



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN PEMANFAATAN
BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM) OLEH
PENDERITA KATARAK DI SUMATERA BARAT TAHUN 2009**

TESIS

**LILIYARNI
0706188630**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
DEPOK
JUNI 2009**



UNIVERSITAS INDONESIA

**DETERMINAN PEMANFAATAN
BALAI KESEHATAN MATA MASYARAKAT (BKMM) OLEH
PENDERITA KATARAK DI SUMATERA BARAT TAHUN 2009**



TESIS

**Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT**

**LILIYARNI
0706188630**

**FAKULTAS KESEHATAN MASYARAKAT
PROGRAM STUDI MAGISTER KESEHATAN MASYARAKAT
KEKHUSUSAN PROMOSI KESEHATAN
DEPOK
JUNI 2009**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Tesis ini adalah hasil karya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar**

Nama : Liliyarni

NPM : 0706188630

Tanda Tangan : 

Tanggal : 22 Juni 2009

SURAT PERNYATAAN

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya :

Nama : LILIYARNI
NPM : 0706188630
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Kekhususan : Promosi Kesehatan
Angkatan : 2007/2008
Jenjang : Magister

Menyatakan bahwa saya tidak melakukan kegiatan plagiat dalam penulisan tesis saya yang berjudul :

"Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat Tahun 2009".

Apabila suatu saat nanti terbukti saya melakukan tindakan plagiat, maka saya akan menerima sanksi yang telah ditetapkan.

Demikianlah surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya.

Denok, 22 Juni 2009



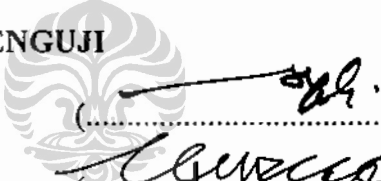
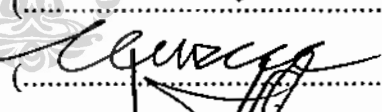


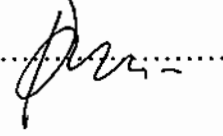
(Liliyarni)

HALAMAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :
Nama : LILYARNI
NPM : 0706188630
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)
Judul Tesis : Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat Tahun 2009

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat pada Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM), Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

Pembimbing : Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH (.....) 
Penguji : dr. Zarfiel Tafal, MPH (.....) 
Penguji : Pujiyanto, SKM, MKes (.....) 
Penguji : drg. Hermanto Setiahadhi, MS (.....) 
Penguji : Dr. P.A. Kodrat Pramudho, MKes (.....) 

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 22 Juni 2009

UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur penulis panjatkan kepada Allah SWT karena atas berkat dan rahmat-Nya saya dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat Tahun 2009” tepat pada waktunya. Penulisan tesis ini disusun dalam rangka memenuhi salah satu syarat untuk memperoleh gelar Magister Kesehatan Masyarakat (MKM) di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia.

Saya menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, dari masa perkuliahan sampai pada penyusunan tesis ini, sangatlah sulit bagi saya untuk menyelesaikan tesis ini. Oleh karena itu perkenankanlah saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Bapak Dr. Dian Ayubi, SKM, MQIH, selaku pembimbing akademik dan pembimbing dalam penyusunan tesis ini, yang telah banyak mengajari, memotivasi dan mendorong saya untuk mendapatkan yang terbaik serta memberi masukan dalam pencerahan pola pikir di tengah kesibukan dan kegiatan beliau yang sangat padat. Selanjutnya penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Drs. Bambang Wispriyono, Apt, PhD selaku Dekan FKM UI dan Ibu Dr. drg. Ella Nurlaela Hadi, MKes selaku ketua jurusan Pendidikan Kesehatan dan Ilmu Perilaku (PKIP) beserta seluruh staf pengajar civitas akademik FKM-UI yang telah memberikan kesempatan pada saya untuk memperkaya ilmu pengetahuan yang sangat berharga selama masa perkuliahan.
2. Bapak dr. Zarfiel Tafal, MPH, yang telah banyak memberikan saran dan masukan untuk kesempurnaan tesis ini mulai dari proposal, hasil penelitian dan ujian tesis.
3. Bapak Pujiyanto, SKM, MKes, Bapak drg. Hermanto Setiahadhi, MS dan Bapak Dr.P.A Kodrat Pramudho, SKM, MKes atas kesediaan dan waktunya memberikan saran dan masukan agar tesis ini lebih sempurna lagi.
4. Ibu dr. Hj. Rosnini Savitri, MKes selaku Kepala Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat dan Bapak drg. Bachtaruddin selaku Kepala UPTD BKMM

Sumatera Barat yang telah memberi izin dan kesempatan kepada saya untuk melanjutkan pendidikan ke jenjang yang lebih tinggi.

5. Masyarakat kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota yang telah bersedia menjadi responden pada penelitian ini, semoga apa yang diberikan dapat menjadi manfaat dalam pengambilan kebijakan kesehatan selanjutnya.
6. Teristimewa untuk suamiku yang telah banyak memberi bantuan baik moril dan materil serta atas kerelaan dan pengorbananmu aku bisa menyelesaikan studiku. Tak lupa buat anakku tersayang Ibnu Rafif yang terlalu lama aku tinggalkan ("maafkan bunda nak...") dalam penyelesaian tesis ini.
7. Ibundaku Hj. Kartina yang selalu mendoakan agar anaknya selalu diberi kemudahan dalam menyelesaikan pendidikan ini serta kakakku dan adikku yang selalu memberikan semangat dan dorongan.
8. Rekan-rekan seperjuangan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat angkatan 2007 khususnya jurusan Promosi Kesehatan, Win, Mbak Min, Tati, Arika, Apri, Mbak Reni, Mbak Ika, Priharika, dll yang telah banyak memberi masukan dan motivasi dalam perkuliahan dan penyusunan tesis ini.
9. Seluruh staf dan rekan-rekan BKMM Sumatera Barat, yang telah banyak membantu, memotivasi dan selalu memberi dorongan selama dalam masa perkuliahan dan penyusunan tesis ini (khususnya dr.Zukhri dan uni Susan).
10. Teman-teman dan adik-adikku di Kost Kania, Iin, Dewi, Gita, Piwi, teteh, ibuk dll yang selalu memberiku semangat dan bisa membuatku tertawa di tengah kesibukan yang terkadang membuat stress dalam penyusunan tesis ini.

Akhir kata saya berharap semoga Allah SWT memberi balasan yang berlipat ganda atas segala kebaikan semua pihak yang telah banyak membantu saya dalam penyelesaian pendidikan ini. Semoga tesis ini membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

Depok, Juni 2009

Liliyarni

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

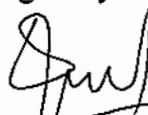
Nama : Liliyarni
NPM : 0706188630
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat
Departemen : Promosi Kesehatan
Fakultas : Kesehatan Masyarakat
Jenis Karya : Tesis

demikian mengembangkan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul :
"Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009".

berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada tanggal : 22 Juni 2009
Yang menyatakan


(Liliyarni)

ABSTRAK

Nama : LILYARNI
Program Studi : Ilmu Kesehatan Masyarakat (IKM)
Judul : Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Penelitian ini bertujuan mengetahui determinan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat. Penelitian ini *non experimental* dengan metode survey dan desainnya *cross sectional*. Penelitian ini dilakukan di Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota. Responden dipilih secara acak sebanyak 154 orang dengan usia di atas 40 tahun. Hasil penelitian menunjukkan 16,88 % masyarakat memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Ada hubungan antara pengetahuan, sikap, jarak, dan kepercayaan dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak ($p < 0,05$). Variabel paling dominan yang berhubungan dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak adalah pengetahuan (OR=8,8, 95% CI : 2,3-32,9). Perlunya peningkatan kuantitas KIE tentang BKMM, katarak (definisi, cara pencegahan, penyebab, tanda-tanda/gejala, penyembuhan dan cara mengobati) secara berkesinambungan dan mengembangkan sasaran KIE pada yang berusia muda.

Kata Kunci :
Pemanfaatan BKMM, Katarak, Kesehatan mata, Pengetahuan

ABSTRACT

Name : LILYARNI
Study Program : Public Health Science
Title : Determinant of Utilization of Public Eyes Health Center (BKMM) By Cataract Patients in West Sumatera Year 2009

This research aims to find out determinant of utilization of BKMM by cataract patients in West Sumatera. It is *non experimental* using *cross sectional* as survey and design method. It was conducted in Padang City and Limapuluh Kota Regency. Respondents were randomly selected of 154 people with age over 40 years old. Research results showed 16,88% of society taking advantage of BKMM as provider of cataract services facilities. There is correlation between knowledge, attitude, place, and trust with BKMM utilization by cataract patients ($p < 0,05$). The most dominant variables is knowledge (OR = 8,8, 95% CI : 2,3 - 32,9) associated with the utilization of BKMM by cataract patients. It need to increase quantity of KIE about BKMM, cataract (definition, prevention manner, cause, sings / symptoms, healing and treatment manner) continuously and develop objective of KIE to the young age.

Key Words :
Utilization of BKMM, Cataract, Eyes health, Knowledge

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
SURAT PERNYATAAN	iii
LEMBAR PENGESAHAN	iv
UCAPAN TERIMA KASIH	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vii
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xii
DAFTAR GAMBAR	xv
DAFTAR SINGKATAN	xvi
DAFTAR LAMPIRAN	xvii
1. PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Pertanyaan Penelitian	8
1.4 Tujuan Penelitian	8
1.4.1 Tujuan Umum	8
1.4.2 Tujuan Khusus	8
1.5 Manfaat Penelitian	9
1.5.1 Manfaat Bagi ilmu pengetahuan.....	9
1.5.2 Manfaat Bagi program.....	9
1.5.3 Manfaat Bagi Peneliti Lain	9
1.6 Ruang Lingkup Penelitian	10
2. TINJAUAN PUSTAKA	11
2.1 Indera Penglihatan (Mata)	11
2.2 Katarak	12
2.2.1 Pengertian Katarak	12
2.2.2 Faktor Resiko Penyebab Katarak	13
2.2.3 Tanda-Tanda dan Gejala Pada Katarak	15
2.2.4 Proses Terjadinya Katarak	17
2.2.5 Penentuan Diagnosa Katarak	18
2.2.6 Pengobatan Katarak	19
2.2.7 Kebutaan Katarak	20
2.3 Konsep Perilaku	21
2.3.1 Definisi Perilaku dan Perilaku Kesehatan	21
2.3.2 Teori-Teori Determinan Perilaku	22
2.4 Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM).....	25
2.4.1 Teori-teori Perilaku Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)	26

2.4.2 Model-Model Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM).....	28
2.4.3 Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) oleh Penderita Katarak.....	31
2.5. Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)	41
3. KERANGKA KONSEP, HIPOTESIS, DAN DEFINISI OPERASIONAL	44
3.1 Kerangka Konsep	44
3.2 Definisi Operasional	47
3.3 Hipotesis	50
4. METODOLOGI PENELITIAN	51
4.1 Jenis Penelitian	51
4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian	51
4.3 Populasi dan Sampel	52
4.3.1 Populasi	52
4.3.2 Sampel	52
4.4 Pengumpulan Data	54
4.4.1 Metode Pengumpulan Data	54
4.4.2 Instrumen Penelitian	55
4.4.3 Pengumpul Data	56
4.5 Pengukuran Variabel	56
4.5.1 Variabel Dependen	56
4.5.2 Variabel Independen	56
4.6 Pengolahan dan Analisa Data	60
4.6.1 Pengolahan Data	60
4.6.2 Analisis Data	61
5. HASIL PENELITIAN	63
5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian	63
5.2 Gambaran Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat	64
5.3 Gambaran Determinan Pemanfaatan BKMM Sebagai Fasilitas Pelayanan Katarak di Sumatera Barat	67
5.3.1 Umur.....	67
5.3.2 Jenis Kelamin.....	68
5.3.3 Pendidikan.....	69
5.3.4 Pekerjaan	69
5.3.5 Pengetahuan	70
5.3.6 Sikap	72
5.3.7 Jarak	73
5.3.8 Biaya Pengobatan	74
5.3.9 Kepercayaan	75
5.3.10 Kebutuhan	76
5.3.11 Keterpaparan Informasi	77
5.4 Gambaran Hubungan antara Variabel Independen dan Dependen (Analisa Bivariat)	78

5.5 Seleksi Variabel Independen untuk Kandidat Multivariat	81
5.6 Analisis Multivariat Determinan Perilaku Pemanfaatan BKMM sebagai Fasilitas Pelayanan Katarak	82
6. PEMBAHASAN	85
6.1 Keterbatasan Penelitian	85
6.2 Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak	86
6.3 Determinan Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat	87
6.3.1 Variabel yang Berhubungan Bermakna	89
6.3.2 Variabel yang Tidak Berhubungan Bermakna.....	96
7. KESIMPULAN DAN SARAN	106
7.1 Kesimpulan	106
7.2 Saran	106
DAFTAR REFERENSI.....	109
LAMPIRAN	



DAFTAR TABEL

Tabel 1.1.	Jumlah Kunjungan Pasien Katarak ke BKMM Sumatera Barat Tahun 2004-2008.....	7
Tabel 3.1.	Definisi Operasional Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	47
Tabel 4.1.	Besar Sampel Minimal dari Variabel yang Berhubungan dengan Pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak.....	53
Tabel 5.1.	Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pemeriksaan Gangguan Penglihatan Sehubungan dengan Katarak yang Dialami pada 6 (Enam) Bulan Terakhir Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	64
Tabel 5.2.	Distribusi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Pernah Memeriksa Gangguan Penglihatan Sehubungan Katarak yang Dialaminya Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	64
Tabel 5.3.	Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Pemeriksaan Mata Sehubungan dengan Katarak yang Dialami Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	65
Tabel 5.4.	Distribusi Responden Alasan Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan BKMM dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009.....	66
Tabel 5.5.	Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	67
Tabel 5.6.	Deskripsi Umur Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	68
Tabel 5.7.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Umur Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	68
Tabel 5.8.	Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	68
Tabel 5.9.	Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	69
Tabel 5.10.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	69
Tabel 5.11.	Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009.....	70
Tabel 5.12.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pekerjaan Dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	70

Tabel 5.13.	Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Katarak Dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009.....	71
Tabel 5.14.	Deskripsi Skor Pengetahuan Responden Tentang Katarak Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	71
Tabel 5.15.	Distribusi Responden Berdasarkan Pengkategorian Pengetahuan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009	72
Tabel 5.16.	Deskripsi Skor Sikap Responden dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	72
Tabel 5.17.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Sikap Dalam Determinan Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	73
Tabel 5.18.	Deskripsi Skor Persepsi Keterjangkauan (Jarak) Responden Dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumbar thn 2009.....	73
Tabel 5.19.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Keterjangkauan (Jarak) Dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	74
Tabel 5.20.	Deskripsi Skor Persepsi Biaya Pengobatan Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	74
Tabel 5.21.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Biaya Pengobatan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	75
Tabel 5.22.	Deskripsi Skor Kepercayaan Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	75
Tabel 5.23.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kepercayaan dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	76
Tabel 5.24.	Deskripsi Skor Kebutuhan Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	76
Tabel 5.25.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kebutuhan Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	77
Tabel 5.26.	Distribusi Responden Berdasarkan Keterpaparan Informasi Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar tahun 2009.....	77
Tabel 5.27.	Deskripsi Skor Keterpaparan Informasi Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumbar thn 2009.....	78
Tabel 5.28.	Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Keterpaparan Informasi Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	78
Tabel 5.29.	Distribusi Responden Berdasarkan Determinan dan Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009.....	79

Tabel 5.30.	Hasil Seleksi Bivariat Kandidat Multivariat dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	81
Tabel 5.31.	Model Multivariat Regresi Logistik Determinan Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	82
Tabel 5.32.	Model Akhir Multivariat dengan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Pemanfaatan BKMM bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	83



DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1.	Mata Sehat	12
Gambar 2.2.	Mata Katarak	16
Gambar 2.3.	Bagan PRECEDE	24
Gambar 2.4.	<i>The Behavioral Model of Health Service Use</i>	29
Gambar 3.1.	Bagan Kerangka Teori Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak	45
Gambar 3.2.	Kerangka Konsep Determinan Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009	46



DAFTAR SINGKATAN

APBD	: Anggaran Pendapatan Belanja Daerah
APBN	: Anggaran Pendapatan Belanja Negara
ASKESKIN	: Asuransi Kesehatan Miskin
ASKES PNS	: Asuransi Kesehatan Pegawai Negeri Sipil
BKMM	: Balai Kesehatan Mata Masyarakat
CBM	: <i>Christoffel Blinden Mission</i>
CI	: <i>Confidence Interval</i>
Depkes	: Departemen Kesehatan
IOL	: <i>Intra Okuler Lens</i>
JAMKESMAS	: Jaminan Kesehatan Masyarakat
KIE	: Komunikasi, Informasi dan Edukasi
KTP	: Kartu Tanda Penduduk
LSM	: Lembaga Swadaya Masyarakat
OR	: <i>Odds Ratio</i>
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Risikesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RSUP	: Rumah Sakit Umum Pusat
SKRT	: Survey Kesehatan Rumah Tangga
UPTD	: Unit Pelaksana Teknis Daerah
WHO	: World Health Organization

DAFTAR LAMPIRAN

Nomor Lampiran

1. Informed Consent
2. Lembaran *Screening* Responden
3. Daftar Kuesioner Penelitian Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009
4. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Pengetahuan
5. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Sikap
6. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Jarak
7. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Biaya Pengobatan
8. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kepercayaan
9. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kebutuhan
10. Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Keterpaparan Informasi
11. Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Memanfaatkan BKMM atau Puskesmas yang Dikunjungi
12. Surat Izin Penelitian

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Pembangunan kesehatan bertujuan untuk meningkatkan kualitas sumber daya manusia serta kualitas kehidupan dan usia harapan hidup. Undang-undang Nomor 23 tahun 1992 tentang Kesehatan menjelaskan bahwa Pembangunan Kesehatan sebagai salah satu upaya Pembangunan Nasional yang diarahkan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan dan kemampuan masyarakat untuk hidup sehat. Salah satu upaya yang dikembangkan dalam pelayanan kesehatan ialah upaya kesehatan mata, yang merupakan salah satu faktor penting bagi peningkatan kualitas hidup masyarakat dalam mewujudkan manusia Indonesia yang cerdas, produktif, maju, mandiri, sejahtera, lahir dan bathin (Depkes RI, 2007).

Sebagai indera penglihatan, mata memiliki fungsi penting dalam mengidentifikasi segala bentuk rangsang visual yang kemudian akan diteruskan ke otak untuk diterjemahkan lebih lanjut dalam bentuk respon. Dalam hal ini, mata hanya berfungsi sebagai sarana pengirim pesan. Meski demikian, keberadaannya tidak bisa diabaikan dalam proses menerima dan merespon rangsangan visual. Mata memiliki kompleksitas dan kerumitan tersendiri dalam melaksanakan tugasnya (Djing, 2007).

Mata sebagai indera penglihatan yang sangat vital bagi kehidupan manusia mampu melakukan interaksi dengan lingkungan dan alam sekitarnya serta sangat menentukan kemampuan kerja seseorang di dalam meningkatkan kualitas hidup seseorang. Hal ini sesuai dengan diketahuinya bahwa 83,00% informasi sehari-hari masuk melalui jalur penglihatan, telinga / pendengaran 11,00%, hidung / penciuman 3,50%, kulit/perabaan 1,50%, dan lidah / pengecap 1,00% (Depkes RI, 2002 ; Wibowo, 2008)

Kesehatan mata yang tidak optimal akan menyebabkan gangguan penglihatan bahkan kebutaan yang bisa menimbulkan bencana sosial dan ekonomi bagi penderita dan keluarganya. Gangguan fungsi penglihatan akan menurunkan kemampuan individu dalam melakukan kegiatan sehari-hari (produktivitas) dan dalam gradasi yang lebih berat akan mengganggu kemampuan yang bersangkutan

dalam kegiatan sosial dan berdampak pada penurunan potensi ekonominya dengan kehilangan biaya yang sangat besar (Depkes RI, 2003 ; Depkes RI, 2006).

Gangguan penglihatan dan mata yang tidak berfungsi lagi akan menyebabkan kebutaan. Kebutuhan didefinisikan oleh WHO sebagai ketajaman penglihatan sentral sebesar 3/60 atau kurang apabila penglihatan pada mata terbaiknya dengan upaya koreksi maksimal, hanya dapat melihat jari tangan pada jarak sejauh 3 meter yang seharusnya dapat terlihat pada jarak 60 meter oleh mata normal.

WHO (2000) memperkirakan sedikitnya kurang lebih 180 juta orang di dunia terganggu penglihatannya dengan 45 juta penderita kebutaan di dunia dan 135 juta penduduk lainnya termasuk dalam katagori penglihatan *low vision*. Sembilan puluh persen diantaranya hidup di negara berkembang dan sepertiga diantaranya berada di kawasan Asia Selatan dan Tenggara. Indonesia menempati urutan pertama dengan prevalensi sebesar 1,5 % dari jumlah penduduk. Disusul oleh Bangladesh 1%, Myanmar 0,90%, Nepal, Maldives dan Bhutan 0,80%, India 0,70% dan Thailand 0,30%.

Gangguan penglihatan tersebut disebabkan oleh adanya penyakit mata yang diderita orang tersebut. Diketahui bahwa ada 4 penyakit mata utama yang menjadi penyebab gangguan penglihatan bahkan kebutaan, yakni : kelainan refraksi, katarak, *glaukoma* dan *xerofthalmia* (Depkes RI, 2008).

Penyebab utama kebutaan di tiap negara berbeda-beda sesuai dengan tingkat perkembangan suatu daerah. Katarak merupakan penyumbang terbesar dari prevalensi kebutaan seluruhnya. Menurut survey WHO tahun 2000 diperkirakan ada 25 juta penderita buta katarak di seluruh dunia, dimana hal ini merupakan 50% dari seluruh penyebab kebutaan lainnya. Di Indonesia sendiri, penyebab kebutaan tertinggi adalah katarak (Indrawati, 2005 ; WHO, 2000).

Sebagian besar penderita buta katarak berada di negara-negara berkembang, termasuk salah satunya Indonesia. Terjadinya angka kebutaan yang tinggi tersebut disebabkan karena adanya angka insidens katarak sebesar 0,10% per tahunnya. Dengan demikian terjadilah *backlog* kasus katarak yang cukup tinggi (Depkes RI, 2006).

Katarak adalah suatu gangguan penglihatan yang disebabkan karena kekeruhan yang terjadi pada lensa sehingga menghalangi jalannya sinar untuk dapat diterima dengan baik pada retina. Kekeruhan lensa ini merupakan proses alamiah dengan bertambah lanjutnya usia, menimbulkan perubahan pada mata (Djing, 2007). Jika katarak sudah sangat keruh, maka penglihatan menjadi sangat menurun dan jalan satu-satunya adalah dengan melakukan tindakan operasi katarak jika si pasien tidak ingin menderita kebutaan. Tindakan operasi ini dilakukan dengan tujuan untuk mengangkat lensa yang keruh tersebut dan menggantinya dengan IOL atau lensa buatan (Kanski, 2006 ; Vaughan, 2000).

Prevalensi kebutaan katarak akan terus meningkat seiring dengan pertambahan jumlah penduduk dan pertambahan angka harapan hidup. WHO mengatakan bahwa diperkirakan pada tahun 2020 dengan adanya pertambahan jumlah penduduk dan jumlah penduduk berusia tua akan meningkatkan jumlah kebutaan menjadi sebanyak 80 juta penderita. Indonesia bahkan diperkirakan akan berada pada urutan teratas dengan pertambahan penduduk berusia tua sebesar 414%. Ini merupakan persentase kenaikan paling tinggi di seluruh dunia, karena pada periode waktu yang sama kenaikan di beberapa negara secara berturut-turut adalah Kenya 347%, Brazil 255%, India 242%, China 220%, Jepang 129%, Jerman 66% dan Swedia 33% (Depkes RI, 2006 ; WHO, 2008).

Pada tahun 1996 Direktorat Jenderal Bina Kesehatan Masyarakat Departemen Kesehatan Republik Indonesia melakukan Survey Morbiditas Mata dan Kebutaan yang hasilnya menunjukkan prevalensi kebutaan meningkat menjadi 1,50% dibandingkan survey tahun 1982 yang hanya 1,20%. Prevalensi kebutaan terbanyak dalam hasil survey tersebut adalah katarak 0,78% dan penyebab kebutaan terbanyak adalah katarak sebesar 52%. Pada survey ini prevalensi kebutaan Sumatera Barat adalah sebesar 0,70%. Secara kualitatif dari survey tersebut juga diketahui bahwa pengetahuan, sikap, dan perilaku masyarakat terhadap kesehatan mata masih rendah akibat kurangnya kegiatan penyuluhan.

Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007 diketahui bahwa proporsi penduduk umur 30 tahun ke atas dengan katarak di propinsi Sumatera Barat adalah sebesar 24,50%. Angka ini jauh di atas angka nasional yang hanya 17,30%. Pada tahun 2005, Propinsi Jawa Barat juga

mengadakan survei kebutaan dan kesehatan mata yang hasilnya menunjukkan bahwa adanya peningkatan prevalensi kebutaan sebesar 3,60% dengan penyebab kebutaan terbanyak adalah katarak 80,60% dengan prevalensinya 2,90%.

Berdasarkan hasil survey kebutaan dan kesehatan mata di Sumatera Barat tahun 2008 diketahui bahwa prevalensi kebutaan pada 2 mata sebesar 0,20% dan kebutaan pada 1 mata sebesar 7,50% dengan penyebab kebutaan terbesar adalah gangguan lensa (katarak) sebesar 70,10%. Selain itu pada survey tersebut diketahui bahwa kebutaan 2 mata seluruhnya murni disebabkan oleh katarak. Morbiditas katarak pada survey ini ditemukan sebesar 14,80%. Secara kualitatif dari survey tersebut diketahui keterbatasan tindakan kuratif dalam kesehatan mata dikarenakan sakit mata tidak terkategori sebagai sakit yang dipahami masyarakat.

Perlu disadari bahwa dalam penanggulangan kebutaan katarak tersebut, dipengaruhi oleh perilaku atau konsep masyarakat itu sendiri tentang sakit. Persepsi masyarakat terhadap sehat-sakit erat hubungannya dengan perilaku pencarian pengobatan. Menurut Becker (1974) persepsi seseorang terhadap keseriusan penyakit dan kerentanan yang dirasakan terhadap penyakit, faktor demografi, manfaat dan rintangan yang dirasakan berhubungan dengan kemungkinan mengobati/melawan penyakit dimana salah satunya dengan memanfaatkan pelayanan kesehatan. Perilaku sakit seseorang dalam pencarian pelayanan kesehatan sangat mempengaruhi status kesehatan seseorang, termasuk dalam masalah kebutaan katarak ini. Pelayanan kesehatan didirikan berdasarkan asumsi bahwa masyarakat membutuhkannya. Namun, kenyataannya masyarakat baru mau mencari pengobatan (pelayanan kesehatan) setelah benar-benar tidak dapat berbuat apa-apa (Kresno, 2005). Kalau dalam masalah kebutaan katarak masyarakat juga bersikap seperti itu, hal ini akan berdampak meningkatnya prevalensi kebutaan katarak.

Dalam hal ini pengetahuan seseorang tentang bahaya katarak harus ditingkatkan, sehingga akan mempengaruhi sikap dan perilaku seseorang dalam pencarian pelayanan kesehatan untuk mengatasi gangguan penglihatan yang dirasakannya. Pencarian pelayanan kesehatan dan pengobatan secara dini sangat erat kaitannya dengan tingkat pengetahuan seseorang. Seseorang akan mengadopsi perilaku baru, setelah ia tahu terlebih dahulu apa arti atau manfaat

perilaku tersebut bagi dirinya atau keluarganya. Hal ini sesuai dengan teori Green (2005), diantaranya faktor predisposisi seperti pengetahuan, persepsi, sikap dan pendidikan mendahului terjadinya perilaku seseorang, seperti perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan. Andersen (1974) mengemukakan model kepercayaan kesehatan bahwa karakteristik predisposisi seperti demografi (umur, jenis kelamin), struktur sosial (pendidikan, pekerjaan), *health belief*, karakteristik pendukung seperti sumber keluarga (pendapatan keluarga, asuransi kesehatan), sumber daya masyarakat (keterjangkauan dari pelayanan kesehatan dengan masyarakat) serta karakteristik kebutuhan (*need*) mempengaruhi seseorang dalam menggunakan pelayanan kesehatan (Notoadmodjo, 2007).

Di Indonesia dari beberapa survei kesehatan mata yang dilakukan di beberapa propinsi, diketahui bahwa banyak masyarakat yang mengalami gangguan penglihatan, tapi tidak berusaha mencari pengobatan. Berdasarkan survei kesehatan mata tahun 1982 diketahui bahwa 79,10% masyarakat yang menyadari adanya gangguan kesehatan mata, tapi tidak berusaha mencari pelayanan kesehatan. Tetapi pada survey tahun 1996 mengalami sedikit kemajuan dimana sebagian masyarakat telah mencari pengobatan bila mendapat keluhan mata yakni 50,70% telah mencari pengobatan ke puskesmas bila mendapat keluhan mata. Berdasarkan Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Indonesia tahun 2007 diketahui bahwa proporsi operasi katarak makin meningkat sejalan dengan meningkatnya umur dan proporsi operasi katarak pada laki-laki cenderung lebih tinggi dibandingkan perempuan.

Pada survey yang dilakukan di Propinsi Jawa Barat tahun 2005, menunjukkan bahwa 50,20% masyarakat mengobati sendiri jika terdapat gangguan pada matanya dan 18,50% tidak diobati. Berdasarkan Survei Kebutaan dan Kesehatan Mata di Sumatera Barat tahun 2008 diketahui bahwa 46,80% penduduk telah memanfaatkan puskesmas dalam pencarian pertolongan pertama terhadap penyakit mata, 12,30% mengobati sendiri, 14% tidak diobati, 3,70% ke rumah sakit dan 1,70% ke dukun. Selain itu pembiaran dan penundaan ke fasilitas pelayanan kesehatan dikarenakan masih terbatasnya pengetahuan masyarakat tentang kesehatan mata dan keterbatasan biaya yang akhirnya melemahkan *support* dari keluarga. Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004

menunjukkan bahwa hanya 6,20% penduduk yang memeriksakan matanya pada penduduk ≥ 30 tahun dengan penglihatan kabur/masalah penglihatan dengan sinar dalam 1 tahun terakhir.

Sekarang di Indonesia ada 11 (sebelas) Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM), dimana salah satunya berada di Propinsi Sumatera Barat. BKMM adalah Unit Pelaksana Teknis Departemen Kesehatan atau Dinas Kesehatan Propinsi atau Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan upaya kesehatan mata strata dua untuk mengatasi masalah kesehatan mata masyarakat secara menyeluruh dan terpadu dalam suatu wilayah kerja (Depkes RI, 2007). BKMM Sumatera Barat adalah salah satu unit pelayanan kesehatan sekunder di bidang kesehatan mata yang didirikan pada pertengahan tahun 1993 berdasarkan SK Menteri Kesehatan Nomor 438/Menkes/SK/VI/1993. Tujuan pendirian BKMM Sumatera Barat adalah untuk mengoptimalkan jaringan pelayanan kesehatan mata secara menyeluruh dalam mengatasi penyakit mata, kelainan fungsi penglihatan dan penanggulangan masalah kebutaan.

BKMM sebagai sarana pelayanan kesehatan mata mempunyai tanggung jawab dalam dan luar gedung. Dalam gedung berupa kegiatan pelayanan kesehatan mata seperti rumah sakit lainnya. Kegiatan luar gedung dengan kunjungan ke puskesmas yang ada di Sumatera Barat berupa pemeriksaan mata, operasi katarak dan penyuluhan sesuai jadwal kabupaten/kota yang sudah direncanakan untuk tahun tersebut. Seiring dengan diberlakukannya Otonomi Daerah, BKMM Sumatera Barat menjadi satu Unit Pelaksana Teknis Daerah (UPTD) yang berada di lingkungan Dinas Kesehatan Propinsi Sumatera Barat sesuai dengan Surat Keputusan Gubernur Propinsi Sumatera Barat nomor 22 tahun 2001.

Namun demikian, sampai saat ini belum ada penelitian tentang determinan yang melatarbelakangi pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat. Oleh karena itu penelitian ini bermaksud untuk meneliti determinan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan *tren* data lima tahun terakhir dari *Medical Record* BKMM Sumatera Barat tahun 2004 s/d 2008, diketahui adanya kecenderungan peningkatan kunjungan pasien katarak yang dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 1.1.

Jumlah Kunjungan Pasien Katarak ke BKMM Sumatera Barat Tahun 2004-2008

Tahun	Kunjungan Pasien (Orang)	Pasien Katarak	
		Jumlah	%
2004	11.769	1.157	9,83 %
2005	10.437	1.252	12,00 %
2006	12.338	1.958	15,87 %
2007	16.480	2.070	12,56 %
2008	15.319	2.202	14,37 %

Sumber : Laporan Tahunan BKMM Sumatera Barat tahun 2004 – 2008

Disamping itu dari hasil kegiatan luar gedung yang dilakukan oleh BKMM Sumatera Barat dengan mengunjungi puskesmas yang ada di Sumatera Barat, diketahui bahwa pada tahun 2004 telah dilakukan operasi katarak sebanyak 164 mata, tahun 2005 : 610 mata, 2006 : 415 mata, 2007 : 638 mata dan tahun 2008 ditemukan 1006 (86%) kasus katarak dengan jumlah operasi katarak sebanyak 907 (90,16%).

Kasus katarak di Sumatera Barat terus meningkat hal ini bisa dilihat dari besaran masalah kebutaan katarak di Sumatera Barat. Berdasarkan Survey Kebutuhan dan Kesehatan Mata di Sumatera Barat tahun 2008 diketahui bahwa estimasi penduduk yang mengalami kebutaan katarak sebesar 44.464 kasus yang terdiri dari buta katarak pada dua mata sebesar 2.191 kasus dan buta katarak pada satu mata sebesar 42.273 kasus. Selain itu setiap tahun akan muncul insidens katarak sebesar 0,10% dari jumlah penduduk, sehingga diperkirakan setiap tahunnya di Sumatera Barat akan bertambah sebanyak 4.700 orang penderita katarak.

Berdasarkan hal tersebut terlihat bahwa masih rendahnya tingkat pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pengobatan katarak di Sumatera Barat. Rendahnya pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pengobatan katarak, diduga

dipengaruhi oleh perilaku (pengetahuan dan sikap) ; umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, kepercayaan, biaya berobat, jarak, dan kebutuhan (Teori Andersen dalam Wolinsky, 1980) dan informasi tentang kesehatan. Oleh karena itu peneliti tertarik untuk melakukan penelitian sehubungan dengan hal tersebut terhadap pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat.

1.3 Pertanyaan Penelitian

1. Bagaimana pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009 ?
2. Apa saja determinan yang berhubungan dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009 ?
3. Determinan apa yang paling dominan berhubungan dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009 ?

1.4 Tujuan Penelitian

1.4.1 Tujuan Umum

Untuk mengetahui determinan (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, jarak, biaya berobat, kebutuhan dan keterpaparan informasi) pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.

1.4.2 Tujuan Khusus

1. Diketuinya pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
2. Diketuinya ciri-ciri (umur, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan) dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
3. Diketuinya variabel *predisposing factor* (pengetahuan, sikap, dan kepercayaan) dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
4. Diketuinya variabel *enabling factor* (jarak, dan biaya berobat) dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.

5. Diketuainya variabel kebutuhan (*need*) dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
6. Diketuainya variabel keterpaparan informasi dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
7. Diketuainya hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, biaya berobat, jarak, kebutuhan, kepercayaan dan keterpaparan informasi terhadap pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
8. Diketuainya determinan yang paling dominan dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.

1.5 Manfaat Penelitian

1.5.1 Manfaat bagi ilmu pengetahuan

Sebagai bahan masukan untuk memperkaya wawasan ilmu pengetahuan masyarakat khususnya dalam perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan mata khususnya katarak.

1.5.2 Manfaat bagi program

Diperolehnya informasi tentang determinan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan bagi penderita katarak yang dapat dijadikan sebagai bahan masukan dalam mengambil kebijakan intervensi pencegahan gangguan penglihatan akibat katarak untuk perencanaan penurunan prevalensi gangguan penglihatan dan kebutaan karena katarak yang sebenarnya dapat dicegah dengan meningkatkan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak di Sumatera Barat.

1.5.3 Manfaat bagi peneliti lain

Hasil penelitian diharapkan dapat menjadi bahan masukan dan bahan referensi untuk melakukan penelitian lain yang lebih mendalam tentang perilaku pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya bagi penderita katarak.

1.6 Ruang Lingkup Penelitian

Penelitian ini adalah untuk mengetahui determinan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009. Penelitian ini dilakukan pada bulan Februari sampai April tahun 2009. Variabel yang dikaji adalah hubungan antara faktor umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, biaya berobat, jarak, kebutuhan, kepercayaan, dan keterpaparan informasi dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak. Penelitian ini dilakukan pada penderita katarak yang berumur 40 tahun ke atas yang berdomisili di Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota. Penelitian ini menggunakan data primer yang diperoleh dari hasil wawancara dengan kuesioner.



BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Indera Penglihatan (Mata)

Mata merupakan salah satu dari indera tubuh manusia yang sangat kompleks dan penting bagi kehidupan sehari-hari. Mata berfungsi untuk penglihatan dan merupakan bagian yang harus dikenal dengan detail. Mengetahui mata secara detail dan kemampuan mata akan menjadi pijakan dalam mengambil tindakan *preventif* terhadap perawatan mata. Mata adalah jendela bagi masuknya informasi. Fungsi mata menjadi vital karena sekitar 80% informasi atau input dari lingkungan diterima melalui indera penglihatan sehingga kehidupan manusia bergantung pada organ mata ini (Barnawi, 2008 ; Kadarisman, 2008).

Melalui indera seseorang dapat melakukan kontak dengan alam sekitar sehingga ia mampu menyesuaikan dan mempertahankan diri serta mampu menghindari dari berbagai ancaman yang mungkin dihadapinya. Kita dapat melihat dan mengenal suatu benda yang kita lihat karena adanya kerjasama antara mata dan otak. Secara konstan, mata menyesuaikan jumlah cahaya yang masuk, memusatkan perhatian pada objek yang dekat dan jauh, serta menghasilkan gambar yang kontinu untuk segera dihantarkan ke otak. Mata menangkap informasi akan bentuk, warna, dan gerakan serta menghubungkannya dalam bentuk impuls ke otak. Rangsangan yang terjadi dibagian mata akan diteruskan ke otak. Otak mengolah informasi itu menjadi gambar yang kita lihat. (Vaughan, D, 2000 ; Djing, 2007).

Mata yang sehat merupakan keinginan setiap orang. Mata yang sehat adalah mata yang dapat berfungsi dengan baik dan tidak ditemukannya gangguan/kelainan yang dapat menghambat aktivitas. Adapun tanda-tanda mata sehat tersebut sebagai berikut (Depkes RI dan HKI, 2002) :

1. Kornea (selaput bening) benar-benar jernih
2. Bagian yang putih benar-benar putih
3. Pupil (orang-orangan mata) benar-benar hitam
4. Kelopak mata dapat membuka dan menutup dengan baik
5. Bulu mata teratur dan mengarah keluar



Gambar 2.1. Mata Sehat

2.2 Katarak

2.2.1 Pengertian Katarak

Katarak adalah suatu keadaan dimana lensa mata yang biasanya jernih dan bening menjadi keruh (Vaughan, 1992). Kata katarak berasal dari kata Yunani *cataracta* yang berarti air terjun. Hal ini dikarenakan pasien katarak seakan-akan melihat sesuatu seperti tertutup oleh air terjun di depan matanya. Seseorang dengan katarak akan melihat benda seperti ditutupi kabut. Seseorang yang menderita katarak akan melihat seakan-akan melalui kaca mobil dengan banyak butir hujan sehingga penglihatan keluar mobil tidak bebas atau berkabut. Bila katarak bertambah tebal maka lensa mata akan menjadi keruh seperti kaca jendela yang berkabut (Depkes RI, 2008 ; Ilyas, 2005).

Katarak dapat menyebabkan si penderita tidak bisa melihat dengan jelas karena lensa mata yang keruh menghalangi cahaya mencapai retina. Jumlah dan kekeruhan pada setiap lensa mata bervariasi. Lensa yang tidak bening tersebut tidak akan bisa meneruskan cahaya ke retina untuk diproses dan dikirim melalui saraf optik ke otak (Ilyas, 1997).

Kekeruhan pada lensa (katarak) akan mengakibatkan gangguan masuknya cahaya ke dalam bola mata atau retina yang akan mengakibatkan bayangan pada selaput jala atau retina menjadi kabur. Lensa yang terletak di belakang manik mata bersifat membiaskan dan memfokuskan cahaya pada retina atau selaput jala pada bintik kuningnya. Bila lensa menjadi keruh atau katarak, cahaya tidak dapat difokuskan pada bintik kuning dengan baik sehingga penglihatan menjadi kabur. (Hollwich, 1993 ; Ilyas, 2005) Bila kekeruhannya tebal maka penglihatan sangat terganggu perlu bahkan kadang-kadang sampai

tidak melihat atau berkabut tebal sekali sehingga perlu dilakukan tindakan pada lensa yang keruh tersebut (Ilyas 1997 ; Ilyas, 2007).

2.2.2 Faktor Resiko Penyebab Katarak

Penyebab utama katarak adalah proses penuaan (Ilyas, 1997). Disamping itu berbagai faktor yang dapat mempengaruhi kecepatan perkembangannya kekeruhan lensa (katarak) diantaranya adalah sebagai berikut : (Indrawati, 2005)

a. Faktor Demografi

Setiap negara memiliki kecenderungan demografi masing-masing. Di Indonesia sekarang angka harapan hidup berkisar antara 63–65 tahun. Meningkatnya usia harapan hidup berperan dalam hal meningkatnya prevalensi penderita buta katarak (Indrawati, 2005).

Jumlah penderita manula di Indonesia diperkirakan meningkat sebanyak 400% (empat kali lipat) pada tahun 2020 dibandingkan tahun 2000. Penderita buta katarak di Indonesia juga cenderung berusia lebih muda (usia produktif) dibandingkan di negara – negara maju, dimana sebanyak 16% penderita buta katarak di Indonesia masih dalam usia produktif (40–54 tahun) (Depkes RI, 2006).

Selain usia, penyakit katarak cenderung terjadi pada jenis kelamin perempuan dibandingkan pada laki-laki. Selain itu masyarakat miskin dan perempuan lebih besar terkena resiko katarak ini (Indrawati, 2005).

b. Faktor lingkungan

Katarak berhubungan erat dengan radiasi ion, seperti pada sinar X dan radiasi sinar merah yang terpapar langsung ke mata. Prevalensi penyakit katarak lebih tinggi pada masyarakat yang tinggal di lingkungan dengan radiasi sinar ultraviolet secara langsung. Selain itu lingkungan pekerjaan yang sering terpapar sinar matahari langsung, seperti nelayan, petani, tukang parkir, pendaki gunung, dsb. Oleh karena itu pentingnya penggunaan kacamata dan topi untuk mengurangi paparan ultraviolet pada daerah mata. Menurut Suhardjo dalam Wardiman (2003) sebagian besar penderita katarak adalah para nelayan dan masyarakat di sekitar pantai selatan Pulau Jawa. Katarak lebih disebabkan karena mata sering bersentuhan langsung dengan cahaya yang menyilaukan.

c. Obat-obatan

Berbagai obat-obatan yang dipergunakan untuk penyakit tertentu dapat mempercepat terjadinya katarak, seperti betametason, klorokuin, klorpromazin, kortison, ergotamin, indometasin, medrison, neostigmin, pilokarpin, dan beberapa obat lainnya (Ghani, 1995).

d. Merokok

Rokok mempunyai efek racun yang mempercepat terjadinya katarak. Dari suatu penelitian diketahui bahwa responden perokok 2,17 kali lebih tinggi secara bermakna dibandingkan dengan katarak responden bukan perokok. Katarak pada perokok sedang lebih tinggi secara bermakna 1,57 kali dibandingkan perokok ringan. Katarak pada perokok berat lebih tinggi secara bermakna 4,85 kali dibandingkan katarak pada perokok ringan, sedangkan katarak pada perokok sedang lebih tinggi 1,6 kali dibandingkan katarak pada perokok ringan (Tana, Miharja, Rif'ati, 2007). Merokok berhubungan dengan kejadian katarak dengan nilai p sebesar 0,026 (Survey Kebutaan & Kesehatan Mata Sumbar, 2008).

e. Alkohol

Dari beberapa studi membuktikan kebiasaan meminum alkohol rata-rata satu gelas setiap hari dapat meningkatkan resiko terjadinya katarak.

f. Diabetes.

Pengidap diabetes mempunyai faktor resiko terkena katarak dibandingkan mereka yang tidak memiliki penyakit diabetes. Angka kematian pada pengidap katarak lebih tinggi jika mereka juga mengidap penyakit diabetes. Sedangkan pengidap diabetes sekaligus katarak mempunyai resiko kematian lebih tinggi dibandingkan pengidap katarak saja. Katarak dapat disebabkan oleh terlalu lamanya orang memandang langsung sinar matahari dan penyakit diabetes yang menahun (Admin, 2008).

g. Nutrisi

Status nutrisi seseorang sangat diyakini mempunyai hubungan dengan keberadaan timbulnya katarak. Artinya, semakin rendah status gizi seseorang semakin besar resiko terkena katarak dan semakin tinggi status gizi seseorang semakin rendah resiko terkena katarak (Ghani, 1995).

Pada masyarakat yang memiliki pantangan terhadap makanan tertentu yang membuat asupan nutrisi dalam tubuh berkurang dapat memicu terjadinya katarak. Meningkatnya risiko katarak juga berhubungan dengan rendahnya asupan nutrisi antioksidan dalam tubuh. Menurut Taylor dkk dalam publikasinya di *American Journal Clinical Nutrition* melaporkan penelitian tentang konsumsi vitamin C tiap hari dari diet selama 13–15 tahun, ternyata mempunyai peran bermakna dalam mencegah salah satu tipe katarak pada wanita yang berusia kurang dari 60 tahun (Meida, 2002).

h. Cedera Mata

Cedera mata dapat terjadi karena pukulan benda keras, tusukan benda, terpotong, panas yang tinggi, bahan kimia yang dapat merusak lensa mata.

2.2.3 Tanda-tanda dan Gejala pada Katarak

Penglihatan pasien katarak berangsur-angsur menurun tanpa disertai rasa sakit dan dapat berakhir dengan kebutaan. Biasanya pada mata normal manik mata atau pupil berwarna hitam dan pasien dengan katarak manik matanya akan berwarna putih (Ilyas, 1997). Pada permulaan katarak akan memerlukan penggantian kacamata yang lebih sering. Bila katarak semakin memburuk maka kacamata yang tebal sekalipun tidak akan menolong penglihatan (Ilyas, 2007). Pasien perlahan-lahan akan mengeluh penglihatan seperti terhalang tabir. Tabir asap ini makin lama makin tebal. Bila katarak berkembang maka penglihatan akan semakin berasap, berkabut, malahan hanya seperti melihat sinar di belakang kabut yang tebal (Ghani, 1995).

Bila katarak terjadi pada bagian tepi lensa maka tajam penglihatan tidak akan mengalami perubahan, akan tetapi bila letak kekeruhan di tengah lensa maka penglihatan tidak akan menjadi jernih. Bila telah terbentuk katarak yang menutupi pupil telah sedemikian keruh dan tidak bening akan dapat mengganggu penyaluran sinar masuk. Katarak akan menghalangi sinar masuk ke dalam, sehingga terjadi penurunan tajam penglihatan. Membaca sukar dan bila mengendarai kendaraan terutama di waktu malam hari penglihatan akan silau terhadap sinar yang datang (Ilyas, 2005).

Kadang-kadang melihat benda yang sangat didekatkan akan sangat membantu penglihatan. Kadang-kadang pasien katarak dini akan melihat ganda

sebuah benda atau multipel. Tanda dini ini dirasakan melihat lampu atau bulan yang banyak bila melihat dengan satu mata ditutup. Kadang-kadang terdapat perbaikan yang tidak dapat diterangkan karena tiba-tiba penglihatan dekat menjadi baik sehingga tidak memerlukan kacamata baca lagi (penglihatan kedua pada usia lanjut) (Ghani, 1995). Pada keadaan lensa mata mulai keruh maka lensa menjadi cembung akibat menyerap air. Lensa akan bersifat lensa cembung yang akan menggantikan lensa positif untuk melihat dekat atau membaca. Keadaan ini merupakan awal lensa mata menjadi keruh atau katarak. Dengan lensa yang menjadi cembung pasien akan mendapat kesulitan melihat jauh.

Pada pasien katarak yang merasa enak dengan penerangan yang kurang, mungkin lensa kacamata dengan filter yang gelap akan dapat menolong penglihatannya. Sering pasien katarak yang mengenai inti lensa ataupun di bagian tengah lainnya akan merasa sangat silau bila penerangan kuat atau pada panas matahari pagi. Hal ini disebabkan pupil yang mengecil. Dengan kacamata yang berfilter gelap atau di tempat gelap maka manik mata lebar. (Ilyas, 2005).

Secara umum dapat digambarkan gejala katarak adalah sebagai berikut (Ilyas, 1997) :

1. Berkabut, berasap, penglihatan tertutup film
2. Perubahan daya lihat warna
3. Gangguan mengendarai kendaraan malam hari, lampu besar sangat menyilaukan mata
4. Lampu dan matahari sangat mengganggu
5. Lihat ganda
6. Sering meminta ganti resep kacamata
7. Bisa melihat dekat pada pasien rabun dekat (*hipermetropia*)



Gambar 2.2. Mata Katarak

2.2.4 Proses Terjadinya Katarak

Proses normal ketuaan mengakibatkan lensa menjadi keras dan keruh. Keadaan ini disebut sebagai katarak senil, yang merupakan kelainan yang sering ditemukan. Katarak senil dapat terjadi mulai usia muda sekali pada usia 40 tahun. Bila katarak ditemukan pada anak-anak biasanya hal ini disebabkan kelainan bawaan atau dapat juga disebabkan infeksi virus dan *rubella* pada ibu yang sedang hamil muda, keadaan ini disebut sebagai katarak *congenital* dan dapat terlihat pada saat bayi lahir. Cedera mata juga dapat mengakibatkan katarak pada semua umur. Pukulan keras, tembus, menyayat, panas tinggi atau bahan kimia dapat mengakibatkan kerusakan lensa yang disebut sebagai katarak traumatik. Beberapa jenis infeksi dan penyakit tertentu seperti *diabetes mellitus* (kencing manis) dapat mengakibatkan lensa menjadi keruh sehingga membentuk katarak komplikata. Selain daripada penyakit kencing manis dapat pula penyakit lain menimbulkan katarak seperti *glaucoma*, *uveitis*, lepasnya selaput jala dari selaput hitam atau ablasi retina, dan penyakit umum lainnya (Ilyas, 1988).

Biasanya, penderita katarak tidak sadar telah mengalami gangguan pada mata. Katarak tidak menular dari satu mata ke mata yang lain. Namun, katarak dapat terjadi pada kedua mata pada saat bersamaan. Katarak biasanya berkembang beberapa tahun, dan jarang berkembang dalam beberapa bulan. Daya penglihatan baru terpengaruh setelah katarak berkembang sekitar 3-5 tahun. Karena itu, pasien katarak biasanya menyadari penyakitnya setelah memasuki stadium kritis. Seorang penderita katarak mungkin tidak menyadari telah mengalami gangguan katarak. Umumnya katarak tumbuh sangat lambat dan tidak mempengaruhi daya penglihatan sejak awal (Ilyas, 1988).

Secara ringkasnya, proses terjadinya katarak adalah sebagai berikut (Depkes, 1991) :

1. Katarak terjadi secara perlahan-lahan, tajam penglihatan berangsur-angsur menurun tanpa disertai rasa sakit.
2. Katarak dapat terjadi pada semua usia, namun biasanya lebih sering pada usia lanjut di atas 40 tahun.
3. Pada pemeriksaan pasien katarak, orang-orangan mata yang semula tampak benar-benar hitam akan terlihat keputih-putihan.

4. Lensa mata yang keruh akan menghalangi sinar yang masuk ke mata, sehingga ketajaman penglihatan berangsur-angsur menurun diakhiri dengan kebutaan.

2.2.5 Penentuan Diagnosa Katarak

Bila terdapat keluhan yang mencurigai adanya katarak maka sebaiknya dilakukan pemeriksaan oleh dokter untuk menentukan tipe, besar dan letak kekeruhan pada bagian lensa. Bagian dalam dari mata diperiksa dengan alat yang dinamakan oftalmoskop. Secara umum yang telah berusia 40 tahun sebaiknya mendapat pemeriksaan mata setiap satu tahun (Ilyas, 2005).

Penentuan diagnosis katarak cukup mudah. Pemeriksaan awal adalah untuk mengetahui tajam penglihatan penderita dengan *snellen chart*, kemudian dikoreksi dengan *trial lens set*. Tajam penglihatan yang dicatat adalah tajam penglihatan tanpa koreksi serta dengan koreksi terbaik. Setelah itu, diperhatikan kekeruhan lensa dengan lup dan senter. Dokter spesialis mata biasanya menggunakan alat slit lamp untuk melihat kekeruhan lensa ini sehingga bisa lebih teliti. Jika masih sulit melihat kekeruhan lensa, pupil dapat dilebarkan dengan tetes mata midriatikum (*mydriatyl* 0,5%) dan ditunggu sekitar 30 menit sampai pupil lebar (Depkes RI, 2006).

Pada katarak imatur ketajaman penglihatan hanya pada jarak 1-5 meter atau dengan visus 6/18, katarak matur ketajaman penglihatannya dengan visus <math><3/60</math> yakni yang terlihat hanya lambaian tangan dan hitungan jari dan dengan test *pinhole* menjadi lebih gelap. Pada katarak hiper matur yang terlihat hanya cahaya lampu dengan visus <math><1/300</math>. Bila dengan penyinaran dari samping sebagian kekeruhan menjadi lebih gelap karena ada bayangan iris pada lensa (*test shadow* +), maka katarak masih immatur. Bila tidak berubah (*test shadow* -) lensa sudah matur. Pada funduskopi terlihat bercak-bercak hitam di daerah pupil. Reflek fundus (warna merah) masih tampak pada katarak imatur. Pada katarak matur reflek fundus tidak terlihat lagi.

Ada 4 (empat) stadium katarak : (Ilyas, 2007 ; Depkes RI, 2008)

1. Katarak Insipien

Mulai timbul katarak akibat proses degenerasi lensa. Kekeruhan lensa berbentuk bercak-bercak kekeruhan yang tidak teratur. Pasien akan mengeluh

gangguan penglihatan seperti melihat ganda dengan satu matanya. Tajam penglihatan belum terganggu.

2. Katarak Imatur

Lensa yang degeneratif mulai menyerap cairan ke dalam lensa sehingga lensa menjadi cembung yang mengakibatkan miopisasi sehingga pasien tidak perlu kacamata sewaktu membaca dekat. Terjadi pembengkakan lensa (katarak intumesen) sehingga iris terdorong ke depan, bilik mata dangkal dan sudut bilik mata sempit (tertutup). Penglihatan mulai berangsur-angsur menjadi berkurang (seperti berasap) karena tertutup oleh kekeruhan lensa (sebagian lensa keruh). Pada pemeriksaan uji bayangan iris (*shadow test* +) akan terlihat bayangan iris pada lensa.

3. Katarak Matur

Merupakan proses degenerasi lanjut lensa. Pada stadium ini terjadi kekeruhan seluruh lensa. Terlihat pupil bewarna putih atau keabu-abuan. Tekanan cairan di dalam lensa seimbang dengan cairan mata sehingga ukuran lensa normal kembali. Pada pemeriksaan iris dalam posisi normal, bilik mata depan normal, dan tidak terdapat bayangan iris pada lensa (uji bayangan iris negatif). Tajam penglihatan sangat menurun dan sangat kabur. Penglihatan hanya mampu menghitung jari atau lambaian tangan. Pasien sangat dianjurkan untuk operasi.

4. Katarak Hiper matur

Terjadi proses degenerasi lanjut lensa, dapat menjadi keras atau lembek dan mencair. Lensa mengecil, bewarna kuning dan mengering. Pada uji bayangan iris terlihat positif walau seluruh lensa telah keruh sehingga pada stadium ini disebut uji bayangan iris pseudopositif.

2.2.6 Pengobatan Katarak

Pada katarak yang terletak pada inti dapat dicoba dengan pemberian tetes mata untuk melebarkan manik mata atau pupil. Pada pemberian obat tetes ini diperlukan kontrol secara teratur untuk mencegah timbulnya penyulit. Biasanya penyulit yang dapat terjadi adalah glaukoma (Kanski, 2006 ; Ilyas, 1997). Perubahan kacamata dengan penambahan kekuatan atau dengan memakai kaca pembesar dapat mengatasi sementara penglihatan yang berkurang akibat katarak. Pembedahan dengan membersihkan atau mengangkat lensa yang keruh (katarak)

dan mengganti dengan lensa pengganti merupakan tindakan pengobatan terhadap katarak. Pembedahan dapat diundur sampai penglihatan berkurang sehingga sangat mengganggu pekerjaan sehari-hari.

Katarak akan dibedah bila sudah terlalu luas mengenai bagian dari lensa mata atau katarak total. Lensa yang keruh atau katarak tidak dapat memfokuskan sinar ke dalam mata. Pada usia di atas 60 tahun katarak merupakan penyebab utama gangguan penglihatan dan perlu diperhatikan kebutuhan penglihatan pada usia tersebut. (Depkes RI, 2008 ; Ilyas, 1997). Katarak hanya dapat diangkat dengan jalan pembedahan. Pembedahan katarak bertujuan untuk mengeluarkan lensa yang keruh. Lensa dapat dikeluarkan dengan pinset atau batang kecil yang dibekukan atau dengan menghancurkan lensa dan mengisapnya keluar. Operasi katarak diputuskan bila telah terjadi kesepakatan dan pengertian mengenai perlunya tindakan bedah (Kanski, 2006 ; Vaughan, D, 2000). Pembedahan katarak tidak perlu menunggu katarak matang karena bila menjadi hiper matur kemungkinan timbulnya penyulit (uveitis dan glaukoma) tidak dapat dihindarkan. Bila katarak telah dibersihkan maka diperlukan lensa pengganti untuk dapat melihat dengan jelas (Kanski, 2006 ; Ilyas, 2007).

Operasi katarak bukanlah suatu bedah akut, hanya katarak dengan penyulit yang perlu dilakukan secara darurat. Adalah perlu dilakukan secara akut bedah katarak bila katarak disertai dengan penyulit katarak seperti glaukoma atau uveitis. Hal ini mudah terjadi pada katarak yang terlalu matang. Bila tidak ada kedaruratan maka saat bedah ditentukan oleh pasien. Hasil bedah katarak sangat baik dengan 95% pasien dapat mempergunakan matanya seperti sediakala. Katarak tidak dapat dibersihkan dengan sinar laser ataupun obat (Ilyas, 1997).

2.2.7 Kebutaan Katarak

Seseorang didefinisikan sebagai penderita kebutaan apabila penglihatan pada mata terbaiknya dengan upaya koreksi maksimal, hanya dapat melihat jari tangan pada jarak sejauh 3 meter yang seharusnya dapat terlihat pada jarak 60 meter oleh mata normal. Penyebab kebutaan yang utama berbeda-beda sesuai tingkat perkembangan sosial suatu daerah. Di negara berkembang, katarak adalah penyebab utama kebutaan. Sesungguhnya 60% dari kebutaan di atas usia 60 tahun adalah diakibatkan katarak (Depkes RI, 2006 ; Vaughan, D, 2000).

Kebutaan katarak adalah penyumbang terbesar dari prevalensi kebutaan seluruhnya yakni 50%-80% dari penyebab kebutaan di dunia. Katarak adalah penyakit degeneratif yang berkaitan dengan peningkatan usia. (WHO, 2000 ; Ghani, 1995). Menurut John P.Shock dalam Vaughan, D (2000) adanya katarak pada sekitar 10% orang Amerika Serikat yang prevalensinya meningkat sampai sekitar 50% untuk mereka yang berusia 65 dan 74 tahun dan sampai sekitar 70% untuk mereka yang berusia lebih dari 75 tahun.

Pada survey gangguan penglihatan dan kebutaan yang dilakukan di Beijing tahun 2003 memperlihatkan bahwa penyebab utama kebutaan adalah katarak (37,50%). Disamping itu prevalensi kebutaan ini juga dipengaruhi oleh usia, jenis kelamin, daerah, tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan dan faktor lingkungan (Chen, et.al, 2003). Penelitian di Bangladesh juga menunjukkan hal yang sama, bahwa penyebab utama dari gangguan penglihatan tersebut adalah katarak (79,60%), diikuti oleh apakia tak terkoreksi (6,20%) dan degenerasi makula (3,10%). Pada penelitian ini responden yang mengalami buta bilateral berjumlah 162 orang sedangkan sebanyak 1608 (13,80%) mengalami gangguan penglihatan pada kedua matanya (Dineen, et.al, 2003).

2.3 Konsep Perilaku

2.3.1 Definisi Perilaku dan Perilaku kesehatan

Kurt Lewin dalam Azwar (2003) mendefinisikan suatu model hubungan perilaku yang menyatakan bahwa perilaku (B) adalah fungsi karakteristik individu (P) dan lingkungan (E) yaitu :

$$B = f(P.E)$$

Berbagai variabel karakteristik individu yang meliputi motif, nilai-nilai, sifat kepribadian dan sikap yang saling berinteraksi satu sama lain dan kemudian berinteraksi pula dengan faktor lingkungan akan membentuk perilaku seseorang. Faktor lingkungan merupakan pengaruh yang paling besar dalam menentukan perilaku dan bahkan kadang lebih besar dari karakteristik individu. Hal inilah yang membuat prediksi perilaku menjadi lebih kompleks (Azwar, 2003).

Menurut Notoatmodjo (2005) dikatakan bahwa perilaku adalah suatu kegiatan atau aktivitas organisme atau makhluk hidup yang bersangkutan, baik

dapat diamati langsung, maupun yang tidak dapat diamati pihak luar. Jadi perilaku manusia pada hakikatnya adalah suatu aktivitas dari manusia itu sendiri. Menurut Sarwono (1997) perilaku manusia merupakan hasil dari segala macam pengalaman serta interaksi manusia dengan lingkungannya yang terwujud dalam bentuk pengetahuan, sikap, dan tindakan. Skinner (1938) seorang ahli psikologi, merumuskan bahwa perilaku merupakan respons atau reaksi seseorang terhadap stimulus (rangsangan dari luar). Perilaku manusia terjadi melalui proses : Stimulus \longrightarrow Organisme \longrightarrow Respons, sehingga teori Skinner ini disebut juga teori "S - O - R" (Notoatmodjo, 2005).

Berdasarkan batasan perilaku dari Skinner, maka perilaku kesehatan adalah respon seseorang terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan dan minuman serta lingkungan. Dari batasan ini perilaku kesehatan dapat dibagi menjadi perilaku pemeliharaan kesehatan (*health maintenance*), perilaku pencarian pengobatan (*health seeking behavior*), dan perilaku kesehatan lingkungan (*environment health behavior*). Pada perkembangan kesehatan saat ini perilaku merupakan faktor dominan.

Menurut Gochman dalam Glanz (2002) perilaku kesehatan merupakan atribut individu seperti keyakinan, harapan, motivasi, nilai, persepsi, dan elemen kognitif lainnya, karakteristik perorangan, termasuk status emosional dan afektif, dan pola perilaku yang nyata, tindakan, dan kebiasaan yang berhubungan dengan pemeliharaan kesehatan, pemulihan kesehatan dan peningkatan kesehatan. Perilaku kesehatan pada dasarnya adalah respon seseorang (organisme) terhadap stimulus yang berkaitan dengan sakit dan penyakit, sistem pelayanan kesehatan, makanan serta lingkungan.

Selanjutnya perlu diketahui bahwa untuk berbuat sesuatu, seseorang memerlukan unsur-unsur yang meliputi pengetahuan, keyakinan/kepercayaan tentang manfaat dan kebenaran dari apa yang akan dilakukannya, sarana yang diperlukan untuk melakukannya serta dorongan/motivasi untuk berbuat yang dilandasi oleh kebutuhan yang dirasakannya (Glanz, 2002).

2.3.2 Teori – Teori Determinan Perilaku

Menurut Green (2005), agar intervensi untuk perubahan perilaku efektif perlu dilaksanakan diagnosis dan analisis terhadap masalah perilaku tersebut

mulai dari tingkat individu sampai masyarakat yang dipengaruhi oleh karena faktor perilaku (*behavior causes*) dan faktor di luar perilaku (*non behavior causes*). Teori PRECEDE mengelompokan penyebab terjadinya perilaku sebagai berikut : (Green, L.W, 2005)

1. Faktor – faktor predisposisi (*predisposing factors*)

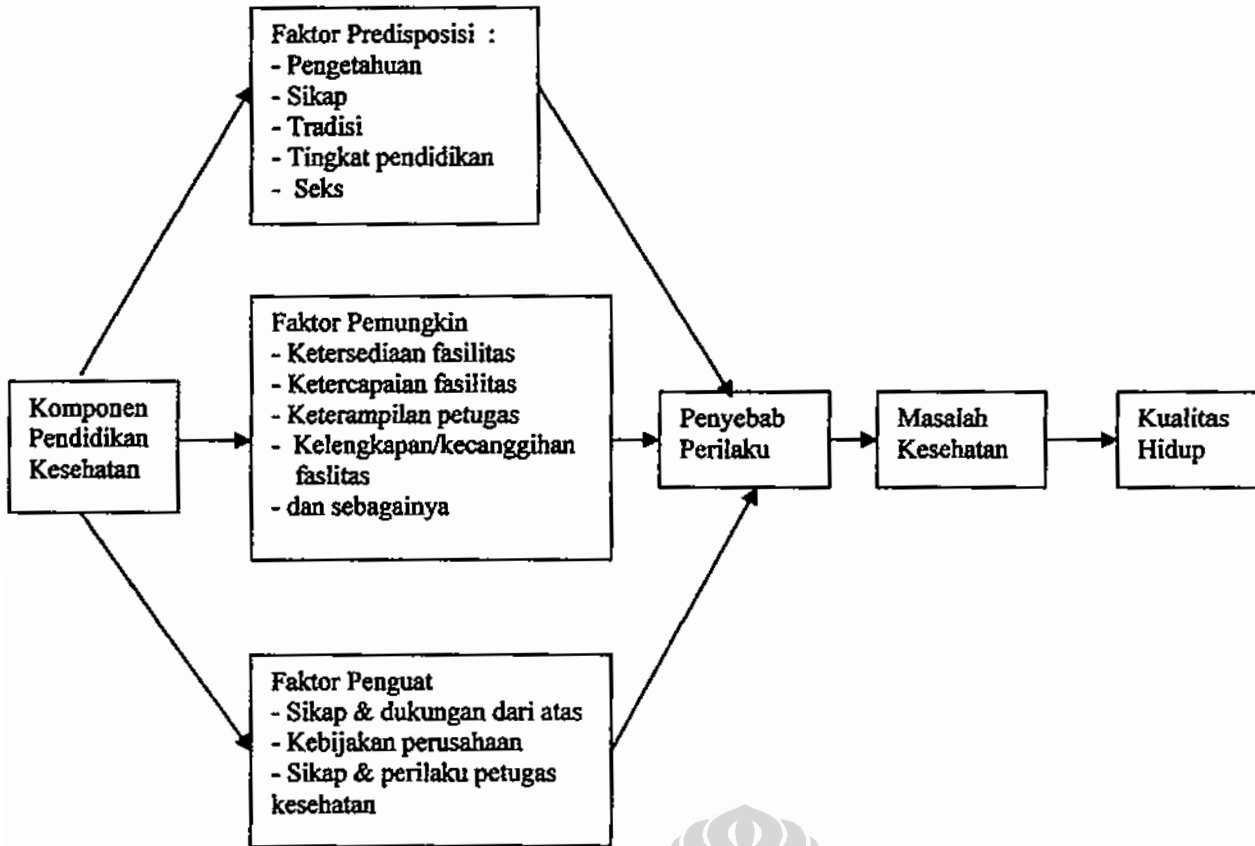
Merupakan karakteristik pasien, konsumen atau komuniti yang memotivasi perilaku kesehatan. Faktor-faktor ini mempermudah terjadinya perilaku seseorang yang terwujud dalam pengetahuan dan sikap terhadap kesehatan, tradisi dan kepercayaan, persepsi, keyakinan, nilai-nilai dan sebagainya.

2. Faktor – faktor pendukung/pemungkin (*enabling factors*)

Merupakan karakteristik lingkungan, keterampilan atau sumberdaya yang memungkinkan atau memfasilitasi perilaku kesehatan atau tindakan. Faktor ini mencakup ketersediaan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan bagi masyarakat, ketercapaian fasilitas, waktu tunggu dan sebagainya yang mendukung terjadinya perilaku kesehatan.

3. Faktor – faktor pendorong (*reinforcing factors*)

Merupakan faktor yang mendorong atau memperkuat terjadinya perilaku yang terwujud dalam sikap dan perilaku petugas kesehatan atau petugas lain, yang merupakan kelompok referensi dari perilaku masyarakat. Selain petugas juga meliputi perilaku tokoh masyarakat, tokoh agama, juga undang-undang, peraturan-peraturan yang terkait dengan kesehatan.



Gambar 2.3. Bagan PRECEDE

Sumber : Green, 2005. *Health Program Planning*

Selanjutnya Snehandu B Kar (1983) dalam Notoatmodjo (2007) mencoba menganalisis determinan perilaku kesehatan dengan bertitik tolak bahwa perilaku itu merupakan fungsi dari :

1. Niat seseorang untuk bertindak sehubungan dengan kesehatan atau perawatan kesehatannya (*behaviour intention*).
2. Adanya dukungan sosial dari masyarakat sekitarnya (*social support*). Di dalam kehidupan seseorang di masyarakat, perilaku orang tersebut cenderung memerlukan legitimasi dari masyarakat sekitarnya.
3. Ada atau tidak adanya informasi tentang kesehatan atau fasilitas kesehatan (*accessibility of information*).
4. Otonomi pribadi yang bersangkutan dalam hal ini mengambil tindakan atau keputusan (*personal autonomy*). Di Indonesia, terutama ibu-ibu kebebasan pribadinya masih terbatas, terutama lagi di pedesaan.

5. Situasi yang memungkinkan untuk bertindak atau tidak bertindak (*action situation*). Kondisi dan situasi mempunyai pengertian yang luas, baik fasilitas yang tersedia serta kemampuan yang ada.

Sementara menurut WHO (1984) seseorang itu berperilaku tertentu dikarenakan adanya 4 alasan pokok :

1. Pemikiran dan perasaan (*thoughts and feeling*)

Hasil pemikiran-pemikiran dan perasaan-perasaan seseorang, atau lebih tepat diartikan pertimbangan-pertimbangan pribadi terhadap objek atau stimulus, merupakan modal awal untuk bertindak atau berperilaku.

2. Adanya acuan atau referensi dari seseorang atau pribadi yang dipercayai (*personnal references*)
2. Sumber daya (*resources*) yang tersedia merupakan pendukung untuk terjadinya perilaku seseorang atau masyarakat.
3. Sosio budaya (*culture*) setempat biasanya sangat berpengaruh terhadap terbentuknya perilaku seseorang.

2.4 Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)

Pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak adalah penggunaan BKMM oleh masyarakat sebagai unit penyelenggara pelayanan kesehatan spesialisik mata khususnya katarak dalam bentuk pemeriksaan, operasi katarak dan *follow up* baik yang datang langsung ke BKMM ataupun ke puskesmas yang dikunjungi BKMM. Pemeriksaan katarak ini meliputi :

a. Pemeriksaan mata

- Pemeriksaan visus (ketajaman penglihatan)
- Pemeriksaan sinar celah (*slit lamp*)
- Pemeriksaan *funduscopi* bila memungkinkan
- Pemeriksaan tonometer (tekanan bola mata)
- Anel test +
- Mata merah/radang -

b. Pemeriksaan fisik (pra bedah katarak)

- Tekanan darah
- Hemoglobin

- Gula darah
- Riwayat alergi obat
- Elektrokardiografi
- Pernafasan

c. Pemeriksaan pasca bedah katarak

- Pemeriksaan visus tanpa koreksi
- Pemeriksaan kejernihan kornea
- Jahitan kornea
- Kedalaman serta kejernihan bilik mata depan
- Letak pupil

2.4.1 Teori-teori Perilaku Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)

Banyak sekali model dan kerangka teori untuk menjelaskan mengenai perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak. Selama tiga dekade sejak tahun 1960-an berkembang model-model penggunaan pelayanan kesehatan yang digunakan. Andersen dan Newman (1979) dalam Wollinsky (1980) dan Notoatmodjo (2007) mengkategorikan berbagai model penggunaan pelayanan kesehatan ini menjadi tujuh kategori berdasarkan variabel/determinan yang digunakan.

a. *Demografic Model* (Kependudukan)

Tipe-tipe variabel yang dipakai dalam model ini adalah umur, jenis kelamin, status perkawinan dan besarnya keluarga. Penggunaan model ini berdasar asumsi bahwa perbedaaan derajat kesehatan, derajat kesakitan dan penggunaan pelayanan kesehatan berhubungan dengan variabel-variabel di atas.

b. *Social Structural Model* (Struktur sosial)

Dalam model ini variabel yang dipakai adalah pendidikan, pekerjaan dan kebangsaan. Variabel-variabel ini mencerminkan keadaan sosial dari individu atau keluarga di dalam masyarakat. Pendekatan struktur sosial mengasumsikan bahwa orang-orang dengan latar belakang struktural yang berbeda akan menggunakan pelayanan kesehatan dengan cara yang berbeda.

c. *Psychological Model* (Sosial psikologis)

Dalam model ini tipe variabel yang dipakai adalah ukuran dari sikap dan keyakinan individu. Variabel-variabel psikologis umumnya terdiri dari empat kategori yakni kerentanan terhadap penyakit yang dirasakan, keseriusan penyakit yang dirasakan, keuntungan yang diharapkan dari suatu pengambilan tindakan dalam mengatasi penyakit dan isyarat yang mendorong individu untuk bertindak.

d. *Family Resources Model* (Sumber keluarga)

Tipe-tipe variabel yang digunakan dalam model ini adalah pendapatan keluarga, cakupan asuransi keluarga dan adanya pelayanan kesehatan yang regular, misalnya dokter atau dokter gigi keluarga/pribadi. Sebagai intinya, model ini menekankan kemampuan keluarga untuk menyediakan pelayanan kesehatan bagi anggota keluarga. Asumsi yang digunakan adalah semakin mampu suatu keluarga menyediakan sarana kesehatan maka semakin banyak pelayanan kesehatan yang bisa dijangkau anggota keluarga. Pada dasarnya ini adalah model ekonomi.

e. *Community Resources model* (Sumber daya masyarakat)

Dalam model ini variabel yang digunakan adalah penyediaan sarana kesehatan dan sumber daya dalam masyarakat, karakter masyarakat (rural versus sub-urban versus urban) dan ketercapaian pelayanan kesehatan oleh masyarakat. Pada dasarnya ini merupakan model ekonomi yang berfokus pada penyediaan sarana kesehatan di wilayah geografis tertentu. Mirip dengan *family resources model* namun menggeser fokus analisis dari tingkat individu atau keluarga ke tingkat masyarakat.

f. *Organizational Model* (Organisme)

Dalam model organisasi ini variabel yang dipakai merupakan pencerminan perbedaan bentuk-bentuk sistem pelayanan kesehatan. Biasanya variabel yang digunakan adalah (a) gaya praktik pengobatan (sendiri, rekanan atau kelompok); (b) sifat pelayanan kesehatan (membayar langsung atau tidak); (c) letak pelayanan kesehatan (tempat pribadi, rumah sakit atau klinik); (d) petugas kesehatan yang pertama kali kontak dengan pasien (dokter, perawat, asisten dokter).

g. *Health System Model* (Sistem Kesehatan)

Meskipun ada perbedaan sifat, keenam kategori model kesehatan di atas sebenarnya tidak terpisah secara tegas satu dengan yang lain. Model sistem kesehatan mengintegrasikan keenam model terdahulu ke dalam model yang lebih sempurna. Untuk itu, demografi, ciri-ciri struktur sosial, sikap dan keyakinan individu atau keluarga, sumber-sumber dalam masyarakat dan organisasi pelayanan yang ada, digunakan bersama dengan faktor-faktor yang berhubungan seperti kebijakan dan struktur ekonomi dalam masyarakat yang lebih luas (negara). (Wolinsky, 1980; Notoatmodjo, 2007)

2.4.2 Model – Model Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)

Selama ini telah banyak dilakukan survey – survey terhadap pengetahuan, sikap dan perilaku dilakukan, tetapi hanya terbatas deskriptif tanpa penjelasan mengapa seseorang melakukannya. Dalam penelitian ini mempunyai asumsi bahwa ada hubungan langsung antara pengetahuan dan sikap dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak. Diharapkan dengan meningkatnya pengetahuan maka akan terjadi perubahan perilaku. Hal ini sangat sederhana sekali karena ada faktor lain yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak, seperti : keterjangkauan, kepercayaan, kebutuhan, biaya berobat, dan keterpaparan informasi.

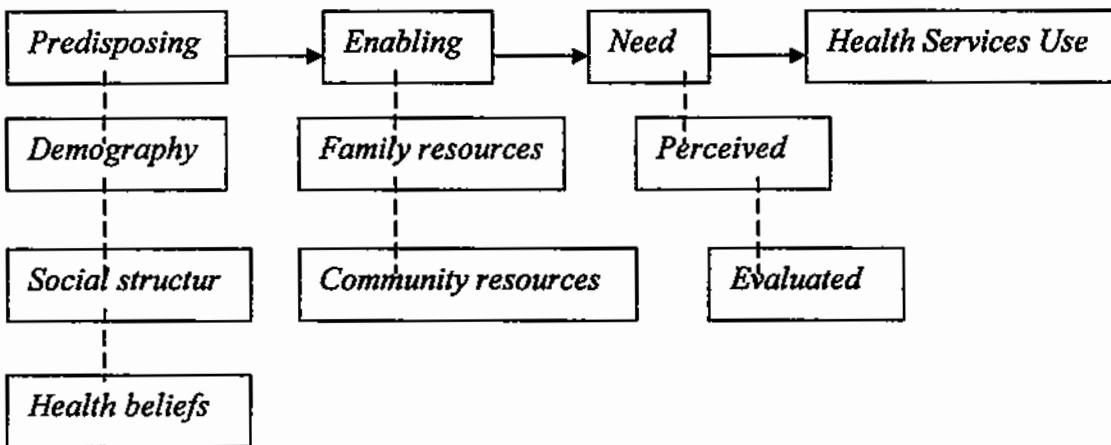
Semua hal ini menjelaskan bahwa pengetahuan hanyalah salah satu diantara banyaknya faktor yang menentukan perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak. Oleh karena adanya keterbatasan, maka kemudian berkembanglah model-model perilaku pencarian pengobatan seperti : *Health Belief Model*, *Theory of Reasoned Action*, *Theory of Planned Behavior* dan *Health Care Utilization*.

The Health Belief Models adalah suatu bentuk penjabaran dari model sosio-psikologis. Munculnya model ini didasarkan pada kenyataan bahwa problem-problem kesehatan ditandai oleh kegagalan-kegagalan orang atau masyarakat untuk menerima usaha-usaha pencegahan dan penyembuhan penyakit yang diselenggarakan oleh *provider* (Notoatmodjo, 2007).

Agar pemahaman mengapa suatu perilaku dilakukan dan juga prediksi suatu bentuk perilaku, maka kemudian berkembanglah Teori Tindakan Beralasan (*Theory of Reasoned Action*) yang diperkenalkan oleh Ajzen dan Fisher (1980). Teori ini menggambarkan perilaku yang dilakukan atas kesadaran sendiri dan berdasarkan asumsi bahwa manusia pada dasarnya melakukan sesuatu secara masuk akal, mempertimbangkan informasi yang ada dan mempertimbangkan implikasi dari tindakannya.

Teori tindakan beralasan ini kemudian berkembang menjadi teori Perilaku Terencana (*Theory of Planned Behaviour*) yang mengatasi masalah kontrol yang dilakukan atas kemauan sendiri. Inti teori Perilaku Terencana masih pada faktor intensi perilaku namun ada penambahan determinan aspek kontrol yang dihayati (*perceived behavioral control*). Sikap terhadap perilaku tertentu disadari pada keyakinan bahwa perilaku tersebut akan membawa pada hasil yang diinginkan atau tidak diinginkan.

Andersen dan Newman (1974) menggunakan teori *Health Care Utilization* dalam model kepercayaan kesehatan (*health system models*). Model ini terdiri dari 3 kategori yang mempengaruhi perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak yaitu *predisposing*, *enabling*, dan *needs* faktor seperti gambar berikut :



Gambar 2.4. *The Behavioral Model of Health Service Use*

Sumber : Wolinsky, Fredric, 1980. *The Sociology of Health Principles, Professions, and Issues*. Little, Brown and Company Boston Toronto

Dalam model Andersen, keputusan seseorang untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, bergantung kepada faktor *predisposing*, faktor *enabling* dan faktor kebutuhan (*need*).

1. *Predisposing factors* disini menggambarkan tiap individu mempunyai kecenderungan untuk menggunakan pelayanan kesehatan yang berbeda-beda dalam memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan. Hal ini disebabkan karena adanya ciri-ciri individu, yang terdiri dari :

- 1) Ciri-ciri demografi, seperti umur, jenis kelamin, status perkawinan, dan jumlah anggota keluarga.
- 2) Struktur sosial, yang mencerminkan pola hidup seseorang dalam hubungannya dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan seperti jenis pekerjaan, status sosial, pendidikan, ras, agama, dan kesukuan.
- 3) *Health belief*, seperti keyakinan terhadap pelayanan kesehatan, dokter dan penyakit.

2. *Enabling factors*

Merupakan suatu keadaan/kondisi yang membuat seseorang mampu melakukan tindakan untuk memenuhi kebutuhannya akan pelayanan kesehatan. *Enabling* faktor dibagi menjadi 2 (dua) golongan menurut Andersen, yakni sebagai berikut :

- 1) Sumber daya keluarga, meliputi : penghasilan keluarga, kemampuan membeli jasa pelayanan dan keikutsertaan dalam asuransi kesehatan serta pengetahuan tentang informasi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.
- 2) Sumber daya masyarakat, meliputi : jumlah sarana pelayanan kesehatan, jumlah tenaga kesehatan, rasio penduduk dan tenaga kesehatan, lokasi sarana kesehatan.

Andersen berasumsi makin banyak sarana pelayanan kesehatan dan tenaga kesehatan di suatu wilayah, makin kecil jarak jangkauan masyarakat terhadap suatu pelayanan kesehatan makin sedikit pula ongkos dan waktu yang perlu dikeluarkan sehingga tingkat pemanfaatan pelayanan kesehatan dapat meningkat.

3. *Need factors*

Merupakan komponen yang paling berpengaruh terhadap pelayanan kesehatan, jika tingkat *predisposing* dan *enabling* itu ada. Kebutuhan (*need*) dibagi menjadi 2 kategori, dirasa atau *perceived* dan *evaluated (clinical diagnosis)*. Kesakitan atau penyakit merupakan eksistensi dari terganggunya kesehatan seseorang. Andersen mengukur derajat kesakitan seseorang melalui :

1. Jumlah hari sakitnya dilaporkan
2. Keluhan atau gangguan kesehatan yang dirasakan yang merupakan manifestasi dari penyakit yang dideritanya
3. Persepsi tentang status kesehatan pribadi pada saat tertentu.

2.4.3 **Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak**

Dari sintesa beberapa teori perilaku dan pemanfaatan pelayanan kesehatan di atas dapat diambil beberapa faktor yang mempengaruhi pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak, diantaranya sebagai berikut :

2.4.3.1 **Umur**

Umur atau usia adalah satuan waktu yang mengukur waktu keberadaan suatu benda atau makhluk, baik yang hidup maupun yang mati. Semisal, umur manusia dikatakan lima belas tahun diukur sejak dia lahir hingga waktu umur itu dihitung. Umur memiliki pengaruh di dalam pencarian pengobatan (wikipedia, 2008).

Dari hasil penelitian Clendenin dkk (1997) menyatakan bahwa kunjungan ke pusat pelayanan kesehatan mata tersebut sebagian besar adalah anak-anak dibawah usia 16 tahun dan orang tua di atas 60 tahun. Sedangkan dari salah satu penelitian di Indonesia mengenai perilaku pasien berobat ke puskesmas terlihat bahwa usia terbanyak yang mengunjungi puskesmas adalah 26-35 tahun dengan jumlah 479 orang (28,80%) (Supardi S, et.al, 2008). Disamping itu dari suatu penelitian diketahui bahwa kebutaan banyak terdapat pada usia 50 tahun atau lebih (Dineen, B, 2006). Sedangkan Affandi (2003) mengatakan bahwa salah satu faktor yang mencetus penglihatan berkurang adalah usia, dimana semakin tua usia semakin terasa melemahnya sistem akomodasi mata. Hal ini sesuai dengan penelitian di Kabupaten Karawang yang menyatakan responden dengan umur 55

tahun ke atas jauh lebih banyak menderita katarak yaitu mencapai 84,1 % dan 30,60 kali lebih tinggi dibandingkan responden dengan usia kurang dari 30–54 tahun dan diketahuinya usia mempunyai hubungan yang bermakna dengan terjadinya katarak (Tana, et.al, 2006) .

Dari suatu penelitian di India Selatan, terlihat bahwa peluang untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan meningkat berdasarkan umur, yakni 40-49 dan 50-59 (OR : 1,2, CI : 1–1,4), 60-69 tahun (OR : 1,7, CI : 1,5–2), 70 tahun (OR : 3,4, CI : 2,7–4,2) (Nirmalan, et.al, 2004). Penelitian di Australia menunjukkan bahwa umur mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata. Diketahui bahwa pemanfaatan dokter mata lebih banyak digunakan pada mereka yang berumur tua, dan pada mereka yang lebih muda banyak menggunakan tenaga ahli kacamata (Mmed,W, 2008). Penelitian di Mesir juga menunjukkan bahwa bertambahnya umur serta rendahnya pendidikan dan pengetahuan mereka tentang kesehatan mata, menyebabkan mereka takut untuk melakukan operasi katarak sehingga masih diperlukan peningkatan kualitas pelayanan agar bisa diterima masyarakat (Fouad, D, et.al, 2003).

2.4.3.2 Jenis Kelamin

Perempuan di banyak tempat terutama negara berkembang kurang mendapatkan akses ke pelayanan kesehatan dibanding laki-laki. Hal tersebut dikarenakan hambatan-hambatan kultural dan adanya superioritas laki-laki atas perempuan dalam banyak hal. Hal ini sesuai dengan penelitian di Beijing yang mengatakan prevalensi gangguan penglihatan pada wanita 1,45%, 2,23 kali lebih tinggi daripada pria (0,65%) (Chen, JH, 2003). Selain itu dari suatu penelitian di Amerika yang dilakukan oleh Dr. Beau Bruce dari *Emory University* di Atlanta diketahui pria memiliki risiko dua kali lebih besar mengalami gangguan penglihatan dibandingkan perempuan akibat tekanan yang mereka alami pada otak (Anisa, 2008). Penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada perbedaan yang bermakna antara laki-laki dan perempuan dalam pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan (Vaughan Sarrazin, 2008).

Menurut Courtright (2003) di negara-negara miskin, perempuan jauh lebih sedikit memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata pada semua kelompok umur dibandingkan laki-laki. Akibatnya, lebih banyak perempuan

dibandingkan laki-laki yang buta atau gangguan penglihatan seperti katarak, *trachoma trichiasis* dan penutupan glaukoma sudut. Dalam suatu penelitian di Mesir terlihat bahwa faktor utama rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan masih ada *sensitivitas gender* dimana laki-laki mempunyai peluang 2x lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata dibandingkan perempuan (Fouad, D, et.al, 2003). Penelitian di India Selatan juga menunjukkan hasil yang sama dimana laki-laki lebih banyak dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Nirmalan, et.al, 2004).

Nash Ojunaga dan Gilbert (1992) dalam Andri (2006) mencatat bahwa secara sistematis hambatan-hambatan yang dihadapi perempuan dalam akses ke pelayanan kesehatan, dibagi dalam 4 kategori :

1. Hambatan-hambatan institusi, berupa perawatan-perawatan yang berbeda oleh institusi kesehatan.
2. Rintangan-rintangan ekonomi, berupa akses yang berbeda ke sumber daya yang ada.
3. Hambatan kultural, berupa status perempuan yang lebih rendah dibanding laki-laki, dokter laki-laki yang memeriksa perempuan dalam masalah kesehatan yang sensitif.
4. Hambatan pendidikan karena rendahnya akses perempuan pada institusi pendidikan.

2.4.3.3 Pendidikan

Yang dimaksud dengan pendidikan dalam hal ini adalah formal yang diperoleh di bangku sekolah. Pendidikan adalah setiap usaha, pengaruh, perlindungan, dan bantuan yang diberikan kepada anak didik yang menuju kedewasaan yang diharapkan bisa merubah perilaku. Pendidikan itu bisa formal ataupun nonformal.

Seperti diketahui bahwa pada umumnya perilaku manusia atau masyarakat dijabarkan dalam 3 bentuk operasional, yaitu pengetahuan, sikap dan tindakan. Jadi jelas sekali bahwa tingkat pendidikan seseorang menentukan luasnya pengetahuan dan bagaimana sikap mereka. Mereka yang berpendidikan rendah sangat susah untuk menerima pengobatan yang telah disediakan pemerintah, mereka lebih percaya kepada dukun, tabib dan sebagainya. Tingkat

pendidikan ini sangat berpengaruh terhadap pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata milik pemerintah.

Penelitian yang dilakukan terhadap warga Victorian di Australia didapatkan hasil bahwa wanita dengan level pendidikan yang lebih tinggi, ternyata lebih mengerti mengenai penyakit-penyakit mata sehubungan dengan usia (McCarty, 1998). Selain itu dari penelitian yang dilakukan di Serang, diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan perilaku pencarian pengobatan pada tenaga kesehatan (Hendarwan, 2003). Penelitian di India Selatan menemukan hasil yang sama dimana dengan meningkatnya pendidikan seseorang akan berpengaruh dalam peningkatan fasilitas pelayanan kesehatan mata (Nirmalan, et.al, 2004). Penelitian di Kibera menunjukkan bahwa rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata dikarenakan rendahnya pendidikan dan ditemukannya bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata (Ndegwa, LK, et.al, 2005).

2.4.3.4 Pekerjaan

Pekerjaan dalam arti luas adalah aktivitas utama yang dilakukan oleh manusia. Dalam arti sempit, istilah pekerjaan digunakan untuk suatu tugas atau kerja yang menghasilkan uang bagi seseorang. Dalam pembicaraan sehari-hari istilah ini sering dianggap sinonim dengan profesi (wikipedia, 2008).

Dalam kesehatan mata termasuk katarak, pekerjaan merupakan salah satu faktor dalam pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata. Pekerjaan yang sering terpapar dengan sinar matahari, seperti nelayan, petani, berpotensi untuk lebih cepat terkena katarak. Demikian juga mereka yang bekerja membutuhkan ketajaman mata, seperti : tukang jahit, tukang sol sepatu, buruh pabrik, bengkel dsb sangat berpotensi untuk mendapat gangguan penglihatan. Oleh karena itu orang yang banyak menggunakan mata dalam bekerja lebih mudah terserang gangguan/penyakit mata dibandingkan dengan orang yang tidak terlalu banyak menggunakan mata dalam pekerjaannya (Djing, 2007).

Dari penelitian di Australia diketahui bahwa orang yang bekerja lebih sering memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata dibandingkan mereka yang tidak bekerja. Mereka yang bekerja lebih banyak memanfaatkan untuk

pemeriksaan ketajaman mata (optometrist) (48 %) dibandingkan dokter mata yang hanya 10 %. Terdapat hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata (Keeffe, J.E, et.al, 2002).

2.4.3.5 Pengetahuan

Pengetahuan adalah hasil penginderaan manusia, atau hasil tahu seseorang terhadap objek melalui indera yang dimilikinya (mata, hidung, telinga, dan sebagainya). Sebagian besar pengetahuan seseorang diperoleh melalui indera pendengaran (telinga) dan indera penglihatan (mata). Menurut Notoatmodjo (2005) pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (*overt behaviour*).

Secara umum masyarakat berasumsi bahwa penggunaan pelayanan kesehatan akan meningkat apabila mereka mempunyai pengetahuan yang tinggi tentang penyakit yang dideritanya. Ini biasanya juga dipengaruhi oleh tingkat pendidikan yang juga masih rendah dan adanya anggapan bahwa gangguan penglihatan tidak menimbulkan kesakitan yang membahayakan. Kenyataannya, dari beberapa hasil penelitian menunjukkan hal tersebut tidak sepenuhnya benar atau kecil pengaruhnya. Ini sesuai dengan yang diungkapkan oleh Green (2005) bahwa peningkatan pengetahuan tidak selalu menyebabkan perubahan perilaku, namun terdapat hubungan positif diantara keduanya. Walau demikian Kresno (2005) mengungkapkan bahwa rendahnya pengetahuan masyarakat berpengaruh pada tindakan masyarakat dalam pencarian pengobatan (*care seeking*) yang tepat. Dalam penelitian ini diasumsikan bahwa semakin meningkat pengetahuan, maka semakin meningkat pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.

Survey Kebutaan dan Kesehatan Mata di Jawa Barat tahun 2005 menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan katarak dengan sikap. Namun hal tersebut dikarenakan kurangnya pengetahuan dan informasi tentang katarak. Penelitian di RSUP Kariadi Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap terhadap operasi katarak. Pada penelitian ini diketahui bahwa 78% responden telah pernah mendengar mengenai katarak (Arditya.K,S dan L.Rakmi,F, 2007).

Dari suatu penelitian kualitatif, diketahui bahwa kurangnya kepedulian masyarakat terhadap kesehatan mata dikarenakan keterbatasan pengetahuan

masyarakat yang disebabkan karena petugas kurang menginformasikan tentang pencegahan dan penyakit mata (Alexander, L, 2008). Penelitian di Australia menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai penyakit mata mempengaruhi praktek yang dilakukan oleh mereka menjadi lebih baik, sehingga mereka lebih berpartisipasi untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan secara teratur (McCarty, 1998). Penelitian di Mesir menunjukkan bahwa bertambahnya umur, rendahnya pendidikan dan pengetahuan mereka tentang kesehatan mata, menyebabkan mereka takut untuk melakukan operasi katarak sehingga masih diperlukan peningkatan kualitas pelayanan agar bisa diterima masyarakat (Fouad, D, et.al, 2003).

2.4.3.6 Sikap

Sikap adalah respon tertutup seseorang terhadap stimulus atau objek tertentu, yang sudah melibatkan faktor pendapat dan emosi yang bersangkutan. Dari hal tersebut dapat disimpulkan bahwa manifestasi sikap itu tidak dapat langsung dilihat, tetapi hanya dapat ditafsirkan terlebih dahulu dari perilaku yang tertutup. Newcomb, salah seorang ahli psikologis sosial, menyatakan bahwa sikap itu merupakan kesiapan atau kesediaan untuk beritindak, dan bukan merupakan pelaksanaan motif tertentu (Notoatmodjo, 2005). Dalam penelitian ini diasumsikan semakin baik sikap seseorang maka semakin meningkat pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.

Sikap merupakan penilaian (bisa berupa pendapat) objek (dalam hal ini adalah masalah kesehatan, termasuk penyakit). Setelah seseorang mengetahui objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap objek kesehatan tersebut. Oleh karena itu indikator untuk sikap kesehatan juga sejalan dengan pengetahuan kesehatan (Notoatmodjo, 2007).

Penelitian di RSUP Kariadi Semarang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap terhadap operasi katarak. Pada penelitian ini diketahui bahwa 26% responden bersikap tidak setuju untuk operasi dengan penyebab utama adanya rasa takut (38%) (Arditya.K,S dan L.Rakmi,F, 2007). Penelitian terhadap orangtua di India Selatan menunjukkan bahwa sikap orangtua yang tidak peduli terhadap kesehatan mata anaknya sehingga tidak pernah membawa anaknya ke pusat pelayanan kesehatan, diantaranya orangtua

tidak mengetahui bahwa pemeriksaan mata anak perlu dilakukan secara berkala (Nirmalan PK, et.al, 2004).

2.4.3.7 Kepercayaan

Kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah merupakan salah satu faktor penting dalam meningkatkan pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) dalam pelayanan pengobatan katarak. Kepercayaan diartikan sebagai sebuah kesaksian bahwa sebuah fenomena atau obyek adalah benar atau nyata adanya (Green, 2005). Menurut Rosenstock dalam Hendarwan (2003) kepercayaan dan keyakinan mengenai penyedia pelayanan kesehatan berguna untuk memahami perawatan kesehatan, dalam hal ini adalah kesehatan mata khususnya katarak. Suchman juga mengatakan bahwa rendahnya penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan pada beberapa kelompok etnis tidak terlepas dari kecenderungan kelompok tersebut untuk bersikap skeptis terhadap manfaat dari fasilitas pelayanan kesehatan modern

Dari suatu penelitian Yosa (2002) menunjukkan bahwa kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan di Kota Bandar Lampung. Hal ini juga ditemukan pada penelitian Rusydi (1999) yang melaporkan bahwa kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Musi Banyuasin. Demikian juga pada penelitian Hendarwan (2003) yang menyatakan bahwa ada hubungan antara kepercayaan pengobatan dengan upaya pencarian pengobatan pertama pada tenaga kesehatan. Pada penelitian ini ditemukan kepercayaan pengobatan baik mempunyai peluang 3,5 kali untuk berobat pada tenaga kesehatan dibanding dengan tingkat kepercayaan pengobatan yang rendah.

2.4.3.8 Jarak

Smith pada Muzaham (1995) membuktikan bahwa menempatkan fasilitas pelayanan kesehatan lebih dekat kepada masyarakat golongan ekonomi rendah secara tidak langsung menyebabkan pelayanan tersebut diterima oleh masyarakat. Ia melakukan penelitian yang lokasi penelitian dipindahkan lebih jauh dari lokasi sebelumnya. Ternyata kunjungan pasien untuk penyakit influenza merosot tajam, tetapi untuk penyakit spesifik tetap. Kesimpulannya adalah bahwa

masyarakat segan untuk bepergian jauh ke sarana pengobatan atau pelayanan kesehatan hanya untuk penyakit ringan ataupun bila pasien tidak mengerti akan penyakit yang serius. Dalam penelitian ini semakin dekat jarak ke BKMM semakin meningkat pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.

Secara fisik, jarak dapat diartikan seberapa jauh lokasi tempat tinggal dengan lokasi tempat pelayanan kesehatan (*provider*). Semakin jauh jarak antara konsumen (tempat tinggal pasien) dengan *provider* akan semakin rendah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dalam hal ini adalah BKMM sebagai tempat pengobatan katarak. Lewin dalam Notoatmodjo (2005) juga mengatakan bahwa apabila seseorang akan bertindak untuk mengobati penyakitnya maka ada beberapa hal yang akan mempengaruhinya diantaranya jarak dari fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan penghalang untuk menggunakan fasilitas tersebut.

Dari suatu penelitian yang dilakukan Lavy & Germain (1994) diketahui bahwa jarak paling dominan mempengaruhi penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian tersebut berhasil membuktikan bahwa pengaruh jarak dapat menghambat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan. Hutchinson (1999) yang menyatakan bahwa jarak dan biaya merupakan faktor penghambat dominan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Uganda (Andri, 2006). Penelitian di Mesir menunjukkan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata rendah walaupun akses pelayanan kesehatan mata tersebut mudah dijangkau (Fouad, D, et.al, 2003).

2.4.3.9 Biaya Berobat

Biaya berobat adalah besarnya dana yang harus disediakan untuk menyelenggarakan atau memanfaatkan berbagai upaya kesehatan yang diperlukan oleh perorangan, keluarga, kelompok ataupun masyarakat. Pengertian tarif tidaklah sama dengan harga. Meskipun keduanya menunjukkan kepada besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh konsumen dan pengertiannya lebih terkait dengan besarnya biaya yang dikeluarkan untuk memperoleh jasa pelayanan, setiap sarana kesehatan harus dapat menetapkan besarnya tarif yang dapat menjamin total pendapatan yang lebih besar dari total biaya pengeluaran.

Pengenaan biaya pelayanan harus ditetapkan secara wajar dengan memperhatikan nilai barang atau jasa pelayanan masyarakat dan tidak menuntut

biaya terlalu tinggi di luar kewajaran, sesuai dengan kondisi dan kemampuan masyarakat untuk membayar, dan ketentuan peraturan perundang-undangan. Pelayanan yang baik adalah yang mudah dijangkau oleh masyarakat. Pengertian keterjangkauan yang dimaksud disini terutama dari sudut biaya. Pelayanan kesehatan yang terlalu mahal tidak dapat dijangkau oleh semua pemakai jasa dan akan menurunkan permintaan pelayanan kesehatan khususnya pada masyarakat berpenghasilan rendah.

Dalam penelitian yang dilakukan Ongko (1988) diketahui bahwa harga (biaya) menunjukkan hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan bahkan merupakan faktor yang paling berpengaruh terhadap *demand* ke Balai Kesehatan Masyarakat Melania. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hutchinson (1999) yang menyatakan bahwa jarak dan biaya merupakan faktor penghambat dominan dalam pemanfaatan pelayanan kesehatan di Uganda (Andri, 2003). Dari suatu penelitian diketahui bahwa apapun penyakit mata dan beratnya kehilangan fungsi mata mempunyai pengaruh yang signifikan dalam beban keuangan (biaya berobat) bagi individu itu sendiri maupun masyarakat. (Wong, 2008). Penelitian di daerah kumuh Nairobi menunjukkan bahwa hambatan dalam pencarian pelayanan kesehatan mata adalah karena ketidakberdayaan untuk membayar (Ndegwa, LK, 2005).

2.4.3.10 Kebutuhan (*Need*)

Kebutuhan adalah salah satu aspek psikologis yang menggerakkan makhluk hidup dalam aktivitas-aktivitasnya dan menjadikan dasar (alasan) berusaha (wikipedia, 2009). Kebutuhan ini ditandai oleh perasaan kekurangan dan ingin diperoleh sesuatu yang akan diwujudkan melalui suatu usaha atau tindakan.

Mata merupakan salah satu dari panca indera yang paling berperan dalam segala aktivitas kehidupan manusia. Oleh karena itu kesehatan mata merupakan salah satu kebutuhan setiap manusia. Mata merupakan jendela dunia sehingga kita bisa melihat isi dunia ini. Dalam menjalankan aktivitas sehari-hari kita sangat bergantung kepada indera penglihatan (mata) ini sebagai sumber informasi dan setiap orang pasti takut kehilangan penglihatannya. Hal ini dikarenakan 83% informasi diperoleh dari mata ini.

Orang yang mengalami gangguan penglihatannya akan berusaha untuk mengobati gangguan penglihatannya dengan berusaha mencari fasilitas pelayanan kesehatan mata, dimana salah satunya pemerintah mendirikan BKMM. Masyarakat berharap dengan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan ini kebutuhannya akan penglihatan yang sehat dapat berfungsi lagi. Masyarakat yang mengalami gangguan penglihatan atau bahkan kebutaan tidak bisa melakukan aktivitasnya sehari-hari dan bahkan cenderung bergantung kepada orang lain. Oleh karena itu setiap orang pasti membutuhkan mata yang sehat dan sempurna.

Tindakan seseorang untuk mencari pengobatan dan pencegahan penyakit, dalam hal ini termasuk katarak didorong oleh keseriusan penyakit tersebut terhadap individu. Hal ini disebabkan katarak tersebut bisa menyebabkan kebutaan. Selain itu juga manfaat yang dirasakan jika melakukan pengobatan sedini mungkin untuk menghindari penyulit yang terdapat pada katarak seandainya tidak diobati.

2.4.3.11 Keterpaparan Informasi

Dalam menyampaikan informasi dibutuhkan komunikasi yang akan menyampaikan materi informasi tersebut. Komunikasi menurut Clevenger (1959) dalam Notoatmodjo (2005) adalah suatu terminologi yang merujuk pada suatu proses pertukaran informasi yang dinamis. Masing-masing pihak baik *source* maupun *receiver* terlibat dalam proses berbagi informasi. Komponen komunikasi terdiri dari komunikator/orang yang menyampaikan informasi atau pesan kepada orang lain, komunikan/orang yang menerima pesan atau informasi, pesan atau gagasan, saluran (media) yang sudah dirumuskan dalam suatu bentuk dan disampaikan kepada komunikan melalui lambang.

Komunikasi kesehatan merupakan suatu usaha yang sistematis untuk mempengaruhi secara positif perilaku kesehatan masyarakat, dengan menggunakan berbagai prinsip dan metode komunikasi, baik komunikasi interpersonal maupun komunikasi massa. Tujuan utama komunikasi kesehatan ini adalah perubahan perilaku kesehatan. Dalam hal ini adalah perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dengan peningkatan penyampaian informasi tentang katarak.

Dalam berkomunikasi ini ada dua macam media yakni media tatap muka seperti : antara petugas kesehatan dengan penyuluh lansia, kader kesehatan dengan penderita katarak dan sebagainya. Contoh media bukan tatap muka seperti melalui media cetak, media elektronik, pameran, dll. Faktor keterpaparan informasi ini juga termasuk saran dari teman, keluarga yang pernah sakit, petugas kesehatan dan sebagainya.

Penyuluhan merupakan upaya bantuan yang diberikan kepada konseling supaya dia memperoleh konsep diri dan kepercayaan diri sendiri, untuk bisa dimanfaatkan dalam memperbaiki tingkah lakunya pada masa yang akan datang. Penyuluhan kesehatan adalah kegiatan pendidikan kesehatan, yang dilakukan dengan menyebarkan pesan, menanamkan keyakinan, sehingga masyarakat tidak saja sadar, tahu dan mengerti, tetapi juga mau dan bisa melakukan suatu anjuran yang ada hubungannya dengan kesehatan (Machfoedz, 2007). Dengan pengertian seperti ini maka petugas penyuluh kesehatan harus menguasai ilmu komunikasi dan menguasai materi tentang pesan yang akan disampaikan.

Suatu penelitian di Mesir menyatakan perlunya meningkatkan promosi kesehatan mata karena kebutaan bisa terjadi pada laki-laki dan perempuan tidak ada perbedaan gender. Disamping itu diketahui Mesir bukan negara miskin dan ekonomi masyarakat cukup baik dan akses ke pelayanan kesehatan mata mudah sehingga diharapkan kasus kebutaan bisa menurun dengan promosi kesehatan (penyuluhan) (Fouad, D, et.al, 2003). Pada penelitian di India Selatan, terlihat bahwa dari hasil FGD pada masyarakat, diketahui masyarakat menginginkan adanya penyuluhan kesehatan mata untuk mengurangi kepercayaan pada dukun dalam pengobatan gangguan mata (Nirmalan, P.K, et.al, 2004).

2.5 Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)

2.5.1 Pengertian

Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) adalah fasilitas pelayanan kesehatan sekunder yang menyelenggarakan satu jenis pelayanan spesialisik tertentu (mata) secara proaktif sesuai kebutuhan masyarakat setempat, dilaksanakan secara terpadu dengan melibatkan peran serta masyarakat di wilayah kerjanya. BKMM ini merupakan Unit Pelaksana Teknis (UPT) Departemen

Kesehatan atau Dinas Kesehatan Propinsi atau Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan upaya kesehatan mata strata dua untuk mengatasi masalah kesehatan mata masyarakat secara menyeluruh dan terpadu dalam suatu wilayah kerja baik di dalam gedung maupun di luar gedung.

Wilayah kerja BKMM dapat meliputi wilayah Nasional, Regional, Propinsi, Kabupaten/Kota atau sesuai dengan kewenangan dan kedudukan yang diberikan oleh organisasi induknya.

2.5.2 Visi, Misi, dan Tujuan

1. Visi

Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) sebagai pusat kegiatan upaya-upaya kesehatan mata masyarakat.

2. Misi

a. Melakukan promosi kesehatan mata untuk pemberdayaan masyarakat. Berupaya agar setiap keluarga dan masyarakat di wilayah kerjanya, secara mandiri mampu mencegah dan mengatasi masalah yang berhubungan dengan kesehatan mata sesuai kemampuan yang dimiliki.

b. Meningkatkan pemerataan, mutu dan keterjangkauan pelayanan di bidang kesehatan mata masyarakat.

Penyelenggaraan pelayanan kesehatan mata strata dua berupaya meningkatkan pemerataan, memenuhi standar mutu, dan mengupayakan keterjangkauan serta memuaskan masyarakat dengan menerapkan teknologi tepat guna.

c. Mengembangkan jejaring kemitraan dan koordinasi dengan institusi terkait.

Mengembangkan jejaring kemitraan dan koordinasi di bidang kesehatan mata dengan institusi terkait untuk mengatasi masalah kesehatan mata di masyarakat.

3. Tujuan

Meningkatkan status kesehatan mata masyarakat melalui penyediaan pelayanan medis spesialisik mata secara proaktif kepada masyarakat di wilayah kerjanya.

2.5.3 Tugas Pokok dan Fungsi BKMM

1. Tugas Pokok

BKMM melaksanakan pelayanan kesehatan mata yang berorientasi pada masyarakat dengan tugas pokok melaksanakan pelayanan, pendidikan dan pelatihan teknis, penelitian dan pengembangan, serta peningkatan kemitraan di bidang kesehatan mata masyarakat.

2. Fungsi

Dalam melaksanakan tugasnya, BKMM menyelenggarakan fungsi :

- a. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan monitoring dan evaluasi pencegahan, pengobatan dan pelayanan penunjang.
- b. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan dan evaluasi pemulihan dan peningkatan fungsi penglihatan dan kebutaan.
- c. Pengamatan terhadap masalah kesehatan mata masyarakat
- d. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan rujukan kesehatan mata masyarakat.
- e. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan pelatihan tenaga kesehatan dan non kesehatan di bidang kesehatan mata masyarakat.
- f. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan dan evaluasi penelitian dan pengembangan teknologi tepat guna di bidang mata masyarakat.
- g. Perencanaan, koordinasi, pelaksanaan dan evaluasi pelaksanaan kemitraan dan sosialisasi kesehatan mata masyarakat.
- h. Pelaksanaan urusan ketatausahaan dan kerumahtanggaan Balai Kesehatan Mata Masyarakat.

BAB 3

KERANGKA KONSEP, DEFINISI OPERASIONAL DAN HIPOTESIS

3.1 Kerangka Konsep

Berdasarkan tinjauan pustaka beserta kerangka teori yang sudah tertulis sebelumnya, maka kerangka konsepnya adalah didasarkan pada teori pemanfaatan pelayanan kesehatan dan teori perilaku kesehatan yang dianggap sesuai dengan variabel yang akan diteliti. Teori yang digunakan sebagai dasar adalah model sistem kesehatan Andersen (Wolinsky, 1980), dan teori Green (Green, 2005).

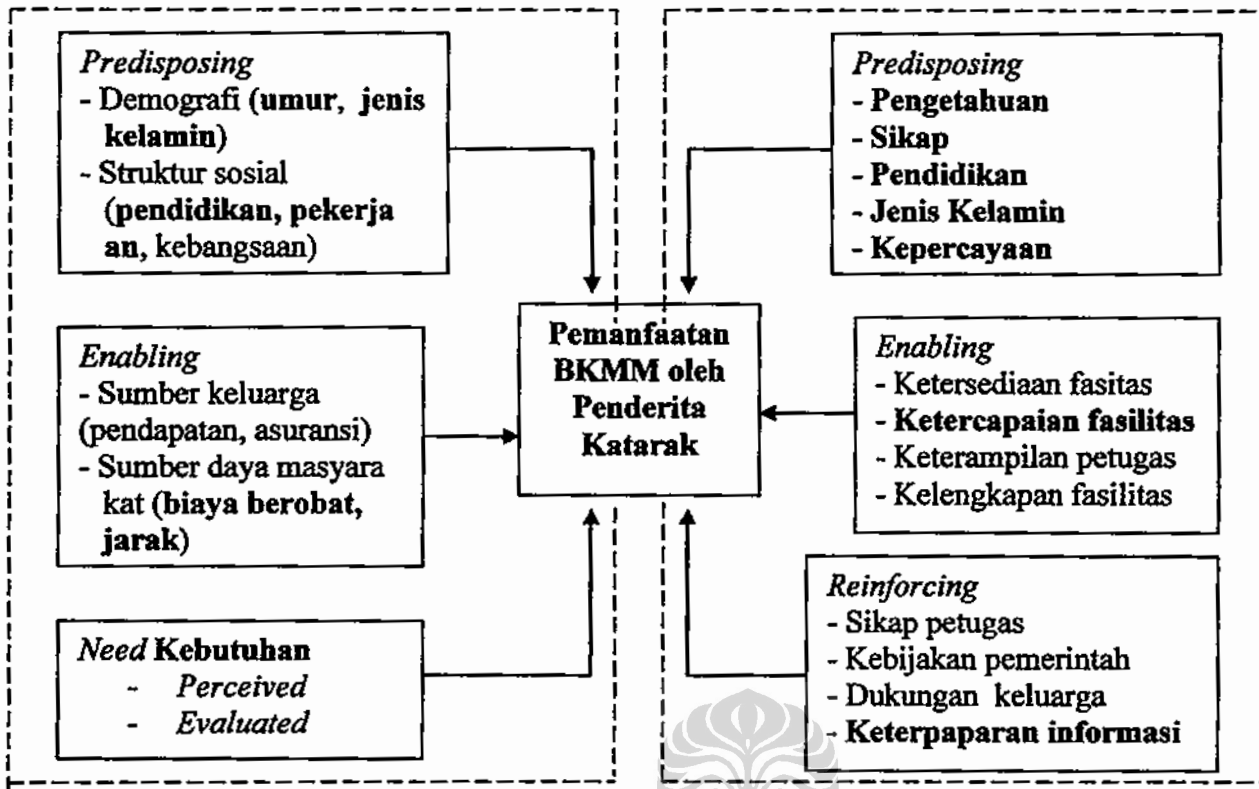
Model sistem kesehatan Andersen menjelaskan tiga kategori utama dalam pemanfaatan fasilitas kesehatan yaitu karakteristik predisposisi, dimana variabel yang diambil untuk penelitian adalah variabel demografi berupa umur dan jenis kelamin. Variabel struktur sosialnya berupa pekerjaan dan pendidikan dan variabel *health belief*. Karakteristik *enabling*/pemungkin dimana variabel yang diambil untuk penelitian berupa biaya berobat dan jarak ke pelayanan kesehatan. Karakteristik kebutuhan (*perceived* dan *evaluated*)

Teori Green menjelaskan tiga faktor penyebab perilaku, yaitu faktor predisposisi (*predisposing*) dimana variabel yang dipakai dalam penelitian ini adalah pengetahuan, sikap dan kepercayaan. Faktor pemungkin (*enabling*) berupa jarak ke pelayanan kesehatan dan faktor pendorong (*reinforcing*) berupa keterpaparan informasi.

Berdasarkan teori yang telah dikemukakan dalam tinjauan pustaka serta berdasarkan uraian di atas, maka secara skematis penulis membuat bagan kerangka teori tersebut sebagai berikut :

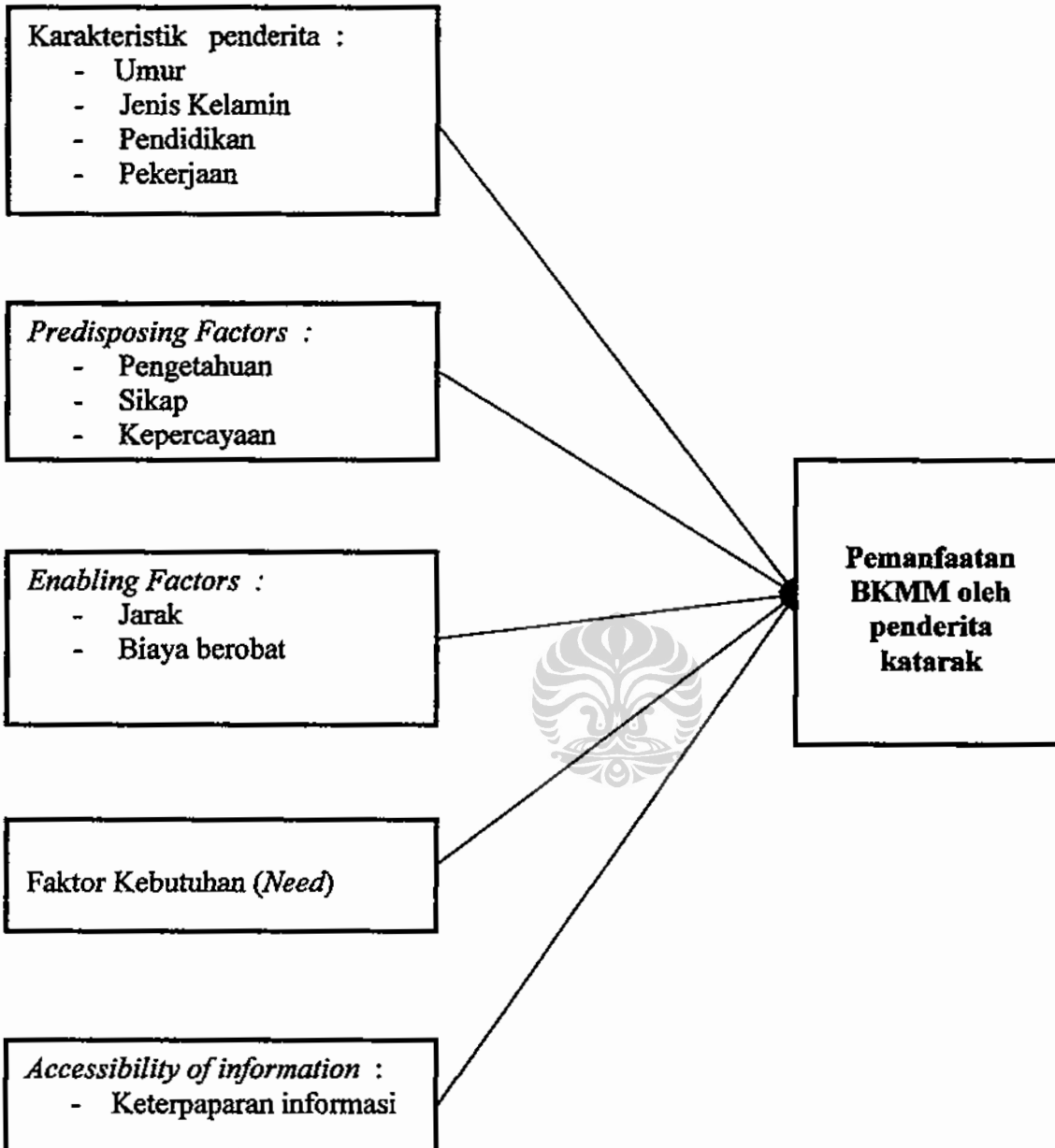
Teori Andersen (1974)

Teori Green (2005)



Gambar 3.1. Bagan Kerangka Teori Pemanfaatan BKMM oleh Penderita Katarak

Berdasarkan dua teori tersebut di atas, maka modifikasi dari teori tersebut tergambar pada kerangka konsep berikut ini :

Variabel Bebas**Variabel Terikat**

Gambar 3.2. Kerangka Konsep Determinan Pemanfaatan BKMM oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

3.2 Definisi Operasional

Tabel 3.1.
Definisi Operasional Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Nama Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Dependent Pemanfaatan BKMM	Pernyataan responden tentang perilaku pemanfaatan pernah/tidak pernahnya responden datang ke BKMM atau ke puskesmas yang dikunjungi BKMM untuk pengobatan & pemeriksaan katarak dalam 6 bulan terakhir.	Kuesioner (I)	Wawancara	Nominal	1 = ya (bila pernah ke BKMM) 0 = tidak (bila tidak pernah ke BKMM)
Independen Umur	Pernyataan responden tentang selisih antara tanggal, bulan dan tahun lahir responden dengan tanggal bulan dan tahun sampai saat pengumpulan data	Kuesioner (A.2)	Wawancara KTP	Ordinal	2 = lansia > 60 th 1 = pralansia (56-60 th) 0 = belum pralansia (40-55 th)
Jenis Kelamin	Perbedaan laki-laki dan perempuan	Kuesioner (A.3)	Observasi KTP	Nominal	1 = Laki-laki 0 = Perempuan
Pendidikan	Pernyataan responden tentang tingkat pendidikan formal terakhir yang diselesaikan responden berdasarkan ijazah terakhir yang dimiliki responden	Kuesioner (A.4)	Wawancara	Ordinal	1 = tinggi (> SMP) 0 = rendah (\leq tamat SMP)

Tabel 3.1. (Sambungan)
 Definisi Operasional Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di
 Sumatera Barat tahun 2009

Nama Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Pekerjaan	Pernyataan responden tentang kegiatan rutin yang dilakukan responden untuk mendapatkan penghasilan dalam rangka memenuhi kebutuhan hidup keluarga	Kuesioner (A.5)	Wawancara	Nominal	1 = bekerja 0 = tidak bekerja
Pengetahuan	Pernyataan responden tentang hal-hal yang diketahui responden tentang definisi katarak, tanda-tandanya, gejala, penyebabnya, pencegahannya, pengobatannya dan aktivitas yang mempercepat terjadinya katarak	Kuesioner (B)	Wawancara	Ordinal	1 = cukup jika skor \geq <i>mean</i> sampel 0 = kurang jika skor $<$ <i>mean</i> sampel
Sikap	Pernyataan responden tentang penilaian atau tanggapan yang dimiliki responden terhadap BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM sebagai tempat pemeriksaan pelayanan katarak. Baik bila mendukung dan tidak baik bila tidak mendukung	Kuesioner (C)	Wawancara	Ordinal	1 = baik jika skor \geq <i>mean</i> sampel 0 = tidak baik jika skor $<$ <i>mean</i> sampel

Tabel 3.1. (Sambungan)
 Definisi Operasional Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di
 Sumatera Barat tahun 2009

Nama Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Jarak	Pernyataan responden tentang persepsinya terhadap keterjangkauan untuk pergi ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM dilihat dari jarak tempat tinggal responden ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM dan ke mudahan mencaainya.	Kuesioner (D)	Wawancara	Nominal	1 = dekat jika skor \geq median sampel 0 = jauh jika skor $<$ median sampel
Biaya berobat	Pernyataan responden tentang persepsinya terhadap besarnya uang yang dikeluarkan oleh responden untuk satu kali pemeriksaan mata (katarak) dan ongkos transport yang dikeluarkan.	Kuesioner (E)	Wawancara	Ordinal	1 = terjangkau jika \geq median 0 = tidak terjangkau jika $<$ median
Kebutuhan	Pernyataan responden tentang persepsinya terhadap perlunya penglihatan yang baik berdasarkan pemikiran/keluhannya aktivitas dikarenakan gangguan penglihatan akibat katarak yang dideritanya.	Kuesioner (G)	Wawancara	Ordinal	1 = tinggi jika skor \geq median sampel 0 = rendah jika skor $<$ median sampel

Tabel 3.1. (Sambungan)
 Definisi Operasional Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Nama Variabel	Definisi Operasional	Alat Ukur	Cara Ukur	Skala Ukur	Hasil Ukur
Kepercayaan	Pernyataan responden tentang keyakinan bahwa BKMM bisa menyembuhkan penyakit katarak yang dideritanya. Seperti ketelitian dokter dan perawat dalam memeriksa pasien	Kuesioner (F)	Wawancara	Ordinal	1 = tinggi jika skor \geq median sampel 0 = rendah jika skor $<$ median sampel
Keterpaparan informasi	Pernyataan responden tentang anjuran, nasehat, penyuluhan, sehubungan dengan katarak, tanda-tanda, pencegahan dan pengobatannya, akibat katarak dan pemeliharaan kesehatan mata yang dilakukan oleh petugas kesehatan, TV, radio, dan media cetak	Kuesioner (H)	Wawancara	Ordinal	1 = baik jika skor \geq mean sampel 0 = tidak baik jika skor $<$ mean sampel

3.3 Hipotesis

1. Ada hubungan antara umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, biaya berobat, jarak, kebutuhan, dan keterpaparan informasi terhadap pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.
2. Pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat.

BAB 4 METODE PENELITIAN

4.1 Jenis Penelitian

Jenis penelitian ini adalah *non experimental* (observasional) dengan pengumpulan data dilakukan secara potong lintang (*cross sectional*) dimana untuk variabel bebas maupun variabel terikat diambil secara bersamaan. Metode yang digunakan adalah *survey*. Pengumpulan data penelitian ini dilakukan dengan pendekatan kuantitatif yang bersifat deskriptif analitik dengan menggambarkan fakta melalui interpretasi yang tepat dan kemudian dianalisis untuk menguji hipotesis-hipotesis dalam rangka mengetahui hubungan masing-masing variabel bebas dengan variabel terikat. Data yang digunakan adalah data primer dari kuesioner yang ditanyakan kepada responden terpilih dengan kriteria umur 40 tahun ke atas.

4.2 Lokasi dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilakukan di Propinsi Sumatera Barat, yakni di Kabupaten Limapuluh Kota, dan Kota Padang yang dilaksanakan pada bulan Februari – April 2009. Pemilihan lokasi penelitian ini berdasarkan bahwa BKMM tidak hanya memberikan pelayanan pengobatan katarak di dalam gedung saja, tetapi juga memberikan pelayanan katarak di luar gedung dengan mengunjungi puskesmas-puskesmas yang ada di kabupaten/kota Propinsi Sumatera Barat.

Berdasarkan laporan dari BKMM Sumatera Barat, diketahui bahwa pada tahun 2008 Kabupaten Limapuluh Kota paling tinggi pemanfaatannya terhadap pelayanan katarak pada saat kunjungan BKMM ke puskesmas yang ada di Sumatera Barat dibandingkan kabupaten/kota lainnya yakni 328 kasus. Kota Padang dipilih sebagai lokasi penelitian dikarenakan BKMM Sumatera Barat tersebut berada di Kota Padang yang setiap hari kerja melayani pasien yang datang berkunjung, diantaranya adalah pasien katarak dengan mayoritas pasien berasal dari Kota Padang sendiri.

4.3 Populasi dan Sampel

4.3.1 Populasi

Populasi dalam penelitian ini adalah masyarakat yang berumur 40 tahun ke atas yang berada di Kota Padang pada 11 kecamatan (Kecamatan Bungus Teluk Kabung, Lubuk Kilangan, Lubuk Begalung, Padang Selatan, Padang Timur, Padang Barat, Padang Utara, Nanggalo, Kuranji, Pauh dan Koto Tengah) serta Kabupaten Limapuluh Kota pada 13 kecamatan (Kecamatan Payakumbuh, Akabiluru, Luak, Lareh Sago Halaban, Situjuah Limo Nagari, Harau, Guguak, Mungka, Suliki, Bukik Barisan, Gunuang Omeh, Kapur IX, dan Pangkalan Koto Baru). Pengambilan kelompok umur di atas 40 tahun dikarenakan bahwa potensi katarak tersebut akan meningkat pada umur 40 tahun ke atas.

4.3.2 Sampel

Sampel penelitian dipilih dari masyarakat Kota Padang pada 104 kelurahan dan Kabupaten Limapuluh Kota pada 76 kelurahan, dengan kriteria inklusi :

- Penderita katarak dalam 6 (enam) bulan terakhir
- Berusia 40 tahun ke atas.
- Bersedia dijadikan sampel

Dalam pemilihan responden sebagai sampel dilakukan penjarangan (*screening*) untuk mengetahui kebenaran status katarak responden (immatur, matur, hiper matur, dan post operasi) dalam 6 (enam) bulan terakhir. Kebenaran status katarak ini baik dari diagnosa petugas kesehatan (dokter) ataupun dari pemeriksaan peneliti di lapangan.

Pemeriksaan yang dilakukan peneliti adalah meliputi ketajaman penglihatan dengan menggunakan *Snellen Chart*. Responden disuruh mengeja huruf (abjad) atau kartu E mulai dari baris atas ke bawah yang ada di depan responden pada jarak 6 m dengan menutup mata yang disebelahnya. Jika pada satu baris responden menemukan hambatan, bantu dengan *pinhole* (cakram berlubang), tetapi jika setelah dibantu dengan *pinhole* tidak ada kemajuan (tetap) maka responden kemungkinan mengalami katarak. Jika responden tidak bisa melihat huruf yang ada pada *snellen chart*, dilanjutkan dengan tes hitungan jari pada jarak 5 meter sampai 1 meter secara bertahap. Tajam penglihatan (*visus*)

yang diperoleh pada responden yang katarak ini jika $<6/18$. Selanjutnya dilakukan pemeriksaan pupil mata dengan melakukan penyenteran, jika sebagian atau seluruh pupil bewarna keputih-putihan (keruh) maka responden menderita katarak (immatur atau matur), tetapi jika pupil tidak keruh berarti bukan katarak, kemungkinan ada kelainan pada syaraf mata yang perlu pemeriksaan lebih lanjut. Setelah itu penyenteran dari samping juga bisa dilakukan, jika sebagian kekeruhan itu menjadi lebih gelap karena ada bayangan iris pada lensa maka merupakan katarak imatur.

Besar sampel minimal dihitung berdasarkan rumus besar sampel untuk uji hipotesis beda proporsi (Ariawan, 1998 ; Lemeshow, 1997) :

$$n = \frac{[-z_{1-\alpha/2}\sqrt{2P(1-P)} + z_{1-\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) - P_2(1-P_2)}]^2}{[P_1 - P_2]^2} \cdot deff$$

Keterangan :

- n = Jumlah sampel minimal
 $Z_{1-\alpha/2}$ = Nilai z berdasarkan derajat kemaknaan pada dua sisi : 5 % = 1,96
 $Z_{1-\beta}$ = Nilai z pada standar normal deviat $\beta = 20$ %, dengan nilai 0,84
P = Nilai rata-rata dari kedua proporsi $[(P_1 + P_2)/2] = 47,55$ %
P1 = Estimasi proporsi penderita katarak yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan
P2 = Estimasi proporsi penderita katarak yang tidak memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan
Deff = *Desain effect* = 1,5

Dalam rangka mendapatkan jumlah sampel yang maksimal, maka perhitungannya didasarkan pada variabel bebas dalam penelitian ini, yang diperoleh dari penelitian terdahulu, seperti tabel di bawah ini.

Tabel 4.1.

Besar Sampel Minimal dari Variabel yang Berhubungan dengan Pemanfaatan BKMM sebagai Fasilitas Pelayanan oleh Penderita Katarak

No	Variabel	P1 (%)	P2 (%)	Efek Desain	Jumlah sampel	Referensi
1	Pengetahuan	71,3	41,7	1,5	114	A. Achmad Fariji (2008)
2	Sikap	80	45,7	1,5	90	A. Achmad Fariji (2008)
3	Pendidikan	40,5	16,8	1,5	154	Budi Andri (2006)
4	Biaya Pengobatan	71	28,9	1,5	63	Herlina (2000)
5	Jarak	41,6	16,5	1,5	151	Arlan Yulfar (2003)
6	Pekerjaan	61,6	26,1	1,5	86	Taufik Rusydi (1999)

Berdasarkan hasil perhitungan di atas, maka jumlah sampel yang diambil adalah angka yang paling besar dan mendekati jumlah sampel yang sesungguhnya yakni 154 sampel (responden) serta dianggap dapat merepresentasikan penelitian ini secara keseluruhan.

Desain pemilihan sampel yang digunakan adalah *cluster* dua tahap dengan unit *cluster* terkecil (*primary sampling unit /PSU*) adalah desa/kelurahan. Adapun tahapannya sebagai berikut :

1. Melakukan pemilihan 90 desa/kelurahan secara random dari 180 kelurahan yang berada di Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota dengan *probability proportionate to size (PPS)*. Kota Padang dengan jumlah kelurahan sebanyak 104, maka pada penelitian ini ada 52 kelurahan yang terpilih sebagai sampel. Kabupaten Limapuluh Kota dengan jumlah kelurahan sebanyak 76, maka pada penelitian ini ada 38 kelurahan yang terpilih sebagai sampel. Teknis PPS ini digunakan untuk menjamin tiap subyek penelitian di Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota memiliki probabilitas yang sama untuk terpilih.
2. Selanjutnya, setelah diperoleh 90 desa/kelurahan yang terdapat di 24 kecamatan pada Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota, maka setiap desa/kelurahan dipilih maksimal 2 orang penderita katarak. Setelah jumlah sampel kelurahan didapatkan, maka untuk pemilihan sampel dilakukan secara acak (*random*) dengan menggunakan informasi yang diperoleh dari kader kesehatan ataupun masyarakat setempat tentang warga yang pernah mengalami keluhan gangguan penglihatan pada kelompok umur 40 tahun ke atas.

4.4 Pengumpulan Data

4.4.1 Metode Pengumpulan Data

Dalam penelitian ini metoda pengumpulan data dilakukan dengan teknik wawancara langsung kepada responden katarak yang terpilih, dengan menanyakan sehubungan hal yang berkaitan dengan variabel-variabel pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan pengobatan katarak yang akan diteliti. Variabel-variabel tersebut telah dituangkan dalam bentuk pertanyaan-pertanyaan

yang dikembangkan dari setiap masing-masing variabel yang akan dijawab oleh responden.

4.4.2 Instrumen Penelitian

Dalam penelitian ini instrument penelitian yang digunakan sebagai alat bantu adalah kuesioner yang terdiri dari beberapa pertanyaan dan telah dikelompokkan dan disusun sesuai dengan variabelnya sehingga dapat dengan mudah dimengerti oleh responden terpilih. Sebagian dari pertanyaan dalam kuesioner penelitian ini diperoleh dari Survey Kebutaan dan Kesehatan Mata di Jawa Barat tahun 2005.

Sebelum kuesioner digunakan sebagai alat pengumpul data, terlebih dahulu dilakukan uji coba atau *trial* terhadap kuesioner tersebut untuk melihat validitas dan reliabilitas kuesioner tersebut. Uji coba kuesioner ini dilakukan pada 20 responden penderita katarak yang berdomisili di Kota Padang.

1. Uji Validitas

Uji validitas dilakukan untuk melihat sejauhmana tingkat kevalidan atau kesahihan suatu instrumen. Suatu instrumen yang valid atau sah mempunyai validitas tinggi. Untuk mengukur validitas butir instrumen secara manual dipakai rumus korelasi *product moment* oleh Pearson sebagai berikut (Sugiyono, 2007):

$$r = \frac{N(\sum XY) - (\sum X)(\sum Y)}{\sqrt{\{N\sum X^2 - (\sum X)^2\} \{N\sum Y^2 - (\sum Y)^2\}}}$$

Bila r hitung lebih besar dari r tabel, maka H_0 ditolak yang artinya variabel tersebut valid. Bila r hitung lebih kecil dari r tabel, maka H_0 gagal ditolak yang artinya variabel tersebut tidak valid.

2. Uji reliabilitas

Uji reliabilitas menunjukkan pada satu pengertian bahwa suatu instrumen cukup dipercaya untuk digunakan sebagai alat pengumpul data karena instrumen tersebut sudah baik. Uji reliabilitas untuk menunjukkan sejauhmana kuesioner tersebut tetap konsisten atau stabil bila dilakukan pengukuran dua kali atau lebih terhadap gejala yang sama dan dengan alat ukur yang sama. (Sugiyono, 2005) Dalam uji reliabilitas, sebagai r hasil adalah nilai *Alpha*. Jika r alpha > r tabel, maka pertanyaan tersebut reliabel.

4.4.3 Pengumpul Data

Data dikumpulkan oleh peneliti langsung dengan dibantu oleh 1 orang lulusan Akademi Perawat dan 2 orang lulusan Akademi Refraksi Optision untuk pemeriksaan ketajaman penglihatan. Sebelum pengumpulan data dilakukan, wawancara terlebih dahulu diberikan pelatihan tentang cara pengumpulan data dan teknik wawancara serta pemahaman tentang kuesioner.

4.5 Pengukuran Variabel

4.5.1 Variabel Dependen

Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Variabel dependen ini diukur dari pertanyaan kuesioner pada kelompok I nomor 2. Jika responden menjawab pernah memeriksakan gangguan mata (katarak) ke BKMM atau puskesmas yang pernah dikunjungi oleh BKMM, maka dalam penelitian ini dinyatakan telah memanfaatkan BKMM Sumatera Barat.

4.5.2 Variabel Independen

1. Data mengenai umur responden ditanyakan langsung pada responden dengan menggunakan kuesioner dan dengan melihat KTP responden.
2. Data mengenai jenis kelamin responden diperoleh dengan melihat KTP responden.
3. Data pendidikan responden diperoleh dengan bertanya langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner.
4. Data pekerjaan responden diperoleh dengan bertanya langsung kepada responden dengan menggunakan kuesioner.

5. Pengetahuan

Variabel pengetahuan dalam penelitian ini berada pada kuesioner kelompok B, dengan jumlah 10 pertanyaan. Pertanyaannya meliputi definisi katarak, penyebab katarak, tanda-tanda/gejala katarak, usia beresiko katarak, efek samping katarak, cara penyembuhan katarak, katarak dapat menyebabkan kebutaan, katarak menular ke mata lainnya, cara pencegahan katarak dan cara mengobatinya. Jika responden menjawab benar diberi skor = 1 dan jika responden menjawab salah diberi skor = 0. Skor pada variabel pengetahuan ini berada antara

0-42. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *mean* dalam penentuan *cut off pointnya* (23,92). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan cukup, jika nilai pengetahuan besar atau sama dengan nilai rata – rata sampel (≥ 57) dan dikatakan kurang jika nilai pengetahuan kurang dari nilai rata – rata sampel (< 57).

6. Sikap

Variabel sikap dalam penelitian ini diukur dari pertanyaan kuesioner pada kelompok C dengan jumlah 8 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan punya 5 alternatif jawaban dengan kriteria penilaian : Sangat setuju (SS) = 5, setuju (S) = 4, ragu-ragu (R) = 3, tidak setuju (TS) = 2, dan sangat tidak setuju (STS) = 1. Skor pada variabel sikap ini berada antara 0-40. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *mean* dalam penentuan *cut off pointnya* (21,65). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan baik, jika nilai sikap besar atau sama dengan nilai rata – rata sampel ($\geq 54,1$) dan dikatakan tidak baik jika nilai sikap kurang dari nilai rata – rata sampel ($< 54,1$).

7. Jarak

Variabel jarak diukur dari pertanyaan kuesioner kelompok D dengan jumlah 5 pertanyaan yang terdiri dari 2 pertanyaan terbuka dan 3 pertanyaan tertutup. Pada pertanyaan terbuka tidak diberi penilaian karena dalam penelitian ini hanya persepsi responden yang akan diberi penilaian. Masing-masing pertanyaan punya 4 alternatif jawaban dengan kriteria penilaian : sangat dekat/sangat mudah/sangat cepat = 4, dekat/mudah/cepat = 3, jauh/susah/lama = 2 dan sangat jauh/sangat susah/sangat lama = 1. Skor pada variabel keterjangkauan (jarak) ini berada antara 0-12. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data tidak terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *median* dalam penentuan *cut off*

pointnya (7). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan dekat, jika nilai keterjangkauan (jarak) besar atau sama dengan nilai median sampel ($\geq 58,3$) dan dikatakan jauh jika nilai keterjangkauan (jarak) kurang dari nilai median sampel ($< 58,3$).

8. Biaya pengobatan

Variabel biaya pengobatan diukur dari pertanyaan kuesioner kelompok E dengan jumlah 5 pertanyaan yang terdiri dari 3 pertanyaan terbuka dan 2 pertanyaan tertutup. Pada pertanyaan terbuka tidak diberi penilaian karena dalam penelitian ini hanya persepsi responden yang akan diberi penilaian. Masing-masing pertanyaan punya 4 alternatif jawaban dengan kriteria penilaian : sangat terjangkau = 4, terjangkau = 3, tidak terjangkau = 2 dan sangat tidak terjangkau = 1. Skor pada variabel biaya pengobatan ini berada antara 0-8. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data tidak terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *median* dalam penentuan *cut off pointnya* (6). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan terjangkau, jika nilai biaya pengobatan besar atau sama dengan nilai median sampel (≥ 75) dan dikatakan tidak terjangkau jika nilai biaya pengobatan kurang dari nilai median sampel (< 75).

9. Kepercayaan

Variabel kepercayaan diukur dari pertanyaan kuesioner kelompok F dengan jumlah 3 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan ada 4 alternatif jawaban dan ada yang 2 alternatif jawaban dengan kriteria penilaian : sangat percaya/sangat profesional = 4, percaya/profesional = 3, tidak percaya/tidak profesional = 2, sangat tidak percaya/sangat tidak profesional = 1, ya = 1 dan tidak = 0. Skor pada variabel kepercayaan ini berada antara 0-9. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data tidak terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *median* dalam penentuan *cut off pointnya* (6). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan tinggi, jika nilai kepercayaan besar atau sama dengan

nilai median sampel ($\geq 66,7$) dan dikatakan rendah jika nilai kepercayaan kurang dari nilai median sampel ($< 66,7$).

10. Kebutuhan

Variabel kebutuhan diukur dari pertanyaan kuesioner kelompok G dengan jumlah 3 pertanyaan. Masing-masing pertanyaan ada 4 alternatif jawaban dan ada yang 2 alternatif jawaban dengan kriteria penilaian : sangat mengganggu/sangat takut = 4, mengganggu/takut = 3, tidak mengganggu/tidak takut = 2, sangat tidak mengganggu/sangat tidak takut = 1, pernah = 1 dan tidak pernah = 0. Skor pada variabel kebutuhan ini berada antara 0-9. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data tidak terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *median* dalam penentuan *cut off pointnya* (6). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan tinggi, jika nilai kebutuhan besar atau sama dengan nilai median sampel ($\geq 66,7$) dan dikatakan rendah jika nilai kebutuhan kurang dari nilai median sampel ($< 66,7$).

11. Keterpaparan informasi

Variabel keterpaparan informasi diukur dari pertanyaan kuesioner kelompok H dengan jumlah 4 pertanyaan. Pertanyaannya meliputi penjelasan tentang katarak beserta sumbernya dan informasi BKMM melayani katarak beserta sumbernya. Jika responden menjawab benar diberi skor = 1 dan jika responden menjawab salah diberi skor = 0. Skor pada variabel keterpaparan informasi ini berada antara 0-24. Skor yang diperoleh kemudian dikonversi dengan menggunakan standar penilaian umum (1-100) dengan cara [(nilai yang diperoleh : nilai maksimal) x 100]. Berdasarkan pada uji kenormalan data diketahui data terdistribusi normal, sehingga dipakai nilai *mean* dalam penentuan *cut off pointnya* (5,11). Hasil penilaian yang diperoleh kemudian dikategorikan baik, jika nilai keterpaparan informasi besar atau sama dengan nilai rata-rata sampel ($\geq 21,3$) dan dikatakan rendah jika nilai keterpaparan informasi kurang dari nilai rata-rata sampel ($< 21,3$).

4.6 Pengolahan dan Analisis Data

4.6.1 Pengolahan Data

Pengolahan data dilakukan dengan menggunakan analisis kuantitatif dengan memakai alat bantu komputer. Tahapan pengolahan data yang dilakukan adalah sebagai berikut (Hastono, 2007) :

1. *Skoring*

Pada tahap awal perlu dilakukan pemberian skor pada setiap jawaban dari pertanyaan yang diberikan kepada responden berdasarkan pengelompokan variabelnya. Skor dari setiap pertanyaan tersebut dijumlahkan menurut masing-masing variabel penelitian. Total skor yang dihasilkan kemudian dikelompokkan menurut kategori yang telah ditentukan.

2. *Editing*

Merupakan kegiatan untuk melakukan pengecekan isian formulir atau kuesioner apakah jawaban yang ada di kuesioner sudah lengkap, jelas, relevan dan konsisten. Bila ada ditemukan ada kesalahan, maka kuesioner dikembalikan kepada pewawancara untuk diperbaiki ataupun kunjungan ulang kepada responden untuk memperbaiki kesalahan tersebut.

3. *Coding*

Merupakan kegiatan merubah data berbentuk huruf menjadi data berbentuk angka/bilangan. Pengkodean dilakukan pada lembar kuesioner dengan kegunaan untuk mempermudah pada saat analisa data dan juga mempercepat pada saat *entry data*.

4. *Processing (Entry data)*

Setelah kuesioner terisi penuh dan benar, serta sudah adanya pengkodean, maka selanjutnya adalah pemrosesan data dengan cara memasukan data (*entry data*) dari kuesioner ke program komputer agar dapat dianalisis.

5. *Cleaning*

Kemudian dilakukan pembersihan kembali data yang telah dimasukan dengan memeriksa kesalahan yang mungkin terjadi. Dari data yang dimasukan ke program komputer dilakukan pengecekan untuk melihat kekurangan/kesalahan yang masih ada agar data tersebut siap untuk dianalisis.

4.6.2 Analisis Data

Analisis data dilakukan secara bertahap, yakni (Hastono, 2007) :

1. Univariat

Analisa ini bertujuan untuk mendeskripsikan karakteristik masing-masing variabel yang diteliti dalam bentuk distribusi frekuensi. Dalam penelitian ini variabel independennya meliputi umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keterjangkauan/jarak, biaya berobat, kebutuhan dan keterpaparan informasi. Variabel dependen dalam penelitian ini adalah pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.

2. Bivariat

Analisis bivariat digunakan untuk mengetahui kekuatan hubungan yang signifikan antara variabel bebas dengan variabel terikat dengan menggunakan uji *chi-square*. Analisa yang digunakan adalah uji regresi logistik sederhana dengan batas kemaknaan $p=0,05$. Hasil uji statistik dikatakan mempunyai hubungan bermakna jika nilai p lebih kecil dari α ($p \text{ value} < 0,05$). Sebaliknya jika dari hasil uji statistik $p \text{ value} > 0,05$ maka hubungan dinyatakan tidak bermakna.

Dalam penelitian ini analisa bivariat adalah untuk menganalisis hubungan variabel independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, kepercayaan, keterjangkauan/jarak, biaya berobat, pendapatan keluarga, kebutuhan dan keterpaparan informasi) dengan variabel dependen (pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak). Bila analisa bivariat menunjukkan nilai $p < 0,25$, maka variabel tersebut merupakan variabel kandidat pada tahap multivariat, tetapi jika variabelnya mempunyai nilai $p > 0,25$ namun secara substansi penting, maka variabel tersebut dapat masuk dalam permodelan multivariat.

3. Multivariat

Analisa multivariat ini bertujuan untuk mengetahui variabel independen mana yang ada hubungan dan keamatan hubungan yang paling dominan terhadap variabel dependen. Analisa ini dilakukan dengan cara menghubungkan variabel independen yang mempunyai nilai $p < 0,25$ dengan variabel dependen pada waktu yang bersamaan. Langkah-langkah yang dilakukan dalam analisa multivariat adalah sebagai berikut : (Hastono, 2007 ; Ariawan, 1998)

- a. Mengidentifikasi kovariat potensial yang dilakukan dengan membuat analisis regresi logistik dari masing-masing kovariat terhadap variabel terikat.
- b. Kovariat yang memiliki nilai $\leq 0,25$ pada tampilan *block 1* pada kotak *Omnibus Test of Model Coefficients* bagian *block*, merupakan kandidat yang masuk dalam model multivariat. Seandainya terdapat kovariat yang nilainya $> 0,25$ tetapi secara substansi dipentingkan, maka harus tetap dimasukkan dalam pemodelan.
- c. Berdasarkan evaluasi dari standar nilai pada tabel *Omnibus Test of Model Coefficients* bagian *block* seperti disebutkan di atas, maka kovariat yang memenuhi kriteria dapat dimasukkan dalam pemodelan perhitungan multivariat.
- d. Melakukan perhitungan regresi logistik ganda secara bersamaan untuk semua kovariat yang masuk kriteria pemodelan dengan cara mempertahankan variabel yang mempunyai nilai $p < 0,05$ dan mengeluarkan variabel dengan nilai $p > 0,05$ (tidak signifikan) secara berurutan yang dimulai dari nilai p terbesar.
- e. Setelah memperoleh model yang memuat variabel-variabel penting, maka langkah terakhir adalah memeriksa kemungkinan adanya interaksi antar variabel. Apabila nilai pada bagian *block* pada tabel *Omnibus Test of Model Coefficients* terlihat nilai $p > 0,05$, maka berarti tidak ada interaksi.

BAB 5 HASIL PENELITIAN

5.1 Gambaran Umum Pelaksanaan Penelitian

Penelitian dilaksanakan di Kota Padang dan Kabupaten Limapuluh Kota Propinsi Sumatera Barat pada bulan Februari sampai April 2009. Kelurahan yang terpilih sebagai sampel di Kota Padang berjumlah 52 kelurahan dengan jumlah sampel sebanyak 88 orang. Kelurahan yang terpilih sebagai sampel di Kabupaten Limapuluh Kota berjumlah 38 kelurahan dengan jumlah sampel sebanyak 66 orang.

Dalam pelaksanaan pengumpulan data di lapangan, kepada responden yang terpilih sebagai sampel dilakukan beberapa hal, yaitu :

1. Kepada calon responden dijelaskan tentang maksud dan tujuan penelitian serta manfaat penelitian yang dilakukan.
2. Dilakukan penjarangan (*screening*) awal untuk memastikan kondisi katarak responden. Penjarangan dilakukan dengan beberapa pertanyaan dan dilanjutkan dengan pemeriksaan ketajaman penglihatan (*visus*) dan penyenteran pada pupil mata responden. Pemeriksaan ini dilakukan tanpa pemungutan biaya kepada responden (*gratis*) yang menimbulkan antusias dari masyarakat.
3. Hasil pemeriksaan diberitahukan kepada responden, jika ditemukan responden mengalami gejala katarak maka kepada responden tersebut diberitahukan bahwa matanya mulai mengalami gangguan katarak. Disamping itu juga dijelaskan bahwa mereka tidak usah takut, karena katarak dapat diobati sehingga matanya bisa berfungsi seperti semula. Kepada responden juga disarankan untuk pemeriksaan lebih lanjut ke BKMM Sumatera Barat.

Penjarangan ini dilakukan pada 493 orang calon responden, dan ditemukannya 154 orang yang menderita katarak yang langsung terpilih menjadi sampel.

5.2 Gambaran Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat

Dalam penelitian ini untuk mengetahui gambaran pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak maka sebelumnya dilakukan pengelompokan status responden berdasarkan pernah dan tidak pernahnya memeriksakan penurunan ketajaman penglihatan/gangguan penglihatannya dalam enam bulan terakhir sehubungan dengan katarak yang dialaminya. Adapun gambarannya dapat dilihat pada tabel 5.1 di bawah ini.

Tabel 5.1.

Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Pemeriksaan Gangguan Penglihatan Sehubungan dengan Katarak yang Dialami pada 6 Bulan Terakhir Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Pemeriksaan Gangguan Penglihatan	Frekuensi	%
Pernah	70	45,50
Tidak pernah	84	54,50
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.1 di atas terlihat bahwa lebih dari separuh responden tidak pernah memeriksakan gangguan penglihatan sehubungan dengan katarak yang dialaminya (54,50%). Selanjutnya untuk mengetahui alasan responden tidak pernah memeriksakan gangguan penglihatannya (katarak) dapat dilihat pada tabel 5.2 di bawah ini.

Tabel 5.2.

Distribusi Responden Berdasarkan Alasan Tidak Pernah Memeriksakan Gangguan Penglihatan Sehubungan dengan Katarak yang Dialaminya Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n=84)

Alasan Tidak Memeriksakan Gangguan Penglihatan Sehubungan dengan Katarak	Jawaban Responden			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Tidak tahu kalau katarak bisa disembuhkan	18	21,43	66	78,60
Jauh dari pusat pelayanan kesehatan	8	9,52	76	90,50
Biaya berobat dan transport yang mahal	13	15,50	71	84,52
Adanya rasa takut kalau harus dioperasi	45	53,60	39	46,43

Berdasarkan tabel 5.2 di atas terlihat mayoritas alasan responden tidak pernah memeriksakan gangguan penglihatannya sehubungan dengan katarak

yang dialaminya dikarenakan adanya rasa takut kalau harus dioperasi (53,60%) dan paling sedikit dikarenakan jauh dari pusat pelayanan kesehatan (9,52%). Sedangkan distribusi tempat dari 70 orang responden yang pernah memeriksakan gangguan penglihatannya sehubungan dengan katarak yang dialaminya dapat dilihat pada tabel 5.3 berikut ini.

Tabel 5.3.
Distribusi Responden Berdasarkan Tempat Pemeriksaan Mata Sehubungan dengan Katarak yang Dialami Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 70)

Pilihan	Jawaban Responden			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Dukun/paranormal	0	0	70	100
Bidan/mantri terdekat	1	1,43	69	98,57
Puskesmas	47	67,14	23	32,86
Praktek dokter spesialis mata	5	7,14	65	92,86
Klinik mata	6	8,57	64	91,43
Rumah Sakit	24	34,29	46	65,71
Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)	26	37,14	44	62,86
Puskesmas yang dikunjungi BKMM	0	0	70	100

Dari tabel 5.3 di atas terlihat bahwa sebagian besar responden memeriksakan matanya pada tingkat puskesmas (67,14%), BKMM sebesar 37,14% dan rumah sakit 34,29%. Berdasarkan tabel 5.3 tersebut juga terlihat bahwa tidak ada responden yang memeriksakan matanya ke dukun/paranormal dan puskesmas yang dikunjungi BKMM.

Pada tabel 5.4 di bawah ini akan menjelaskan distribusi responden berdasarkan alasan memanfaatkan dan tidak memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak.

Tabel 5.4.
Distribusi Responden Berdasarkan Alasan Memanfaatkan dan Tidak Memanfaatkan BKMM Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 70)

Alasan	Jawaban Responden			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Memanfaatkan (n = 26)				
- Pelayanan dan pengobatannya bermutu	2	7,69	24	92,31
- Prosedur cepat dan tidak berbelit-belit	7	26,92	19	73,08
- Petugasnya yang ramah	1	3,85	25	96,15
- Biaya pelayanan dan obat yang murah	8	30,77	18	69,23
- Letak BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM yang strategis	4	15,38	22	84,62
- Transportasi yang murah dan lancar	4	15,38	22	84,62
Tidak Memanfaatkan (n = 44)				
- Pelayanan dan pengobatannya tidak bermutu	7	15,91	37	84,09
- Prosedur berbelit-belit dan lama	4	9,09	40	90,91
- Petugasnya yang kurang ramah (kasar/ketus)	12	27,27	32	72,73
- Biaya pelayanan dan obat yang mahal	5	11,36	39	88,64
- Letak BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM yang sangat jauh	6	13,64	38	86,36
- Ada yankes lain yang telah ditetapkan	6	13,64	38	86,36
- Biaya transpor yang mahal dan susah	4	9,09	40	90,91

Dari tabel 5.4 di atas terlihat bahwa dari 26 responden yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat dalam pelayanan katarak, maka sebagian besar alasannya adalah dikarenakan biaya pelayanan dan obat yang murah (30,77%), dan sedikit sekali yang mengatakan karena petugasnya yang ramah (3,85%). Disamping itu pada tabel 5.4 tersebut juga menjelaskan alasan bahwa sebagian besar responden tidak memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak dikarenakan petugas yang kurang ramah (27,27%), dan paling sedikit mengatakan karena prosedur berbelit-belit/lama dan biaya transport yang mahal/susah (9,09%).

Pengelompokan status responden berdasarkan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat bagi penderita katarak didasarkan kepada pernah dan tidak pernahnya responden tersebut memeriksakan gangguan mata kataraknya ke BKMM Sumatera Barat atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumatera Barat dalam enam bulan terakhir.

Adapun gambaran pengelompokan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat oleh penderita katarak tersebut dapat dilihat pada tabel 5.5 di bawah ini.

Tabel 5.5.
Distribusi Responden Berdasarkan Pemanfaatan BKMM oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Pemanfaatan BKMM	Frekuensi	%
Ya	26	16,88
Tidak	128	83,12
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.5 di atas, diketahui bahwa 128 orang (83,12%) tidak memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai sarana pelayanan katarak dan responden yang memanfaatkan BKMM bagi penderita katarak sebanyak 26 orang (16,88%).

5.3 Gambaran Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat

Dalam penelitian ini, yang dijadikan variabel sebagai determinan dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat adalah umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, keterjangkauan (jarak), biaya pengobatan, kepercayaan, kebutuhan, dan keterpaparan informasi. Variabel-variabel tersebut dikelompokan dalam bentuk kategori untuk kemudahan dalam analisis data yang disajikan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi dari masing-masing variabel.

5.3.1 Umur

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, maka dalam penelitian ini diketahui deskripsi dari umur responden seperti terlihat pada tabel 5.6 di bawah ini.

Tabel 5.6.

Deskripsi Umur Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
Mean	65,86
Median	66
Minimum	43
Maksimum	99
Standar Deviation	10,13
95 % CI	64,24 – 67,47

Untuk kemudahan analisa data, maka umur dikelompokan dalam kategori sebagaimana terlihat pada tabel 5.7 di bawah ini.

Tabel 5.7.

Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Umur Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Umur	Frekuensi	%
Lansia > 60 tahun	110	71,43
Pralansia (56 – 60) tahun	37	24,03
Belum pralansia (40 – 55) tahun	7	4,55
Jumlah	154	100

Dari tabel 5.7 di atas terlihat bahwa distribusi umur responden tidak merata. Paling banyak responden berumur lansia >60 tahun (71,43%) dan paling sedikit belum pralansia (4,55%).

5.3.2 Jenis Kelamin

Berdasarkan hasil penelitian di lapangan, maka diketahui bahwa responden yang berjenis kelamin laki-laki hanya 56 orang (36,36%) dan perempuan sebesar 63,64%. Adapun distribusinya dapat dilihat pada tabel 5.8 di bawah ini.

Tabel 5.8.

Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Jenis Kelamin	Frekuensi	%
Laki – laki	56	36,36
Perempuan	98	63,64
Jumlah	154	100

5.3.3 Pendidikan

Data pendidikan responden diperoleh dari hasil wawancara dengan responden yang bersangkutan. Berdasarkan distribusi pendidikan responden, diketahui bahwa sebagian besar responden berpendidikan tamat SD sebanyak 77 orang (50%) dan 3 orang (1,95%) yang berpendidikan perguruan tinggi. Adapun distribusi pendidikan responden selengkapnya bisa dilihat pada tabel 5.9 di bawah.

Tabel 5.9.
Distribusi Responden Berdasarkan Tingkat Pendidikan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Tingkat Pendidikan	Frekuensi	%
- Tidak tamat SD	40	25,97
- Tamat SD	77	50
- Tamat SLTP	26	16,88
- Tamat SLTA	8	5,19
- Perguruan Tinggi	3	1,95
Jumlah	154	100

Selanjutnya berdasarkan distribusi pendidikan responden dan untuk kemudahan analisa data, maka pendidikan dikategorikan menjadi tinggi apabila > SMP dan rendah apabila \leq tamat SMP. Distribusi mengenai kategori pendidikan responden dapat dilihat pada tabel 5.10 di bawah ini.

Tabel 5.10.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pendidikan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Pendidikan	Frekuensi	%
Tinggi (> SMP)	11	7,14
Rendah (\leq SMP)	143	92,86
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.10 di atas terlihat bahwa mayoritas responden (92,86%) hanya berpendidikan rendah (\leq SMP) sebanyak 143 orang.

5.3.4 Pekerjaan

Berdasarkan hasil wawancara dengan responden, maka distribusi pekerjaan responden tergambar pada tabel 5.11 di bawah ini.

Tabel 5.11.
Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Pekerjaan	Frekuensi	%
- Tidak bekerja	30	19,48
- Pensiunan	8	5,19
- Petani	36	23,38
- Nelayan	1	0,65
- Buruh	2	1,30
- Sopir/ojek	3	1,95
- Bengkel	1	0,65
- Pedagang keliling	3	1,95
- Pedagang di toko	6	3,90
- Pegawai negeri/BUMD/N	2	1,30
- Pegawai swasta	2	1,30
- TNI (AD, AL, AU) atau POLRI	0	0
- Ibu Rumah Tangga	54	35,06
- Lainnya	6	3,90
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel di atas diketahui bahwa distribusi pekerjaan responden tidak merata. Pada tabel 5.11 tersebut terlihat mayoritas pekerjaan responden adalah sebagai ibu rumah tangga sebanyak 54 orang (35,06%) dan 30 orang tidak bekerja (19,48%). Dalam penelitian ini, variabel pekerjaan dikategorikan menjadi bekerja dan tidak bekerja. Adapun distribusi kategori pekerjaan ini tergambar pada tabel 5.12 berikut ini.

Tabel 5.12.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Pekerjaan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Pekerjaan	Frekuensi	%
Bekerja	70	45,45
Tidak Bekerja	84	54,54
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.12 di atas terlihat bahwa lebih dari separuh responden tidak bekerja (54,54%).

5.3.5 Pengetahuan

Dalam penelitian ini untuk mengetahui tingkat pengetahuan responden tentang katarak, maka diberikan beberapa pertanyaan sehubungan dengan katarak

diantaranya : definisi katarak, penyebab katarak, tanda/gejala katarak, usia yang beresiko, efek samping, cara penyembuhan, cara pencegahan dan cara mengobatinya. Adapun distribusi responden berdasarkan pengetahuan tersebut terlihat pada tabel 5.13 di bawah ini.

Tabel 5.13.
Distribusi Responden Berdasarkan Pengetahuan Tentang Katarak Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Variabel Pertanyaan	Benar	%
Definisi Katarak	10	6,49
Usia Beresiko Terkena Katarak	87	56,49
Efek Samping Katarak	29	18,83
Cara Penyembuhan Katarak	130	84,42
Katarak Menyebabkan Kebutaan	127	82,47
Katarak Menular Ke Mata Lainnya	115	74,68
Penyebab katarak	154	100
Tanda/Gejala Katarak	154	100
Cara pencegahan	154	100
Cara mengobatinya	154	100

Berdasarkan tabel 5.13 di atas terlihat bahwa keseluruhan responden sudah mengetahui penyebab katarak, tanda/gejala katarak, cara pencegahan dan cara mengobatinya. Pada tabel 5.13 juga menunjukkan responden sangat sedikit sekali mengetahui definisi katarak (6,49%).

Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian pengetahuan, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 4). Adapun deskripsi skor pengetahuan yang diperoleh responden terlihat pada tabel 5.14 di bawah ini.

Tabel 5.14.
Deskripsi Skor Pengetahuan Responden Tentang Katarak Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
<i>Mean</i>	57
<i>Median</i>	56
<i>Minimum</i>	38,1
<i>Maksimum</i>	78,6
<i>Standar Deviation</i>	7
<i>95 % CI</i>	55,8 – 58,1

Dalam penelitian ini pengetahuan responden dikategorikan pada pengetahuan cukup dan pengetahuan kurang. Adapun distribusinya dapat dilihat pada tabel 5.15 di bawah ini.

Tabel 5.15.
Distribusi Responden Berdasarkan Pengkategorian Pengetahuan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Pengetahuan	Frekuensi	%
Cukup (≥ 57)	77	50
Kurang (< 57)	77	50
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel di atas terlihat bahwa tidak ada perbedaan antara jumlah responden yang berpengetahuan cukup (≥ 57) dengan berpengetahuan kurang (< 57), yaitu 77 orang untuk setiap kategorinya (50%).

5.3.6 Sikap

Dalam penelitian ini, ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan sikap responden yang perlu diketahui dalam mengetahui pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian sikap, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 5). Adapun deskripsi skor sikap yang diperoleh responden terlihat pada tabel 5.16 di bawah ini.

Tabel 5.16.
Deskripsi Skor Sikap Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
Mean	54,1
Median	55
Minimum	37,5
Maksimum	72,5
Standar Deviation	7,4
95 % CI	53 – 55,3

Pengkategorian sikap responden dalam penelitian ini dibedakan menjadi sikap baik ($\geq 54,1$) dan sikap tidak baik ($< 54,1$). Adapun pengkategorian dapat terlihat pada tabel 5.17 berikut ini :

Tabel 5.17.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Sikap Dalam Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Sikap	Frekuensi	%
Baik ($\geq 54,1$)	81	52,60
Tidak baik ($< 54,1$)	73	47,40
Jumlah	154	100

Berdasarkan data pengkategorian sikap tersebut, terlihat bahwa lebih dari separuh responden (52,60%) sudah mempunyai sikap yang baik ($\geq 54,1$) dalam pemanfaatan BKMM Sumatera Barat oleh penderita katarak.

5.3.7 Jarak

Dalam penelitian ini untuk mengetahui jarak dalam pemanfaatan BKMM Sumatera Barat oleh penderita katarak, maka ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan jarak yang perlu diketahui. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian jarak, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 6). Tabel 5.18 di bawah ini akan menjelaskan deskripsi skor jarak yang diperoleh responden.

Tabel 5.18.
Deskripsi Skor Persepsi Jarak Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
<i>Mean</i>	53
Median	58,3
Minimum	33,3
Maksimum	66,7
<i>Standar Deviation</i>	11,9
95 % CI	51,1 – 54,8

Dalam penelitian ini jarak dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak dikategorikan dalam dekat jika skor $\geq 58,3$ dan jauh jika skor $< 58,3$. Hasil pengkategorian jarak disajikan dalam tabel 5.19 berikut :

Tabel 5.19.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Jarak Dalam Pemanfaatan BKMM
Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Jarak	Frekuensi	%
Dekat ($\geq 58,3$)	79	51,30
Jauh ($< 58,3$)	75	48,70
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.19 di atas terlihat bahwa lebih dari separuh responden (51,30 %) telah menyatakan jarak yang dekat ($\geq 58,3$) yaitu 79 orang.

5.3.8 Biaya Pengobatan

Dalam penelitian untuk mengetahui keterjangkauan responden dalam biaya pengobatan, maka ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan biaya pengobatan yang perlu diketahui dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian biaya pengobatan, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 7). Tabel 5.20 di bawah ini akan menjelaskan deskripsi skor biaya pengobatan yang diperoleh responden.

Tabel 5.20.
Deskripsi Skor Persepsi Biaya Pengobatan Responden Dalam Pemanfaatan
BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
<i>Mean</i>	74,4
<i>Median</i>	75
<i>Minimum</i>	62,5
<i>Maksimum</i>	87,5
<i>Standar Deviation</i>	3,8
<i>95 % CI</i>	73,8 – 75

Dalam penelitian ini biaya pengobatan dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dikategorikan dalam terjangkau jika skor ≥ 75 dan tidak terjangkau jika skor < 75 . Hasil pengkategorian biaya pengobatan disajikan dalam tabel 5.21 di bawah ini :

Tabel 5.21.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Biaya Pengobatan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Biaya Pengobatan	Frekuensi	%
Terjangkau (≥ 75)	143	92,89
Tidak terjangkau (< 75)	11	7,11
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.21 di atas terlihat bahwa mayoritas responden mengatakan bahwa biaya pengobatan sudah terjangkau (≥ 75) yaitu sebanyak 143 responden (92,89 %).

5.3.9 Kepercayaan

Dalam penelitian ini untuk mengukur tingkat kepercayaan responden, maka ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan kepercayaan yang perlu diketahui dari responden dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian tingkat kepercayaan, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 8). Tabel 5.22 di bawah ini akan menjelaskan deskripsi skor kepercayaan yang diperoleh responden.

Tabel 5.22.
Deskripsi Skor Kepercayaan Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
<i>Mean</i>	67,7
Median	66,7
Minimum	55,6
Maksimum	100
<i>Standar Deviation</i>	10
95 % CI	66,1 – 69,2

Dalam penelitian ini kepercayaan dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat dikategorikan dalam tinggi jika skor $\geq 66,7$ dan rendah jika skor $< 66,7$. Adapun hasil pengkategorian kepercayaan tersebut disajikan dalam tabel 5.23 berikut :

Tabel 5.23.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kepercayaan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Kepercayaan	Frekuensi	%
Tinggi ($\geq 66,7$)	111	72,08
Rendah ($< 66,7$)	43	27,92
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.23 di atas terlihat bahwa sebagian besar responden telah mempunyai kepercayaan yang tinggi ($\geq 66,7$) kepada BKMM dalam pelayanan katarak yaitu sebanyak 111 orang (72,08 %).

5.3.10 Kebutuhan

Dalam penelitian ini untuk mengukur kebutuhan responden terhadap pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat, maka ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan kebutuhan responden yang perlu diketahui. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian kebutuhan, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 9). Tabel 5.24 di bawah ini akan menjelaskan deskripsi skor kebutuhan yang diperoleh responden.

Tabel 5.24.
Deskripsi Skor Kebutuhan Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
Mean	68,7
Median	66,7
Minimum	33,3
Maksimum	88,9
Standar Deviation	7,4
95 % CI	67,4 – 69,8

Dalam penelitian ini variabel kebutuhan dalam pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak menurut responden dikategorikan dalam tinggi jika skor $\geq 66,7$ dan rendah jika skor $< 66,7$. Hasil pengkategorian kebutuhan tersebut disajikan dalam tabel 5.25 berikut :

Tabel 5.25.
Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Kebutuhan Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Kebutuhan	Frekuensi	%
Tinggi ($\geq 66,7$)	141	91,56
Rendah ($< 66,7$)	13	8,44
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.25 di atas terlihat bahwa mayoritas responden menyatakan kebutuhan yang tinggi ($\geq 66,7$) terhadap BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata bagi penderita katarak yakni sebanyak 141 orang (91,56%).

5.3.11 Keterpaparan Informasi

Dalam penelitian ini untuk melihat keterpaparan informasi responden terhadap pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat, maka ada beberapa pertanyaan sehubungan dengan keterpaparan informasi yang perlu diketahui dari responden. Keterpaparan informasi yang dimaksud adalah keterpaparan informasi tentang katarak dan keterpaparan informasi tentang BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya. Pada tabel 5.26 akan mendeskripsikan tentang keterpaparan informasi responden.

Tabel 5.26.
Distribusi Responden Berdasarkan Keterpaparan Informasi Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Variabel Pertanyaan	Pernah	%
Penjelasan tentang katarak	65	42,21
Informasi BKMM melayani katarak	93	60,39

Pada tabel 5.26 di atas terlihat bahwa mayoritas responden (60,39 %) mengatakan pernah mendapat informasi bahwa BKMM melayani pengobatan katarak. Dalam penelitian ini, untuk kemudahan analisa dalam pengkategorian keterpaparan informasi, maka dilakukan pemberian skor dari jawaban responden (Lampiran 10). Tabel 5.27 di bawah ini akan menjelaskan deskripsi skor keterpaparan informasi yang diperoleh responden.

Tabel 5.27.

Deskripsi Skor Keterpaparan Informasi Responden Dalam Pemanfaatan BKMM Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009 (n = 154)

Statistik	Nilai
<i>Mean</i>	21,3
Median	20,8
Minimum	0
Maksimum	54,2
<i>Standar Deviation</i>	12,8
95 % CI	19,3 – 23,3

Dalam penelitian ini keterpaparan informasi dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak menurut responden dikategorikan dalam baik jika skor $\geq 21,3$ dan tidak baik jika skor $< 21,3$. Hasil pengkategorian keterpaparan informasi tersebut disajikan dalam tabel 5.28 berikut :

Tabel 5.28.

Distribusi Responden Berdasarkan Kategori Keterpaparan Informasi Dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Kategori Keterpaparan Informasi	Frekuensi	%
Baik ($\geq 21,3$)	95	61,69
Tidak baik ($< 21,3$)	59	38,31
Jumlah	154	100

Berdasarkan tabel 5.28 di atas terlihat bahwa mayoritas responden mempunyai keterpaparan informasi yang baik ($\geq 21,3$) terhadap pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan oleh penderita katarak yakni sebanyak 95 orang (61,69 %).

5.4 Gambaran Hubungan Antara Variabel Independen dan Dependen (Analisa Bivariat)

Dalam penelitian ini untuk mengetahui adanya hubungan antara variabel independen (umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, jarak, biaya pengobatan, kepercayaan, kebutuhan dan keterpaparan informasi) dengan variabel dependen yakni pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak di Sumatera Barat dilakukan analisa bivariat. Analisa dilakukan dengan menggunakan uji statistik *chi-square* dengan derajat kepercayaan 95% ($p=0,05$).

Adapun gambaran hubungan antara variabel independen dan dependen tersebut, dapat dilihat pada tabel 5.29 di bawah ini.

Tabel 5.29.
Distribusi Responden Berdasarkan Determinan dan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Determinan	Pemanfaatan BKMM Sumatera Barat oleh Penderita Katarak						Nilai p
	Ya		Tidak		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Umur							
Lansia > 60 th	17	15,5	93	84,5	110	100	0,69
Pralansia (56-60) th	8	21,6	29	78,4	37	100	
Belum pralansia (40 – 55) th	1	14,3	6	85,7	7	100	
Jenis Kelamin							
Laki-laki	9	16,1	47	83,9	56	100	1
Perempuan	17	17,3	81	82,7	98	100	
Pendidikan							
Tinggi (>SMP)	2	18,2	9	81,8	11	100	1
Rendah (<SMP)	24	16,8	119	83,2	143	100	
Pekerjaan							
Bekerja	10	14,3	60	85,7	70	100	0,57
Tidak bekerja	16	19	68	81	84	100	
Pengetahuan							
Tinggi (≥ 57)	22	28,6	55	71,4	77	100	0,004
Rendah (<57)	4	5,2	73	94,8	77	100	
Sikap							
Baik ($\geq 54,1$)	23	28,4	58	71,6	81	100	0,008
Tidak baik (<54,1)	3	4,1	70	95,9	73	100	
Keterjangkauan (jarak)							
Dekat ($\geq 58,3$)	23	29,1	56	70,9	79	100	0,008
Jauh (<58,3)	3	4,0	72	96,0	75	100	
Biaya Pengobatan							
Terjangkau (≥ 75)	20	14,0	123	86,0	143	100	0,48
Tidak terjangkau (<75)	6	54,5	5	45,5	11	100	
Kepercayaan							
Tinggi ($\geq 66,7$)	23	20,7	88	79,3	111	100	0,07
Rendah (<66,7)	3	7	40	93	43	100	

Tabel 5.29. (sambungan)
 Distribusi Responden Berdasarkan Determinan dan Pemanfaatan BKMM Oleh
 Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Determinan	Pemanfaatan BKMM Sumatera Barat oleh Penderita Katarak						Nilai p
	Ya		Tidak		Total		
	n	%	n	%	n	%	
Kebutuhan							
Tinggi ($\geq 66,7$)	23	16,3	118	83,7	141	100	0,81
Rendah ($< 66,7$)	3	23,1	10	76,9	13	100	
Keterpaparan Informasi							
Baik ($\geq 21,3$)	19	20,0	76	80,0	95	100	0,19
Tidak baik ($< 21,3$)	7	11,9	52	88,1	59	100	

Berdasarkan tabel 5.29 di atas, terlihat bahwa 15,5% responden lansia >60 tahun memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Responden laki-laki yang memanfaatkan BKMM hanya 16,1%. Responden yang berpendidikan tinggi memanfaatkannya hanya 18,2% dan responden yang bekerja hanya 14,3%. Dari hasil analisa bivariat diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur, jenis kelamin, pendidikan dan pekerjaan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak ($p > 0,05$).

Pada variabel pengetahuan, terlihat bahwa 28,6% yang pengetahuannya ≥ 57 telah memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak dan terdapat hubungan yang bermakna ($p = 0,004$). Demikian juga variabel sikap, responden yang bersikap baik ($\geq 54,1$) memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak sebesar 28,4% serta mempunyai hubungan yang bermakna ($p = 0,008$). Sedangkan variabel jarak juga mempunyai hubungan yang bermakna ($p = 0,008$) dan 29,1% yang jarak $\geq 58,3$ memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak.

Pada variabel biaya pengobatan, 14% yang terjangkau (≥ 75) memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Kepercayaan yang $\geq 66,7$ (20,7%) telah memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Kebutuhan yang tinggi ($\geq 66,7$) hanya 16,3% yang memanfaatkan BKMM dan keterpaparan informasi yang $\geq 21,3$ hanya 20% yang memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Dari analisa bivariat diketahui tidak hubungan

yang bermakna antara variabel biaya pengobatan, kepercayaan, kebutuhan, dan keterpaparan informasi dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak ($p > 0,05$).

5.5 Seleksi Variabel Independen Untuk Kandidat Multivariat

Analisa hubungan antara variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pengetahuan, sikap, jarakbiaya pengobatan, pendapatan keluarga, kepercayaan, kebutuhan dan keterpaparan informasi dengan pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak dilakukan sebagai suatu langkah seleksi untuk permodelan analisis multivariat yang akan dilakukan. Tahapan penyeleksian variabel independen ini dilakukan dengan uji statistik seleksi bivariat pervariabel independen dengan variabel dependen. Seleksi bivariat dilakukan dengan menguji masing-masing variabel independen satu per satu dengan variabel dependen dengan menggunakan uji *regresi logistik sederhana*.

Variabel yang diikutsertakan dalam model multivariat adalah variabel yang memiliki nilai p kurang dari 0,25, jika variabel memiliki nilai p lebih dari 0,25 masih dapat diikutsertakan dalam permodelan multivariat dengan pertimbangan substansi. Adapun hasil seleksi bivariat dalam penelitian ini ditampilkan dalam tabel 5.30 berikut ini :

Tabel 5.30.
Hasil Seleksi Bivariat Kandidat Multivariat dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Variabel	<i>P value</i>	Keterangan
Umur	0,686	Bukan kandidat
Jenis Kelamin	0,838	Bukan kandidat
Pendidikan	0,906	Bukan kandidat
Pekerjaan	0,430	Bukan kandidat
Pengetahuan	0,001	Kandidat
Sikap	0,004	Kandidat
Jarak	0,003	Kandidat
Biaya pengobatan	0,170	Kandidat
Kepercayaan	0,028	Kandidat
Kebutuhan	0,549	Bukan Kandidat
Keterpaparan informasi	0,120	Kandidat

Dari tabel 5.30 di atas terlihat bahwa variabel yang masuk dalam permodelan multivariat adalah pengetahuan, sikap, jarak, biaya pengobatan, kepercayaan, dan keterpaparan informasi.

5.6 Analisis Multivariat Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak

Analisis multivariat bertujuan untuk mendapatkan model terbaik dan menentukan variabel yang paling dominan sebagai determinan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak. Analisa statistik yang digunakan adalah *Regressi Logistik Ganda*.

Semua variabel yang terseleksi untuk menjadi kandidat multivariat ini dimasukkan ke dalam pemodelan secara bersama-sama, dan dilanjutkan dengan evaluasi hasil regresi logistik dengan melihat tabel *Variables in the Equation* pada kolom *Sig.*, dengan standar $\alpha = 0,05$. Variabel yang mempunyai nilai p lebih besar dari nilai α dikeluarkan dari pemodelan satu persatu yang dimulai dari nilai p terbesar. Adapun pemodelannya seperti pada tabel 5.31 di bawah ini.

Tabel 5.31.
Model Multivariat Regresi Logistik Determinan Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Variabel	p value		
	M1	M2	Model Akhir ($p < 0,05$)
Pengetahuan	0,001	0,001	0,001
Sikap	0,058	0,052	0,045
Jarak	0,019	0,01	0,008
Biaya pengobatan	0,999	-	-
Kepercayaan	0,03	0,024	0,041
Keterpaparan informasi	0,077	0,091	-

Apabila melihat tabel 5.31 di atas pada pemodelan I terlihat variabel biaya pengobatan yang p *valu*enya terbesar ($p=0,999$). Oleh karena variabel biaya pengobatan yang mempunyai nilai p terbesar, maka variabel ini yang lebih awal di dikeluarkan. Setelah variabel biaya pengobatan dikeluarkan, maka pada pemodelan II terlihat variabel keterpaparan informasi yang mempunyai nilai p terbesar ($p=0,091$) sehingga variabel keterpaparan informasi yang dikeluarkan

dari pemodelan. Setelah variabel keterpaparan informasi dikeluarkan, tidak ada lagi variabel yang mempunyai p value $>0,05$. Oleh karena itu pemodelan telah selesai dan model ini merupakan model akhir yang dipertahankan seperti pada tabel 5.32 di bawah ini.

Tabel 5.32.
Model Akhir Multivariat dengan Analisis Regresi Logistik Ganda dalam Pemanfaatan BKMM Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat tahun 2009

Determinan	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95.0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Pengetahuan	2.174	.673	10.421	1	.001	8.792	2.349	32.904
Jarak	1.478	.554	7.107	1	.008	4.385	1.479	13.000
Kepercayaan	1.404	.687	4.180	1	.041	4.072	1.060	15.644
Sikap	.875	.508	2.971	1	.045	3.400	1.887	6.492

Selanjutnya uji interaksi dilakukan antara variabel pengetahuan dengan sikap, karena diduga secara substansi ada interaksi antara kedua variabel tersebut dan berhubungan dengan determinan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Hasil uji *omnibus* memperlihatkan nilai $p=0,286$, yang berarti lebih besar dari $0,05$, sehingga dapat disimpulkan tidak ada interaksi antara kedua variabel tersebut. Oleh karena tidak ada interaksi, maka uji interaksi tidak ditampilkan dalam penelitian ini. Dengan demikian model terakhir dan paling baik yang berhubungan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak adalah kembali seperti pada tabel 5.32 di atas.

Dari hasil uji multivariat pada tabel 5.32, diketahui bahwa pengetahuan mempunyai hubungan yang bermakna ($p=0,001$) dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak (OR = 8,8, 95 % CI : 2,3–32,9). Hal ini berarti orang yang mempunyai pengetahuan cukup (≥ 57) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 8,8 kali lebih banyak dibandingkan orang yang berpengetahuan kurang (< 57) setelah dikontrol sikap, jarak, dan kepercayaan.

Jarak mempunyai hubungan yang bermakna ($p=0,008$) dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita

katarak (OR = 4,4, 95 % CI : 1,5–13). Hal ini berarti orang yang jaraknya dekat ($\geq 58,3$) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 4,4 kali lebih banyak dibandingkan orang yang jaraknya jauh ($< 58,3$) setelah dikontrol pengetahuan, sikap, dan kepercayaan.

Kepercayaan mempunyai hubungan yang bermakna ($p=0,041$) dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak (OR = 4,1, 95 % CI : 1,1–15,6). Hal ini berarti orang yang mempunyai kepercayaan yang tinggi ($\geq 66,7$) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 4,1 kali lebih banyak dibandingkan orang yang kepercayaannya rendah ($< 66,7$) setelah dikontrol pengetahuan, sikap, dan jarak.

Sikap mempunyai hubungan yang bermakna ($p=0,045$) dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak (OR = 3,4, 95 % CI : 1,9–6,5). Hal ini berarti orang yang mempunyai sikap yang baik ($\geq 54,1$) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 3,4 kali lebih banyak dibandingkan orang yang sikapnya tidak baik ($< 54,1$) setelah dikontrol pengetahuan, jarak, dan kepercayaan.

BAB 6 PEMBAHASAN

6.1 Keterbatasan Penelitian

Pada saat pemeriksaan ketajaman penglihatan responden (visus) dengan *Snellen Chart*, ada anggota keluarga, seperti anak atau cucu responden yang berusaha untuk membantu mengeja huruf atau angka yang ditunjuk oleh si pemeriksa. Hal ini bisa menimbulkan ketidakakuratan dan keraguan dalam penentuan visus responden yang sebenarnya. Selain itu akan menimbulkan kesalahan dalam penjarangan (*screening*) responden yang menderita katarak untuk tahapan wawancara selanjutnya. Oleh karena itu peneliti dan pemeriksa visus mata, berusaha melakukan pengulangan pemeriksaan ketajaman penglihatan responden dengan memberi pengertian kepada keluarga responden, agar membiarkan responden menjawab sendiri angka atau huruf yang ada pada *Snellen Chart* sesuai dengan kemampuan penglihatannya.

Selain itu terkadang dikarenakan situasi ruangan atau rumah tempat tinggal responden, maka sulit untuk memastikan jarak antara responden dengan *Snellen Chart* yang ada di depannya tepat berada pada jarak 6 meter. Untuk mengurangi kesalahan ini maka pemeriksaan dengan *Snellen Chart* terkadang dilakukan di luar rumah (halaman) responden sehingga hasil yang diharapkan dapat lebih valid.

Pada penelitian ini, untuk menentukan tingkat kekeruhan lensa (katarak) dari responden dengan menggunakan alat seadanya yang sangat sederhana sekali yaitu senter. Hal ini dikarenakan pemeriksaan dilakukan di lapangan (rumah calon responden) yang tidak memungkinkan untuk menggunakan *slit lamp* ataupun *ophthalmoscope* seperti pemeriksaan di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Sumatera Barat sendiri. Oleh sebab itu mungkin bisa berdampak bias dalam pengumpulan responden. Tetapi hal ini diantisipasi dengan tidak hanya melakukan penyenteran dari depan untuk melihat kekeruhan lensa, tetapi juga dari samping dengan kemiringan 45° (*test shadow*). *Test shadow +* jika sebagian kekeruhan menjadi lebih gelap, *test shadow -* jika kekeruhannya tetap.

6.2 Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan pada 154 responden di Kota Padang dan Kabupaten Limpuh Kota, ditemukan 26 orang (16,88%) yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak dengan 13 orang (50%) mengunjungi BKMM sebanyak 2 kali dan 128 orang (83,12%) yang tidak memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak. Disamping itu tidak ditemukan responden yang memanfaatkan puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumatera Barat.

Rendahnya pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak diantaranya dikarenakan dari 154 responden hanya 45,50% yang pernah memeriksakan gangguan penglihatan (katarak). Sedangkan mereka yang tidak pernah memeriksakan kataraknya tersebut mayoritas dikarenakan adanya rasa takut kalau harus dioperasi (53,60%). Responden yang pernah memeriksakan matanya, sebagian besar pada tingkat puskesmas (67,14%) dan tidak dilanjutkan pada strata yang lebih tinggi, BKMM sebesar 37,14% dan rumah sakit sebesar 34,29%. Mereka yang memanfaatkan BKMM sebagian besar dikarenakan biaya pelayanan dan obat yang murah (30,77%) dan yang tidak memanfaatkan BKMM mayoritas dikarenakan petugasnya yang kurang ramah (27,27 %).

Selain itu perilaku ini terjadi kemungkinan karena penyakit mata (katarak) belum dianggap serius oleh masyarakat dibandingkan penyakit umum lainnya. Beckers (1974) berpendapat bahwa keseriusan yang dirasakan terhadap penyakit akan mempengaruhi seseorang bertindak dalam perilaku kesehatan. Andersen (1974) menjelaskan bahwa masyarakat menganggap penyakit umum lebih membahayakan dan dapat menimbulkan kematian sedangkan penyakit mata (katarak) tidak mematikan sehingga mempengaruhi perilaku pemanfaatan BKMM dalam pelayanan katarak.

Perlu disadari bahwa dalam pelayanan pengobatan katarak di Sumatera Barat, tidak hanya diberikan oleh BKMM Sumatera Barat saja, tetapi masih banyak fasilitas pelayanan kesehatan yang juga memberikan pengobatan katarak. Diantaranya : rumah sakit pemerintah, praktek dokter swasta, klinik/rumah sakit

mata swasta, dan sebagainya. Akan tetapi yang membedakan BKMM dengan yang lain tersebut adalah bahwa BKMM mengadakan kegiatan luar gedung dengan mengunjungi puskesmas-puskesmas yang ada di Sumatera Barat dengan tujuan agar seluruh masyarakat bisa menikmati pelayanan pengobatan katarak mulai dari pemeriksaan, operasi dan *follow up*.

Hal ini sesuai dengan salah satu tujuan pembentukan BKMM adalah untuk mengurangi kesenjangan antara kebutuhan pelayanan medis spesialisik (mata) dengan jumlah dan sebaran sarana yang tersedia dan mendekatkan pelayanan medis spesialisik tersebut ke masyarakat. Artinya setiap penduduk berhak untuk mendapatkan pelayanan medis dan kesehatan yang optimal, dan pemerintah mempunyai kewajiban untuk menyediakan pelayanan medis kesehatan yang bermutu dan terjangkau termasuk pelayanan medis spesialisik mata (Depkes RI, 2007).

Selain itu penelitian ini sesuai dengan penelitian di Nairobi (Kenya) yang menyatakan 83,30% masyarakat tidak memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata, walaupun pelayanan tersebut ada disekitarnya (klinik mata) (Ndegwa, LK, et.al, 2005). Penelitian di daerah kumuh India Selatan juga menunjukkan hal yang sama bahwa dari 5.150 responden, maka sebanyak 3.123 (60,60%) responden tidak pernah menggunakan pelayanan kesehatan mata (Nirmalan, PK, et.al, 2004). Sedangkan dari suatu penelitian kualitatif juga mengatakan bahwa kurangnya kepedulian masyarakat terhadap kesehatan mata dikarenakan keterbatasan pengetahuan masyarakat yang disebabkan karena petugas kurang menginformasikan tentang pencegahan dan penyakit mata (Alexander, L, 2008).

6.3 Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat

Determinan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan yang telah banyak dibahas di beberapa *literature* kesehatan antara lain : faktor predisposisi (umur, jenis kelamin, status perkawinan, pengetahuan, sikap, pendidikan, pekerjaan, kepercayaan, keyakinan), faktor pendukung (pendapatan keluarga, asuransi kesehatan, keterjangkauan ke pusat pelayanan kesehatan, biaya

pengobatan), faktor kebutuhan. Dalam kenyataannya faktor-faktor tersebut tidak bisa berdiri sendiri-sendiri melainkan saling berhubungan. Oleh karena itu dalam penelitian ini dilakukan analisa multivariat untuk melihat hubungan determinan pemanfaatan BKMM secara bersama-sama sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak di Sumatera Barat tahun 2009.

Dalam peningkatan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata, tidak hanya cukup dengan mempromosikan bahwa BKMM melayani pemeriksaan katarak dengan biaya murah, tetapi juga karakteristik masyarakat, *predisposing factors*, *enabling factors*, *need factor*, dan keterpaparan informasi perlu diperhatikan.

Banyaknya masyarakat tidak memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak, diduga dikarenakan katarak yang tidak disertai dengan rasa sakit dan perkembangan katarak yang cukup lama serta banyaknya masyarakat yang belum mengenal BKMM. Selain itu hal ini juga dapat disebabkan karena masih rendahnya pengetahuan masyarakat tentang katarak (Survey Kebutaan dan Kesehatan Mata di Sumatera Barat, 2008). Dengan pengetahuan yang baik tentang definisi katarak, penyebab katarak, tanda-tanda/ gejala katarak, cara pencegahannya, cara mengobatinya dan usia beresiko katarak, diharapkan masyarakat akan berperilaku memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan oleh penderita katarak jika mereka merasakan ada gangguan mata sehubungan dengan tanda-tanda/gejala katarak. Hal ini dikarenakan pengetahuan memberikan dampak positif dalam perubahan perilaku dalam hal ini perilaku kesehatan yang ditentukan oleh pengetahuan, sikap, kepercayaan, tradisi dari masyarakat yang bersangkutan (Notoatmodjo, 2007; Sarwono, 1993). Walau demikian pengetahuan tidak selalu menimbulkan perubahan perilaku yang mungkin dikarenakan adanya faktor lain yang berpengaruh.

Dalam penelitian ini diketahui bahwa variabel pengetahuan, sikap, jarak, dan kepercayaan yang berhubungan secara bermakna dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak. Faktor yang paling dominan dalam pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak pada penelitian ini adalah pengetahuan. Sedangkan variabel umur, jenis kelamin,

pendidikan, pekerjaan, biaya pengobatan, kebutuhan dan keterpaparan informasi tidak berhubungan secara bermakna dalam penelitian ini.

6.3.1 Variabel yang Berhubungan Bermakna (*Signifikan*)

6.3.1.1 Pengetahuan

Suchman dalam Greenley (1980) menyebutkan bahwa pengetahuan mengenai penyakit dan gejalanya kemungkinan dapat menjelaskan mengapa kelompok etnis tertentu menggunakan beberapa sarana pelayanan kesehatan. Asumsi yang umum adalah masyarakat akan lebih menggunakan sarana pelayanan kesehatan apabila mereka mengetahui lebih banyak mengenai penyakit dan gejalanya. Kresno (2005) juga menyebutkan hal serupa bahwa pengetahuan menjadi dasar motivasi bagi ibu balita untuk menggunakan pelayanan kesehatan.

Hal tersebut sesuai dengan yang ditemukan dalam penelitian ini bahwa dari 77 orang yang berpengetahuan cukup (≥ 57) 28,6% telah memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak. Dari hasil analisis bivariat penelitian ini juga berhasil membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak di Sumatera Barat ($p=0,004$), dengan semakin meningkatnya pengetahuan maka semakin meningkat pula pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan pengetahuan merupakan salah satu faktor penting yang perlu diperhatikan dalam determinan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan oleh penderita katarak. Semakin meningkatnya pengetahuan seseorang tentang katarak, maka semakin meningkat pula peluangnya untuk memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak.

Berdasarkan hasil analisis multivariat, terbukti bahwa pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan dalam pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak dengan $p=0,001$ dan OR : 8,8. Artinya orang yang berpengetahuan cukup (≥ 57) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 8,8 kali lebih banyak dibandingkan mereka yang berpengetahuan kurang (< 57) setelah dikontrol sikap, jarak, dan kepercayaan. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang

mengatakan pengetahuan yang dimiliki seseorang merupakan langkah awal dari perubahan suatu tingkah laku. Notoatmodjo (2005) menyebutkan bahwa pengetahuan merupakan domain yang paling berpengaruh untuk terbentuknya suatu perilaku baru, dalam hal ini adalah perilaku pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak. Disamping itu pengalaman membuktikan bahwa perilaku yang didasari oleh pengetahuan akan lebih langgeng dibandingkan dengan perilaku yang tidak didasari oleh pengetahuan.

Dari hasil penelitian diketahui bahwa masyarakat masih banyak yang belum mengetahui apa yang dimaksud dengan katarak (93,51%), cara penyembuhan dan sebagian dari penyebab katarak sudah mulai diketahui oleh masyarakat, diantaranya : usia, penyakit kencing manis, kurang makan sayur/buah, paparan sinar matahari, dan sebagainya. Sebagian dari gejala katarak sudah mulai diketahui masyarakat diantaranya penglihatan kabur/berasap/berawan dan beberapa hal pencegahan katarak seperti makanan bergizi, menghindari sinar matahari dan cara pengobatannya dengan membawa ke BKMM, rumah sakit dan lain sebagainya. Penelitian di RSUP Kariadi Semarang juga menunjukkan 78 % responden telah pernah mendengar mengenai katarak (Arditya.K,S dan L.Rakmi, F, 2007).

Disamping itu dalam penelitian ini rata-rata skor pengetahuan responden adalah 57. Hal ini menunjukkan bahwa masih rendahnya tingkat pengetahuan responden tentang katarak. Walaupun mereka mayoritas sudah mengetahui penyebab katarak, tanda/gejala katarak, cara pencegahan katarak dan cara mengobatinya tetapi belum keseluruhan secara utuh. Berdasarkan jawaban responden tentang penyebab katarak mayoritas responden menjawab dikarenakan usia (96,1%), tanda/gejala katarak mayoritas jawaban responden penglihatan kabur/berasap/berkabut (94,8%), cara pencegahan katarak mayoritas memakan makanan bergizi (98,7%) dan cara mengobatinya mayoritas dibawa ke rumah sakit (59,7%) (Lampiran 4). Sedangkan seharusnya masih banyak lagi penyebab, tanda/gejala, cara pencegahan dan cara mengobati katarak tersebut. Oleh karena itu masih diperlukan peningkatan pengetahuan responden tentang definisi, penyebab, tanda/gejala, cara pencegahan dan sebagainya terkait katarak dengan

meningkatkan frekuensi KIE yang berkesinambungan. Dalam hal ini tidak saja dalam bentuk penyuluhan, tetapi juga dengan penyebaran *leaflet*, rubrik atau tulisan di surat kabar, poster, radio, dan stasiun televisi setempat dan sebagainya. Materi yang disampaikan adalah seputar katarak, mulai dari definisi katarak sampai cara pengobatannya.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Ikhsan (1999) yang mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan penggunaan pelayanan kesehatan. Ekawati (2002) juga mengatakan hal yang sama, bahwa ada hubungan yang bermakna antara pengetahuan dengan pencarian pengobatan pertama. Hal ini sesuai dengan penelitian di Australia yang menunjukkan bahwa pengetahuan mengenai penyakit mata mempengaruhi praktek yang dilakukan oleh mereka menjadi lebih baik, sehingga mereka lebih berpartisipasi untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan secara teratur (McCarty, 1998). Dari suatu penelitian diketahui bahwa kurangnya kepedulian masyarakat terhadap kesehatan mata dikarenakan keterbatasan pengetahuan masyarakat yang disebabkan karena petugas kurang menginformasikan tentang pencegahan dan penyakit mata (Alexander, L, 2008).

6.3.1.2 Jarak

Secara fisik, jarak dapat diartikan seberapa jauh lokasi tempat tinggal dengan lokasi tempat pelayanan kesehatan (*provider*). Semakin jauh jarak antara konsumen (tempat tinggal pasien) dengan *provider* akan semakin rendah pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan, dalam hal ini adalah BKMM sebagai tempat pengobatan katarak.

Dari hasil penelitian ini dan berdasarkan analisa multivariat, diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara jarak dengan pemanfaatan BKMM dalam pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak dengan $p = 0,008$ dan $OR = 4,4$. Hal ini menunjukkan bahwa mereka yang jaraknya dekat ($\geq 58,3$) dengan BKMM Sumatera Barat akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak sebesar 4,4 kali lebih banyak dibandingkan dengan yang berjarak jauh ($< 58,3$) dengan BKMM Sumatera Barat setelah dikontrol pengetahuan, sikap dan kepercayaan. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan jarak merupakan salah satu dari determinan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan

termasuk BKMM Sumatera Barat. Semakin dekat jarak ke BKMM Sumatera Barat maka semakin besar peluang untuk memanfaatkan BKMM tersebut.

Dalam penelitian ini terlihat bahwa dari 79 responden yang mengatakan jarak dekat, maka 29,1% yang memanfaatkan BKMM dalam pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak. Penelitian ini menunjukkan semakin dekat jarak ke BKMM Sumatera Barat semakin meningkat pemanfaatannya oleh penderita katarak. Kebermaknaan variabel jarak ini juga dikarenakan letak BKMM Sumatera Barat yang berada di tengah kota, dengan transportasi yang lancar sehingga mudah dijangkau oleh masyarakat. Disamping itu kunjungan BKMM ke puskesmas-puskesmas yang ada di Sumatera Barat yang telah mendekatkan pelayanan ke masyarakat sehingga jarak tidak menjadi masalah lagi. Bagi mereka yang mengatakan jarak yang jauh dari BKMM perlu diinformasikan bahwa penglihatan yang optimal jauh lebih penting dikarenakan 83% informasi masuk melalui mata dan katarak bisa disembuhkan sehingga dapat kembali beraktivitas seperti semula (produktif) sehingga jarak jangan dijadikan alasan untuk tidak memeriksakan kataraknya ke BKMM Sumatera Barat.

Penelitian ini sejalan dengan teori Green (2005) yang mengatakan bahwa faktor yang mendukung seseorang untuk bertindak (seperti : jarak ke pelayanan kesehatan) mempengaruhinya berperilaku kesehatan. Teori Andersen juga mengatakan faktor pendukung (seperti : keterjangkauan/jarak) mempengaruhi seseorang berperilaku memanfaatkan pelayanan kesehatan mata. Lewin dalam Notoatmodjo (2005) juga mengatakan bahwa apabila seseorang akan bertindak untuk mengobati penyakitnya maka ada beberapa hal yang akan mempengaruhinya diantaranya jarak dari fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan penghalang untuk menggunakan fasilitas tersebut. Kalangi (1994) juga mengatakan bahwa pemilihan sumber pengobatan dipengaruhi oleh jarak ke sarana pelayanan kesehatan.

Berdasarkan analisa bivariat antara jarak dengan sikap, ternyata menunjukkan suatu hubungan yang bermakna dengan $p = 0,001$. Hasil ini menunjukkan bahwa dalam penelitian ini ada kecenderungan semakin dekat jarak seseorang ke BKMM, maka semakin baik sikapnya dalam memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak. Hal ini dimungkinkan karena dengan jarak

yang dekat mereka tidak akan mengeluarkan biaya transport yang besar dan waktu tempuh perjalanan yang tidak lama. Disamping itu berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa 55,8% responden telah menjawab dekat dalam pertanyaan jarak antara rumah ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi, 62,3% telah menjawab mudah untuk transportasi ke BKMM dan 51,9% telah menyatakan waktu yang cepat untuk sampai ke BKMM. Selain itu diketahui jarak tempuh antara rumah responden dengan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM berkisar antara 1–30 km dengan waktu tempuh berkisar antara 10–60 menit (Lampiran 6).

Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Lavy & Germain (1994), dimana diketahui bahwa jarak paling dominan mempengaruhi penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan. Penelitian ini juga berhasil membuktikan bahwa jarak dapat menghambat pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan (Andri, 2006). Penelitian di Mesir menunjukkan bahwa pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata rendah walaupun akses pelayanan kesehatan mata tersebut mudah dijangkau (Fouad, D, et.al, 2003).

6.3.1.3 Kepercayaan

Kepercayaan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan yang disediakan pemerintah merupakan salah satu faktor penting dalam meningkatkan pemanfaatan BKMM dalam pelayanan pengobatan katarak. Kepercayaan diartikan sebagai sebuah kesaksian bahwa sebuah fenomena atau obyek adalah benar atau nyata adanya (Green, 2005) Menurut Rosenstock dalam Hendarwan (2003) kepercayaan dan keyakinan mengenai penyedia pelayanan kesehatan berguna untuk memahami perawatan kesehatan, dalam hal ini adalah kesehatan mata khususnya katarak. Suchman juga mengatakan bahwa rendahnya penggunaan fasilitas pelayanan kesehatan pada beberapa kelompok etnis tidak terlepas dari kecenderungan kelompok tersebut untuk bersikap skeptis terhadap manfaat dari fasilitas pelayanan kesehatan modern.

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa dari analisa multivariat diketahui bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepercayaan dengan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak ($p=0,041$) dengan OR = 4,1. Hal ini berarti orang yang mempunyai kepercayaan

yang tinggi ($\geq 66,7$) akan memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak sebesar 4,1 kali lebih banyak dibandingkan orang yang kepercayaannya rendah ($< 66,7$) setelah dikontrol pengetahuan, sikap, dan jarak. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan kepercayaan merupakan salah satu faktor yang perlu dinilai. Semakin tinggi kepercayaan masyarakat terhadap BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak maka semakin banyak masyarakat yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak.

Dalam penelitian ini terlihat bahwa kepercayaan masyarakat terhadap BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata bagi penderita katarak sudah tinggi. Dari 154 responden 72,08% sudah mempunyai kepercayaan yang tinggi terhadap BKMM. Kepercayaan masyarakat terhadap BKMM Sumatera Barat ini juga didukung oleh tenaga dokter spesialis mata, refraksionis dan perawat mata yang telah profesional dalam pemeriksaan mata khususnya katarak. Disamping itu juga didukung dengan peralatan yang lengkap dan memadai dalam pelayanan katarak mulai dari pemeriksaan awal sampai operasi. Berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa 68,8% telah percaya terhadap pengobatan BKMM, 75,3% telah menyatakan dokter dan perawat telah mempunyai kemampuan yang profesional dan 69,5% menyatakan tidak menyarankan anggota keluarga ke BKMM (Lampiran 8).

Hasil penelitian ini mendukung teori Green (2005) yang menyatakan bahwa faktor predisposisi seperti kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan mempengaruhi perilaku seseorang dimana bila dia percaya maka akan berkemungkinan bertindak sesuai yang diharapkan. Andersen (1974) juga mengatakan kepercayaan individu akan kemanjuran dalam penggunaan pelayanan kesehatan mempengaruhi seseorang dalam memanfaatkan pelayanan kesehatan.

Kepercayaan (*belief*) menurut Mar'at (1981) merupakan bagian dari komponen kognisi dari sikap. Kepercayaan ini berkembang dari adanya persepsi yang dipengaruhi oleh pengalaman, proses belajar, cakrawala dan pengetahuan, dimana faktor pengalaman dan proses belajar akan memberikan bentuk dan struktur terhadap apa yang dilihat sedangkan faktor pengetahuan dan cakupannya memberikan arti terhadap obyek tersebut.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Hendarwan (2003) yang mengatakan bahwa ada hubungan yang bermakna antara kepercayaan pengobatan dengan upaya pencarian pengobatan pertama pada tenaga kesehatan. Penelitian yang dilakukan Rusydi (1999) melaporkan hal yang sama bahwa kepercayaan terhadap pelayanan kesehatan berhubungan dengan perilaku pemanfaatan pelayanan kesehatan di Kabupaten Musi Banyuasin.

6.3.1.4 Sikap

Sikap merupakan penilaian (bisa berupa pendapat) terhadap suatu objek. Setelah seseorang mengetahui objek, proses selanjutnya akan menilai atau bersikap terhadap objek kesehatan tersebut (Notoatmodjo, 2007). Oleh karena itu sikap dapat diartikan sebagai kesiapan pada seseorang untuk bertindak secara tertentu terhadap hal-hal tertentu. Dalam sikap positif, kecenderungan tindakan adalah mendekati, menyenangkan, sedangkan dalam sikap negatif terdapat kecenderungan untuk menjauhi, menghindari obyek tertentu (Sarlito, 1993). Sikap merupakan salah satu domain perilaku, walaupun suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan (Green, 2005).

Berdasarkan analisa multivariat, penelitian ini berhasil membuktikan bahwa ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak ($p = 0,045$) dan OR : 3,4. Hal ini menunjukkan bahwa mereka yang mempunyai sikap yang baik ($\geq 54,1$) terhadap BKMM akan memanfaatkan BKMM sebagai pelayanan katarak sebesar 3,4 kali lebih banyak dibandingkan mereka yang mempunyai sikap yang tidak baik ($< 54,1$) terhadap BKMM setelah dikontrol pengetahuan, jarak, dan kepercayaan. Hal ini sesuai dengan kepustakaan yang mengatakan sikap yang baik akan mendorong orang tersebut untuk memanfaatkan BKMM dan sikap yang tidak baik akan mendorong orang tersebut untuk tidak memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak.

Sikap mereka yang mayoritas baik (52,60%) dalam pemanfaatan BKMM dalam pelayanan kesehatan mata bagi penderita katarak dimungkinkan karena pengetahuan rata-rata mereka yang juga cukup baik tentang katarak (50 %). Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Fariji (2008) yang mengatakan ada hubungan yang bermakna antara sikap dengan pemanfaatan

pelayanan kesehatan. Penelitian di RSUP Kariadi Semarang juga menunjukkan adanya hubungan yang bermakna antara pengetahuan dan sikap terhadap operasi katarak (Arditya,K,S dan L.Rahmi,F, 2007).

Disamping itu dalam penelitian ini perlu disadari bahwa rata-rata skor variabel sikap responden adalah 54,1. Hal ini menunjukkan bahwa sikap responden dalam pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak masih rendah. Disamping itu berdasarkan jawaban responden yang diperoleh, diketahui bahwa tidak seorangpun menjawab sangat setuju dari pernyataan yang diberikan (Lampiran 5). Hal ini sesuai dengan yang dikemukakan Allport (1954), bahwa suatu sikap belum otomatis terwujud dalam suatu tindakan, tetapi merupakan kesiapan untuk bereaksi terhadap suatu objek. Untuk mewujudkan sikap menjadi suatu perbuatan nyata diperlukan faktor pendukung atau suatu kondisi yang memungkinkan (Notoatmodjo, 2007). Dalam hal ini mungkin dukungan anggota keluarga dan menghilangkan rasa ketakutan untuk dioperasi.

Menyikapi hal ini BKMM Sumatera Barat dapat melakukannya dengan meningkatkan frekuensi kunjungan ke puskesmas dalam bentuk pemeriksaan dan penyuluhan sehingga masyarakat akan semakin terpapar dan mengenal BKMM. Hal ini diharapkan akan memberi motivasi dan sikap positif yang berpengaruh kepada masyarakat dalam mengambil keputusan pada saat ia membutuhkan pengobatan katarak. Disamping itu dengan biaya pengobatan di BKMM Sumatera Barat yang lebih murah dan terjangkau jika dibandingkan dengan pelayanan kesehatan mata lainnya diharapkan akan memberi sikap positif masyarakat dalam pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak.

6.3.2 Variabel yang Tidak Berhubungan Bermakna

6.3.2.1 Umur

Model demografi dari model pelayanan kesehatan menyebutkan bahwa umur merupakan salah satu variabel yang mempengaruhi tindakan untuk berobat (Notoatmodjo, 2005). Dalam penelitian ini diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak ($p=0,69$). Pada penelitian ini ditemukan bahwa penderita katarak pada kelompok umur belum pralansia (40-55) tahun hanya 4,55%. Angka ini adalah suatu hal yang wajar dikarenakan pada usia

40 tahun merupakan tahap awal resiko terjadinya katarak pada seseorang dan resiko ini akan terus meningkat seiring dengan bertambahnya usia seseorang. Disamping itu walaupun pada penelitian ini rata-rata responden berada pada usia 65,86 tahun, tetapi mereka tidak memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata.

Hal ini diduga karena pada mereka yang telah berusia lanjut di Sumatera Barat, mempunyai ketakutan untuk dioperasi sehingga mereka hanya pasrah saja pada gangguan mata (katarak) yang dideritanya. Selain itu adanya hambatan-hambatan dari dirinya sendiri diantaranya kesulitan untuk berjalan. Berdasarkan analisa bivariat antara umur dengan rasa takut untuk dioperasi ditemukan hubungan yang bermakna, yang menunjukkan bahwa ada pengaruh umur dengan ketakutan responden untuk dioperasi dalam penelitian ini. Analisa bivariat tersebut menunjukkan bahwa dari 45 orang responden yang menyatakan takut untuk dioperasi 84,6% berada pada usia lansia >60 tahun. Disamping itu kurangnya dukungan keluarga sehingga menyebabkan mereka enggan untuk memeriksakan matanya ke BKMM. Menyikapi hal tersebut, petugas kesehatan dalam hal ini petugas BKMM perlu memberikan edukasi yang lebih baik dan jelas kepada masyarakat, untuk meyakinkan dan memberi kepercayaan diri bahwa operasi katarak itu aman dan tidak ada resiko. Kemungkinan lain adalah adanya faktor-faktor lain yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dibandingkan dengan umur.

Penelitian di Mesir juga menunjukkan bahwa bertambahnya umur serta rendahnya pendidikan dan pengetahuan mereka tentang kesehatan mata, menyebabkan mereka takut untuk melakukan operasi katarak sehingga masih diperlukan peningkatan kualitas pelayanan agar bisa diterima masyarakat (Fouad, D, et.al, 2003). Penelitian di RSUP Kariadi Semarang menunjukkan bahwa 26% responden bersikap tidak setuju untuk operasi dengan penyebab utama adanya rasa takut (38%) (Arditya.K,S dan L.Rahmi, F, 2007).

Dengan demikian penelitian ini tidak menunjukkan bahwa pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak meningkat berdasarkan kelompok umur. Berbeda dengan penelitian di India Selatan yang menunjukkan bahwa peluang untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata

meningkat berdasarkan umur, yakni 40–49 dan 50–59 (OR : 1,2, CI : 1–1,4), 60–69 (OR : 1,7, CI : 1,5–2), 70 tahun (OR : 3,4, CI : 2,7–4,2) (Nirmalan, et.al, 2004). Penelitian di Australia menunjukkan bahwa umur mempengaruhi pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata (Mmed,W, 2008). Penelitian lain menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara umur dengan perilaku pemanfaatan puskesmas pada pasien rawat jalan dengan $p=0,737$ (Supardi, et.al, 2008).

6.3.2.2 Jenis Kelamin

Dalam penelitian ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak ($p=1$). Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan Vaughan Sarrazin (2008) yang mengatakan tidak ada perbedaan yang bermakna antara laki-laki dan perempuan dalam pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan perilaku pemanfaatan puskesmas pada pasien rawat jalan dengan $p=0,433$ (Supardi, et.al, 2008).

Disamping itu karena penelitian ini dilakukan pada siang hari, sehingga responden yang banyak ditemukan adalah perempuan yang tidak bekerja (63,64%). Hal ini juga sesuai dengan uji bivariat yang dilakukan bahwa dalam penelitian ini ada hubungan yang bermakna antara jenis kelamin dengan pekerjaan. Uji bivariat ini menunjukkan kecenderungan perempuan tidak bekerja. Hal ini terlihat dari 98 orang yang berjenis kelamin perempuan maka 76,5% adalah tidak bekerja. Sehingga dengan kondisi tidak bekerja tersebut maka mayoritas perempuan yang banyak ditemui di rumah saat penelitian berlangsung.

Di beberapa negara berkembang, perempuan kurang mendapat akses ke pelayanan kesehatan dibanding laki-laki, dikarenakan adanya superioritas laki-laki atas perempuan. Faktor utama rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan adalah *sensitivitas gender* dimana laki-laki mempunyai peluang 2x lebih besar untuk memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata dibandingkan perempuan (Fouad, D, et.al, 2003). Courtright (2003) juga mengatakan perempuan jauh lebih sedikit memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata pada semua kelompok umur dibandingkan laki-laki.

Di Sumatera Barat hal ini tidak ditemui, dimana tidak terdapat adanya perbedaan jenis kelamin dalam pelayanan kesehatan kepada masyarakat, sehingga laki-laki maupun perempuan mempunyai kesempatan dan hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan termasuk dalam pelayanan ke BKMM sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak. Penelitian pada warga Victorian Australia menunjukkan bahwa pada wanita dengan level pendidikan yang tinggi akan lebih berpartisipasi untuk mendatangi tempat pelayanan kesehatan mata secara teratur (McCarty, 1998). Hal ini juga sesuai dengan laporan tahunan BKMM Sumatera Barat tahun 2007, bahwa 62% masyarakat yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat adalah perempuan.

6.3.2.3 Pendidikan

Greenley dalam Brenner (1980) menyebutkan bahwa masyarakat yang berpendidikan tinggi biasanya ditemukan memiliki angka kunjungan yang tinggi pada tenaga kesehatan (dokter). Selain itu model struktur sosial (*social structure model*) juga mempertegas dimana individu yang berbeda tingkat pendidikan mempunyai kecenderungan yang tidak sama dalam mengerti dan bereaksi terhadap kesehatannya (Notoatmodjo, 2005).

Hasil penelitian ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak ($p=1$). Kemungkinan penyebab tidak adanya hubungan ini adalah berupa tingkat pendidikan responden yang relatif sama atau tidak bervariasi, yakni sebagian besar berpendidikan rendah (\leq SMP) sebanyak 143 orang (92,86%) dengan mayoritas tamat SD (50%). Dari 143 orang yang berpendidikan rendah hanya 16,8% yang memanfaatkan BKMM dan dari 11 orang yang berpendidikan tinggi hanya 18,2% yang memanfaatkan BKMM. Kemungkinan lain adalah adanya faktor-faktor lain yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dibandingkan dengan pendidikan. Faktor tersebut kemungkinan adalah rendahnya pendapatan yang akhirnya memperlambat mencari pengobatan katarak ke BKMM.

Pendidikan yang rendah tersebut, menyebabkan mereka mudah terpengaruh dengan hal-hal yang tidak logis. Hal ini dikarenakan adanya

keyakinan di dalam masyarakat bahwa katarak dapat disembuhkan dengan bunga katarak. Mereka merasakan bahwa dengan menggunakan bunga katarak tersebut, sekret mata keluar, mata menjadi segar dan penglihatan menjadi bertambah terang. Oleh karena itu pemberian informasi harus dilakukan secara bertahap dan terus diulang agar mereka lebih memahami katarak secara benar.

Pendidikan yang rendah tersebut menyebabkan mereka kurang banyak mengetahui tentang katarak. Hal ini berdasarkan analisa uji bivariat yang menunjukkan bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pengetahuan. Dari 143 responden yang pendidikannya rendah (\leq SMP) ada 53,1% yang pengetahuannya juga rendah. Kemungkinan yang dapat disimpulkan adalah pendidikan tidak berhubungan langsung dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak tetapi dipengaruhi juga oleh faktor pengetahuan. Dalam penelitian ini diasumsikan bahwa semakin rendah pendidikannya maka semakin kurang pengetahuannya tentang katarak.

Penelitian di Kibera menunjukkan bahwa rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata dikarenakan rendahnya pendidikan dan ditemukannya bahwa ada hubungan yang bermakna antara pendidikan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata (Ndegwa, LK, et.al, 2005). Penelitian yang dilakukan Hendarwan (2003) mengatakan hal yang berbeda bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara tingkat pendidikan dengan upaya pencarian pelayanan kesehatan.

6.3.2.4 Pekerjaan

Penelitian ini membuktikan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan oleh penderita katarak ($p=0,57$). Hal ini dikarenakan penelitian yang dilaksanakan pada siang hari, sehingga mereka yang tinggal di rumah mayoritas adalah mereka yang tidak bekerja (54,54%) dengan mayoritas ibu rumah tangga (35,06%). Temuan penelitian menjelaskan bahwa sebagian besar responden yang tidak bekerja mungkin berhubungan dengan tingkat pendidikan mereka yang rendah, karena rata-rata hanya tamatan SMP ke bawah. Hasil penelitian ini kurang sesuai dengan kepustakaan yang menyatakan perilaku seseorang dipengaruhi oleh faktor pekerjaan (Green, 2005) dan juga bertolak belakang

dengan teori Andersen (1974) yang mengatakan bahwa struktur sosial seperti pekerjaan akan mempengaruhi pemanfaatan pelayanan kesehatan.

Hal ini didukung oleh penelitian Ekawati (2002) dan Hendarwan (2003) bahwa pekerjaan tidak ada hubungannya dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan ($p > 0,05$). Dalam penelitian ini ditemukan bahwa mereka yang bekerja tersebut, tidak mempunyai kesempatan waktu untuk memeriksakan gangguan penglihatannya ke BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya (85,7%) dikarenakan mungkin jam pelayanan BKMM yang mulai dari jam 08.00 – 14.00 WIB. Disamping itu mereka yang tidak bekerjapun banyak yang tidak memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya (81%) dikarenakan lebih mengutamakan pekerjaan rumah tangga.

Disamping itu tidak adanya hubungan antara pekerjaan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan katarak dimungkinkan karena :

- Responden yang tidak bekerja berkecenderungan mempunyai pengetahuan yang kurang tentang katarak dan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan katarak.
- Responden yang bekerja walaupun mempunyai kecenderungan pengetahuan yang cukup tentang katarak, tetapi kemungkinan mereka lebih memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata yang berada dekat dengan lokasi pekerjaannya.

Hal ini berdasarkan uji bivariat yang menunjukkan ada hubungan antara pekerjaan dengan pengetahuan.

Kemungkinan yang dapat disimpulkan adalah pekerjaan tidak berhubungan langsung dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak. Disamping itu kemungkinan lain adalah adanya faktor-faktor lain yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dibandingkan dengan pekerjaan. Faktor tersebut kemungkinan adalah lokasi tempat tinggal yang jauh dan akhirnya memperlambat mencari pengobatan katarak ke BKMM. Penelitian lain juga menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara pekerjaan dengan perilaku pemanfaatan puskesmas pada pasien rawat inap dengan $p = 0,271$ (Supardi, et.al, 2008). Penelitian ini berbeda dengan penelitian di Australia yang mengatakan bahwa

orang yang bekerja lebih sering memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan mata dibandingkan mereka yang tidak bekerja (Keeffe, J.E, et.al, 2002).

6.3.2.5 Biaya Pengobatan

Dalam penelitian ini ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara biaya pengobatan dengan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak ($p=0,48$). Dari 154 responden, hanya 11 (7,1%) orang yang mengatakan biaya pengobatan tidak terjangkau dan 6 orang (54,5%) yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak. Sedangkan dari 143 responden mengatakan biaya terjangkau, 14% yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak. Tidak bermaknanya antara biaya pengobatan dengan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan oleh penderita katarak dikarenakan hampir keseluruhannya (92,89%) mengatakan biaya pengobatan terjangkau yang menyebabkan kurang bervariasinya jawaban, tetapi yang memanfaatkan BKMM Sumatera Barat sebagai fasilitas pelayanan bagi penderita katarak hanya 26 orang (16,9%). Selain itu perlu disadari bahwa kemungkinan adanya faktor-faktor lain yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dibandingkan dengan biaya pengobatan. Faktor tersebut kemungkinan adalah kurangnya pengetahuan tentang BKMM yang akhirnya tidak mencari pengobatan katarak ke BKMM.

Keterjangkauan biaya pengobatan ini dikarenakan biaya pengobatan katarak di BKMM Sumatera Barat memang lebih murah dibandingkan dengan pengobatan di tempat lain. Selain itu BKMM juga melayani pasien yang memiliki ASKESKIN, JAMKESMAS dan ASKES PNS. Hal ini sesuai dengan jawaban responden yang 95,5% menyatakan terjangkau dalam biaya pengobatan dan transportasi. Biaya pemeriksaan katarak yang dikeluarkan responden berkisar antara Rp 20.000–Rp 30.000,- dan biaya transportnya berkisar antara Rp 4.000–Rp 30.000,- dengan berganti kendaraan umum antara 1–4 kali (Lampiran 7).

Penelitian ini berbeda dengan penelitian yang dilakukan Wong (2008) yang mengatakan bahwa apapun penyakit mata dan beratnya kehilangan fungsi mata mempunyai pengaruh yang signifikan dalam beban keuangan (biaya berobat) bagi individu sendiri maupun masyarakat. Penelitian di daerah kumuh Nairobi

juga menunjukkan bahwa hambatan dalam pencarian pelayanan kesehatan mata adalah karena ketidakberdayaan untuk membayar (Ndegwa, LK, 2005). Penelitian Ekawati (2002) menunjukkan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara biaya pengobatan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

6.3.2.6 Kebutuhan

Dalam penelitian ini berdasarkan analisa bivariat ditemukan bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara kebutuhan dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak ($p=0,81$). Berbeda dengan penelitian Yosa (2002) yang mengatakan ada hubungan yang bermakna antara kebutuhan dengan pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan.

Hal ini dikarenakan hampir seluruh responden menyatakan kebutuhan yang tinggi terhadap gangguan mata kataraknya (91,56%) sehingga jawaban responden kurang bervariasi. Dalam kenyataannya yang berperilaku memanfaatkan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata hanya 16,3%. Berdasarkan jawaban responden diketahui bahwa 87% mengatakan terganggu dengan menurunnya penglihatan karena katarak, 83,1% menyatakan takut mengalami kebutaan karena katarak dan 89,6% menyatakan tidak pernah berusaha untuk berganti-ganti kacamata (Lampiran 9).

Hasil penelitian ini menunjukkan tidak konsistensinya antara kebutuhan dengan perilaku sehingga ada kemungkinan walaupun masyarakat mempunyai kebutuhan yang tinggi tetapi karena adanya hambatan-hambatan faktor lain menyebabkan kebutuhan tersebut tidak menjadi aktual dalam kenyataannya. Dalam hal ini perlu disadari bahwa walaupun mereka membutuhkan mata yang sehat, tetapi kurangnya pengetahuan tentang katarak dan kurangnya informasi tentang BKMM Sumatera Barat, menyebabkan mereka tidak memanfaatkan atau memeriksakan kataraknya ke BKMM. Disamping itu juga pelayanan kesehatan mata di Sumatera Barat, tidak hanya BKMM saja, tetapi juga ada rumah sakit pemerintah, rumah sakit swasta, praktek dokter mata dan klinik mata lainnya. Selain itu adanya kecenderungan rasa takut masyarakat untuk dioperasi dalam pengobatan katarak ini.

Oleh karena itu untuk meningkatkan rasa kebutuhan masyarakat terhadap penglihatan yang baik, maka perlu diinformasikan kepada masyarakat

bahwa 83% informasi masuk melalui jalur penglihatan dan dengan penglihatan yang baik akan membuat kita lebih mandiri dan bisa beraktivitas sebagaimana biasa serta mengurangi ketergantungan kepada anggota keluarga lainnya. Selain itu perlu dijelaskan bahwa katarak adalah penyakit yang banyak diderita oleh mereka yang berusia lanjut, tetapi penyakit ini bisa disembuhkan dan tidak perlu ditakuti.

6.3.2.7 Keterpaparan Informasi

Berdasarkan analisa bivariat dalam penelitian ini diketahui bahwa tidak ada hubungan yang bermakna antara keterpaparan informasi dengan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak ($p=0,19$). Dalam penelitian ini diketahui bahwa 61,69% menyatakan keterpaparan informasinya sudah baik dan 38,31% yang menyatakan keterpaparan informasinya tidak baik. Dari 61,69% yang keterpaparan informasinya baik, hanya 20% yang memanfaatkan BKMM. Oleh karena itu perlunya meningkatkan informasi tentang katarak (penyebab, pencegahan dan pengobatan) serta lebih meyakinkan masyarakat bahwa BKMM memberikan pelayanan katarak yang terbaik dengan biaya yang lebih terjangkau.

Ketidakbermakna variabel keterpaparan informasi ini kemungkinan dikarenakan adanya faktor-faktor lain yang mempunyai hubungan lebih kuat dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak dibandingkan dengan keterpaparan informasi. Faktor tersebut kemungkinan adalah kurangnya dukungan keluarga (misal : suami, istri, dan anak) dikarenakan adanya kesibukan lain yang menyebabkan mereka tidak memeriksakan kataraknya ke BKMM.

Berdasarkan hasil penelitian diketahui bahwa baru 42,21% responden yang pernah mendapat informasi tentang katarak dengan sumber informasi terbanyak berasal dari dokter (67,70%). Responden yang pernah mendapat informasi bahwa BKMM melayani katarak sebanyak 60,39% dengan sumber informasi terbanyak berasal dari pihak puskesmas (84,90%) (Lampiran 10). Selain itu berdasarkan skor terhadap rata-rata nilai keterpaparan informasi, terlihat bahwa masih sangat rendah sekali yakni 21,3. Selama ini informasi tentang katarak dan BKMM sangat minim sekali dikarenakan keterbatasan anggaran. Oleh karena itu perlu sekali meningkatkan keterpaparan informasi masyarakat terhadap

katarak dan BKMM yang diharapkan akan mempunyai daya ungkit dalam peningkatan pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak dengan didukung oleh pengetahuan yang baik tentang katarak itu sendiri.

Dalam hal ini perlu disadari bahwa media dalam penyampaian informasi tentang kesehatan tidak hanya terbatas berasal dari pihak kesehatan semata tetapi bisa menggunakan media sumber informasi lainnya sehingga informasi yang disampaikan bisa dengan mudah dimengerti dan dipahami oleh masyarakat. Media yang digunakan jangan hanya penyuluhan, tetapi bisa melalui radio dalam bentuk *talk show*, interaktif, drama dan sebagainya yang bisa menarik bagi masyarakat sehingga meningkatkan kepercayaan kepada BKMM dan perilaku pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak juga bisa ditingkatkan.

Secara keilmuan juga diketahui bahwa keterpaparan informasi mempengaruhi kepercayaan masyarakat dalam perilaku pemanfaatan BKMM sebagai fasilitas pelayanan kesehatan mata. Disamping itu sasaran dalam keterpaparan informasi ini jangan hanya terfokus pada mereka yang telah menderita katarak (lansia) saja, tetapi juga kepada mereka yang belum mengalami katarak agar mereka mengetahui cara pencegahan katarak tersebut sejak dini.

Penelitian ini sesuai dengan penelitian Ridwan (1996) yang menunjukkan tidak ada hubungan yang bermakna antara pemaparan komunikasi dengan pemanfaatan pelayanan kesehatan. Penelitian di Mesir menyatakan perlunya meningkatkan promosi kesehatan mata karena kebutaan bisa terjadi pada laki-laki dan perempuan sehingga kasus kebutaan bisa menurun (Fouad, D, et.al, 2003). Pada penelitian di India Selatan diketahui bahwa masyarakat menginginkan adanya penyuluhan untuk mengurangi kepercayaan pada dukun dalam pengobatan gangguan mata (Nirmalan, P.K, et.al, 2004).

BAB 7 KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang diperoleh di lapangan, maka dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Sebanyak 16,88% penderita katarak di Sumatera Barat memanfaatkan pelayanan BKMM dan tidak ditemukan yang memanfaatkan puskesmas yang dikunjungi BKMM (luar gedung) dalam penelitian ini.
2. Karakteristik responden dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak adalah mayoritas berumur di atas 60 tahun, jenis kelamin terbanyak adalah perempuan, pendidikan terbanyak adalah pendidikan rendah, dan umumnya tidak bekerja.
3. Pada variabel *predisposing factor*, pengetahuan tentang katarak masih rendah, sikap terhadap pemanfaatan BKMM masih rendah dan mayoritas telah mempunyai kepercayaan tinggi terhadap pelayanan BKMM.
4. Pada variabel *enabling factor*, lebih dari separuh mengatakan jarak termasuk dekat dan biaya pengobatan mayoritas telah terjangkau.
5. Pada variabel *need*, mayoritas termasuk tinggi dan variabel keterpaparan informasi masih rendah.
6. Diketuinya determinan yang mempunyai hubungan bermakna dengan pemanfaatan BKMM bagi penderita katarak di Sumatera Barat yakni pengetahuan, jarak, kepercayaan, dan sikap. Pengetahuan merupakan faktor yang paling dominan dalam pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.
7. Variabel umur, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, biaya pengobatan, kebutuhan, dan keterpaparan informasi tidak mempunyai hubungan yang bermakna dengan pemanfaatan BKMM oleh penderita katarak.

7.2 Saran

Berdasarkan temuan penelitian, maka peneliti mencoba memberi beberapa saran yang diharapkan dapat dilaksanakan di lapangan diantaranya :

1. Bagi Dinas Kesehatan dan Pemerintah Daerah

Dalam rangka meningkatkan pemanfaatan BKMM Sumatera Barat bagi penderita katarak maka sangat diperlukan dukungan dana (APBD dan APBN) agar BKMM dapat melakukan kegiatan luar gedung (penyuluhan, pemeriksaan dan operasi katarak) secara optimal untuk menjangkau penderita katarak yang jauh dari pusat pelayanan kesehatan.

2. Bagi Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM)

- a. Melaksanakan KIE tentang pelayanan BKMM dan katarak mulai dari definisi, cara pencegahan, penyebabnya, tanda-tanda/gejala-gejalanya, penyembuhannya, cara mengobatinya dan hal-hal yang berhubungan dengan katarak tersebut. Disamping itu menginformasikan bahwa mata merupakan indera yang sangat penting karena 83% informasi masuk melalui mata.
- b. Meningkatkan kuantitas KIE tentang BKMM dan katarak melalui berbagai metoda (ceramah, simulasi, dsbnya) dan media promosi kesehatan (cetak dan elektronik) secara berkesinambungan. Diantaranya melakukan kerjasama dengan radio setempat ataupun stasiun televisi setempat untuk menyampaikan pesan-pesan sehubungan dengan katarak dan BKMM. Disamping itu memperbanyak *leaflet* tentang BKMM dan kegiatan pelayanannya serta penyebaran ke masyarakat melalui pihak puskesmas.
- c. KIE ini tidak hanya terbatas dilakukan di puskesmas atau Posyandu Lansia, tetapi juga pada kegiatan sosial lainnya yang ada di masyarakat, misalnya : majelis taklim atau pengajian yang banyak melibatkan masyarakat yang berumur 40 tahun ke atas. Selain itu perlu mengembangkan sasaran KIE, dengan tidak hanya terbatas pada usia lansia, tetapi juga kepada mereka yang masih berusia muda.
- d. Mengembangkan kerjasama dengan LSM atau mitra yang potensial, seperti tokoh masyarakat, organisasi profesi, lintas sektor, pihak swasta (misal : CBM) untuk penanggulangan kebutaan katarak di Sumatera Barat.
- e. Meningkatkan advokasi kepada para pengambil kebijakan dan keputusan di berbagai tingkatan untuk memberikan dukungan terhadap optimalisasi penyelenggaraan kegiatan BKMM, baik dalam bentuk kebijakan atau komitmen, sumber daya dan partisipasi masyarakat.

3. Bagi peneliti lain

Perlunya dilakukan penelitian lebih lanjut tentang pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata dari sisi pemerintah (*provider*) secara kualitatif. Selain itu perlu juga dilakukan penelitian tentang mengapa rendahnya pemanfaatan fasilitas pelayanan kesehatan mata oleh penderita katarak dengan variabel dan kuesioner yang lebih dikembangkan dari penelitian ini. Diantaranya : dukungan keluarga, pendapatan keluarga, dukungan tokoh masyarakat, asuransi kesehatan, lokasi tempat tinggal dan sebagainya.



DAFTAR REFERENSI

- Admin. 2008. *Sinar Matahari Dan Diabetes*. [Online]. Dari : <http://www.whandi.net> [9 November 2008]
- Andri, Budi. 2006. *Perilaku Pencarian Pengobatan Penderita Malaria Klinis di Kecamatan Siberut Selatan Kabupaten Kepulauan Mentawai Tahun 2006*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Arief, Irfan. 2008. *8 Cara Mudah Menjaga Kesehatan Mata*. [Online]. Dari : <http://www.pjnhk.go.id> [4 Desember 2008]
- Alexander, L.et.al.2008. Factors That Influence the Receipt of Eye Care. *American Journal of Health Behavior*, [Online], Sep/Oct 2008; Vol.32, no.5; pp 547-556 Dari <http://proquest.umi.com>, [26 November 2008]
- Arditya.K, Sofia dan Rahmi, Fifi.L. 2007. Hubungan Pengetahuan dengan Sikap Terhadap Operasi Katarak pada Pasien Katarak Senilis di RSUP Dr. Kariadi Semarang. *The Indonesian Journal of Public Health*, Vol.4, No.1 Juli 2007 ; 21 -24
- Anisa, T.2008. Penglihatan Wanita Lebih Kuat daripada Pria. *Hot News Ragam Berita*. [Online]. Dari : <http://abdimedia.com> [8 November 2008]
- Ariawan, I., 1998, *Besar dan Metode Sample pada Penelitian Kesehatan*. Jurusan Biostatistik dan Kependudukan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia. Jakarta.
- Ariawan, I. 2003. *Analisa Data Kategorik*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Jakarta
- Azwar, S. 2005. *Sikap Manusia : Teori dan Pengukuran*. Pustaka Pelajar, Yogyakarta
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Depkes RI, 2005. Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) 2004. *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup dan Kesehatan Lingkungan*. Jakarta
- ,2005. *Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) tahun 2004 volume 2*. Jakarta
- ,2008. *Laporan Hasil Riset Kesehatan Dasar (RISKESDAS) Indonesia Tahun 2007*. Jakarta
- Badan Pusat Statistik (BPS).2006. *Statistik Kesejahteraan Rakyat*. Welfare Statistic. Jakarta
- Badan Pusat Statistik (BPS).2008. *Sumatera Barat Dalam Angka 2008*. Padang

- Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Propinsi Sumatera Barat. *Laporan Tahunan BKMM tahun 2004-2008*. Padang.
- Barnawi. 2008. *Inspirasi Dua Bola Mata*. [Online]. Dari : <http://djejak-pro.blogspot.com> [24 nov 2008]
- Becker, Marshall. 1974. *The Health Belief Model and Personal Health Behaviour*. Charles B. Slack, Inc Thorofare, New Jersey
- Blum, HL.2000. *Planning for Health Development and Application of Social Charge Theory*, Human Science Press, New York
- Chen JH, et.al, 2003, *Prevalence of Low Vision and Blindness in Defined Populations in Rural and Urban areas in Beijing*. *Zhonghua Yi Xue Za Zhi*. Vol. 83, No. 16 pp. 1413 – 1418
- Clendenin, Colleen; Coffey, Michele; Marsh, Marta; West, Sheila, 1997. Eye Care Utilisation Pattern in a Rural County in Irelan : Implication for Service Delivery. *British Journal Ophthalmology*. 81 (11) : 972 – 975. November 1997
- Courtright, P. 1995. Eye Care Knowledge and Practices Among Malawian Traditional Healers and the Development of Collaborative Blindness Prevention Programmes. *Social Science Medicine*. Vol. 41, No.11 pp 1569 – 1575
- Courtright, P., Bassett, K.2003. Gender and Blindness: Eye Disease and the Use of Eye Care Services. *Journal Community Eye Health*. Vol.16 No.45 pp 11 - 12. [Online]. Diakses dari : [Help Contact Us Home Journals Index Advanced Search Subscribe Submit](#) [29 November 2008]
- Dinkes Prop. Sumbar, FK UNAND, RSUP M.Djamil, 2009. *Survei Kebutaan dan Kesehatan Mata di Sumatera Barat Tahun 2008*, Padang
- Dineen BP, et.al. 2003. Prevalence & Causes of Blindness & Visual Impairment in Bangladesh Adults : Results of the National Blindness & Low Vision Survey of Bangladesh. *British Journal Ophthalmology*. Vol.87 No.7 pp. 820-828
- Djing, O.2007. *Terapi Mata dengan Pijat dan Ramuan*. Penebar Swadaya, Depok
- Duerksen R, et.al. 2003. Cataract Blindness in Paraguay – Results of a National Survey. *Ophthalmic Epidemiology*. 2003 Dec; 10(5) : 349 – 357
- Departemen Kesehatan RI, 1997, *Upaya Kesehatan Mata dan Pencegahan Kebutaan*, Jakarta

- , 2007, *Pedoman Kerja Balai Kesehatan Mata Masyarakat*, Jakarta
- , 1991, *Buku Pegangan Kader Seri Katarak*, Jakarta
- , 2002, *Standar Pelayanan Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran*, Jakarta
- , 2003, *Pedoman Monitoring dan Evaluasi Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran*, Jakarta
- , 2006, *Pedoman Pelaksanaan Promosi Kesehatan di Daerah*, Jakarta
- , 2005, *Kebijakan Nasional Promosi Kesehatan*, Jakarta
- , 2006, *Rencana Strategis Nasional Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan*, Jakarta
- , 2008. *Pedoman Pelayanan Kesehatan Indera Penglihatan di Puskesmas*, Jakarta
- , 2006. *Kurikulum dan Modul Pelatihan Pengelola Program Kesehatan Indera Penglihatan Kabupaten/Kota*. Jakarta
- , 2001. *Pedoman Pemeliharaan Tajam Penglihatan di Sekolah*. Jakarta
- , 1998. *Hasil Survey Kesehatan Indera Penglihatan dan Pendengaran 1993 – 1996*. Jakarta
- dan Helen Keller Indonesia, 2002. *Deteksi Dini Xeroftalmia*. Jakarta
- Ekawati, Dianita. 2002. *Perilaku Pencarian Pengobatan Pertama Penyakit Malaria Klinis Di Kecamatan Sungai Liat Kabupaten Bangka*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Fariji, A. Ahmad. 2008. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Kunjungan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal Care di Purwakarta*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Forum PGPK Propinsi Sumatera Barat. 2005. *Rencana Strategi Daerah Penanggulangan Gangguan Penglihatan dan Kebutaan (PGPK) untuk Mencapai Vision 2020*. Sumatera Barat
- Fouad, D, A Mousa and P Courtright, 2003. *Sociodemographic Characteristics associated with blindness in a Nile Delta governorate of Egypt*. [Online]. Dari : <http://www.39kf.com> [29 November 2008]

- Ghani, Lannywati, 1995. Beberapa Aspek Tentang Katarak. *Majalah Kesehatan Masyarakat Indonesia*, Tahun XXIII, Nomor 2, 1995.
- Glanz, Karen., Rimer, Barbara K., Lewis, Frances Marcus, 2002, *Health Behavior and Health Education*, Edisi ke – 3 Jossey Bass, San Fransisco
- Green, L.W,et.al.2005. *Health Education Planning, A Diagnostic Approach*. Mayfield Publishing Company. California
- Hendarwan, Harimat. 2003. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Ibu Balita Dalam Pencarian Pengobatan Pada Kasus-Kasus Balita dengan Gejala Pneumonia di Kabupaten Serang, Banten tahun 2003*, [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Herlina. 2000. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Dasar Puskesmas di Kabupaten Lampung Barat Tahun 2000*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Hollwich, Fritz. 1993. *Oftalmologi Buku Panduan*. Binarupa Aksara. Jakarta. Edisi 2.
- Ikhsan, 1999. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Penggunaan Pelayanan Kesehatan Pada Balita Penderita ISPA di Kodya Sabang*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Ilyas, Sidarta & Ilyas, Ramatjandra. 1988. *Penyakit Mata Ringkasan dan Istilah*. Grafitipers.Jakarta.
- Ilyas, Sidarta, 1997, *Katarak (Lensa Mata Keruh)*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta
- Ilyas, Sidarta. 2005. *Penuntun Ilmu Penyakit Mata*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. Edisi ke-3
- Ilyas, Sidarta. 2007. *Ilmu Penyakit Mata*. Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia, Jakarta. Edisi ke-3
- Indrawati, L.2005. Cataract Blindness. *Majalah Kedokteran*. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia. No. 62 Tahun XXIII Maret 2005. Jakarta
- Kadarisman, Rumita, Salim. 2008. *Katarak Si Pencuri Penglihatan*. [Online]. Dari:<http://cyberwoman.cbn.net.id> [8 November 2008]
- Kalangie, Nico.S. 1994. *Kebudayaan dan Kesehatan*. Megapoin, PT Kesaint Blanc Indah Corp, Jakarta
- Kanski, Jack J., 2006. *Clinical Ophtalmology A Systematic Approach*. Butterworth Heinemann. Fifth Edition.

- Keeffe, J.E. et al. 2002. Utilization of Eye Care Services by Urban and Rural Australians. *British Journal Ophthalmology*. Volume 86 P 24 -27. [Online]. Dari : <http://www.pubmedcentral.nih.gov> [29 November 2008]
- Kresno, Sudarti, 2005. *Aspek Sosial Budaya Dalam Kesehatan*. Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Indonesia, Depok
- Lemeshow, et al. 1997. *Adequacy of Sample Size in Health Studies*, New York, USA
- Lizarni, Firly, 2000. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kepuasan Pasien Rawat Jalan di Puskesmas Kuta Alam Banda Aceh tahun 1999*. [Tesis]. Program Pascasarjana FKM Universitas Indonesia, Depok
- Mar'at, 1984. *Sikap Manusia Perubahan Serta Pengukurannya*. Ghalia Indonesia, Jakarta
- Machfoedz, Ircham, Suryani, Eko, 2007, *Pendidikan Kesehatan bagian dari Promosi Kesehatan*, Yogyakarta
- Marbun, N. 1997. *Masalah Kebutaan di Indonesia*. Majalah Kedokteran. Fakultas Kedokteran Universitas Kristen Indonesia. No.30 tahun XV Maret 1997.
- McCarty, C A, 1998, Knowledge, Attitudes, and Self care Practices Associated with Age Related Eye Disease in Australia. *Journal Ophthalmology*. No.82 pp. 780-785 July (1998)
- Meida, Nur Shani. 2002. Vitamin C Menurunkan Terjadinya Katarak Lebih Awal. *Mutiara Medika. Jurnal Kedokteran dan Kesehatan*. Fakultas Kedokteran Univ. Muhammadiyah Yogyakarta. Volume 2 No. 2, Juli 2002
- Mendoza, R.2000. *Factors Associated with Health Services Utilization A Population-based Study Assessing the Characteristic of People that Visit Doctors in Shouthern Brazil*. [Online] Dari : <http://www.hsph.harvard.edu> [28 Oktober 2008]
- Muzaham, Fauzi, 1995. *Sosiologi Kesehatan*. Penerbit UI - Press
- Mmed, Wang.2008. Use of eye care services by older Australians: the Blue Mountains Eye Study. *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*. Volume.27 Edisi 5 p 294 - 300 [Online]. Dari : <http://www3.interscience.wiley.com> [29 November 2008]
- Ndegwa, LK. et al. 2005. Barriers To Utilization Eye Care Services Kibera Slums Nairobi. *East African Medical Journal*. Volume 82, No.10 p 506-508. [Online]. Dari : <http://www.find-health-articles.com> [29 November 2008]

- Nirmalan, PK, et al. 2004. Utilisation of eye Care Services in Rural South India: the Aravind Comprehensive Eye Survey. *British Journal Ophthalmology*. Volume 88 Edisi 10 p 1237-1241 [Online]. Dari : <http://www.39kf.com> [29 November 2008]
- Nirmalan, PK, et al. 2004. Perceptions of Eye Diseases and Eye Care Needs of Children among Parents in Rural South India: The Kariapatti Pediatric Eye Evaluation Project (KEEP). *Indian Journal Ophthalmology*. Volume 2, Edisi 2 163-167 [Online] Dari : <http://www.ijo.in> [29 November 2008]
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Promosi Kesehatan, Teori dan Aplikasi*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2007. *Promosi Kesehatan dan Ilmu Perilaku*, Rineka Cipta, Jakarta
- Notoatmodjo, Soekidjo, 2005. *Metodologi Penelitian Kesehatan*, Rineka Cipta, Jakarta
- Ongko, Lucky, Sanjaya, 1988. *Demand Masyarakat Kelurahan Pademangan Terhadap Balai Kesehatan Masyarakat Melania di Jakarta Utara* [Tesis] Program Pascasarjana FKM-UI, Depok
- Oyster CW. 1999. *The Human Eye Structure And Function*. Massachusetts : Sinauer Associate Inc.
- Pratiknya, A.W. 1993. *Dasar-Dasar Metodologi Penelitian Kedokteran dan Kesehatan*. Penerbit Raja Grafindo Persafa. Jakarta
- Prayo, 2007. *Aksesibilitas Masyarakat ke Pelayanan Kesehatan*. Badan Litbang Departemen Kesehatan RI, Jakarta. [Online]. Dari : <http://digilib.litbang.depkes.go.id> [8 Mei 2008]
- Ross, J.S, Bradley, E.H, Busch, S.H, 2006. Use of Health Care Service by Lower-Income and Higher-Income Uninsured Adults. *Journal American Medical Association*. Vol. 295 No. 17. p 2027 – 2036. [Online]. Dari : <http://jama.ama-assn.org> [11 November 2008]
- RS Mata Cicendo, FK UNPAD, HKI, 2006, *Survei Kebutaan dan Kesehatan Mata di Jawa Barat Tahun 2005*, Bandung
- Ridwan, 1996. *Hubungan Pemaparan Media Komunikasi dengan Pemanfaatan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Untuk Balita ISPA*, [Tesis] Program Pascasarjana FKM-UI, Depok
- Rusydi, Taufik, 1999. *Determinan Keteraturan Pemanfaatan Pelayanan Antenatal di Puskesmas Kabupaten Musi Banyuasin*, [Tesis]. Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

- Sarwono, Solita. 1997. *Sosiologi Kesehatan*. Gadjah Mada Press. Yogyakarta
- Singarimbun, M. dan Effendi Sofian. 1989. *Metode Penelitian Survei*. Penerbit PT Pustaka LP3ES Indonesia, Jakarta
- Sugiyono. 2005. *Statistika Untuk Penelitian*. CV. Alfabeta. Bandung
- Supardi, S. et al. 2008. *Faktor-Faktor yang Berhubungan dengan Perilaku Pasien Berobat ke Puskesmas*. Buletin Penelitian Sistem Kesehatan. Vol.11 No.1 Januari 2008. Pusat Penelitian dan Pengembangan Sistem dan Kebijakan Kesehatan. Depkes.
- Survey Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), 2004. *Status Kesehatan Pelayanan Kesehatan, Perilaku Hidup dan Kesehatan Lingkungan*. Balitbangkes. Departemen Kesehatan RI. Mei 2005
- Tana, Lusianawaty, Mihardja, Laurentia, Rif'ati, Lutfah, 2007. Merokok dan Usia Sebagai Faktor Risiko Katarak pada Pekerja Berusia ≥ 30 tahun di Bidang Pertanian. *Universa Medicina*. Volume 26 No. 3. Juli – September 2007
- Tana, Lusianawaty, Delima, Hastuti Enny, Gondhowiardjo Tjahjono. 2006. Katarak Pada Petani dan Keluarganya di Kecamatan Teluk Jambe Barat. *Media Litbang Kesehatan*. Volume XVI No. 4 tahun 2006
- US Department of Health and Human Services, *Cataract what you should know*, National Institute of Health, National Eye Institute. [Online] Dari : <http://www.nei.nih.gov/health/cataract/webcataract.pdf>. [3 Mei 2008]
- Vaughan, Sarrazin, M.S. 2008. *Gender Differences in Health Services Utilization. VA Medical Center, Iowa City; IA*. [Online]. Dari <http://www1.va.gov> [28 Oktober 2008]
- Vaughan D, Asbury Taylor. 1992. *General Ophthalmology*. Prentice – Hall Inc.
- Vaughan D, Asbury Taylor. 2000. *Oftalmologi Umum*. Alih bahasa Waliban, Hariono B. Jakarta, Widya Medika. Edisi 14
- Wardiman, 2003. Cilacap_Katarak Penyebab Utama Kebutaan. *Harian Republika*. Tanggal 10 Juni 2003. [Online]. Dari : www.yahoo.com (29 Oktober 2008)
- Wolinsky, Fredric.D, 1980. *The Sociology of Health Principles, Professions, and Issues*. Little Brown Company Boston Toronto
- Wong, Elaine, Chou, Shiao-Lan; Lamoureux, Ecosse; Keeffe, Jill, 2008. Personal Costs of Visual Impairment by Different Eye Diseases and Severity of Visual Loss. *Ophthalmic Epidemiology*. Volume 15, Number 5, September 2008, pp. 339-344. [Online]. Dari: <http://www.ingentaconnect.com> [29 November 2008]

World Health Organization.1996. *Management of Cataract in Primary Health Care Service*. Edisi 2 Geneva

-----2000. *Strategic Plan for Vision 2020: The right to Sight. Elimination of Avoidable Blindness in the South-East Asia Region*. New Delhi.

-----1997. *Strategies for the Prevention of Blindness in National Programmes. A primary Health Care Approach*. Edisi 2. Geneva

----- 2008. *Vision 2020 Mission, Goals*. [Online]. Dari : <http://www.v2020.org> [11 November 2008]

Wibowo, AS. 2008. *Kesehatan Mata Dan Gangguan Penglihatan*. [Online]. Dari : <http://abgnet.blogspot.com> [8 November 2008]

www.rileks.com. *8 Cara Mudah Jaga Kesehatan Mata*. [Online]. Diakses tanggal 24 November 2008.

www.id.wikipedia.org. *Pekerjaan*. [Online]. Diakses tanggal 26 November 2008

www.id.wikipedia.org. *Umur*. [Online]. Diakses tanggal 26 November 2008

Yosa, Avoanita, 2002. *Perilaku Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan Gigi Puskesmas di Kota Bandar Lampung dan Faktor-faktor yang Berhubungan dengannya Tahun 2002*. [Tesis], Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

Yulfar, Arlan. 2003. *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Pemanfaatan Pelayanan Kesehatan di Puskesmas Sei. Panas kota Batam tahun 2003*. [Tesis], Program Pascasarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia, Depok

**INFORMED CONCENT RESPONDEN PENELITIAN
“DETERMINAN PEMANFAATAN BALAI KESEHATAN MATA
MASYARAKAT (BKMM) OLEH PENDERITA KATARAK
DI SUMATERA BARAT TAHUN 2009”**

Saya (Liliyarni) adalah mahasiswa Program Pasca Sarjana dari Fakultas Kesehatan Masyarakat (FKM) Universitas Indonesia yang sedang melakukan penelitian tentang “Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Oleh Penderita Katarak di Sumatera Barat Tahun 2009”. Saya akan bertanya sehubungan dengan gangguan penglihatan yang bapak/ibu rasakan, khususnya katarak. Dalam penelitian ini saya membutuhkan beberapa data yang saya harapkan dapat digali melalui wawancara dan pemeriksaan mata sederhana dengan menggunakan kuesioner serta *snellen chart* dan senter.

Identitas ibu/bapak akan saya rahasiakan sehingga tidak seorangpun akan mengetahuinya. Wawancara ini akan berlangsung selama 40 menit. Partisipasi ibu/bapak dalam penelitian ini bersifat sukarela dan saya berharap semoga ibu/bapak bersedia untuk berpartisipasi dalam penelitian ini. Hasil wawancara tidak akan merugikan bapak/ibu, tetapi akan membantu dalam meningkatkan pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Mata (BKMM) Sumatera Barat sebagai instansi pemerintah dalam penanggulangan kebutaan katarak di Sumater Barat.

Demikianlah saya sampaikan atas kesediaan ibu/bapak untuk dijadikan responden dalam penelitian ini saya ucapkan terima kasih.

Wassalam,
Peneliti

Liliyarni

Lembar Persetujuan

Saya yang ditunjuk sebagai subjek/responden dalam penelitian saudara, dengan ini menyatakan setuju untuk dijadikan responden, dan berusaha menjawab semampu saya dengan pernyataan yang benar dan sungguh-sungguh, dan saya bersedia mengikuti wawancara dan pemeriksaan mata.

Demikianlah pernyataan saya ini.

Wassalam,
Responden

(.....)


LEMBARAN *SCREENING* RESPONDEN

1. Apakah petugas kesehatan/dokter pernah mendiagnosa ibu/bapak katarak dalam 6 (enam) bulan terakhir ini.
 - a. Ya (langsung terpilih jadi sampel)
 - b. Tidak (lanjutkan ke no. 2)

2. Apakah ibu/bapak pernah merasakan penglihatan seperti berkabut/berasap/ada tabir dalam 6 (enam) bulan terakhir ini.
 - a. Ya (lanjut ke no. 3)
 - b. Tidak (wawancara dihentikan)

3. Apakah ibu/bapak merasakan ketajaman penglihatan menurun berkurang dalam 6 (enam) bulan terakhir ini.
 - a. Ya (lanjut ke no. 4)
 - b. Tidak (wawancara dihentikan)

4. Apakah ibu/bapak merasakan silau jika berada di tempat yang terlalu terang/kena cahaya lampu atau terkena sinar matahari :
 - a. Ya (lanjut ke pemeriksaan)
 - b. Tidak (wawancara dihentikan)

5. Pemeriksaan tajam penglihatan (visus) : 
 - a. $\leq 6/18$, lanjut ke nomor 6
 - b. $> 6/18$ (wawancara dihentikan)

6. Lakukan penyenteran pada mata yang mengalami gangguan penglihatan.
 - a. pupil bewarna putih, bercak-bercak putih, keruh (terpilih jadi sampel)
 - b. normal/hitam bening (wawancara dihentikan)

KUESIONER
DETERMINAN PEMANFAATAN BALAI KESEHATAN MATA
MASYARAKAT (BKMM) OLEH PENDERITA KATARAK DI
SUMATERA BARAT TAHUN 2009

A. KARAKTERISTIK RESPONDEN

Kode Responden

--	--	--	--	--	--	--	--

1. Nama :

2. Umur :

--	--

 tahun

3. Jenis Kelamin : 1. Laki-laki
2. Perempuan

4. Pendidikan terakhir : 1. Tidak tamat SD
2. Tamat SD
3. Tamat SLTP
4. Tamat SLTA
5. Perguruan Tinggi

5. Pekerjaan : 1. Tidak bekerja
2. Pensiunan/purnawirawan
3. Petani
4. Nelayan
5. Buruh (kuli angkat, bangunan, pabrik, dsb)
6. Sopir/ojek
7. Bengkel
8. Pedagang Keliling/asongan/kaki lima
9. Pedagang di toko
10. Pegawai negeri/BUMN/D
11. Pegawai swasta
12. TNI (AD, AL, AU) atau POLRI
13. Lainnya

6. Alamat :
RT.....RW.....
Kel.Kec.
Kota/Kab.

B. Pengetahuan Pasien

1. Apa yang dimaksud dengan katarak tersebut :
- 1. Kekeruhan pada lensa mata akibat hidrasi/penambahan (cairan)
 - 2. Penurunan fungsi penglihatan
 - 3. Mata kabur
 - 4. Tidak dapat melihat lagi
 - 5. Tidak tahu
 - 6. Lainnya
2. Apakah penyebab dari katarak tersebut : (jawaban boleh > 1)
- 1. Cedera { }
 - 2. Usia { }
 - 4. Penyakit kencing manis { }
 - 8. Penggunaan obat berkepanjangan { }
 - 16. Membaca di tempat gelap { }
 - 32. Infeksi { }
 - 64. Rokok { }
 - 128. Terlalu sering main game/nonton televisi dalam jarak terlalu dekat { }
 - 256. Kurang makan sayur/buah/vitamin { }
 - 512. Paparan/terkena sinar matahari { }
 - 1024. Minum alcohol { }
 - 2048. Penyebab lainnya..... { }
3. Menurut ibu/bapak apa tanda-tanda/gejala penyakit katarak : (jawaban boleh > 1)
- 1) { }
 - 1. Penglihatan kabur/berasap/berkabut { }
 - 2. Penglihatan berangsur-angsur menurun tanpa disertai rasa sakit dan dapat berakhir dengan kebutaan { }
 - 4. Pupil mata bewarna keputihan { }
 - 8. Penglihatan untuk membaca silau bila penerangan kuat { }
 - 16. Senang membaca di tempat gelap/< cahaya { }
 - 32. Penglihatan ganda (berbayang) { }
 - 64. Ukuran kacamata sering berubah { }
 - 128. Gejala/tanda lainnya { }
4. Menurut pengetahuan ibu/bapak, usia berapa seseorang beresiko mendapat katarak :
- 1. Di atas 40 tahun
 - 2. Antara 5 – 10 tahun
 - 3. Antara 20 – 30 tahun
 - 4. Tidak tahu
 - 5. Lainnya
5. Menurut ibu/bapak, apa efek samping dari katarak :
- 1. Glaukoma
 - 2. Tidak ada efek samping

Lampiran 3
Kuesioner (Lanjutan)

3. Kebutaan
4. Tidak tahu
5. Lainnya

6. Menurut ibu/bapak bagaimana cara penyembuhan penyakit mata katarak :
1. Dioperasi
2. Dibiarkan saja/tidak diobati
3. Dibawa ke paranormal
4. Mengganti kacamata
5. Sinar laser
6. Pengobatan lainnya

7. Apakah penyakit mata katarak dapat menyebabkan kebutaan :
1. Ya..... 2. Tidak..... 9. Tidak tahu

8. Apakah penyakit katarak dapat menular ke mata yang lainnya (bila mengenai satu mata)
1. Ya..... 2. Tidak..... 9. Tidak tahu

9. Bagaimana cara pencegahan penyakit katarak menurut bapak/ibu : (jawaban boleh > 1)
- | | |
|---|-----|
| 1. Memakan makanan bergizi | { } |
| 2. Tidak sering menonton televisi/computer dengan dekat | { } |
| 4. Membaca dan menulis di tempat terang | { } |
| 8. Menghindari sinar matahari | { } |
| 16. Memakai topi/caping ke luar rumah | { } |
| 32. Memakan buah-buahan | { } |
| 64. Memakan sayuran | { } |
| 128. Memakan vitamin | { } |
| 256. Tidak merokok | { } |
| 512. Tidak minum alkohol | { } |
| 1024. Berhati-hati dalam menggunakan obat | { } |
| 2048. Membaca/menulis di ruang terang | { } |
| 4096. Lainnya | { } |

10. Bila ada seseorang yang terkena penyakit katarak, menurut ibu/bapak bagaimana sebaiknya cara mengobatinya : (jawaban boleh > 1)
- | | |
|------------------------------------|-----|
| 1. Dibawa ke puskesmas | { } |
| 2. Dibawa ke dokter umum | { } |
| 4. Dibawa ke rumah sakit | { } |
| 8. Dibawa ke dokter spesialis mata | { } |
| 16. Dibawa ke perawat/bidan | { } |
| 32. Dibawa ke BKMM | { } |
| 64. Lainnya | { } |

C. Sikap

Berilah tanda \checkmark sesuai dengan Jawaban yang Diberikan

SS : Sangat Setuju

TS : Tidak Setuju

S : Setuju

STS : Sangat Tidak Setuju

R : Ragu-ragu

No.	PERNYATAAN	SS	S	R	TS	STS
1	Walaupun transportasinya mahal, saya tetap memeriksa gangguan mata (katarak) ke BKMM atau puskesmas yang di kunjungi BKMM					
2	Walaupun jauh saya akan tetap berusaha memeriksakan gangguan penglihatan (katarak) ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
3	Walaupun mengeluarkan biaya untuk operasi katarak saya tetap melakukan operasi katarak di BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
4	Meskipun banyak pelayanan pemeriksaan mata lainnya, saya tetap memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
5	Meskipun pengobatan tradisional jauh lebih murah, saya tetap memanfaatkan pengobatan katarak yang diberikan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
6	Meskipun terkadang perawat BKMM terkesan kurang ramah, saya tetap memeriksakan gangguan mata (katarak) ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
7	Walaupun anak atau anggota keluarga lainnya tidak mengizinkan saya memeriksakan gangguan mata ke BKMM saya tetap akan memeriksakan mata (katarak) ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM					
8	Walaupun BKMM tidak menyediakan obat gratis saya tetap memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM untuk pemeriksaan gangguan mata (katarak)					

D. Keterjangkauan (Jarak)

1. Berapa km jarak antara rumah ibu/bapak dengan BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi oleh BKMM Sumbar

..... km

2. Menurut ibu/bapak seberapa jauhkah jarak antara rumah dengan BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM :

1. Sangat jauh
2. Jauh
3. Dekat
4. Sangat dekat

3. Menurut ibu/bapak transportasi menuju ke BKMM Sumatera Barat atau puskesmas yang dikunjungi oleh BKMM Sumbar :

1. Sangat mudah
2. Mudah
3. Susah
4. Sangat susah

4. Berapa lama waktu yang ibu/bapak butuhkan untuk sampai ke Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Sumatera Barat atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar

..... menit

5. Menurut ibu/bapak, bagaimana waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar :

1. Sangat lama
2. Lama
3. Cepat
4. Sangat cepat

E. Biaya Pengobatan

1. Berapa biaya yang ibu/bapak keluarkan jika melakukan pemeriksaan katarak di BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar :

Rp

2. Bagaimana menurut ibu/bapak biaya pengobatan katarak di BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar tersebut:

1. Sangat terjangkau
2. Terjangkau
3. Tidak Terjangkau
4. Sangat tidak terjangkau

3. Berapa biaya transportasi yang ibu/bapak keluarkan jika melakukan pemeriksaan katarak di BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar :

Rp

4. Jika ibu/bapak menggunakan kendaraan umum, berapa kali berganti kendaraan :

..... kali

5. Bagaimana menurut ibu/bapak biaya transportasi ke BKMM Sumbar atau puskesmas yang dikunjungi BKMM Sumbar untuk pengobatan katarak tersebut :
1. Sangat terjangkau
 2. Terjangkau
 3. Tidak Terjangkau
 4. Sangat tidak terjangkau
-

F. Kepercayaan

1. Apakah ibu/bapak percaya bahwa pelayanan BKMM dapat membantu dalam pengobatan katarak
1. Sangat percaya
 2. Percaya
 3. Tidak percaya
 4. Sangat tidak percaya
-
2. Apakah dokter spesialis mata dan perawat mata BKMM mempunyai kemampuan yang profesional dalam pelayanan pengobatan katarak :
1. Sangat profesional
 2. Profesional
 3. Tidak profesional
 4. Sangat tidak profesional
-
3. Jika ada anggota keluarga lain yang menderita katarak atau gangguan mata lainnya apakah ibu/bapak menyarankan untuk berobat ke BKMM :
1. Iya
 2. Tidak
-

G. Kebutuhan

1. Menurut ibu/bapak apakah menurunnya penglihatan yang dikarenakan katarak mengganggu aktivitas ibu/bapak sehari-hari :
1. Sangat mengganggu
 2. Mengganggu
 3. Tidak mengganggu
 4. Sangat tidak mengganggu
-
2. Apakah ibu/bapak mempunyai ketakutan akan mengalami kebutaan sehubungan dengan katarak yang dialami :
1. Sangat takut
 2. Takut
 3. Tidak takut
 4. Sangat tidak takut
-

3. Selama 6 (enam) bulan terakhir apakah ibu/bapak pernah berusaha untuk membantu penglihatan yang kurang tersebut dengan berganti-ganti kacamata :
1. Pernah
 2. Tidak pernah

H. Keterpaparan Informasi

1. Apakah ibu/bapak pernah mendapatkan penjelasan tentang KATARAK (Pengertian, penyebab, tanda-tanda/gejala, pencegahan dan pengobatannya) :
1. Pernah
 2. Tidak pernah

2. Jika pernah, darimanakah ibu/bapak mendapat informasi tentang penyakit mata keruh/katarak tersebut : (jawaban boleh > 1)

- | | |
|-----------------------------|-----|
| 1. Keluarga/saudara | { } |
| 2. Tetangga/teman | { } |
| 4. Tokoh masyarakat/agama | { } |
| 8. Kader kesehatan/posyandu | { } |
| 16. Orang pintar/dukun | { } |
| 32. Bidan/perawat/mantri | { } |
| 64. Dokter | { } |
| 128. TV | { } |
| 256. Radio | { } |
| 512. Koran | { } |
| 1024. Poster/leaflet | { } |
| 2048. Majalah/buku | { } |
| 4096. Lainnya | { } |



3. Apakah bapak/ibu pernah mendapat informasi bahwa BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM memberikan pelayanan katarak :
1. Pernah
 2. Tidak pernah

4. Jika pernah, darimanakah ibu/bapak mendapat informasi tersebut : (jawaban boleh > 1)

- | | |
|-----------------------------|-----|
| 1. Keluarga/saudara | { } |
| 2. Tetangga/teman | { } |
| 4. Tokoh masyarakat/agama | { } |
| 8. Kader kesehatan/posyandu | { } |
| 16. Bidan/perawat/mantri | { } |
| 32. Dokter | { } |
| 64. Pihak puskesmas | { } |
| 128. Radio | { } |
| 256. Koran | { } |
| 512. Poster/leaflet | { } |
| 1024. Lainnya | { } |

I. Pemanfaatan BKMM sebagai Fasilitas Pelayanan Katarak di Sumbar

1. Apakah ibu/bapak pernah memeriksakan penurunan ketajaman penglihatan/gangguan penglihatannya sehubungan dengan katarak yang bapak/ibu derita dalam 6 (enam) terakhir ini ?
1. Pernah
2. Tidak pernah
2. Kalau pernah, kemana saja bapak/ibu memeriksakan matanya sehubungan dengan katarak yang bapak/ibu derita : (jawaban boleh > 1)
1. Dukun/paranormal { }
2. Bidan/mantri terdekat { }
4. Puskesmas { }
8. Praktek dokter spesialis mata { }
16. Klinik mata { }
32. Rumah sakit { }
64. Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) { }
128. Puskesmas yang dikunjungi BKMM { }
256. Lainnya..... { }
3. Jika bapak/ibu memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM, apa alasan ibu/bapak : (jawaban boleh > 1)
1. Pelayanan dan pengobatannya bermutu { }
2. Prosedur cepat dan tidak berbelit-belit { }
4. Petugasnya yang ramah { }
8. Biaya pelayanan dan obat yang murah { }
16. Letak BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM yang strategis { }
32. Transportasi yang murah dan lancar { }
64. Lainnya { }
4. Sudah berapa kali bapak/ibu memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM :
- kali
5. Jika bapak/ibu tidak memanfaatkan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM apa alasannya : (jawaban boleh > 1)
1. Pelayanan dan obatnya tidak bermutu { }
2. Prosedurnya berbelit-belit dan lama { }
4. Petugasnya kurang ramah (kasar/ketus) { }
8. Biaya pelayanan dan obat mahal { }
16. Letak BKMM atau puskesmas yang dikunjungi BKMM sangat jauh { }
32. Ada yankes lain yang ditetapkan oleh Askes/Jamsostek/dll { }
64. Biaya transportasinya yang mahal { }
128. Lain - lain { }

6. Jika bapak/ibu tidak pernah sama sekali memeriksakan gangguan kesehatan matanya (katarak), apa alasannya : (jawaban boleh > 1)

- | | | |
|--|---|---|
| 1. Tidak tahu kalau katarak bisa disembuhkan | { | } |
| 2. Jauh dari pusat pelayanan kesehatan | { | } |
| 4. Biaya berobat dan transport yang mahal | { | } |
| 8. Adanya rasa takut kalau harus dioperasi | { | } |
| 16. Lainnya | { | } |

TERIMA KASIH



Lampiran 4
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Pengetahuan

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Pengetahuan

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden			
	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Penyebab Katarak				
- Cedera	29	18,8	125	81,2
- Usia	148	96,1	6	3,9
- Penyakit kencing manis	111	72,1	43	27,9
- Penggunaan obat berkepanjangan	10	6,5	144	93,5
- Membaca di tempat gelap	3	1,9	151	98,1
- Infeksi	17	11	137	89
- Rokok	24	15,6	130	84,4
- Terlalu sering main game/nonton televisi	16	10,4	138	89,6
- Kurang makan sayur/buah/vitamin	128	83,1	26	16,9
- Paparan sinar matahari	123	79,9	31	20,1
- Minum alkohol	15	9,7	139	90,3
Tanda/Gejala Katarak				
- Penglihatan kabur/berasap/berkabur	146	94,8	8	5,2
- Penglihatan berangsur-angsur menurun tanpa rasa sakit	116	75,3	38	24,7
- Pupil bewarna keputihan	67	43,5	87	56,5
- Penglihatan untuk membaca silau bila terlalu kuat	11	7,1	143	92,9
- Senang membaca di tempat gelap	11	7,1	143	92,9
- Penglihatan ganda/berbayang	42	27,3	112	72,7
- Ukuran kacamata sering berubah	30	19,5	124	80,5
Cara Pencegahan Katarak				
- Memakan makanan bergizi	152	98,7	2	1,3
- Tidak sering menonton televisi dengan dekat	22	14,3	132	85,7
- Membaca dan menulis di tempat terang	6	3,9	148	96,1
- Menghindari sinar matahari	107	69,5	47	30,5
- Memakai topi/caping ke luar rumah	51	33,1	103	66,9
- Memakan buah-buahan	91	59,1	63	40,9
- Memakan sayuran	120	77,9	34	22,1
- Memakan vitamin	87	56,5	67	43,5
- Tidak merokok	2	1,3	152	98,7
- Tidak minum alkohol	4	2,6	150	97,4
- Berhati-hati dalam menggunakan obat	9	5,8	145	94,2
- Membaca/menulis di tempat terang	12	7,8	142	92,2
- Lainnya	4	2,6	150	97,4
Cara Mengobatinya				
- Dibawa ke puskesmas	58	37,7	96	62,3
- Dibawa ke dokter umum	14	9,1	140	90,9
- Dibawa ke rumah sakit	92	59,7	62	40,3
- Dibawa ke dokter spesialis mata	77	50	77	50
- Dibawa ke perawat/bidan	6	3,9	148	96,1
- Dibawa ke BKMM	53	34,4	101	65,6

Lampiran 5
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Sikap

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Sikap

Variabel Pernyataan	Jawaban Responden									
	Sangat Setuju		Setuju		Ragu-Ragu		Tidak Setuju		Sangat Tidak Setuju	
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%
Transportasi mahal tetap periksa katarak ke BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya	0	0	36	23,4	109	70,8	9	5,8	0	0
Jauh, tetap periksa katarak ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	0	0	18	11,7	113	73,4	23	14,9	0	0
Keluar biaya untuk operasi, tetap operasi di BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya	0	0	4	2,6	108	70,1	15	9,7	27	17,5
Banyak pelayanan pe riksa mata tetap ke BKMM atau puskesmas yang dikunju nginya	0	0	19	12,3	98	63,6	28	18,2	9	5,8
Pengobatan tradisional lebih murah, tetap ke BKMM atau puskes mas yang dikunjunginya	0	0	23	14,9	86	55,8	45	29,2	0	0
Perawat BKMM terkesan kurang ramah, tetap ke BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya	0	0	37	24	98	63,6	7	4,5	12	7,8
Anak atau anggota keluarga lain tidak mengizinkan, tetap periksa ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	0	0	5	3,2	72	46,8	64	41,6	13	8,4
Tidak ada obat gratis, tetap ke BKMM atau puskesmas yang dikunjunginya	0	0	17	11	61	39,6	62	40,3	14	9,1

Lampiran 6
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Jarak

6.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Jarak

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden							
	Sangat Jauh		Jauh		Dekat		Sangat Dekat	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Jarak antara rumah dengan BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	27	17,5	35	22,7	86	55,8	6	3,9
Variabel Pertanyaan	Sangat Mudah		Mudah		Susah		Sangat Susah	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transportasi menuju ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	0	0	96	62,3	34	22,1	24	15,6
Variabel Pertanyaan	Sangat Lama		Lama		Cepat		Sangat Cepat	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Waktu yang dibutuhkan untuk sampai ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	32	20,8	41	26,6	80	51,9	1	0,6

6.2 Distribusi Responden Berdasarkan Jarak dari Rumah ke BKMM atau Puskesmas yang Dikunjunginya

Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
1 km	13	8,4
2 km	11	7,1
3 km	8	5,2
4 km	7	4,5
5 km	20	13
6 km	3	1,9
7 km	4	2,6
8 km	7	4,5
9 km	1	0,6
10 km	44	28,6
12 km	4	2,6
15 km	15	9,7
16 km	1	0,6
18 km	1	0,6
20 km	9	5,8
30 km	6	3,9
Jumlah	154	100

Lampiran 6
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Jarak (Lanjutan)

6.3 Distribusi Responden Berdasarkan Waktu yang Dibutuhkan untuk Sampai ke BKMM

Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
10 menit	3	1,9
15 menit	25	16,2
20 menit	25	16,2
25 menit	7	4,5
30 menit	27	17,5
40 menit	9	5,8
45 menit	11	7,1
50 menit	2	1,3
60 menit	45	29,2
Jumlah	154	100



Lampiran 7

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Biaya Pengobatan

7.1 Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Biaya Pengobatan

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden							
	Sangat Terjangkau		Terjangkau		Tidak Terjangkau		Sangat Tidak Terjangkau	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Biaya pengobatan katarak di BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	1	0,6	147	95,5	6	3,9	0	0
Biaya transportasi ke BKMM atau puskesmas yang dikunjungi	4	2,6	147	95,5	3	1,9	0	0

7.2 Distribusi Responden Berdasarkan Biaya yang Dikeluarkan jika Pemeriksaan Katarak di BKMM atau Puskesmas yang Dikunjungi

Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
Rp 20.000,-	43	27,9
Rp 23.000,-	1	0,6
Rp 24.000,-	1	0,6
Rp 25.000,-	59	38,3
Rp 26.000,-	1	0,6
Rp 30.000,-	49	31,9
Jumlah	154	100

7.3. Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Berganti Kendaraan Jika Menggunakan Kendaraan Umum

Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
1 x	47	30,5
2 x	82	53,2
3 x	24	15,6
4 x	1	0,6
Jumlah	154	100

Lampiran 7
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Biaya Pengobatan
(Lanjutan)

7.4 Distribusi Responden Berdasarkan Biaya Transport yang Dikeluarkan jika Berobat ke BKMM atau Puskesmas yang Dikunjungi

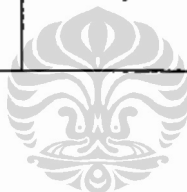
Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
Rp 10.000,-	42	27,3
Rp 12.000,-	7	4,5
Rp 15.000,-	18	11,7
Rp 2.000,-	1	0,6
Rp 20.000,-	40	26
Rp 25.000,-	7	4,5
Rp 30.000,-	10	6,5
Rp 4.000,-	3	1,9
Rp 5.000,-	16	10,4
Rp 6.000,-	1	0,6
Rp 7.000,-	1	0,6
Rp 8.000,-	7	4,5
Rp 9.000,-	1	0,6
Jumlah	154	100



Lampiran 8
Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kepercayaan

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kepercayaan

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden							
	Sangat Percaya		Percaya		Tidak Percaya		Sangat Tidak Percaya	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Percaya BKMM dapat membantu dalam pengobatan katarak	20	13	106	68,8	28	18,2	0	0
Variabel Pertanyaan	Sangat profesional		Profesional		Tidak Profesional		Sangat Tidak Profesional	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dokter dan perawat BKMM mempunyai kemampuan yang profesional	13	8,4	116	75,3	25	16,2	0	0
Variabel Pertanyaan	Ya				Tidak			
	N		%		n		%	
Menyarankan anggota keluarga untuk berobat ke BKMM	47		30,5		107		69,5	



Lampiran 9

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kebutuhan

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Kebutuhan

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden							
	Sangat Mengganggu		Mengganggu		Tidak Mengganggu		Sangat Tidak Mengganggu	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menurunnya penglihatan karena katarak meng- ganggu aktivitas	11	7,1	134	87	8	5,2	1	0,6
Variabel Pertanyaan	Sangat Takut		Takut		Tidak Takut		Sangat Tidak Takut	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Takut mengalami kebu- taan karena katarak	19	12,3	128	83,1	7	4,5	0	0
Variabel Pertanyaan	Pernah			Tidak Pernah				
	n		%	n		%		
Berusaha berganti-ganti kacamata	16		10,4	138		89,6		



Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Keterpaparan Informasi

Distribusi Responden Berdasarkan Jawaban Variabel Keterpaparan Informasi

Variabel Pertanyaan	Jawaban Responden			
	Pernah		Tidak Pernah	
	n	%	n	%
Mendapat penjelasan tentang katarak	65	42,2	89	57,8
Mendapat informasi BKMM melayani katarak	93	60,4	61	39,6
Variabel Pertanyaan	Ya		Tidak	
	n	%	n	%
Sumber informasi tentang katarak (n = 65)				
- Keluarga/saudara	35	53,8	30	46,2
- Tetangga/teman	35	53,8	30	46,2
- Tokoh masyarakat/agama	6	9,2	59	90,8
- Kader kesehatan/posyandu	29	44,6	36	55,4
- Orang pintar/dukun	0	0	65	100
- Bidang/perawat/mantri	29	44,6	36	55,4
- Dokter	44	67,7	21	32,3
- TV	0	0	65	100
- Radio	13	20	52	80
- Koran	0	0	65	100
- Poster/leaflet	1	1,5	64	98,5
- Majalah/buku	13	20	52	80
- Lainnya	2	3,2	63	96,9
Sumber informasi BKMM melayani katarak (n=93)				
- Keluarga/saudara	58	62,4	35	37,6
- Tetangga/teman	61	65,6	32	34,4
- Tokoh masyarakat/agama	7	7,5	86	92,5
- Kader kesehatan/posyandu	32	34,4	61	65,6
- Bidang/perawat/mantri	32	34,4	61	65,6
- Dokter	25	26,9	68	73,1
- Pihak puskesmas	79	84,9	14	15,1
- Radio	6	6,5	87	93,5
- Koran	0	0	93	100
- Poster/leaflet	0	0	93	100
- Lainnya	3	3,2	90	96,8

Lampiran 11
Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Memanfaatkan BKMM

Distribusi Responden Berdasarkan Berapa Kali Memanfaatkan BKMM atau Puskesmas yang Dikunjungi

Jawaban	Frekuensi	Persentase (%)
1 x	10	38,5
2 x	13	50
3 x	1	3,8
4 x	1	3,8
5 x	1	3,8
Jumlah	26	100





Lampiran 12
Surat Ijin Penelitian

PEMERINTAH PROPINSI SUMATERA BARAT
BADAN KESATUAN BANGSA, POLITIK DAN PERLINDUNGAN MASYARAKAT
Jalan Jend. Sudirman No. 51 Telp. (0751) 34475 - 31554
PADANG

REKOMENDASI
No.B.070/199/WAS-BKPL/2009
Tentang
Izin Melaksanakan Penelitian

Kami Pemerintah Propinsi Sumatera Barat Kepala Badan Kesatuan Bangsa Politik Dan Linmas, setelah mempelajari surat Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia Jakarta Nomor : 485 /PT.02.H5.FKMUI/2009 tanggal 2 Februari 2009 perihal izin Penelitian , dengan ini kami menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan Penelitian di Sumbar yang dilakukan oleh :

Nama	: LILI YARNI
Tempat/Tgl Lahir	: Padang /20 April 1975
Pekerjaan	: Mahasiswa
Alamat	: Jl. Rimbo Tarok Balai Baru Padang
No.Kartu Identitas	: 1371096004750003
Maksud/ Judul Penelitian	: Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat Sebagai Fasilitas Pelayanan Bagi Penderita Katarak di Sumbar Tahun 2009
Lokasi/Tempat Penelitian	: Kota Padang, Kab. Limapuluh Kota
Waktu/Lama Penelitian	: 11 Februari s/d 30 Mei 2009
Anggota	:

dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak boleh menyimpang dari kerangka serta tujuan Penelitian
2. Memberitahukan kedatangan serta maksud Penelitian yang akan dilaksanakan dengan menunjukkan surat-surat keterangan yang berhubungan dengan itu, baik kepada PEMDA setempat maupun kepada Institusi yang dituju serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah / lokasi Penelitian.
3. Mematuhi semua peraturan yang berlaku dan menghormati adat istiadat serta kebijaksanaan masyarakat setempat.
4. Mengirimkan laporan hasil penelitiannya sebanyak 1 (satu) Eks kepada Gubernur Sumbar Cq.Kepala Badan Kesbangpol Dan Linmas.
5. Bila terjadi penyimpangan/pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas, maka surat rekomendasi ini dicabut kembali

Demikianlah rekomendasi izin Penelitian ini diberikan kepada yang bersangkutan untuk dapat dipergunakan oleh yang berkepentingan dimana perlu.

Padang, 10 Januari 2009
AN. KEPALA BADAN KESBANG POLITIK DAN LINMAS
PROP. SUMATERA BARAT
Kabid Kawaspadaan


DRS. HARDIZON BAHAR. SIP. MM
Pembina Tk. I Nip. 010111351.

KEPADA YTH.

1. Bapak Mendagri Cq. Dirjen Kesatuan Bangsa Dan Politik di Jkt.
2. Bapak Gubernur Prop. Sumbar (sbg laporan).
3. Sdr. Bupati 50 Kota Cq Kesbangpol Dan Linmas di Payakumbuh
4. Sdr. Walikota Padang Cq Kesbangpol Dan Linmas di Padang
5. Sdr. Wakil Dekan Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Indonesia di Jakarta
6. Pertinggal



PEMERINTAH KOTA PADANG Lampiran 12
KANTOR KESATUAN BANGSA POLITIK DAN Surat Ijin Penelitian (Lanjutan)
PERLINDUNGAN MASYARAKAT

Jalan : Prof. H.M Yamin SH No.70 Telp. 0751 39439 Padang. kode pos 25111

REKOMENDASI

Nomor : 070. 03. 1 / Kesbang.Pol/ 2009

Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas Kota Padang setelah membaca dan mempelajari :

- a. Surat dari Kabid. Kewaspadaan Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat.
Nomor : B.070/144/WAS-BKPL/2009. Tanggal 10 Januari 2009
- b. Surat Pernyataan Penanggung Jawab Penelitian Ybs tanggal 11 Februari 2009.

Dengan ini memberikan persetujuan dan tidak keberatan diadakan Penelitian/Survei/ Pemetaan/ PKL di Kota Padang yang diadakan oleh :

Nama : LILI YARNI
Tempat/ Tanggal Lahir : Padang / 20 April 1975
Pekerjaan : Mahasiswa
Alamat di Padang : Jl. Rimbo Tarok Balai Baru Padang
Maksud Penelitian : Penyusunan Thesis
Waktu/ Lama Penelitian : 3 (Tiga) Bulan
Judul Penelitian/ Survei/PKL : Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) sebagai Fasilitas Pelayanan Bagi Penderita Katarak di Sumbar Tahun 2009
Lokasi/ Tempat Penelitian/Survei/PKL : Kecamatan se Kota Padang
Anggota Rombongan : --

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak dibenarkan menyimpang dari kerangka dan maksud penelitian.
2. Sambil menunjukkan Surat keterangan Rekomendasi ini supaya melaporkan kepada Kepala Dinas/ Badan/Instansi/Kantor/Bagian/ Camat dan Penguasa dimana Sdr. Melakukan Penelitian/ Survei/PKL serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah penelitian.
3. Mematuhi segala peraturan yang ada dan adat istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Selesai penelitian harus melaporkan hasilnya kepada Walikota Padang Cq. Kepala Kantor Kesbang Pol dan Linmas.
5. Bila terjadi penyimpangan atas ketentuan di atas, maka Surat Keterangan/ Rekomendasi ini akan ditinjau kembali.



12 Februari 2009

KEPALA

H. DARWIS CANDRA, MM

Penata, NIP. 41006165

Diteruskan kepada Yth.:

1. Camat se Kota Padang
2. Kabid. Kewaspadaan Badan Kesatuan Bangsa, Politik dan Perlindungan Masyarakat
3. Yang Bersangkutan
4. Peninggal



Lampiran 12
Surat Ijin Penelitian (Lanjutan)

PEMERINTAH KABUPATEN LIMA PULUH KOTA
KANTOR PELAYANAN PERIZINAN TERPADU
JL. SUDIRMAN NO. 1 PAYAKUMBUH TELP. (0752) 91417

www.limapuluhkota.go.id

e-mail : limapuluhkota@telkom.net

REKOMENDASI

Nomor : 070/014 / KPPT-LK/II - 2009

Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu Kabupaten Lima Puluh Kota, setelah mempelajari surat dari Universitas Indonesia Fakultas Kesehatan Masyarakat, Nomor: 511/PT.02.H5.FKMUI/2009, tanggal 3 Februari 2009 dengan ini menyatakan tidak keberatan atas maksud melaksanakan penelitian dan survey di Kabupaten Lima Puluh Kota, yang dilakukan oleh :

Nama : Liliyarni
Tempat/ Tgl, Lahir : Padang/ 20 April 1975
Alamat : Jl. Rimbo Tarok Balai Baru Padang
Pekerjaan : Mahasiswa
No. Kartu Mahasiswa : 0706188630 03.00.10.01
Maksud Penelitian : Untuk pengambilan data penyusunan skripsi
Judul Penelitian : Determinan Pemanfaatan Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Sebagai Fasilitas Pelayanan Bagi Penderita Katarak di Sumatera Barat Tahun 2009.
Lokasi Penelitian : Kota Padang, Kab. Lima Puluh Kota
Waktu Penelitian : 11 Februari s/d 30 Mei 2009
Anggota : -

Dengan ketentuan sebagai berikut :

1. Tidak menyimpang dari maksud dan tujuan penelitian.
2. Memberitahukan kedatangan dan maksud penelitian yang akan dilaksanakan, serta melaporkan diri sebelum meninggalkan daerah/lokasi penelitian.
3. Mematuhi peraturan yang berlaku dan menghormati Adat Istiadat serta kebiasaan masyarakat setempat.
4. Mengirimkan hasil laporan penelitian sebanyak 1 (satu) eksemplar kepada Bapak Bupati Lima Puluh Kota Cq. Kepala Kantor Pelayanan Perizinan Terpadu.
5. Bila terjadi penyimpangan atau pelanggaran terhadap ketentuan tersebut diatas maka surat rekomendasi penelitian ini akan dicabut kembali.

Payakumbuh, 11 Februari 2009



Tembusan: disampaikan kepada Yth:

1. Bupati Lima Puluh Kota (sebagai Laporan)
2. Sdr. Camat Se - Kab. Lima Puluh Kota
3. Sdr. Wali Nagari yang bersangkutan
4. Yang bersangkutan.
5. Arsip.