. Mencegah terjadinya penimbunan penipuan atau paksaan
- d. Menimbulkan rangsangan kepada profesi medis untuk mengadakan introspeksi terhadap diri sendiri
- e. Promosi dari keputusan yang rasional
- f. Ketertiban masyarakat dalam memajukan prinsip otonomi sebagai satu nilai sosial dan mengadakan pengawasan dalam penyelidikan biomedik.

Informed consent merupakan alat untuk memungkinkan penentuan nasib sendiri berfungsi di dalam praktek dokter. Penentuan nasib sendiri adalah nilai dan sasaran dalam *informed consent*. Secara konkret persyaratan *informed consent* adalah untuk setiap tindakan yang bersifat diagnostik maupun terapeutik, pada dasarnya senantiasa diperlukan persetujuan pasien yang bersangkutan. Oleh karena pasien dapat memberikan persetujuan riil apabila mengetahui situasi yang dihadapinya maka satu satunya yang diperlukan adalah pengetahuan tentang katarak.

Informed consent adalah suatu proses komunikasi bukan suatu formulir. Bentuk formulir itu hanya merupakan perwujudan pengukuhan atau pendokumentasian belaka apa yang telah disepakati bersama sewaktu pasien diperiksa dan dimana sudah terdapat dialog antara dokter dan pasien (*rozovsky acomunicasion process*) (Guwandi, 2005).

5.3 Bentuk *informed consent*

Sehubungan dengan cara pernyataan kehendak menurut hukum, maka adanya *informed consent* dari pasien dapat dilakukan, antara lain:

- a. Dengan bahasa yang sempurna dan tertulis
- b. Dengan bahasa yang sempurna secara lisan
- c. Dengan bahasa yang tidak sempurna asal dapat diterima pihak lawan
- d. Dengan bahasa isyarat asal dapat diterima pihak lawan
- e. Dengan diam atau membisu asal dipahami atau diterima oleh pihak lawan (Mertokusumo, 1987).

Informed consent dapat dilakukan secara tegas atau diam-diam. Secara tegas dapat disampaikan dengan kata-kata langsung baik secara lisan maupun tertulis. *informed consent* secara tertulis adalah bentuk yang paling tidak diragukan. Akan tetapi, jika dilakukan secara lisan juga sah, kecuali ada syarat hukum tertentu yang menuntut *informed consent* tertulis untuk prosedur tertentu. Jadi, *informed consent* dapat dinyatakan dengan sikap menyerah pada prosedur yang telah dispesifisikan (Guwandi, 2005).

Informed consent baik dalam pelayanan medis maupun dalam penelitian kedokteran jika didasarkan pada prinsip hukum perikatan, maka pada hakikatnya merupakan salah satu syarat yang harus dipenuhi agar masing-masing pihak dapat memenuhi kewajiban hukumnya sesuai dengan harkat dan martabatnya yaitu sebagai subjek hukum yang bertanggung jawab (Guwandi, 2005).

5.4 Syarat *informed consent*

Izin tertulis dalam arti penandatanganan formulir *informed consent* diwajibkan untuk tindakan-tindakan yang mengandung resiko tinggi (pasal 3), seperti :

- a. Tindakan pembedahan
- b. Tindakan invasif lain
- c. Tindakan yang non invasif, namun yang mengandung resiko tertentu.

Pada setiap tindakan operasi umumnya diperlukan penandatanganan formulir *informed consent*. Hal ini disebabkan karena di dalam suatu pembedahan akan selalu melekat resiko. Hal ini juga bisa terjadi pada

tindakan anestesi. Misalnya bisa terjadi karena reaksi tubuh yang berlebihan, maka sebelum timbul anafilaksis yang tidak bisa diperhitungkan sebelumnya (Guwandi, 2005).

Informed consent dilandasi oleh prinsip etik dan moral serta otonomi pasien. Prinsip ini mengandung 2 hal penting yaitu:

- a. Setiap orang mempunyai hak untuk memutuskan secara bebas hal yang dipilihnya berdasarkan pemahaman yang memadai .
- b. Keputusan itu harus di buat dalam keadaan yang memungkinkan nya membuat pilihan tanpa adanya campur tangan atau paksaan dari pihak lain.

Karena individu itu otonom, maka perlu informasi untuk mengadakan pertimbangan tersebut. Yang tidak boleh dilupakan adalah dalam memberikan informasi tidak boleh bersifat memperdaya, menekan atau menciptakan ketakutan sebab ketiga hal itu akan membuat persetujuan yang diberikan menjadi cacat hukum (Guwandi, 2005).

5.5 Informasi yang berkaitan dengan *informed consent*

Secara umum dapat dikatakan bahwa semua tindakan medis yang akan dilakukan terhadap pasien harus diinformasikan sebelumnya, namun izin yang harus diberikan oleh pasien dapat berbagai macam bentuknya, baik yang dinyatakan ataupun tidak. Yang paling penting untuk diketahui adalah bagaimana izin tersebut harus dituangkan dalam bentuk tertulis, sehingga akan memudahkan pembuktiannya kelak bila timbul perselisihan.

Secara garis besar dalam melakukan tindakan medis pada pasien, dokter harus menjelaskan beberapa hal yaitu :

- a. Garis besar seluk beluk penyakit yang diderita dan prosedur perawatan atau pengobatan yang akan diberikan atau diterapkan.
- b. Resiko yang akan dihadapi, misalnya komplikasi yang diduga akan timbul.
- c. Prospek prognosisi keberhasilan ataupun kegagalan.
- d. Alternatif metode perawatan atau pengobatan.
- e. Hal-hal yang dapat terjadi bila pasien menolak untuk memberikan persetujuan.
- f. Prosedur perawatan atau pengobatan yang akan dilakukan merupakan suatu percobaan atau menyimpang dari kebiasaan, bila hal itu yang akan dilakukan.

Dokter juga perlu menyampaikan, mengenai cara kerja dan pengalamannya dalam melakukan tindakan medis tersebut. Dalam suatu pembedahan khususnya, akan selalu ada resiko yang melekat dan resiko ini acap kali sulit diperkirakan timbulnya sehingga resiko demikian tidak dapat dilimpahkan tanggung jawab kepada dokter. Demikian pula dengan kemungkinan tujuan pembedahan tidak tercapai yang selalu ada dalam setiap tindak medis, tanggung jawabnya tidak dapat dilimpahkan kepada dokter. Namun harus diingat baik-baik bahwa semuanya itu mensyaratkan satu hal, yaitu pemenuhan *informed consent* dan SPM. Guwandi menyatakan bahwa dokter tidak mungkin menjelaskan semua resiko yang

mungkin timbul dalam suatu pembedahan, sehingga hanya unsur-unsur tertentu yang umumnya berkaitan dengan kasus saja yang perlu dijelaskan. unsur resiko itu meliputi:

1. Sifat nature dari resiko itu.
2. Tingkat keseriusan dari resiko.
3. Besar kemungkinan timbulnya (*probability*) dari resiko.
4. Kapan jangka waktu kemungkinan timbulnya (*imminence*) resiko, bila ia akan timbul (Crisdiono, 2002).

5.6 Landasan Hukum *informed consent*

Di Indonesia terdapat ketentuan mengenai *informed consent* yang digunakan sebagai pedoman dalam pelayanan medis, yaitu: Peraturan Menteri Kesehatan No.585/MEN.KES/PER/IX/1989 tentang persetujuan Tindakan Medis. Apabila dilihat dari bunyi pasal 1 sub (a) yang menyatakan bahwa dalam peraturan ini yang dimaksud dengan persetujuan tindakan medik (*informed consent*) adalah persetujuan yang diberikan oleh pasien atau keluarganya atas dasar penjelasan mengenai tindakan medik yang akan dilakukan terhadap pasien tersebut, maka dapat disimpulkan bahwa peraturan ini membatasi diri dalam pengaturan *informed consent* ditinjau dari kepentingan pasien. Akan tetapi, menurut pandangan hukum *informed consent* ditindak baik dari sudut pasien maupun dokter, ataupun dari sudut dokter dan subjek penelitian dalam hal dilakukannya penelitian kedokteran (Guwandi, 2005).

Dilihat dari kacamata hukum perdata, hubungan antara *health care provider* dengan *health care receiver* merupakan hubungan kontraktual. Dari hubungan itu lalu terjadilah suatu perikatan diantara kedua belah pihak tadi dan dari perikatan itu lalu muncul pula hak dan kewajiban pada masing masing pihak. Apa yang menjadi pihak pertama akan menjadi kewajiban bagi pihak lainnya, demikian pula sebaliknya (Dahlan, 2003).

Health care provider wajib memberikan prestasinya dalam bentuk layanan medik yang layak berdasarkan ilmu kedokteran yang telah teruji. Dalam rangka memberikan layanan medik itulah *health care provider* wajib memperhatikan hak dari pasien, baik yang timbul dari berbagai peraturan undang undang yang berlaku maupun kebiasaan kepatuhan (Dahlan, 2003).

Pasal 53 Undang-Undang No. 23 tahun 1992 tentang kesehatan menyatakan dengan jelas hak-hak pasien, diantaranya adalah hak atas informasi dan memberikan persetujuan tindakan medik. Pelaksanaan kedua tadi diwujudkan dalam bentuk *informed consent* sehingga konsekuensinya setiap tindakan medik (Dahlan, 2003).

Masalah *informed consent* tidak hanya menyangkut hak-hak pasien tetapi sekaligus melindungi dokter dalam menjalankan profesinya sehari-hari, *informed consent* yang dikaitkan dengan pengertian hukum pada dasarnya juga mempunyai landasan etnik (Samil, 2001).

5.7 Penandatanganan *Informed consent*

Sebagai suatu doktrin import lembaga *informed consent* kini tampaknya mulai banyak dipersoalkan. Masalah penandatanganan, pemberian informasi dan lain-lain mulai mencuat ke permukaan. Dengan terbitnya Permenkes No. 585 pada tahun 1989 tentang persetujuan tindakan medik sebenarnya *informed consent* sudah menjadi hukum. Suatu peraturan hukum baru bisa berlaku jika sudah memenuhi 3 syarat: yuridis, fisiologis dan sosial. Namun tampaknya *informed consent* hanya memenuhi syarat pertama saja. Secara filosofis dan sosial ia belum begitu diterima, karena berlainan dengan filsafat dan sosial budaya masyarakat kita. Hal ini bukan saja terjadi di negara kita, namun juga ada di negara Asia lainnya (Guwandi, 2005).

Informed consent adalah suatu proses komunikasi antara dokter dan pasien yang timbal balik. Selain dokter seorang pasienpun harus dengan sejujurnya menceritakan segala sesuatu yang dialami, obat apa yang sudah diminum dan lain-lain. Kewajiban memberi informasi ada pada kedua belah pihak, sehingga tujuan penyembuhannya bisa terlaksana dengan baik (Guwandi, 2005).

Penandatanganan formulir hanya sekedar alat bukti tentang adanya pemberian izin. Pemberian informasi harus dilakukan secara proaktif baik diminta, dalam arti sebelum tindakan itu dilakukan. Informasi harus diberikan oleh dokter yang melakukan tindakan medik karena ialah yang bertanggung jawab sepenuhnya, bukan rumah sakit.

Rumah sakit hanya memberikan formulir melalui pertanyaan hanya sekedar memeriksa segi administratifnya, yaitu membantu mengecek apakah sudah ada persetujuan atau belum. Jika belum ada penandatanganan formulir tersebut, sang perawat harus memberitahukan dokternya. Dalam kaitan *informed consent* Rumah Sakit secara yuridis tidak mempunyai tanggung jawab (Guwandi, 2005).

5.8 Persetujuan

Inti dari persetujuan adalah persetujuan harus didapat sesudah pasien mendapat informasi dan pengetahuan yang adekuat. Yang harus diperhatikan adalah bahwa yang berhak memberikan persetujuan adalah pasien yang sudah dewasa dan dalam keadaan sehat mental (Hanafiah dan Amir, 1999).

Dalam banyak *informed consent* yang ada selama ini, penandatanganan lebih sering dilakukan oleh keluarga pasien. Hal ini mungkin berkaitan dengan kesangsian terhadap kesiapan mental pasien, sehingga beban demikian diambilalih oleh keluarga pasien atau atas alasan lainnya (Hanafiah dan Amir, 1999).

Untuk pasien dibawah umur 21 tahun, dan pasien penderita gangguan jiwa yang menandatangani adalah orang tua atau wali atau keluarga terdekat atau induk semang. Untuk pasien dalam keadaan tidak sadar serta tidak didampingi oleh keluarga terdekat dan secara medik berada dalam keadaan gawat darurat yang memerlukan tindakan medik

segera, maka tidak di perlukan persetujuan siapapun (Pasal 11 Bab IV PERMENKES No 585) (Hanafiah dan Amir, 1999).

Sama dengan yang diatur dalam Permenkes tentang Persetujuan Tindakan Medis ini, *The Medical Union* dalam bukunya *Medicolegal Issues In Clinical Practise* menyatakan bahwa ada 5 syarat yang harus dipenuhi untuk syahnya *informed consent* :

1. Diberikan secara bebas
2. Diberikan oleh orang yang sanggup membuat perjanjian
3. Mengenai sesuatu hal yang kas
4. Tindakan itu dilakukan juga pada situasi yang sama
5. Telah dijelaskan bentuk tindakan yang akan dilakukan sehingga pasien dapat memahami tindakan itu perlu dilakukan (Hanafiah dan Amir, 1999).

5.9 Penolakan

Seperti dikemukakan pada bagian awal, tidak selamanya pasien keluarga setuju dengan tindakan medik yang akan dilakukan oleh dokter. Dalam situasi demikian kalangan dokter maupun kalangan kesehatan lainnya harus memahami bahwa pasien atau keluarga berhak menolak usul tindakan yang akan dilakukan (*informed refusal*) (Hanafiah dan Amir, 1999).

Tidak ada hak dokter yang dapat memaksa pasien mengikuti anjuran yang diperlukan, maka untuk keamanan di kemudian hari, sebaiknya dokter atau rumah sakit meminta pasien atau keluarga menandatangani

syarat penolakan terhadap tindakan medik yang diperlukan (Hanafiah dan Amir, 1999).

Dalam kaitan transaksi terapeutik dokter dengan pasien, pernyataan penolakan pasien atau keluarga ini dianggap sebagai pemutusan transaksi terapeutik. Dengan demikian apa yang terjadi di belakang hari tidak menjadi tanggung jawab dokter atau rumah sakit lagi (Hanafiah dan Amir, 1999).

6. Hubungan Pendidikan dengan Tindakan Operasi Katarak Sinilis Setelah *Informed consent*

Perilaku ditunjang oleh pengetahuan dan sikap. Ketidaktahuan seseorang terhadap sesuatu membuat ia tidak bisa bertingkah laku terhadap sesuatu tersebut. Selain ketidaktahuan, hal yang menunjang kebiasaan buruk adalah perilaku yang tidak patuh atau tidak mau berubah dari kebiasaan yang merugikan. Niat itu sendiri ditentukan oleh sikap seseorang. Sikap seseorang kemudian ditentukan oleh kepercayaan dirinya akan hasil dari melakukan tindakan (Notoatmodjo, 2003).

Perilaku masyarakat terhadap katarak, khususnya operasi katarak, juga ditunjang oleh pengetahuan dan sikap terhadap katarak. Ketidaktahuan dan ketidakpahaman masyarakat terhadap katarak dan pengelolaannya menyebabkan mereka menunda-nunda pengobatan dan bahkan bersikap tidak mau menjalani operasi. Hal ini menyebabkan kebutaan karena katarak yang sebenarnya *reversible* menjadi terlambat untuk dioperasi dan menjadi kebutaan permanen. Selain itu bila ditambah lagi dengan komplikasi atau

penyulitnya, yaitu glaukoma sekunder atau *lens induced uveitis*, akan mengakibatkan pengelolaan menjadi lebih sulit.

Oleh karena itu diperlukan adanya pendidikan kesehatan yang berperan dalam melakukan intervensi faktor perilaku sehingga pengetahuan, sikap dan perilaku individu, kelompok atau masyarakat sesuai dengan nilai-nilai kesehatan. Sehingga bisa dikatakan pendidikan kesehatan adalah suatu usaha menyediakan kondisi psikologis dari sasaran agar mereka berperilaku sesuai dengan nilai-nilai kesehatan.

Latar belakang diperlukannya izin pasien adalah karena tindakan medik yang dilakukan oleh dokter, hasilnya penuh dengan ketidakpastian (*uncertainty*) dan tidak dapat diperhitungkan secara matematik karena dipengaruhi faktor-faktor lain yang berada diluar kekuasaan dan kontrol dokter seperti misalnya virulensi penyakit, kepatuhan pasien, kualitas obat dan sebagainya. Selain itu, hampir semua tindakan medik mengandung risiko dan bahkan untuk tindakan medik tertentu selalu diikuti akibat yang tidak menyenangkan. Yang pasti, baik risiko maupun akibat buruk yang mengikuti akan ditanggung dan dirasakan sendiri oleh pasien, bukan oleh dokter atau orang lain (Dahlan, 2003).

Atas dasar itulah maka persetujuan pasien bagi setiap tindakan medik menjadi mutlak diperlukan, kecuali pasien dalam keadaan emergensi. Persetujuan tersebut dikenal dengan sebutan *informed consent*, sebab sebelum diberikan, kepada pasien atau keluarganya (dalam hal pasien tidak cakap)

harus diberikan informasi lebih dahulu mengenai beberapa hal dari tindakan medik yang akan dilakukan (Dahlan, 2003).

Pendidikan merupakan *behaviorial investment* jangka panjang. Hasil investment pendidikan baru dilihat beberapa tahun kemudian. Dalam waktu yang pendek pendidikan kesehatan hanya menghasilkan perubahan atau peningkatan pengetahuan masyarakat. Sedangkan peningkatan pengetahuan saja belum akan berpengaruh langsung terhadap indikator kesehatan. Pengetahuan kesehatan akan berpengaruh kepada perilaku atau tindakan sebagai jangka menengah dari pendidikan kesehatan. Selanjutnya perilaku kesehatan akan berpengaruh kepada meningkatnya indikator kesehatan masyarakat sebagai keluaran pendidikan kesehatan (Notoatmodjo, 2003)

6.1 Teori Belajar Sosial dari Miller dan Dollard

Menurut pandangan Millers dan Dollard yang menelurkan teori belajar sosial dan tiruan berpendapat bahwa tingkah laku manusia itu merupakan hasil belajar. Oleh karena itu, untuk memahami tingkah laku sosial dan proses belajar sosial, kita harus mengetahui prinsip-prinsip psikologi belajar. Prinsip belajar ini terdiri dari 4, yakni: dorongan (*drive*), isyarat (*cue*), tingkah laku balas (*respons*), dan ganjaran atau penghargaan (*reward*). Keempat prinsip ini saling mengkait satu sama lain, yaitu dorongan menjadi isyarat, isyarat menjadi ganjaran dan seterusnya (Notoatmodjo, 2003).

Dorongan adalah rangsangan yang sangat kuat terhadap organisme (manusia) untuk bertingkah laku atau melakukan tindakan kesehatan

untuk dirinya. Stimulus-stimulus yang cukup kuat berasal dari rasa sakit yang diderita oleh pasien.

Isyarat adalah rangsangan yang menentukan 'bila' dan 'dimana' suatu respons akan timbul dan terjadi. Misalnya, anggukan kepala merupakan isyarat untuk setuju, uluran tangan merupakan isyarat untuk berjabat tangan. Mengenai tingkah laku balas (respons), mereka berpendapat bahwa manusia mempunyai hierarki bawaan tingkah laku. Pada saat manusia dihadapkan untuk pertama kali kepada suatu rangsangan tertentu, maka respons (tingkah laku balas) yang timbul didasarkan pada hierarki bawaan tersebut. Dalam tingkah laku sosial, belajar coba ralat dikurangi dengan belajar tiruan, dimana seseorang tinggal meniru tingkah laku orang lain untuk dapat memberikaan respons yang tepat. Sehingga ia tidak perlu membuang waktu untuk belajar dengan coba ralat.

Ganjaran atau penghargaan adalah rangsang yang menetapkan apakah tingkah laku balas diulang atau tidak dalam kesempatan yang lain (Notoatmodjo, 2003).

6.2 Health belief Model

Menurut Sarafino yang dikutip oleh Smet (1994) tentang teori HBM (*Health belief Model*) seringkali dipertimbangkan sebagai kerangka utama dalam perilaku atau tindakan yang berkaitan dengan kesehatan manusia. HBM merupakan model kognitif, yang berarti bahwa proses kognitif dipengaruhi oleh informasi dari lingkungan termasuk hitungan. Menurut

HBM, kemungkinan individu akan melakukan tindakan pencegahan tergantung secara langsung pada hasil dari dua keyakinan atau penilaian kesehatan (*health belief*) tersebut yaitu: ancaman yang dirasakan dari sakit atau luka dan pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian (*benefit and cost*).

Ancaman yang dirasakan terhadap resiko yang akan muncul dimana seorang berpikir atau kesakitan betul-betul merupakan ancaman pada dirinya. Jadi bila ancaman yang dirasakan meningkat maka perilaku pencegahan juga akan meningkat. Penilaian tentang ancaman yang dirasakan ini berdasarkan :

- 1) Ketidakkebalan yang dirasakan kemungkinan orang-orang dapat mengembangkan masalah kesehatan menurut kondisi mereka.
- 2) Keseriusan yang dirasakan, dimana orang-orang melakukan evaluasi mengenai keseriusan penyakit tersebut apabila mereka mengembangkan masalah kesehatan atau membiarkan penyakitnya tidak ditangani.
- 3) Pertimbangan tentang keuntungan dan kerugian

Perbandingan antara keuntungan dengan kerugian dari perilaku dalam usaha untuk memutuskan melakukan tindakan pencegahan atau tidak. Proses ini sebagai keyakinan terhadap posisi yang menonjol berupa berbagai macam informasi dari luar atau nasehat mengenai permasalahan kesehatan. Contoh : media masa, kampanye, nasehat orang lain, penyakit dari anggota yang lain, teman dan sebagainya.

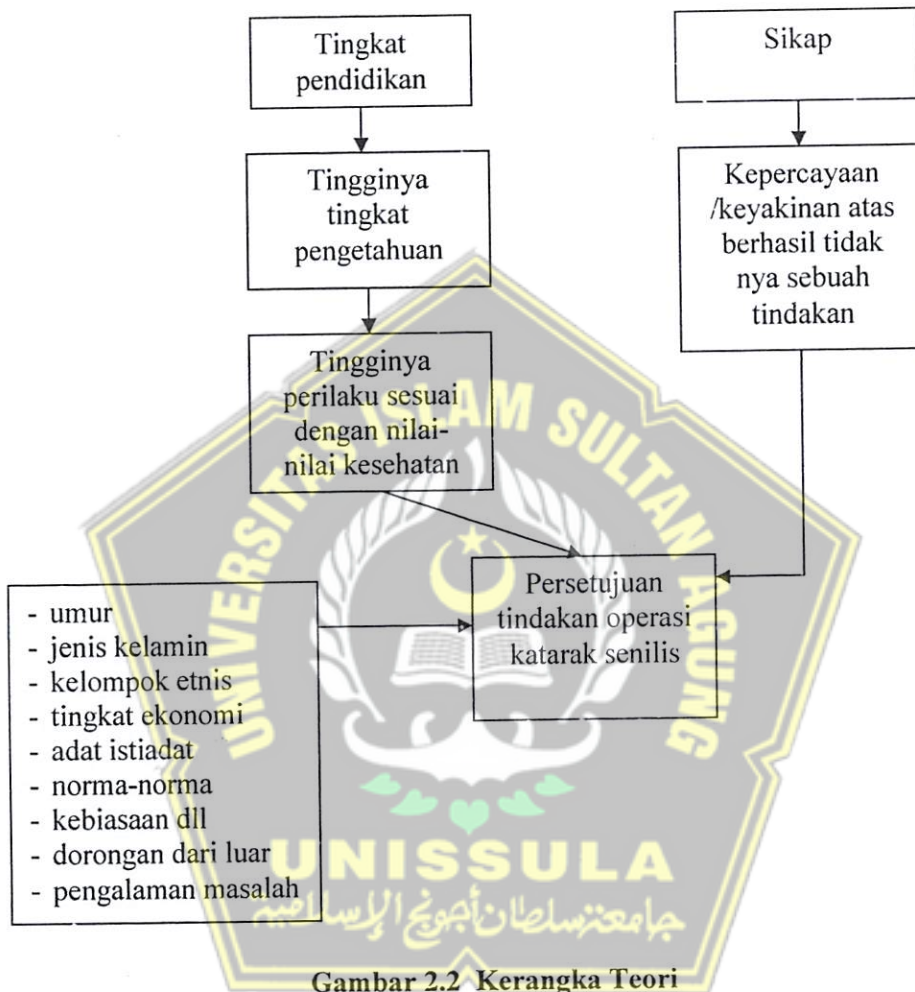
Penilaian tentang ancaman, keseriusan, ketidakkebalan dan pertimbangan keuntungan dan kerugian dipengaruhi oleh:

- 1) Variabel demografi seperti: usia, jenis kelamin, latarbelakang, kelompok etnis, tingkat pendidikan, tingkat sosial ekonomi, adat istiadat, norma, kebiasaan.
- 2) Variabel sosiopsikologis seperti : kepribadian, kelas sosial, dan tekanan sosial.
- 3) Variabel struktural seperti : pengetahuan dan pengalaman tentang masalah.



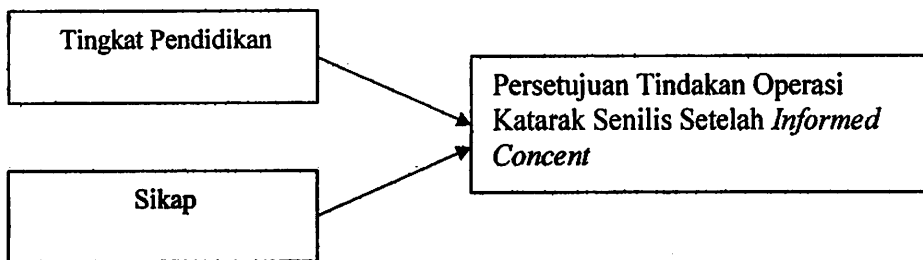
7. Kerangka Teori

Berdasarkan penggabungan teori *Health belief* Model menurut Sarafino dan Hochbaum digambarkan kerangka teori penelitian sebagai berikut:



Gambar 2.2 Kerangka Teori

8. Kerangka Konsep



Gambar 2.3 Kerangka Konsep

9. Hipotesis

- Ada hubungan antara tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.
- Ada hubungan antara sikap dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.



BAB III

METODELOGI PENELITIAN

1. Jenis dan Rancangan Penelitian

Jenis penelitian adalah jenis penelitian analitik observasional dengan rancangan studi korelasional.

2. Variabel dan Definisi Operasional

2.1 Variabel

2.1.1 Variabel bebas

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah tingkat pendidikan dan sikap penderita katarak senilis.

2.1.2 Variabel terikat

Variabel terikat dalam penelitian ini adalah tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

2.2 Definisi operasional

2.2.1 Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan adalah pendidikan formal terakhir responden yang dijalani sampai tamat. Pendidikan terakhir setingkat SD dikategorikan pendidikan rendah, pendidikan terakhir setingkat SMP/SMA dikategorikan pendidikan sedang, pendidikan terakhir akademi/perguruan tinggi dikategorikan pendidikan tinggi.

Skala : ordinal

2.2.2 Sikap

Sikap adalah kemampuan penderita katarak senilis dalam memberikan penilaian terhadap tindakan operasi katarak senilis.

Disusun dalam kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dimana tiap pertanyaan mempunyai skor sebagai berikut (Azwar, 2003):

Skor 0 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS)

Skor 1 untuk jawaban Tidak Setuju (TS)

Skor 2 untuk jawaban Netral (N)

Skor 3 untuk jawaban Setuju (S)

Skor 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS)

Dengan skor total adalah 40 dan interval skor disusun berdasarkan kriteria sikap menggunakan skala likert. Kependudukan terhadap tindakan operasi katarak senilis setelah informed consent diklasifikasikan menjadi berikut (Azwar, 2003):

Sangat setuju	33 – 40	(4)
setuju	25 – 32	(3)
Netral	17 – 24	(2)
Tidak Setuju	9 - 16	(1)
Sangat tidak setuju	0 - 8	(0)

Skala : ordinal

2.2.3 Tindakan terhadap operasi katarak senilis

Tindakan operasi katarak senilis adalah reaksi atau respon yang masih terbuka dari seseorang (dalam hal ini pasien) terhadap

tindakan operasi katarak senilis apakah pasien menerima operasi atau menolak operasi.

Disusun dalam kuesioner yang terdiri dari 10 pertanyaan dimana tiap pertanyaan mempunyai skor sebagai berikut (Azwar, 2003):

Skor 0 untuk jawaban Sangat Tidak Setuju (STS)

Skor 1 untuk jawaban Tidak Setuju (TS)

Skor 2 untuk jawaban Netral (N)

Skor 3 untuk jawaban Setuju (S)

Skor 4 untuk jawaban Sangat Setuju (SS)

Dengan skor total adalah 40 dan interval skor disusun berdasarkan kriteria sikap menggunakan skala likert. Kependudukan terhadap tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent* diklasifikasikan menjadi berikut (Azwar, 2003):

Sangat setuju	33 – 40	(4)
setuju	25 – 32	(3)
Netral	17 – 24	(2)
Tidak Setuju	9 - 16	(1)
Sangat tidak setuju	0 - 8	(0)

Skala : ordinal

3. Populasi dan Sampel

3.1 Populasi

Populasi penelitian adalah pasien rawat jalan pada bagian spesialis mata di RSI Sultan Agung Semarang periode bulan Desember 2009 s/d Maret 2010.

3.2 Sampel

Besar sampel adalah total populasi yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

Kriteria inklusi :

- menderita katarak senilis

Sampel penelitian adalah penderita katarak senilis yang diambil secara *incidental sampling*.

4. Instrumen penelitian

Instrumen yang digunakan dalam penelitian ini adalah metode wawancara pada responden berdasarkan kuesioner menggunakan validitas konstruk.

5. Cara Penelitian

Langkah-langkah penelitian dilakukan sebagai berikut:

5.1 Persiapan

5.1.1 Pembuatan proposal

Merumuskan masalah, mengadakan studi pendahuluan menentukan sampel dan populasi penelitian, merumuskan teknik pengumpulan data serta pengolahan data.

5.1.2 Perijinan ke RSI Sultan Agung Semarang

5.1.3 Mengumpulkan surveyor

5.1.4 Pelatihan Surveyor untuk penyamaan persepsi

5.2 Tahap Pelaksanaan meliputi :

5.2.1 Pengumpulan data

Metode pengumpulan data dilakukan dengan cara peneliti mendatangi sampel secara langsung dan meminta sampel untuk mengisi kuesioner, jika memungkinkan diminta untuk mengisi kuesioner secara langsung atau jika tidak memungkinkan peneliti memberi waktu selama 2 hari.

5.2.2 Pengolahan data

Data yang telah diperoleh melalui beberapa tahap, yaitu:

5.2.2.1. Editing yaitu melakukan pemeriksaan kembali apakah data yang diperoleh dari wawancara sudah lengkap

5.2.2.2. Tabulating yaitu kegiatan mengelompokkan data hasil penelitian yang selanjutnya dimasukkan ke dalam tabel

5.2.2.3. Entry data yaitu proses memasukkan data ke dalam computer untuk dilakukan pengolahan data sesuai kriteria

5.2.3 Analisa data

Analisa data dilaksanakan secara komputerisasi dengan program SPSS.

5.3 Pelaporan

Laporan penelitian disajikan dalam bentuk karya tulis ilmiah

6. Tempat dan Waktu

6.1 Tempat

Tempat pengambilan data dalam penelitian ini adalah RSI Sultan Agung Semarang.

6.2 Waktu

Waktu pengambilan data dalam penelitian ini adalah pada bulan Maret 2010.

7. Analisa Hasil

Untuk mengetahui gambaran tingkat pendidikan dan sikap penderita katarak senilis terhadap tindakan operasi dilakukan uji statistik deskriptif. Untuk menguji kualitas (validitas dan reliabilitas) kuesioner dilakukan uji korelasi *product moment* dan uji *reliability cronbach alpha*. Dan mengingat skala variabel bebas dan variabel terikat adalah ordinal, maka untuk mengetahui hubungan tingkat pendidikan dengan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent* dilakukan uji korelasi spearman. Kuat tidaknya hubungan kedua variabel tersebut diukur menurut angka korelasi berikut (Sugiyono, 2005):

Tabel 1. Pedoman Untuk Memberikan Interpretasi Terhadap Koefisien Korelasi

Interval Koefisien Korelasi Rank Spearman	Tingkatan Hubungan
0,00 – 0,199	Sangat lemah
0,20 - 0,399	Rendah
0,40 – 0,0799	Sedang
0,060 – 0,0799	Kuat
0,080 – 1,000	Sangat Kuat

BAB IV

HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

4.1 Hasil Penelitian

4.1.1 Karakteristik Sampel

Penelitian ini dilakukan pada 18 orang penderita katarak senilis di bagian spesialis mata Rumah Sakit Islam (RSI) Sultan Agung Semarang periode Desember 2009 s/d Maret 2010, Karakteristik sampel dalam penelitian ini dapat dilihat dari tabel-tabel berikut:

Tabel 4.1. Distribusi Usia Sampel

No	Distribusi Usia	Frekuensi	Persentase
1	14-24 tahun	1	5.6
2	25-35 tahun	0	0.0
3	36-46 tahun	3	16.7
4	47-57 tahun	5	27.8
5	58-68 tahun	2	11.1
6	69-79 tahun	7	38.9
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.1 diketahui bahwa katarak senilis pada penelitian ini banyak diderita oleh usia 69 sampai dengan 79 tahun yaitu sebanyak 7 penderita (38,9%), dan katarak senilis ini paling sedikit ditemukan pada penderita berusia 14-24 tahun yang dalam penelitian ini jumlah hanya 1 orang (5,6%). Dominasi penderita katarak senilis pada range usia 69 – 79 tahun menunjukkan kesesuaian empiris dengan pendapat Vaughan (2005) yang menyatakan bahwa katarak senil adalah semua kekeruhan lensa yang terdapat pada usia lanjut, yaitu diatas 50 tahun. Namun demikian tidak menutup

kemungkinan bahwa katarak senilis juga dapat terjadi pada usia kurang dari 50 tahun, hal ini dapat dilihat dari beberapa penderita katarak senilis yang juga berusia kurang dari 50 tahun.

Tabel 4.2. Jenis Kelamin Sampel

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Laki-laki	9	50
2	Perempuan	9	50
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.2 diketahui bahwa proporsi penderita katarak senilis laki-laki dan perempuan dalam penelitian ini adalah sama. Hal ini menunjukkan bahwa laki-laki dan perempuan memiliki kemungkinan sama untuk mengidap katarak senilis.

Tabel 4.3. Tingkat Pendidikan Sampel

No	Jenis Kelamin	Frekuensi	Persentase
1	Rendah	2	11.1
2	Menengah	3	16.7
3	Tinggi	13	72.2
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa penderita katarak senilis yang dirawat di bagian spesialis mata RSI Sultan Agung Semarang selama periode Desember 2009 sampai Maret 2010 lebih banyak didominasi oleh penderita katarak senilis yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (Diploma, Sarjana dan Pasca Sarjana) yang mencapai hingga 72,2%. Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingginya tingkat pendidikan dimungkinkan kesadaran penderita untuk melakukan pengobatan atas katarak yang mereka derita juga tinggi.

4.1.2 Deskripsi Variabel Penelitian

Variabel yang digunakan pada penelitian ini meliputi tingkat pengetahuan, sikap dan tindakan katarak senilis. Deskripsi atas variabel-variabel ini dapat dilihat dari tabel-tabel berikut:

Tabel 4.3. Tingkat Pengetahuan Sampel

No	Tingkat Pengetahuan	Frekuensi	Persentase
1	Rendah	2	11.1
2	Menengah	3	16.7
3	Tinggi	13	72.2
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.3 diketahui bahwa penderita katarak senilis yang dirawat di bagian spesialis mata RSI Sultan Agung Semarang selama periode Desember 2009 sampai Maret 2010 lebih banyak didominasi oleh penderita katarak senilis yang memiliki tingkat pendidikan tinggi (Diploma, Sarjana dan Pasca Sarjana) yang mencapai hingga 72,2%. Hal ini menunjukkan bahwa dengan tingginya tingkat pendidikan dimungkinkan kesadaran penderita untuk melakukan pengobatan atas katarak yang mereka derita juga tinggi.

Tabel 4.4 Sikap Sampel

No	Sikap Responden	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	7	38,9
2	Setuju	2	11,1
3	Netral	7	38,9
4	Tidak setuju	2	11,1
5	Sangat tidak setuju	0	0,00
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.4 diketahui bahwa penderita katarak senilis pada penelitian ini lebih banyak setuju atau bersikap baik terhadap

tindakan operasi katarak senilis. Hal ini dapat dilihat dari persentase penderita yang cenderung setuju (50%) lebih tinggi daripada persentase penderita yang cenderung tidak setuju (11,1%).

Tabel 4.5 Tindakan Operasi Senilis

No	Tindakan Operasi Senilis	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	8	44,4
2	Setuju	2	11,1
3	Netral	7	38,9
4	Tidak setuju	1	5,6
5	Sangat tidak setuju	0	0,0
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa penderita katarak senilis pada penelitian ini lebih banyak yang setuju terhadap tindakan operasi katarak senilis. Hal ini dapat dilihat dari persentase penderita yang setuju (55,5%) lebih tinggi daripada persentase penderita yang tidak setuju terhadap tindakan operasi katarak senilis (5,6%).

4.1.3 Tabulasi Silang Pendidikan dan Sikap dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis

Tabel 4.6 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis

Tingkat pendidikan	Tindakan Operasi Katarak Senilis					Total
	STS	TS	N	S	SS	
Rendah	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Menengah	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
Tinggi	0 (0%)	0 (0%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)	13 (100%)
Total	0 (0%)	1 (5,6%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	18 (100%)

Tabel 4.6 menunjukkan pada penderita katarak senilis dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk menerima tindakan operasi katarak senilis yang juga tinggi. Hal ini dapat dilihat dari 13 penderita katarak senilis dengan tingkat pendidikan tinggi, 8 (61,5%) penderita diantaranya menyatakan sangat setuju dengan tindakan operasi katarak senilis.

Tabel 4.7 Tabulasi Silang Sikap Penderita dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis

Sikap Penderita	Tindakan Operasi Katarak Senilis					Total
	STS	TS	N	S	SS	
Sangat tidak setuju (STS)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Tidak setuju (TS)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	2
Netral (N)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	7
Setuju (S)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	2
Sangat setuju (SS)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	7
Total	0 (0%)	1 (5,6%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	18 (100%)

Tabel 4.7 menunjukkan pada sikap penderita katarak senilis yang tinggi memiliki kecenderungan untuk menerima tindakan operasi katarak senilis yang juga tinggi. Hal ini dapat dilihat dari 7 penderita katarak senilis dengan sikap yang tinggi, secara keseluruhan (100%) menyatakan sangat setuju dengan tindakan operasi katarak senilis. Data ini memperlihatkan tingginya sikap penderita diiringi dengan tingginya penerimaan tindakan operasi katarak senilis.

tindakan operasi katarak senilis. Hal ini dapat dilihat dari persentase penderita yang cenderung setuju (50%) lebih tinggi daripada persentase penderita yang cenderung tidak setuju (11,1%).

Tabel 4.5 Tindakan Operasi Senilis

No	Tindakan Operasi Senilis	Frekuensi	Persentase
1	Sangat setuju	8	44,4
2	Setuju	2	11,1
3	Netral	7	38,9
4	Tidak setuju	1	5,6
5	Sangat tidak setuju	0	0,0
Jumlah		18	100,0

Berdasarkan tabel 4.5 diketahui bahwa penderita katarak senilis pada penelitian ini lebih banyak yang setuju terhadap tindakan operasi katarak senilis. Hal ini dapat dilihat dari persentase penderita yang setuju (55,5%) lebih tinggi daripada persentase penderita yang tidak setuju terhadap tindakan operasi katarak senilis (5,6%).

4.1.3 Tabulasi Silang Pendidikan dan Sikap dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis

Tabel 4.6 Tabulasi Silang Tingkat Pendidikan dengan Tindakan Operasi Katarak Senilis

Tingkat pendidikan	Tindakan Operasi Katarak Senilis					Total
	STS	TS	N	S	SS	
Rendah	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)
Menengah	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (100%)
Tinggi	0 (0%)	0 (0%)	3 (23,1%)	2 (15,4%)	8 (61,5%)	13 (100%)
Total	0 (0%)	1 (5,6%)	7 (38,9%)	2 (11,1%)	8 (44,4%)	18 (100%)

4.1.4 Uji Validitas dan Reliabilitas

Instrumen penelitian ini berupa kuesioner, karenanya perlu dilakukan uji validitas atas butir-butir pertanyaan yang diajukan dan reliabilitas atas variabel yang digunakan. Suatu indikator atau item pertanyaan dikatakan valid jika hasil perhitungan korelasi antar skor individu indikator dengan skor totalnya signifikan pada $\alpha = 0,05$ ($p < 0,05$). Sebuah variabel dikatakan reliabel atau handal jika memiliki nilai cronbach alpha di atas 0,60. Adapun hasil uji validitas dan reliabilitas tersebut adalah:

Tabel 4.8 Hasil Uji Validitas

Variabel	Indikator	Signifikansi (p)	Keterangan
Sikap Penderita	1	0,006	Valid
	2	0,000	Valid
	3	0,000	Valid
	4	0,000	Valid
	5	0,002	Valid
	6	0,001	Valid
	7	0,000	Valid
	8	0,000	Valid
	9	0,000	Valid
	10	0,000	Valid
Tindakan Operasi Katarak Senilis	1	0,000	Valid
	2	0,000	Valid
	3	0,000	Valid
	4	0,000	Valid
	5	0,000	Valid
	6	0,000	Valid
	7	0,000	Valid
	8	0,000	Valid
	9	0,000	Valid
	10	0,000	Valid

Berdasarkan tabel 4.8 diketahui bahwa indikator-indikator yang digunakan untuk menyusun kuesioner pada penelitian ini adalah valid.

Hal ini dapat dilihat dari angka signifikansi berkisar antara 0,000 sampai dengan 0,006 ($p < 0,05$). Sedangkan hasil uji reliabilitas atau uji kehandalan variabel pada penelitian ini yaitu:

Tabel 4.9 Hasil Uji Reliabilitas

Variabel	Alpha Cronbach	Alpha Kritis	Persentase
Sikap Penderita	0,927	0,60	44,4
Tindakan Operasi Katarak Senilis	0,974	0,60	11,1

Berdasarkan tabel 4.9 diketahui bahwa variabel-variabel penelitian ini adalah reliabel. Hal ini ditunjukkan oleh besarnya alpha cronbach alpa hitung yang lebih besar dari 0,60.

4.1.5 Hasil Uji Korelasi Spearman

Mengingat skala variabel bebas dan skala variabel terikat pada penelitian ini adalah ordinal, maka untuk melihat hubungan antar variabel-variabel bebas (tingkat pendidikan dan sikap responden) terhadap tindakan operasi katarak senilis dilakukan uji Rank Spearman, yang hasilnya dapat dilihat dari tabel 4.10 sebagai berikut:

Tabel 4.10 Hasil Uji Rank Spearman

Variabel	Angka Korelasi	Signifikansi	Keterangan
Tingkat Pendidikan	0,694	0,001	Ada hubungan bermakna
Sikap Penderita	0,893	0,000	Ada hubungan bermakna

Berdasarkan tabel 4.10 diketahui bahwa hubungan antara tingkat pendidikan dan tindakan operasi katarak senilis bermakna, demikian

juga dengan hubungan antara sikap penderita dengan tindakan operasi katarak senilis juga bermakna. Hal ini dapat dilihat dari angka signifikansi 0,001 dan 0,000 yang kurang dari 0,05; sehingga dapat dinyatakan bahwa hipotesis yang menyatakan ada hubungan antara tingkat pendidikan dan sikap terhadap tindakan operasi katarak senilis diterima.

Tingkat hubungan antara pendidikan dan persetujuan tindakan operasi katarak senilis termasuk dalam kategori kuat, hal ini ditunjukkan oleh besarnya angka koefisien korelasi rank spearman sebesar 0,694. Sedangkan tingkat hubungan antara sikap pasien dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis termasuk dalam kategori sangat kuat, hal ini ditunjukkan oleh besarnya angka koefisien korelasi rank spearman sebesar 0,893.

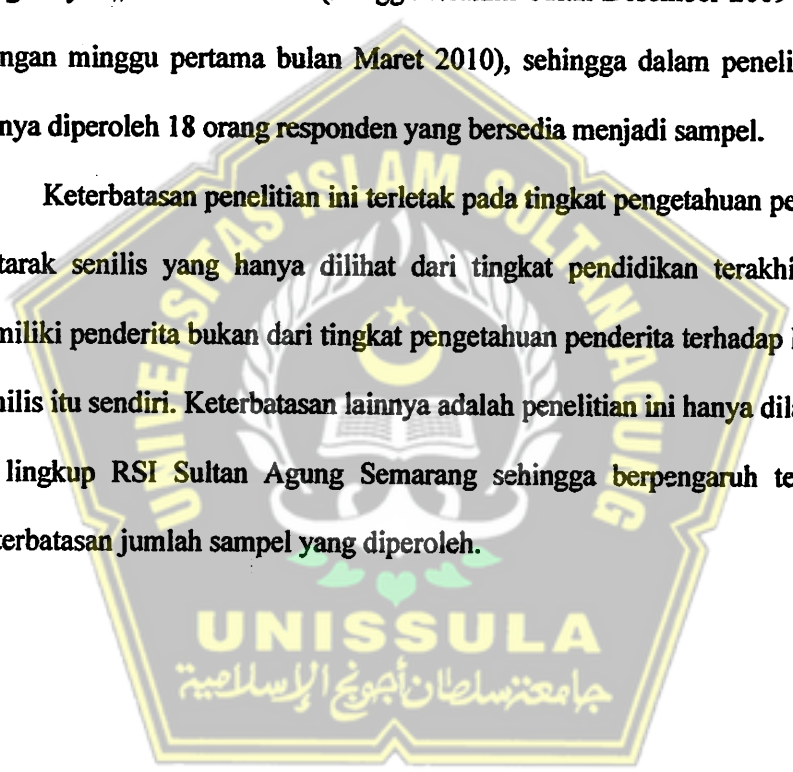
4.2 Pembahasan

Hasil penelitian menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dan sikap penderita dengan tindakan operasi katarak senilis dengan demikian dinyatakan bahwa hasil penelitian ini berhasil mendukung hipotesis yang diajukan. Hal ini menunjukkan bahwa perilaku masyarakat terhadap operasi katarak, ditunjang oleh pengetahuan dan sikap terhadap katarak. Ketidaktahuan dan ketidakpahaman masyarakat terhadap katarak dan pengelolaannya menyebabkan mereka menunda-nunda pengobatan dan bahkan bersikap tidak mau menjalani operasi. Hal ini menyebabkan kebutaan karena katarak yang sebenarnya *reversible* menjadi

gangguan yang dirasakan individu menstimulasikan dimulainya suatu proses sosial psikologis. Proses semacam ini menggambarkan berbagai tindakan yang dilakukan penderita mengenai gangguan yang dialami, dan merupakan bagian integral interaksi sosial pada umumnya.

Dalam melakukan penelitian ini, penulis mengalami kendala yaitu sulitnya menemukan penderita katarak senilis dalam waktu yang relatif singkat yaitu sekitar 3 bulan (minggu terakhir bulan Desember 2009 sampai dengan minggu pertama bulan Maret 2010), sehingga dalam penelitian ini hanya diperoleh 18 orang responden yang bersedia menjadi sampel.

Keterbatasan penelitian ini terletak pada tingkat pengetahuan penderita katarak senilis yang hanya dilihat dari tingkat pendidikan terakhir yang dimiliki penderita bukan dari tingkat pengetahuan penderita terhadap katarak senilis itu sendiri. Keterbatasan lainnya adalah penelitian ini hanya dilakukan di lingkup RSI Sultan Agung Semarang sehingga berpengaruh terhadap keterbatasan jumlah sampel yang diperoleh.



terlambat untuk dioperasi dan menjadi kebutaan permanen. Selain itu bila ditambah lagi dengan komplikasi atau penyulitnya, yaitu glaukoma sekunder atau *lens induced uveitis*, akan mengakibatkan pengelolaan menjadi lebih sulit (Notoatmodjo, 2003).

Sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak. Sikap belum merupakan suatu tindakan atau aktivitas, akan tetapi adalah merupakan predisposisi tindakan atau perilaku. Manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Dalam penentuan sikap yang utuh, pengetahuan, berpikir, keyakinan, dan emosi memegang peranan penting, sehingga dapat terbentuk sikap yang benar dan baik yang dapat ikut dalam menentukan tingkah laku seseorang terhadap sesuatu. Berkaitan dengan tindakan operasi katarak senilis, dengan adanya sikap yang positif memungkinkan tingginya keinginan penderita katarak senilis untuk bersedia dilakukan tindakan operasi tersebut.

Sebagaimana pendapat yang dikemukakan oleh Kosa dan Robertson yang dikutip Notoatmodjo (2003), mengatakan bahwa tindakan kesehatan individu cenderung dipengaruhi oleh kepercayaan orang yang bersangkutan terhadap kondisi kesehatan yang diinginkan. Tiap individu mempunyai cara yang berbeda dalam mengambil tindakan penyembuhan atau pencegahan berbeda, meskipun gangguan kesehatan sama. Pada umumnya tindakan yang diambil berdasarkan penilaian individu atau mungkin dibantu oleh orang lain terhadap gangguan tersebut. Penilaian semacam ini menunjukkan bahwa

BAB V

SIMPULAN DAN SARAN

5.1 Simpulan

5.1.1 Penderita katarak senilis dengan tingkat pendidikan yang tinggi memiliki kecenderungan untuk menyetujui tindakan operasi katarak senilis yang juga tinggi.

5.1.2 Tingginya sikap penderita diiringi dengan tingginya persetujuan tindakan operasi katarak senilis

5.1.3 Ada hubungan positif yang kuat dan bermakna antara tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*. Dan ada hubungan positif yang sangat kuat dan bermakna antara tingkat pendidikan dengan persetujuan tindakan operasi katarak senilis setelah *informed consent*.

5.2 Saran

5.2.1 Perlu dilakukan penelitian lebih lanjut dengan periode penelitian yang lebih lama, agar diperoleh sampel yang lebih banyak.

5.2.2 Perlu dilakukan penelitian dengan melibatkan tingkat pengetahuan penderita katarak senilis terhadap katarak senilis itu sendiri.

5.2.3 Melakukan penelitian di beberapa rumah sakit dengan pelayanan operasi katarak senilis.

DAFTAR PUSTAKA

- Anonim, 2003. Katarak Penyebab Terbesar Kebutaan. Available From: <http://www.pikiran-rakyat.com/cetak/0803/16/0303.htm>
- Azwar S., 2003, *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*, Edisi 2 , Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Bhaqwan J., Rastogi I.M., Malik J.S., Dhull C.S., 2006. Knowledge, attitude and practices regarding cataract surgery among senile cataract cases in Haryana. *Ind J Ophthalmol.* 31(2):66-68
- Chrisdiono M.A., 2002, *Dinamika Etika & Hukum Kedokteran dalam Tantangan Zaman*. Penerbit Buku Kedokteran EGC
- Dahlan S., 2003, *Hukum Kesehatan Rambu-rambu bagi Profesi Dokter*, Edisi 3, Badan Penerbit Universitas Diponegoro Semarang, 40, 43-45
- Faisal D., 1996. *Kebutaan dan Pemecahan Masalahnya di Indonesia*. Ophthalmologica Indonesiana
- Guwandi J., 2005, *Hukum Medik (Medical Law)*, Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, 224
- Hanafiah M.J., Amir A., 1999, *Etika Kedokteran & Hukum Kesehatan*, Penerbit Buku Kedokteran, 68
- Mangoenprasodjo A., 2005, *Mata Indah Mata Sehat*, Thinkfresh, Yogyakarta Januari 2005 hal 68
- Notoatmodjo, 2003, *Ilmu Kesehatan Masyarakat*, Cetakan II, PT Bhuneka Cipta, Jakarta, 130-131
- Samil R.S., 2001, *Etika Kedokteran Indonesia*, Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawirohardjo, Jakarta, 45
- Sirlan F., 2006, Healthy Eye District, a strategy to reach the goal of Vision 2020
- Sugiyono, 2005, *Statistika untuk Penelitian*, Edisi 7, CV Alfabeta, Bandung, 13
- Vaughan D.G., Riordan E., 2005. Dalam: Vaughan D.G., Asurt T, Riordan-Eva P. *Oftalmologi Umum*. Edisi 14. Alih bahasa: Tambajoong J, Pendi BU. Jakarta: Widya Medika.