

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Dukungan Keluarga

2.1.1 Dukungan

Dukungan adalah suatu keadaan yang bermanfaat bagi individu yang diperoleh dari orang lain yang dapat dipercaya, sehingga seseorang akan tahu bahwa ada orang lain yang memperhatikan, menghargai dan mencintainya (Amin, 2014). Dan menurut Sarwono (2003) dukungan adalah suatu upaya yang diberikan kepada orang lain, baik moral maupun materil untuk memotivasi orang tersebut dalam melaksanakan kegiatan.

2.1.2 Konsep keluarga

2.1.2.1 Pengertian keluarga

Menurut Setiadi (2008) bahwa keluarga adalah unit pelayanan karena masalah kesehatan keluarga saling berkaitan dan saling mempengaruhi antara sesama anggota dan akan mempengaruhi pada keluarga–keluarga yang ada disekitarnya atau dalam konteks yang luas berpengaruh terhadap negara.

Sedangkan pakar lain menyebutkan bahwa keluarga adalah satu lebih individu yang tinggal bersama, sehingga mempunyai ikatan emosional, dan mengembangkan dalam interaksi sosial, peran dan tugas (Allender *et al*, 2001 dalam Susanto, 2012). Pengertian yang lain keluarga adalah kumpulan dua orang manusia atau lebih, yang satu sama yang lain saling terikat secara emosional, serta bertempat tinggal

yang sama dalam satu daerah yang berdekatan (Friedman, 2002 dalam Muhlisin, 2012).

Berdasarkan pengertian dari beberapa ahli diatas dapat disimpulkan bahwa keluarga adalah kumpulan dua individu atau lebih yang terikat darah, perkawinan, atau adopsi yang tinggal dalam satu rumah atau jika terpisah tetap memperhatikan satu sama lain (Muhlisin, 2012).

2.1.2.2 Struktur keluarga

Struktur keluarga terdiri dari bermacam-macam menurut Padila (2012), diantaranya adalah:

- a. *Patrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur ayah.
- b. *Matrilineal* adalah keluarga sedarah yang terdiri dari sanak saudara sedarah dalam beberapa generasi dimana hubungan itu disusun melalui jalur ibu.
- c. *Matrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ibu.
- d. *Patrilokal* adalah sepasang suami istri yang tinggal bersama keluarga sedarah ayah.
- e. Keluarga kawin adalah hubungan suami istri sebagai dasar bagi pembinaan keluarga dan beberapa sanak saudara yang menjadi bagian keluarga karena adanya hubungan suami istri.

2.1.2.3 Ciri-ciri struktur keluarga

Ciri-ciri struktur keluarga menurut Padila (2012), meliputi:

- a. Terorganisasi yaitu saling berhubungan, saling ketergantungan antara anggota keluarga.

- b. Ada keterbatasan setiap anggota memiliki keterbatasan tetapi mereka juga mempunyai keterbatasan dalam menjalankan fungsi dan tugasnya masing-masing.
- c. Ada perbedaan dan kekhususan setiap anggota keluarga mempunyai peranan dan fungsinya masing-masing.

2.1.2.4 Tipe/bentuk keluarga

Menurut Friedman, Bowden, & Jones (2003) dalam Susanto (2012) tipe atau bentuk keluarga sebagai berikut:

- a. Tipe keluarga tradisional, terdiri dari:
 - 1) *The nuclear family* (Keluarga inti)
Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami, istri dan anak (kandung atau angkat)
 - 2) *The extended family* (Keluarga besar)
Suatu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya kakek, nenek, paman, bibi, atau keluarga yang terdiri dari tiga generasi yang hidup bersama dalam satu rumah, seperti nuclear family disertai: paman, tante, orang tua (kakek-nenek) dan keponakan.
 - 3) *The dyad family* (Keluarga “Dyad”)
Keluarga yang terdiri dari suami dan istri (tanpa anak) yang hidup bersama dalam satu rumah.
 - 4) *Single-parent* (Orang tua tunggal)
Suatu rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak (kandung atau angkat). Kondisi ini dapat disebabkan oleh perceraian atau kematian.
 - 5) *The single adult living alone/single adult family*
Suatu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa yang hidup sendiri karena pilihannya atau perpisahan (perceraian atau ditinggal mati).

6) *Blended family*

Duda atau janda karena perceraian yang menikah kembali dan membesarkan anak dari perkawinan sebelumnya.

7) *Kin-network family*

Beberapa keluarga inti yang tinggal dalam satu rumah atau saling berdekatan dan saling menggunakan barang-barang dan pelayanan yang sama (contoh: dapur, kamar mandi, televisi, telepon, dan lain-lain).

8) *Multigenerational family*

Keluarga dengan beberapa generasi atau kelompok umur yang tinggal bersama dalam satu rumah.

9) *Commuter family*

Kedua orang tua bekerja dikota yang berbeda, tetapi salah satu kota tersebut sebagai tempat tinggal dan orang tua yang bekerja diluar kota bisa berkumpul pada anggota keluarga pada saat “weekend”.

10) Keluarga usila

Suatu rumah tangga yang terdiri dari suami-istri yang berusia lanjut dengan anak yang sudah memisahkan diri.

11) *The childless family*

Keluarga tanpa anak karena terlambat menikah dan untuk mendapatkan anak terlambat waktunya yang disebabkan karena mengejar karier/pendidikan yang terjadi pada wanita.

b. Tipe keluarga non tradisional, terdiri dari:

1) *The unmarried teenage mother*

Keluarga yang terdiri dari orang tua (terutama ibu) dengan anak dari tanpa hubungan nikah.

2) *Commune family*

Beberapa pasangan keluarga yang tidak ada hubungan saudara yang hidup bersama dalam satu rumah, sumber dan fasilitas yang sama, pengalaman yang sama, sosialisasi anak dengan melalui aktivitas kelompok/membesarkan anak bersama.

3) *The nonmarital heterosexual chabiting family*

Keluarga yang hidup bersama dan berganti-ganti pasangan tanpa melalui pernikahan.

4) *Gay and lesbian family*

Dua individu yang sejenis atau yang mempunyai persamaan sex hidup bersama dalam satu rumah tangga sebagaimana “*marital pathners*”.

5) *Cohabiting family*

Orang dewasa yang hidup bersama diluar ikatan pernikahan karena beberapa alasan tertentu.

6) *Group-marriage family*

Beberapa orang dewasa yang menggunakan alat-alat rumah tangga bersama, yang saling merasa telah saling menikah satu dengan yang lainnya, berbagi sesuatu termasuk seksual dan membesarkan anak.

7) *Group network family*

Keluarga ini yang dibatasi oleh set aturan/nilai-nilai, hidup berdekatan satu sama lain dan saling menggunakan barang-barang rumah tangga bersama, pelayanan, dan bertanggung jawab membesarkan anaknya.

8) *Foster family*

Keluarga menerima anak yang tidak ada hubungan keluarga/saudara didalam waktu sementara, pada saat orang tua anak tersebut perlu mendapatkan bantuan untuk menyatukan kembali keluarga yang aslinya.

9) *Homeless family*

Keluarga yang terbentuk dan tidak mempunyai perlindungan yang permanen karena krisis personal yang dihubungkan dengan keadaan ekonomi dan atau *problem* kesehatan mental.

10) *Gang/together family*

Sebuah bentuk keluarga yang destruktif dari orang-orang muda yang mencari ikatan emosional dan keluarga yang mempunyai perhatian tetapi berkembang dalam kekerasan dan kriminal dalam kehidupan.

11) *The stepparent family*

Keluarga dengan orang tua tiri.

2.1.2.5 Fungsi keluarga

Friedman (2002) dalam Muhlisin (2012) mengidentifikasi lima fungsi dasar keluarga, yaitu:

a. Fungsi afektif dan koping

Fungsi afektif berhubungan erat dengan fungsi internal keluarga, yang merupakan basis kekuatan keluarga. Fungsi afektif berguna untuk pemenuhan kebutuhan psikososial. Keberhasilan melaksanakan fungsi afektif tampak pada kebahagiaan dan kegembiraan dari seluruh anggota keluarga. Tiap anggota keluarga saling mempertahankan iklim yang positif. Hal tersebut

dipelajari dan dikembangkan melalui interaksi dan hubungan dalam keluarga. Dengan demikian keluarga yang berhasil melaksanakan fungsi afektif, seluruh anggota keluarga dapat mengembangkan konsep diri yang positif.

Komponen yang perlu dipenuhi oleh keluarga dalam melaksanakan fungsi afektif adalah:

- 1) Saling mengasuh. Cinta kasih, kehangatan, saling menerima, saling mendukung antar anggota keluarga. Setiap anggota yang mendapatkan kasih sayang dan dukungan dari anggota yang lain maka kemampuannya untuk memberikan kasih sayang akan meningkat, yang pada akhirnya tercipta hubungan yang hangat dan saling mendukung. Hubungan intim didalam keluarga merupakan modal dasar dalam memberi hubungan dengan orang lain diluar keluarga/masyarakat.
- 2) Saling menghargai. Bila anggota keluarga saling menghargai dan mengakui keberadaan dan hak setiap anggota keluarga serta selalu memperhatikan iklim yang positif maka fungsi afektif akan tercapai.
- 3) Ikatan dan identifikasi. Ikatan keluarga dimulai sejak pasangan sepakat memulai hidup baru. Ikatan antar anggota keluarga dikembangkan melalui proses identifikasi dan penyesuaian pada berbagai aspek kehidupan anggota keluarga. Orang tua harus mengembangkan proses identifikasi yang positif sehingga anak-anak dapat meniru perilaku yang positif tersebut.

Fungsi afektif merupakan sumber “energi” yang menentukan kebahagiaan keluarga. Keretakan keluarga, kenakalan anak atau masalah keluarga timbul karena fungsi afektif yang tidak terpenuhi.

b. Fungsi sosialisasi

Sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dilalui, yang menghasilkan interaksi sosial dan belajar berperan dalam lingkungan sosial (Friedman, 2002).

c. Fungsi reproduksi

Keluarga berfungsi untuk meneruskan kelangsungan keturunan dan menambah sumber daya manusia. Dengan adanya program keluarga berencana maka fungsi ini sedikit terkontrol.

d. Fungsi ekonomi

Fungsi ekonomi merupakan keluarga untuk memenuhi kebutuhan akan makanan, pakaian dan tempat berlindung (rumah).

e. Fungsi perawatan kesehatan

Keluarga juga berfungsi untuk melaksanakan praktek asuhan kesehatan, yaitu untuk mencegah terjadinya gangguan kesehatan dan merawat anggota keluarga yang sakit. Kemampuan keluarga dalam memberikan asuhan kesehatan mempengaruhi status kesehatan keluarga. Kesanggupan keluarga melaksanakan pemeliharaan kesehatan dapat dilihat dari tugas kesehatan keluarga yang dilaksanakan. Keluarga yang dapat melaksanakan tugas kesehatan berarti sanggup menyelesaikan masalah kesehatan keluarga.

2.1.2.6 Tugas keluarga dalam kesehatan

Menurut Friedman (2002) dalam Muhlisin (2012) lima tugas kesehatan keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Mengetahui masalah kesehatan dalam keluarga.
- b. Membuat keputusan tindakan kesehatan yang tepat.
- c. Memberi perawatan pada anggota keluarga yang sakit.
- d. Mempertahankan atau menciptakan suasana rumah yang sehat.
- e. Mempertahankan hubungan dengan (menggunakan) fasilitas kesehatan masyarakat.

2.1.2.7 Dukungan keluarga

- a. Pengertian dukungan keluarga

Dukungan keluarga adalah sikap, tindakan dalam penerimaan keluarga terhadap penderita yang sakit. Keluarga terdiri atas ayah, ibu, anak dan untuk Indonesia dapat meluas mencakup saudara dari kedua belah pihak. Dalam semua tahap, dukungan keluarga menjadikan keluarga mampu berfungsi dengan kepandaian dan akal, sehingga akan meningkatkan kesehatan dan adaptasi mereka dalam kehidupan (Setiadi, 2008).

Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan dengan lingkungan sosialnya yang dapat diakses oleh keluarga yang dapat bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggota keluarga (Friedman, 2010).

- b. Bentuk dukungan keluarga

Ada 4 bentuk dukungan keluarga menurut Setiadi (2008) yaitu:

1) Dukungan informasional

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan diseminator (penyebarkan informasi) tentang dunia. Keluarga menjelaskan tentang pemberian saran, sugesti, informasi yang dapat digunakan mengungkapkan suatu masalah. Aspek-aspek dalam dukungan ini adalah nasehat, usulan, saran, petunjuk dan pemberian informasi. Dukungan informasional adalah tingkah laku yang berhubungan dengan pemberian informasi dan nasehat tentang situasi dan gejala sesuatu yang berhubungan dengan masalah yang dihadapi oleh individu.

2) Dukungan emosional

Dukungan dari keluarga akan membuat individu merasa berharga, nyaman, aman, terjamin dan disayang. Keluarga sebagai tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan terhadap emosi. Dukungan emosional adalah tingkah laku yang berhubungan dengan rasa tenang, senang, rasa memiliki, kasih sayang pada anggota keluarga baik anak maupun orang tua.

3) Dukungan penghargaan

Dukungan yang terjadi lewat ungkapan hormat atau penghargaan positif untuk orang lain contohnya seperti pujian, persetujuan orang lain, keluarga bertindak sebagai sebuah bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai sumber diantaranya memberikan *support*, penghargaan dan perhatian.

4) Dukungan instrumental

Dukungan yang bersifat nyata dan dalam bentuk materi dan waktu yang bertujuan untuk meringankan beban bagi individu yang membutuhkan orang lain untuk memenuhinya. Keluarga harus mengetahui jika seseorang dapat bergantung padanya dan memerlukan bantuan. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan instrumental adalah tingkah laku yang berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan yang sifatnya materi atau tenaga.

Kesimpulan dari jurnal Arifin *et al* (2015) disebutkan bahwa ada hubungan dukungan keluarga dengan kepatuhan. Dukungan yang diberikan kepada pasien agar mematuhi/patuh akan instuksi tenaga kesehatan berikan agar tujuan untuk memperoleh kesembuhan dapat tercapai.

2.2 Konsep Kepatuhan Kontrol

2.2.1 Pengertian kepatuhan

Kepatuhan adalah istilah yang dipakai untuk menjelaskan ketaatan atau pasrah pada tujuan yang telah ditentukan. Literatur keperawatan kesehatan mengemukakan bahwa kepatuhan berbanding lurus dengan tujuan yang dicapai pada program pengobatan yang ditentukan. Kepatuhan pada program kesehatan merupakan perilaku yang dapat diobservasi dan dengan begitu dapat langsung diukur (Susan, 2002). Dan menurut Niven (2012) kepatuhan adalah sejauh mana perilaku pasien sesuai dengan ketentuan yang diberikan oleh profesional kesehatan.

2.2.2 Faktor-faktor yang mempengaruhi kepatuhan

2.2.2.1 Faktor-faktor yang mempengaruhi dalam kepatuhan (Notoatmodjo, 2012) adalah sebagai berikut:

a. Motivasi

Motivasi adalah keadaan dalam pribadi seseorang yang mendorong keinginan individu untuk kegiatan tertentu guna mencapai suatu tujuan dan merupakan suatu dorongan dalam diri manusia yang menyebabkan seseorang berbuat sesuatu. Semua sehingga untuk dapat mengerti dan memahami tingkah laku manusia maka perlu dipahami dan mengerti motif dari perilakunya, yang berhubungan dengan kebutuhan aktualisasi diri dan penghargaan (internal) serta rasa aman.

b. Sikap

Sikap merupakan reaksi atau respon yang masih tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Sikap secara nyata menunjukkan konotasi adanya kesesuaian reaksi terhadap stimulus tertentu. Sikap terdiri dari berbagai tingkatan yaitu:

1) Menerima (*receiving*)

Menerima diartikan bahwa orang (subjek) mau dan memperhatikan stimulasi yang diberikan (objek).

2) Merespon (*responding*)

Memberikan jawaban apabila ditanya, mengerjakan, dan menyelesaikan tugas.

3) Menghargai (*valuing*)

Mengajak orang lain untuk mengerjakan atau mendiskusikan suatu masalah adalah suatu indikasi sikap tingkat tiga. Untuk berusaha mencari suatu

keselarasan, manfaat, tujuan dan dengan hubungan prosedur tindakan.

Sedangkan beberapa variabel yang memengaruhi tingkat kepatuhan menurut Brunner & Suddarth (2009) adalah:

- a. Faktor demografi seperti usia, jenis kelamin, status sosio-ekonomi dan pendidikan.
- b. Faktor penyakit seperti keparahan penyakit dan hilangnya gejala akibat terapi.
- c. Faktor program pelayanan seperti kompleksitas program dan efek samping yang tidak menyenangkan.
- d. Faktor psikososial seperti intelegensia atau tingkat pengetahuan, sikap terhadap tenaga kesehatan, penerimaan, atau penyangkalan terhadap penyakit, keyakinan agama atau budaya dan biaya finansial dan lainnya.

2.2.3 Strategi meningkatkan kepatuhan

Menurut Smet dalam Niven (2012) berbagai strategi telah dicoba untuk meningkatkan kepatuhan adalah :

2.2.3.1 Dukungan profesional kesehatan

Dukungan profesional kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kepatuhan, contoh yang paling sederhana dalam hal dukungan tersebut adalah dengan adanya teknik komunikasi. Komunikasi memegang peranan penting karena komunikasi yang baik diberikan oleh profesional kesehatan baik dokter/perawat dapat menanamkan ketaatan bagi pasien.

2.2.3.2 Dukungan sosial/keluarga

Dukungan sosial yang dimaksud adalah keluarga. Para profesional kesehatan yang dapat meyakinkan keluarga

pasien untuk menunjang peningkatan kesehatan pasien maka ketidakpatuhan dapat dikurangi.

2.2.3.3 Perilaku sehat

Modifikasi perilaku sehat sangat diperlukan. Untuk pasien dengan penggunaan narkoba suntik diantaranya adalah tentang bagaimana cara untuk menghindari akibat yang lebih berat lebih lanjut apabila tetap menggunakan narkoba suntik. Modifikasi gaya hidup dan kontrol secara teratur atau minum obat sangat perlu bagi pasien.

2.2.3.4 Pemberian informasi

Pemberian informasi yang jelas pada pasien dan keluarga mengenai penyakit yang dideritanya serta cara pengobatannya.

2.2.4 Faktor-faktor yang mempengaruhi ketidakpatuhan

Faktor yang memengaruhi ketidakpatuhan dapat digolongkan menjadi empat bagian menurut Niven (2012) antara lain:

2.2.4.1 Pemahaman tentang instruksi, tidak seorang pun dapat mematuhi instruksi jika ia salah paham tentang instruksi yang diberikan padanya.

2.2.4.2 Kualitas interaksi.

Kualitas interaksi antara profesional kesehatan dan pasien merupakan bagian yang penting dalam menentukan derajat kepatuhan.

2.2.4.3 Isolasi sosial dan keluarga.

Keluarga dapat menjadi faktor yang sangat berpengaruh dalam menentukan keyakinan dan nilai kesehatan dan nilai

kesehatan individu serta juga dapat menentukan program pengobatan yang dapat mereka terima.

2.2.4.4 Keyakinan, sikap dan kepribadian.

Niven telah membuat suatu usulan bahwa model keyakinan kesehatan berguna untuk memperkirakan adanya ketidakpatuhan.

Menurut Niven (2012) derajat ketidakpatuhan itu ditentukan oleh beberapa faktor, yaitu: kompleksitas prosedur pengobatan, derajat perubahan gaya hidup yang dibutuhkan, lamanya waktu dimana pasien harus mematuhi program tersebut, apakah penyakit tersebut benar-benar menyakitkan, apakah pengobatan itu berpotensi menyelamatkan hidup, keparahan penyakit yang dipersepsikan sendiri oleh pasien dan bukan petugas kesehatan.

2.2.5 Kontrol/*controlling post* operasi katarak

2.2.5.1 Definisi kontrol

Kontrol/*controlling* adalah pengendalian atau memeriksa segala sesuatu terjadi sesuai dengan rencana yang diambil, instruksi yang diberikan, dan prinsip-prinsip yang ditegakkan (Maryunani, 2010).

2.2.5.2 Tujuan kontrol

Tujuan dari kontrol/*controlling* yaitu agar dapat menunjukkan kelemahan dan kesalahan agar dapat meralat dan mencegah kelemahan dan kesalahan terjadi kembali (Maryunani, 2010).

Kontrol teratur *post* operasi sangat penting untuk mencegah kejadian infeksi *post* operasi yang dapat berakibat buruk bagi penglihatan (Sugiarti *et al*, 2016).

2.2.5.3 Standar kontrol *post* operasi katarak

Kontrol ke dokter setelah operasi katarak dilakukan 1 hari setelah operasi katarak, 1–2 minggu setelah operasi katarak dan kontrol terakhir 1 bulan setelah operasi katarak (NVEyeSurgery, 2016).

Menurut ketentuan RSI Sultan Agung (2015) menyebutkan untuk jadwal pasien kontrol ke dokter setelah operasi katarak dilakukan pemeriksaan mata sehari setelah operasi, setelah 1 minggu dan 1 bulan setelah operasi, tetap melakukan kontrol ke dokter mata walaupun kondisi sudah membaik.

Pasien akan membuat janji kontrol/kunjungan selanjutnya yaitu pada saat sehari setelah operasi, dan pasien juga memerlukan kunjungan/kontrol kedua setelah satu minggu operasi (Stanley *et al*, 2007).

Adapun standar kontrol pada pasien *post* operasi katarak yang diberlakukan di Poliklinik Mata RSUD Dr. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, yaitu: Satu hari setelah operasi melakukan kontrol untuk melepas perban, dilanjutkan kontrol pada minggu pertama, minggu kedua, minggu ketiga dan minggu keempat (1 bulan) setelah dilakukannya operasi. Namun kontrol yang dilakukan tidak boleh lewat lebih dari satu hari, dari tanggal kontrol yang telah ditetapkan dan kontrol ini harus tetap dilakukan walaupun pasien merasakan matanya sudah dalam keadaan baik/nyaman.

Kontrol yang dilakukan oleh pasien katarak ke dokter dikarenakan operasi yang mereka jalani untuk mendapatkan kesembuhan penglihatannya. Karena operasi merupakan salah satu cara untuk menyembuhkan katarak. Menurut

World Health Organization (WHO) dalam jurnal Huang (2012) merekomendasikan bagi pasien katarak yang telah menjalani operasi untuk melakukan kunjungan ulang sesuai dengan instruksi dokter dengan tujuan mengelola komplikasi *post operasi* katarak yang mungkin terjadi.

2.3 Konsep Katarak

2.3.1 Pengertian katarak

Katarak berasal dari bahasa Yunani *Katarrhakies*, Inggris *Cataract*, dan Latin *cataracta* yang berarti air terjun. Dalam bahasa Indonesia disebut bular dimana penglihatan seperti tertutup air terjun akibat lensa yang keruh (Ilyas *et al*, 2014).

Katarak adalah setiap keadaan kekeruhan pada lensa yang dapat terjadi akibat *hidrasi* (penambahan cairan) lensa, denaturasi protein lensa atau akibat keduanya (Mansjoer, 2000 dalam Aspiani, 2014). Katarak adalah opasitas lensa kristalina yang normalnya jernih. Biasanya terjadi akibat proses penuaan tapi dapat timbul pada saat kelahiran (*katarak kongenital*) (Brunner *et al*, 2002).

2.3.2 Klasifikasi katarak

Menurut Jitowiyono *et al* (2012) menyebutkan ada 3 klasifikasi dari katarak, yaitu:

2.3.2.1 Katarak kongenital

Katarak kongenital adalah katarak sebagian pada lensa yang sudah didapatkan pada waktu lahir. Jenisnya adalah :

- a. Katarak lamellar atau zonular
- b. Katarak polaris posterior
- c. Katarak polaris anterior
- d. Katarak inti (katarak nuklear)
- e. Katarak sutural

2.3.2.2 Katarak juvenil

Katarak juvenil adalah katarak yang terjadi pada anak-anak sesudah lahir.

2.3.2.3 Katarak senil

Katarak senil adalah kekeruhan lensa yang terjadi karena bertambahnya usia.

a. Katarak senil ada beberapa macam, yaitu:

1) Katarak nuklear

Kekeruhan yang terjadi pada inti lensa.

2) Katarak kortikal

Kekeruhan yang terjadi pada korteks lensa.

3) Katarak kupliform

Terlihat pada stadium dini katarak nuklear atau kortikal.

b. Katarak senil dapat dibagi atas stadium:

1) Katarak insipiens

Katarak yang tidak teratur seperti bercak-bercak yang membentuk gerigi dengan dasar diperifer dan daerah jernih diantaranya.

2) Katarak imatur

Terjadi kekeruhan yang lebih tebal tetapi tidak atau belum mengenai seluruh lensa sehingga masih terdapat bagian-bagian yang jernih pada lensa.

3) Katarak matur

Bila proses degenerasi berjalan terus maka akan terjadi pengeluaran air bersama-sama hasil desintegritas melalui kapsul.

4) Katarak hiper matur

Terjadi akibat proses degenerasi lanjut sehingga korteks lensa mencair dan dapat keluar melalui kapsul lensa.

5) Katarak komplikasi

Terjadinya akibat penyakit lain. Penyakit tersebut dapat intraokular atau penyakit umum.

6) Katarak Traumatik

Terjadi akibat ruda paksa atau katarak traumatik.

2.3.3 Etiologi katarak

Terdapat ada 6 penyebab kenapa katarak bisa terjadi, yaitu:

2.3.3.1 Ketuaan biasanya dijumpai pada katarak senilis atau karena usia

2.3.3.2 Trauma terjadi oleh karena pukulan benda tajam/tumpul, terpapar oleh sinar X atau benda-benda radioaktif

2.3.3.3 Penyakit mata seperti *uveitis*

2.3.3.4 Penyakit sistemis seperti DM

2.3.3.5 Defek kongenital (Jitowiyono *et al*, 2012)

2.3.3.6 Infeksi virus dimasa pertumbuhan janin (Aspiani, 2014)

2.3.4 Manifestasi katarak

Menurut Budiono *et al* (2013) menyebutkan ada 3 manifestasi umum katarak, yaitu:

2.3.4.1 Kabur

Penderita pada umumnya datang saat kekeruhan terjadi pada kedua mata meski derajat katarak kedua mata berbeda. Kekaburan yang dirasa bersifat perlahan dan penderita merasa melihat melalui kaca yang buram. Pada tahap awal kekeruhan lensa penderita dapat melihat bentuk akan tetapi tidak dapat melihat detail.

2.3.4.2 Silau

Katarak menyebabkan gangguan pembiasan lensa akibat perubahan bentuk, struktur dan indeks bias lensa. Segala jenis katarak pada umumnya akan mengeluh silau akan tetapi terbanyak pada katarak sub kapsular posterior.

2.3.4.3 Gangguan penglihatan warna

Lensa yang bertambah kuning atau kecoklatan akan menyebabkan gangguan diskriminasi warna, terutama pada spektrum cahaya biru.

2.3.5 Patofisiologi katarak

Menurut Brunner and Suddarth (2012) dalam Aspiani (2014) menjelaskan bahwa dalam keadaan normal transparansi lensa terjadi karena adanya keseimbangan antara protein yang dapat larut dan yang tidak dapat larut dalam membran semipermeabel. Apabila terjadi peningkatan jumlah protein yang tidak dapat diserap, mengakibatkan jumlah protein dalam lensa melebihi jumlah protein pada bagian lain sehingga membentuk masa transparan atau bintik kecil disekitar lensa, membentuk suatu kapsul yang dikenal dengan katarak. Terjadi penumpukan cairan dan disintegrasi pada serabut tersebut mengakibatkan jalannya cahaya terhambat dan mengakibatkan gangguan penglihatan.

Katarak biasanya terjadi *bilateral*, namun mempunyai kecepatan yang berbeda. Dapat disebabkan oleh kejadian trauma maupun sistematis, seperti DM, namun sebenarnya merupakan *konsekuensi* dari proses penuaan yang normal. Kebanyakan katarak berkembang secara kronik dan matang ketika orang memasuki *dekade* ke tujuh. Katarak dapat bersifat kongenital dan harus diidentifikasi awal, karena bila tidak didiagnosa dapat menyebabkan ambliopia dan kehilangan penglihatan

permanen. Faktor yang paling sering yang berperan dalam terjadinya katarak meliputi radiasi sinar *ultraviolet B*, obat-obatan alkohol, merokok, *DM*, dan asupan vitamin *antioksidan* yang kurang dalam jangka waktu lama.

2.3.6 Pemeriksaan penunjang

Ada 6 pemeriksaan penunjang yang dalam dilakukan (Aspiani, 2014), yaitu:

- 2.3.6.1 Uji refraksi, tekanan darah, riwayat alergi obat, *Uji anel*, *Uji keratometri*.
- 2.3.6.2 Pengukuran *tonometry*: mengkaji *intraokular*, (TIO) normalnya 12-25 mmHg.
- 2.3.6.3 Pemeriksaan *oftalmoskop*: mengkaji struktur *intraokular*, mencatat atrofi lempeng optik, pupil edema, perdarahan retina.
- 2.3.6.4 Dilatasi dan pemeriksaan belahan lampu memastikan diagnosa katarak.
- 2.3.6.5 Pemeriksaan darah lengkap, LED: menunjukkan *anemia sitemik/infeksi*.
- 2.3.6.6 *Tes toleransi glukosa*: menentukan adanya atau kontrol diabetes.

2.3.7 Penatalaksanaan katarak

Menurut Aspiani (2014) menjelaskan bahwa pembedahan dilakukan bila ketajaman penglihatan sudah menurun sehingga mengganggu pekerjaan. Jenis pembedahan untuk katarak:

2.3.7.1 *Extracapsular cataract extractie* (ECCE)

Isi lensa dikeluarkan setelah pembungkus depan dibuat lubang sedang pembungkus belakang ditinggalkan. Dengan teknik ini terdapat ruang bebas ditempat bekas lensa sehingga memungkinkan menempatkan lensa pengganti yang disebut

sebagai lensa tanam bilik mata belakang (*posterior chamber intraocular lens*). Dengan teknik ini sayatan lebih kecil (10-11 mm), sedikit jahitan dan waktu penyembuhan lebih pendek.

2.3.7.2 *Intra capsular cataract extractie* (ICCE)

Intra capsular cataract extractie adalah mengeluarkan lensa dalam keadaan lensa utuh. Dilakukan dengan membuka/menyayat selaput bening dan memasukkan alat melalui *pupil*, kemudian menarik lensa keluar. Seluruh lensa dengan pembungkus atau kapsulnya dikeluarkan dengan lidi (*probe*) beku (*dingin*). Pada operasi dibuat sayatan selaput bening yang cukup luas, jahitan yang banyak (14-15 mm) sehingga penyembuhan lukanya memakan waktu yang lama.

2.3.7.3 *Fakoemulsifikasi*

Fakoemulsifikasi bertujuan untuk mencegah astigmatisme *post* operasi EKE, maka luka dapat diperkecil dengan tindakan bedah fakoemulsifikasi. Pada tindakan ini lensa yang katarak difragmentasi dan diaspirasi.

Tindakan operasi katarak dengan teknik *fakoemulsifikasi* memiliki banyak keunggulan diantaranya:

- a. Dengan alat fako seluruh lensa dapat dihancurkan dan kemudian disedot/dihisap keluar.
- b. Penggunaan lensa tanam hanya cukup ditutup dengan 1 atau 2 jahitan, atau pada kondisi tertentu tidak memerlukan jahitan sama sekali.
- c. Masa penyembuhan lebih singkat.

Setelah pembedahan pasien segera diberi obat untuk mengurangi rasa sakit karena operasi katarak adalah suatu

tindakan yang menyayat. Antibiotik diperlukan atas dasar kemungkinan terjadinya infeksi karena kebersihan yang tidak sempurna. Pasien diberi obat tetes mata steroid untuk mengurangi reaksi radang akibat tindakan bedah dan diberikan obat tetes mata yang mengandung antibiotik untuk mencegah infeksi.

Perawatan *post* operasi katarak adalah bertujuan mencegah:

- a. Peningkatan tekanan intra okular (TIO)
- b. Tegangan pada jahitan
- c. Perdarahan pada ruangan anterior
- d. Infeksi

Post operasi komplikasi yang mungkin setelah dilakukan pembedahan misalnya, glaukoma, ablasi retina, perdarahan vitreus, infeksi dll. Penatalaksanaan setelah operasi terutama dilanjutkan untuk mencegah infeksi dan terbukanya luka operasi. Pasien diminta tidak banyak bergerak dan menghindari mengangkat beban berat selama satu bulan. Mata ditutup selama beberapa hari atau dilindungi dengan kaca mata atau pelindung pada siang hari selama beberapa minggu harus dilindungi dengan pelindung logam pada malam hari. Kaca mata permanen diberikan 6 sampai 8 minggu setelah operasi (Ilyas, 2001 dalam Aspiani, 2014).

2.3.8 Komplikasi katarak

Komplikasi *post* operasi katarak, diantaranya (Aspiani, 2014):

- 2.3.8.1 Edema kornea
- 2.3.8.2 Prolaps iris
- 2.3.8.3 Bilik mata depan yang dangkal
- 2.3.8.4 Glaukoma

2.3.8.5 Hipermetropia tinggi absolut (menyebabkan kehilangan kekuatan konvergensi sekitar 18 dioptri dan bersifat absolut karena tidak ada bagian yang dapat mengkompensasi daya akomodasi).

2.3.8.6 Astigmatisme

2.3.8.7 Kehilangan daya akomodasi

2.3.8.8 Perubahan persepsi warna

2.3.9 Asuhan keperawatan *post* operasi katarak

Ada dua jenis asuhan keperawatan *post* operasi katarak menurut Muttaqin *et al* (2009), yaitu:

2.3.9.1 Pasien rawat jalan

Kepala pasien tidak boleh digerakkan saat dipindah dari meja operasi ke tempat tidur. Penting untuk memberitahu pasien sebelum menyentuh pasien yang buta atau menggunakan perban dimata. Observasi keadaan umum pasien. Pasien biasanya dirawat di ruang pemulihan selama 2–3 jam *post* operasi. Mual dan muntah dapat menyebabkan kerusakan pada jahitan mata. Oleh karena itu, jika pasien merasa mual, harus segera diberi obat antiemetik dan tidak memberikan makanan dan minuman. Nyeri mendadak pada mata atau perubahan visus merupakan indikasi perdarahan dan harus mendapatkan perhatian medis segera.

a. Bebat mata

Bebat mata biasanya diletakkan pada mata yang telah dioperasi. Jika diperlukan pembatasan gerak mata, maka kedua mata dibebat. Saat melakukan bebat pada mata, mulai dengan cuci tangan, lalu bersihkan kulit dahi dan pipi pasien, dan siapkan plester nonalergenik untuk mengamankan bebat. Beritahu pasien untuk menutup kedua mata dan letakkan kasa diatas kelopak mata yang

akan dibebat. Pasang plester diatas kasa secara diagonal dari pipi ke dahi. Jika diperlukan balutan tekan (misalnya pada pembedahan retina), gunakan dua kasa.

Hal ini dilakukan untuk proteksi lebih lanjut atau untuk tidur, *shield* plastik atau logam diletakkan diatas bebat. Setelah penyembuhan, *shield* digunakan pada mata tanpa bebat dibawahnya. Hal ini diperlukan selama 2–6 minggu bergantung pada instruksi medis.

b. Medikasi

Instruksi yang berhubungan dengan medikasi *post* operasi dan jadwal pemberian diberikan sebelum pasien pulang. Pasien atau anggota keluarga lain yang berkepentingan diberitahukan cara memberikan obat mata.

2.3.9.2 Pasien rawat inap

Berdasarkan beberapa alasan, pasien perlu rawat inap. Perawatan umum sama dengan pasien rawat jalan. Namun, setelah pasien kembali keruang perawatan, perawat harus memberi tahu keluarga pasien secara tepat tentang kebutuhan perawatan pasien. Keluarga harus diberitahu apakah boleh miring pada satu atau dua sisi mata, harus mempertahankan kelurusan punggung, hanya boleh telentang, apakah pasien boleh menggunakan bantal dibawah kepala, dan seberapa banyak bagian kepala tempat tidur boleh ditinggikan.

Aktivitas seksual biasanya dapat dimulai 1–8 minggu *post* operasi, bergantung prosedur operasi yang dilakukan. Perawat harus memastikan bahwa pasien mengerti apa yang dijelaskan. Pasien dan keluarga harus didorong untuk mematuhi program pengobatan selama periode penyembuhan

dirumah sehingga tidak membahayakan keberhasilan operasi (Brunner *et al*, 2002).

2.3.10 Pendidikan pasien dan pertimbangan perawatan dirumah

Setelah periode penyembuhan *post* operasi yang singkat setelah ekstraksi katarak dan implantasi IOL, pasien dipulangkan dengan disertai instruksi mengenai obat mata, pembersihan dan perlindungan, tingkat dan pembatasan aktivitas, diet, pengontrolan nyeri, pemberian posisi, janji kontrol, proses *post* operatif yang diharapkan, dan gejala yang harus dilaporkan segera kepada ahli bedah (Brunner *et al*, 2002).

Menurut Mansjoer (2008) dalam Rahmadani (2016) mengatakan tidak terdapat pengobatan katarak, meskipun ada yaitu dengan teknik pembedahan/operasi. Pembedahan/operasi dapat dilakukan bila tajam penglihatan sudah menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari atau bila telah menimbulkan penyulit seperti glaukoma dan uveitis. Katarak hanya dapat diatasi melalui prosedur operasi. Dari penjelasan tersebut sudahlah jelas bahwa untuk menghilangkan/mengobati katarak agar penglihatan kembali baik yaitu, hanya dapat diatasi dengan operasi.

2.4 Konsep Operasi

2.4.1 Pengertian operasi/pembedahan

Menurut Maryunani (2014) berikut ini merupakan beberapa dari operasi/pembedahan dan hal-hal yang berkaitan dengan pembedahan:

2.4.1.1 Bedah atau pembedahan (Bahasa Inggris: *Surgery*, Bahasa Yunani: *Cheirourgia* “pekerjaan tangan”) adalah spesialisasi dalam kedokteran yang mengobati penyakit atau luka dengan operasi manual dan instrumen. Ahli bedah (*surgeon*) dapat merupakan dokter, dokter gigi, atau dokter hewan yang memiliki spesialisasi dalam bidang ilmu bedah.

- 2.4.1.2 Operasi merupakan tindakan pembedahan pada suatu bagian tubuh (Smeltzer and Bare, 2002). Pembedahan merupakan salah satu cara utama dalam pengobatan medis.
- 2.4.1.3 Pembedahan atau operasi adalah semua tindakan pengobatan yang menggunakan cara invasif dengan membuka atau menampilkan bagian tubuh yang akan ditangani (R.Sjamsuhidajat & Wim de Jong, 2005).
 - a. Pembukaan bagian tubuh ini umumnya menggunakan sayatan.
 - b. Setelah bagian yang ditangani ditampilkan, dilakukan tindakan perbaikan yang diakhiri dengan penutupan dan penjahitan luka.

2.4.2 Macam-macam pembedahan

- 2.4.2.1 Menurut Barbara C. Long dalam Maryunani (2014) menguraikan pembedahan diklasifikasikan menurut beberapa cara, seperti menurut lokasi/letak pembedahan, luas pembedahan, dan tujuan pembedahan. Masing-masing dari tipe pembedahan. Masing-masing dari tipe pembedahan tersebut dijelaskan sebagai berikut:
 - a. Menurut lokasi pembedahan:

Pembedahan menurut lokasi pembedahan diklasifikasikan lagi menurut eksternal/internal dan menurut lokasi bagian tubuh/sistem tubuh. Masing-masing diuraikan sebagai berikut:

 - 1) Klasifikasi menurut pembedahan eksternal dan internal:

Menurut lokasi pembedahan, pembedahan dapat dilakukan secara eksternal maupun internal:

 - a) Pembedahan eksternal/luar:
 - (1) Pembedahan eksternal/luar dilakukan pada kulit atau jaringan yang berada dibawahnya.

(2) Pembedahan eksternal/luar mempunyai beberapa kerugian/dampak, seperti bisa menyebabkan jaringan parut atau tampak adanya bekas luka, dan menyebabkan keluhan dan stress bagi pasien.

(3) Bedah plastik merupakan salah satu contoh bedah eksternal/luar dan yang ditujukan untuk rekonstruksi dan perbaikan terhadap jaringan yang rusak.

b) Pembedahan internal/dalam:

(1) Pembedahan internal/dalam berkenaan dengan penetrasi tubuh.

(2) Jaringan parut akibat dari bedah internal/dalam ini bisa tidak tampak, tetapi bahayanya bisa menyebabkan komplikasi, seperti perlengketan (adhesi).

(3) Pembedahan pada organ-organ dalam tubuh bisa menyebabkan penurunan fungsi tubuh jika jaringan yang penting diangkat.

2) Klasifikasi menurut lokasi bagian tubuh atau sistem tubuh, seperti:

a) Operasi/bedah dada.

b) Operasi jantung/bedah kardiovaskuler.

c) Operasi/bedah syaraf/neurologis.

b. Menurut luas pembedahan:

Menurut luasnya, pembedahan dibagi menjadi pembedahan minor dan pembedahan mayor, berikut ini:

1) Bedah Minor

- a) Bedah minor merupakan pembedahan sederhana yang sedikit menimbulkan resiko atau menimbulkan faktor resiko sedikit.
- b) Bedah minor menimbulkan trauma fisik yang minimal dengan resiko kerusakan yang minim.
- c) Bedah minor adalah operasi pada sebagian kecil dari tubuh yang mempunyai resiko komplikasi lebih kecil dibandingkan dengan operasi mayor.
- d) Pembedahan ini bisa dilakukan di ruang dokter, klinik, poliklinik rawat jalan, dan ruang klinik rawat inap.
- e) Sebagian besar bedah minor dilakukan dibawah anestesi lokal, tetapi adakalanya anestesi umum juga digunakan.
- f) Meskipun operasi ini dianggap minor/kecil. Seringkali bagi pasien tidak dianggap minor/kecil bagi pasien dan sering menimbulkan ketakutan dan kecemasan bagi pasien.

Contoh bedah minor yang ada di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, sebagai berikut: Soft Tissue Tumor, Fam (Fibro Adenoma Mamae), Ruptur Tendon, Katarak, Glaukoma, Debridemen, Amputasi, Bibir Sumbing (Labioschisis), Tonsilitis, Polip Nasal dan Sinusitis.

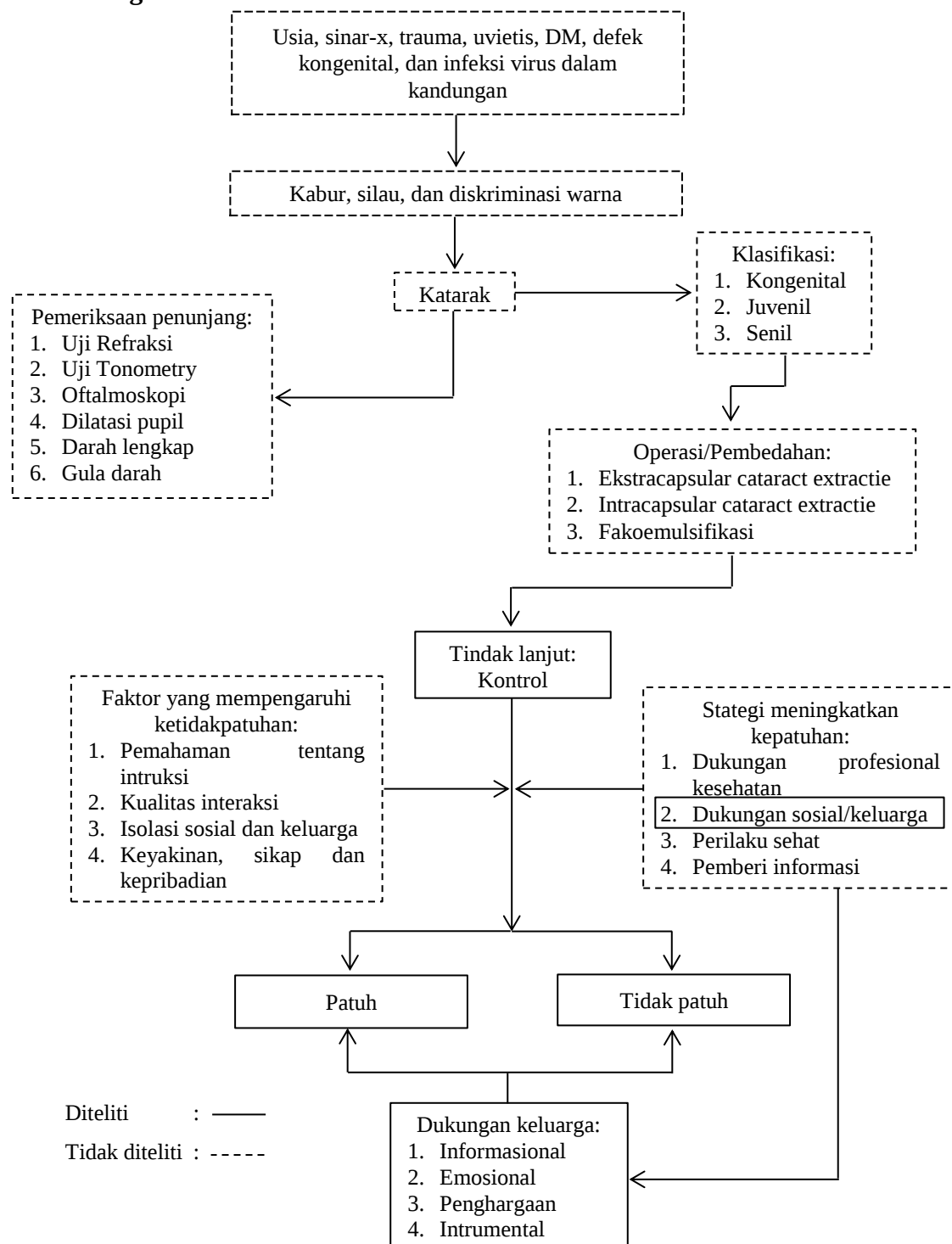
2) Bedah mayor

- a) Bedah mayor biasanya dilakukan dibawah anestesi umum dikamar operasi.

- b) Bedah mayor lebih berat daripada bedah minor, dan bisa menyebabkan resiko pembedahan atau memiliki faktor resiko lebih besar.
- c) Bedah mayor menimbulkan trauma fisik yang luas, resiko kematian sangat serius.
- d) Jadi, operasi mayor adalah operasi yang melibatkan organ tubuh secara luas dan mempunyai tingkat resiko yang tinggi terhadap kelangsungan hidup pasien.

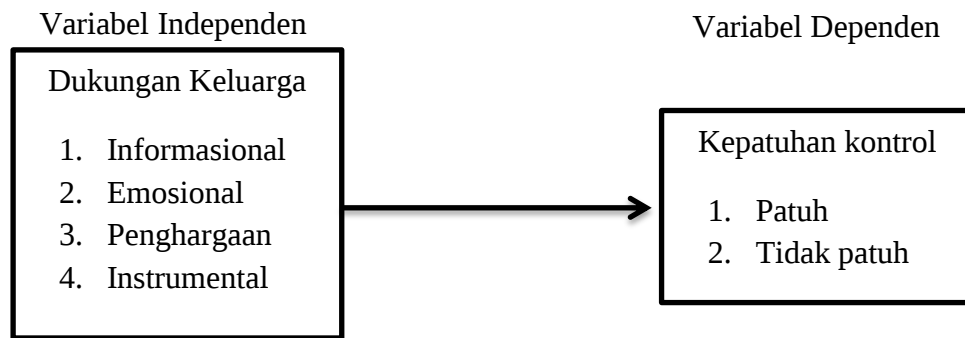
Contoh daftar bedah mayor yang ada di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin, sebagai berikut: SC, Kista Ovarium, Mioma Uteri (Histerektomi), Cole Sistektomi, Fraktur, Hernia, Appendiktomi, Mastektomi (Ca Mamae), Laparotomi, Eviserasi / Enukleasi dan Hipospadia.

2.5 Kerangka Teori



Gambar 2.1 Kerangka Teori
Modifikasi konsep dari: Aspiani (2014), Budiono *et al* (2013),
Jitowiyono *et al* (2012), Niven (2012), Setiadi (2008) dan
WHO dalam Huang (2012)

2.6 Kerangka Konsep Penelitian



Gambar 2.2 Kerangka Konsep Penelitian

2.7 Hipotesis Penelitian

“Terdapat Hubungan Antara Dukungan Keluarga Dengan Kepatuhan Kontrol Pada Pasien *Post Operasi Katarak* Di Poliklinik Mata RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin Tahun 2017”