

SKRIPSI

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK IMOBILISASI TERHADAP KEPATUHAN PASIEN PADA KASUS HIFEMA AKIBAT TRAUMA TUMPUL DI RUANG MATA RSU Dr. SOETOMO SURABAYA

**PENELITIAN *STATIC-GROUP COMPARISON*
PADA BULAN OKTOBER-DESEMBER 2003**

**Diajukan Untuk Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan (S.Kep)
Pada Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga**



Oleh :

**ADE SUSANTY
NIM : 010230414 B**

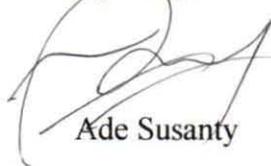
**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA
2004**

SURAT PERNYATAAN

Saya bersumpah bahwa skripsi ini adalah hasil karya sendiri dan belum pernah dikumpulkan oleh orang lain untuk memperoleh gelar dari berbagai jenjang pendidikan di Perguruan Tinggi manapun

Surabaya, 26 Januari 2004

Yang Menyatakan

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Ade Susanty', written over a horizontal line.

Ade Susanty

LEMBAR PENGESAHAN

SKRIPSI INI TELAH DISETUJUI

TANGGAL : 26 JANUARI 2004

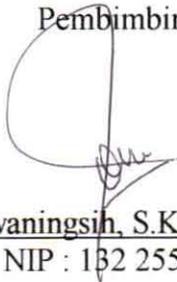
Oleh :

Pembimbing Ketua



Kusananto, S.Kp, M.Kes
NIP : 140 233 650

Pembimbing



Purwaningsih, S.Kp, MARS
NIP : 132 255 157

Mengetahui

An. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



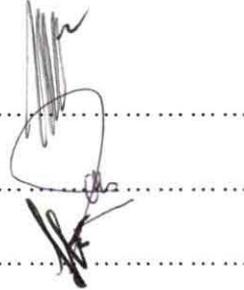
Nursalam, M.Nurs (Hons)
NIP : 140 238 226

Telah diuji

Pada tanggal 30 Januari 2004

PANITIA PENGUJI

Ketua : Kusnanto, S.Kp, M.Kes
Anggota : 1. Purwaningsih, S.Kp, MARS
2. Bambang Subagjo, S.Kep, Ns



Mengetahui
a.n. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya
Pembantu Ketua I



Nursalam, M.Nurs (Honours)

NIP : 140 238 226

MOTTO

“ Tuntutlah ilmu, sesungguhnya menuntut ilmu adalah pendekatan diri kepada Allah Azza Wajalla, dan mengajarkannya adalah sodaqoh. Sesungguhnya ilmu pengetahuan menempatkan orang-orangnya dalam kedudukan terhormat dan mulia (tinggi). Ilmu pengetahuan adalah keindahan bagi ahlinya di dunia dan akhirat.” (HR. Ar-rabii’)

“Paling dekat seorang hamba kepada Robbnya ialah ketika ia bersujud, maka perbanyaklah do’a (saat bersujud)” (Muslim)

Kupersembahkan kepada orang-orang yang kukasih:

Ayahanda Rachmat Suhairi Nasution dan Ibunda Tuti Ismawarti

Kakanda Ismail Rachman, Kakanda Wilda Erna dan Syaikhah Putri Rachman

Kakanda Irsan Yusuf dan Adikku Astri Rachmayani

UCAPAN TERIMA KASIH

Bismillahirrohmaanirrohiim

Syukur Alhamdulillah kehadiran Allah SWT yang selalu memberikan rahmat dan hidayah-Nya dan Shalawat beriring salam kepada junjungan Nabi Muhammad SAW, sehingga peneliti dapat menyelesaikan skripsi yang berjudul “PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK IMOBILISASI TERHADAP KEPATUHAN PASIEN HIFEMA AKIBAT TRAUMA TUMPUL“ dengan baik. Skripsi ini merupakan salah satu syarat untuk memperoleh gelar sarjana keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya.

Dalam menyelesaikan skripsi ini penulis mendapat banyak bimbingan, bantuan dan dukungan dari berbagai pihak. Pada kesempatan ini peneliti mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Prof. Dr. dr. H.M.S. Wiyadi,Sp.THT, selaku Dekan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti selama menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.
2. Prof. Eddy Soewandojo, Sp.PD.KTI, selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas kepada peneliti selama menjadi mahasiswa pada Program Studi Ilmu Keperawatan.

3. Dr. H. Slamet Riyadi Yuwono, DTMH. MARS, selaku Kepala RSUD Dr. Soetomo yang telah memberikan izin dan fasilitas sehingga kegiatan penelitian dapat berjalan dengan lancar.
4. Nursalam M.Nurs, (Honours), selaku Pembantu Ketua I Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga dan penanggung jawab skripsi.
5. Kusnanto, S.Kp, M.Kes, selaku pembimbing ketua penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran memberi bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
6. Purwaningsih, S.Kp, MARS, selaku pembimbing penyusunan skripsi ini yang telah meluangkan waktu dan dengan penuh kesabaran memberi bimbingan dan arahan sehingga skripsi ini dapat terselesaikan.
7. Bambang Subagjo, S. Kep, Ns, selaku penguji yang telah meluangkan waktu dan memberi bimbingan pada skripsi ini.
8. Arie Sunarno, Amd.Kep, selaku Kepala Ruang Mata dan teman seperjuangan di PSIK V B yang telah memberikan izin, fasilitas, dan masukan sehingga kegiatan penelitian dapat berjalan lancar.
9. Ayahanda Rachmat Suhairi Nasution, dan Ibunda Tuti Ismawarti, yang telah mewujudkan impian peneliti, mengiringi langkah dengan doa dan bimbingan hidup penuh cinta dan kasih sayang. Semoga Allah memberi kesempatan untuk Ade lebih berbakti pada Ayah dan Ibu.
10. Kakanda Ismail Rachman beserta keluarga, kakanda Irsan Yusuf dan adikku Astri rahmayani, yang tetap memberikan motivasi dan keceriaan pada peneliti, khususnya dalam penyelesaian skripsi ini.

11. Achmad Androstiakha dan keluarga, yang telah memberikan semangat dan motivasi kepada peneliti.
12. Keluarga besar PSIK V B yang telah berjuang bersama-sama dalam menjalani pendidikan ini, semoga kita dapat menyelesaikannya bersama-sama juga.
13. Seluruh pasien hifema dan keluarga yang menjadi responden dalam penelitian ini.
14. Semua pihak yang tidak bisa disebutkan satu-persatu yang telah banyak membantu penyusunan skripsi ini.

Semoga Allah memberikan pahala yang setimpal kepada semua pihak yang telah membantu penyusunan skripsi ini.

Peneliti menyadari bahwa skripsi ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis mengharapkan kritik dan saran untuk perbaikan skripsi ini.

Surabaya. 26 Januari 2004

Penulis

ABSTRACT

**INFLUENCE OF HEALTH EDUCATION ABOUT IMMOBILIZATION
EFFECT TO PATIENT'S COMPLIANCE OF HYPHEMA CAUSED
BLUNT TRAUMA IN OPHTHALMOLOGY WARDS
Dr. SOETOMO GENERAL HOSPITAL, SURABAYA**

By : Ade Susanty

Immobilization is one of the treatment procedures that should be undertaken to hyphemic patients. However, the patients themselves are often unaware of the importance of immobilization for the healing process of disease. The role of the nurse is therefore needed to provide health education on the effect of immobilization in patients with hyphemia. Unfortunately, health education provided today remains less optimal. The objective of this study was to analyze the effect of health education on immobilization among hyphemic patients

This study used static-group comparison design. Samples, comprising 16 respondents, were hyphemic patients in Ophthalmology Wards, Dr. Soetomo Hospital, who were enrolled using consecutive sampling. The independent variable was health education, and the dependent variable was the patient's immobilization behavior. Data were collected using observation undertaken to groups given with health education and that not given with health education. Analysis was performed by means of Mann Whitney test.

Results revealed that in treatment group satisfactory immobilization behavior was found in 7 patients (87,5%), while in non treatment group most of the patients, comprising 5 individuals (62,5%), showed moderate immobilization behavior. Results of statistical test showed $p=0,002$, indicating significant difference in immobilization behavior between patients receiving health education and those not receiving health education.

As a conclusion, health education on the effect of immobilization has influence on immobilization behavior in hyphemic patients. It is recommended to provide health education to the patients immediately after admittance, and to establish a standard procedure on the treatment of hyphemic patients, particularly health education on the effect of immobilization.

Keyword : Health education, hyphemic patients, immobilization

DAFTAR ISI

	Halaman
Halaman Judul	i
Halaman Pernyataan	ii
Halaman Persetujuan	iii
Halaman Penetapan Panitia Penguji	iv
Motto.....	v
Ucapan Terima Kasih	vi
Abstract	ix
Daftar Isi	x
Daftar Tabel	xii
Daftar Gambar	xiii
Daftar Lampiran	xiv
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Manfaat Penelitian	5
BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA	6
2.1 Pendidikan Kesehatan.....	6
2.2 Kepatuhan.....	12
2.3 Hifema	14
2.4 Perawatan Dan Pengobatan Hifema.....	17
2.5 Imobilisasi	19
BAB 3 KERANGKA KONSEPTUAL DAN HIPOTESIS PENELITIAN ...	21
3.1 Kerangka Konseptual	21
3.2 Hipotesis Penelitian	23

BAB 4 METODE PENELITIAN	24
4.1 Desain Penelitian	24
4.2 Kerangka Kerja	25
4.3 Populasi, Sampel dan Sampling	26
4.4 Identifikasi Variabel dan Defenisi Operasional	27
4.5 Instrumen Pengumpulan Data	28
4.6 Lokasi dan Waktu Penelitian ..	28
4.7 Prosedur Pengumpulan Data	28
4.8 Analisa Data	29
4.9 Etik Penelitian	29
4.10 Keterbatasan	30
BAB 5 HASIL DAN PEMBAHASAN	31
5.1 Hasil Penelitian	31
5.2 Pembahasan	39
BAB 6 KESIMPULAN DAN SARAN	45
6.1 Kesimpulan	45
6.2 Saran	46
DAFTAR PUSTAKA	47
LAMPIRAN	49

DAFTAR TABEL

	Halaman
Tabel 4.1 Defenisi Operasional	27
Tabel 5.1 Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Imobilisasi terhadap perilaku imobilisasi pasien hifema.....	38

DAFTAR GAMBAR

	Halaman
Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian	21
Gambar 4.1 Kerangka Kerja Penelitian	25
Gambar 5.1 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Umur	32
Gambar 5.2 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin..	33
Gambar 5.3 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pendidikan	34
Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi Responden Berdasarkan Pekerjaan	34
Gambar 5.5 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Perilaku Imobilisasi	35
Gambar 5.6 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Kejadian Perdarahan Sekunder dan Imbibisi Kornea	36
Gambar 5.7 Diagram Batang Distribusi Responden Berdasarkan Lama Perawatan	37

DAFTAR LAMPIRAN

	Halaman
Lampiran 1 : Surat Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan Data	49
Lampiran 2 : Surat Ijin Penelitian	50
Lampiran 3 : Surat Keterangan Pengumpulan Data Penelitian	51
Lampiran 4 : Permintaan Menjadi Responden	52
Lampiran 5 : Satuan Acara Pendidikan	53
Lampiran 6 : Lembar Observasi	59
Lampiran 7 : Hasil Tabulasi Data	61
Lampiran 8 : Hasil Uji Statistik Menggunakan SPSS	62

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Trauma mata sering dijumpai dalam kehidupan sehari-hari. Penyebab trauma mata yang terbanyak adalah saat kegiatan olahraga. Trauma mata bisa terjadi oleh trauma mekanik yang diakibatkan benda tumpul atau benda tajam, trauma kimia dan trauma fisik. Pada trauma mekanik, umumnya trauma tumpul mempunyai prognosis lebih buruk dengan berbagai macam komplikasi (Doemilah.R,2002). Komplikasi yang paling sering dijumpai pada trauma tumpul adalah hifema (Sukrisno.A,2002). Hifema adalah keadaan dimana di dalam bilik mata depan ditemukan darah, diantara kornea dan iris. Pada umumnya dengan perawatan tirah baring sempurna, kompres dingin dan bebat mata, hifema dapat hilang sempurna selama 5-7 hari ([www//http:stlukeseye.com](http://stlukeseye.com)). Salah satu asuhan keperawatan yang dilakukan pada pasien hifema adalah tirah baring sempurna dengan posisi kepala lebih tinggi dari badan selama 3-5 hari ([www//http:emms.com](http://emms.com)). Namun pasien seringkali tidak melakukan tirah baring dengan baik. Pasien yang merasa fisiknya sehat, seringkali melakukan aktivitas seperti berdiri dan berjalan. Menurut hasil observasi awal pada bulan September 2003 selama 7 hari, di ruang mata belum terdapat protap perawatan hifema khususnya pendidikan kesehatan pada pasien hifema, sehingga hal ini mengakibatkan pendidikan kesehatan yang selama ini diberikan belum optimal.

Data rekam medik ruang mata pada bulan Juni-Juli 2003 didapatkan 26 kasus trauma tumpul dengan komplikasi hifema dan terdapat 12 orang (46,2%)

yang membutuhkan perawatan lebih lama antara 8-16 hari. Hifema dapat mempengaruhi proses penglihatan yaitu terjadi penurunan tajam penglihatan. Hifema primer umumnya dapat diserap sempurna. Hifema sekunder pada mata dapat terjadi pada hari ke 5. Keadaan ini umumnya lebih massif, dan dapat memberikan rasa sakit yang sangat (Ilyas. S, 2000). Perdarahan sekunder yang terjadi pada pasien akan meningkatkan resiko peningkatan tekanan intra okular (TIO) yang disebut glaukoma sekunder. Bila tekanan bola mata tinggi pada waktu yang lama dapat terjadi atrofi papil nervus II yang berakhir dengan kebutaan. Dapat pula terjadi perembesan haemoglobin pada kornea yang disebut imbibisi kornea. Zat besi yang terkandung dalam darah dapat menimbulkan siderosis bulbi, dan bila hal ini berlanjut akan dapat menimbulkan kebutaan (Ilyas.S,2002).

Perawatan pada hifema bertujuan untuk menghentikan dan mencegah perdarahan ulang, mencegah terjadinya imbibisi kornea, dan mengontrol tekanan bola mata (Ilyas.S,2000). Darah pada bilik mata depan tersebut dapat bergerak-gerak sehingga mengotori permukaan dalam kornea dan mengaburkan pandangan. Perawatan tirah baring sempurna dengan posisi kepala lebih tinggi dilakukan agar darah tetap menetap di kamera anterior (Smeltzer & Bare,2001). Selain itu imobilisasi juga diperlukan untuk mempercepat proses reabsorpsi darah dan mencegah perdarahan sekunder. Pergerakan-pergerakan ringan pada mata dapat mengakibatkan terhambatnya reabsorpsi darah, dan. meningkatkan munculnya resiko perdarahan sekunder sehingga waktu perawatan yang dibutuhkan lebih lama([www//http:stlukeseye.com](http://stlukeseye.com)).

Mobilisasi dini dapat dihindari dengan pemberian informasi melalui pendidikan kesehatan tentang pentingnya imobilisasi pada perawatan hifema.

Pendidikan kesehatan mengandung rencana untuk merubah perilaku untuk membantu tercapainya program pengobatan (Steward dikutip Effendy, 1998). Oleh sebab itu informasi yang benar mengenai dampak mobilisasi pada hifema diharapkan dapat meningkatkan kesadaran pasien akan pentingnya imobilisasi bagi kesembuhan penyakitnya dan meningkatkan kepatuhan pasien menjalani imobilisasi.

Berdasarkan fenomena diatas penulis tertarik untuk mengetahui pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien menjalani imobilisasi pada kasus hifema akibat trauma tumpul di ruang mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya.

1.2 Rumusan Masalah

1.2.1 Pernyataan Masalah

Pada umumnya dengan perawatan tirah baring sempurna, kompres dingin dan bebat mata, hifema dapat hilang sempurna selama 5-7 hari. Namun kenyataannya dari data rekam medik ruang mata ditemukan banyak pasien yang membutuhkan perawatan yang lebih lama antara 8 sampai 16 hari. Hal ini disebabkan oleh pendidikan kesehatan yang selama ini diberikan belum optimal sehingga pasien tidak melakukan imobilisasi dengan baik.

1.2.2 Pertanyaan Masalah

1. Apakah ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan imobilisasi pada kasus hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo?
2. Apakah ada pengaruh imobilisasi terhadap kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea pada pasien hifema di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo?

3. Apakah ada pengaruh imobilisasi terhadap lama perawatan pasien hifema di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo?

1.3 Tujuan

1.3.1 Tujuan Umum

Mempelajari pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan imobilisasi pasien pada kasus hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi perbedaan perilaku imobilisasi pasien hifema yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak di berikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.
2. Mengidentifikasi perbedaan kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea pada pasien hifema yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.
3. Mengidentifikasi perbedaan lama perawatan pasien hifema yang diberi pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.
4. Menganalisa pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan imobilisasi pasien hifema.
5. Memberikan rekomendasi tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap perilaku imobilisasi pasien hifema kepada staf perawat Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.

1.4 Manfaat

1. Bagi Rumah Sakit

Memberikan bahan masukan bagi pelayanan kesehatan dalam pembuatan protap perawatan pasien hifema untuk meningkatkan kualitas pelayanan.

2. Bagi Profesi Keperawatan

Menambah pengetahuan perawat tentang perawatan hifema sehingga dapat meningkatkan kualitas asuhan keperawatan.

3. Bagi Institusi

Menambah wacana dan dapat digunakan sebagai acuan dalam penelitian selanjutnya.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini akan diuraikan (1) Pendidikan Kesehatan, (2) Kepatuhan, (3) Hifema, (4) Perawatan dan Pengobatan Hifema, (5) Imobilisasi.

2.1 Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan adalah salah satu kompetensi yang dituntut dari tenaga keperawatan, pendidikan kesehatan merupakan bagian dari intervensi yang harus dilaksanakan oleh perawat dalam memberikan asuhan keperawatan.

2.1.1 Pengertian

Departemen kesehatan menguraikan definisi pendidikan kesehatan sebagai gabungan berbagai kegiatan dan kesempatan yang berlandaskan prinsip-prinsip belajar untuk mencapai suatu keadaan, dimana individu, keluarga, kelompok atau masyarakat secara keseluruhan ingin hidup sehat, tahu bagaimana caranya dan melakukan apa yang bisa dilakukan secara perorangan maupun kelompok dan meminta pertolongan bila perlu.

Menurut Wood, seperti yang dikutip Effendy (1998), menyebutkan bahwa pendidikan kesehatan adalah sejumlah pengalaman yang berpengaruh secara menguntungkan terhadap kebiasaan, pengetahuan dan sikap yang ada hubungannya dengan kesehatan perorangan, masyarakat dan bangsa. Kesemuanya ini dipersiapkan supaya perilaku yang akan meningkatkan atau memelihara kesehatan dapat diterima dengan mudah.

Dalam pengertian yang lain menurut Steward yang dikutip Effendy (1998) bahwa pendidikan kesehatan adalah unsur program kesehatan yang mengandung

rencana untuk merubah perilaku perorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan, penyakit dan peningkatan kesehatan.

2.1.2 Ruang Lingkup Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (1997) ruang lingkup pendidikan kesehatan dapat dilihat dari berbagai dimensi antara lain dimensi sasaran, dimensi tempat pelaksanaan dan dimensi tingkat pelayanan kesehatan.

Dari dimensi sasaran pendidikan kesehatan dikelompokkan menjadi tiga, yaitu:

1. Pendidikan kesehatan individual dengan sasaran individu.
2. Pendidikan kesehatan kelompok dengan sasaran kelompok.
3. Pendidikan kesehatan masyarakat dengan sasaran masyarakat.

Dimensi tempat pelaksanaannya, pendidikan kesehatan dapat berlangsung di berbagai tempat. Dengan sendirinya sasaran juga berbeda, misalnya:

1. Pendidikan kesehatan di sekolah, dengan sasaran murid.
2. Pendidikan kesehatan di rumah sakit, dengan sasaran pasien atau keluarga pasien.
3. Pendidikan kesehatan di tempat kerja, dengan sasaran buruh atau karyawan yang bersangkutan.

Pada dimensi tingkat pelayanan kesehatan, pendidikan kesehatan dapat dilakukan berdasarkan lima tingkat pencegahan (*five levels of prevention*) dari Leavel dan Clark yang dikutip oleh Notoatmodjo (1997), sebagai berikut:

1. Promosi kesehatan (*Health Promotion*).

Dalam tingkat ini pendidikan kesehatan perlu diberikan misalnya dalam peningkatan gizi, kebiasaan hidup dan sanitasi lingkungan.

2. Perlindungan khusus (*Specifik Protection*)

Dalam program imunisasi sebagai bentuk pelayanan perlindungan khusus pendidikan kesehatan sangat diperlukan untuk meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya imunisasi.

3. Diagnosis dini dan pengobatan segera (*Early Diagnosis and Prompt Treatment*).

Pada tahap ini pendidikan kesehatan diperlukan untuk meningkatkan pengetahuan dan kesadaran masyarakat terhadap kesehatan dan penyakitnya. Sehingga masyarakat mau untuk memeriksakan penyakitnya dan dapat memperoleh pelayanan kesehatan yang layak.

4. Pembatasan cacat (*Disability Limitation*).

Pengetahuan dan kesadaran masyarakat yang kurang juga sering mengakibatkan masyarakat tidak melanjutkan pengobatannya sampai tuntas. Pengobatan yang tidak layak dan sempurna dapat mengakibatkan seseorang menjadi cacat. Maka pendidikan kesehatan diperlukan pada tahap ini.

5. Rehabilitasi (*Rehabilitation*)

Setelah sembuh dari penyakit tertentu, kadang-kadang orang menjadi cacat. Untuk memulihkan cacatnya tersebut seseorang harus melakukan latihan-

latihan tertentu. Namun pengetahuan dan kesadaran yang kurang mengakibatkan banyak yang enggan melakukan latihan-latihan tersebut. Disamping itu orang yang cacat setelah sembuh dari penyakitnya terkadang malu untuk kembali ke masyarakat. Sering terjadi pula masyarakat tidak mau menerima mereka sebagai anggota masyarakat yang normal. Oleh sebab itu pendidikan kesehatan perlu diberikan bukan hanya kepada orang yang cacat tersebut tapi juga kepada masyarakat.

2.1.3 Hasil Yang Diharapkan

Menurut Effendi (1998) hasil yang diharapkan dalam pendidikan kesehatan adalah terjadinya perubahan sikap dan perilaku dari individu, keluarga, kelompok khusus dan masyarakat untuk dapat menanamkan prinsip hidup sehat dan perubahan perilaku dalam mencapai derajat kesehatan yang optimal. Pada pendidikan kesehatan terhadap pasien hifema ini, hasil yang diharapkan adalah perubahan perilaku pasien yang dilihat melalui kepatuhan imobilisasi pasien.

2.1.4 Metode Pendidikan Kesehatan

Menurut Notoatmodjo (1997), ada beberapa metode yang dapat dilakukan dalam memberikan pendidikan kesehatan, yaitu:

2.1.4.1 Metode pendidikan individual

1. Bimbingan dan penyuluhan

Dengan cara ini kontak antara klien dengan petugas bisa lebih intensif. Setiap masalah yang dihadapi klien dapat dibantu penyelesaiannya. Akhirnya klien tersebut akan dengan sukarela dan berdasar kesadaran akan mengubah perilaku.

2. Interview

Cara ini sebenarnya merupakan bagian dari bimbingan dan penyuluhan. Wawancara antara petugas klien dilakukan untuk menggali informasi mengapa ia tidak atau belum menerima perubahan, untuk mengetahui apakah perilaku yang sudah atau yang akan diadopsi itu mempunyai dasar pengertian dan kesadaran yang kuat. Apabila belum maka perlu penyuluhan yang lebih mendalam lagi.

2.1.4.2. Metode pendidikan kelompok

1. Kelompok besar

Metode pendidikan pada kelompok besar adalah ceramah dan seminar. Ceramah baik untuk sasaran yang berpendidikan tinggi maupun rendah, sedangkan seminar hanya cocok untuk kelompok besar dengan pendidikan menengah keatas.

2. Kelompok kecil.

Apabila peserta kelompok kurang dari 15 orang, biasanya di sebut kelompok kecil. Metode yang cocok untuk kelompok ini meliputi (1) Diskusi kelompok yaitu tiap anggota kelompok duduk saling berhadapan dan bebas untuk mengeluarkan pendapat; (2) Curah pendapat (*Brain storming*) yang diawali dengan satu masalah yang diajukan oleh pemimpin kelompok tersebut, kemudian tiap peserta memberikan tanggapan dan diakhiri dengan diskusi; (3) Bola salju yaitu kelompok dibagi dalam pasang-pasangan dan dilontarkan satu masalah, kemudian lebih kurang lima menit tiap dua pasang menjadi satu dengan tetap mendiskusikan masalah tersebut. Demikian seterusnya hingga akhirnya terjadi diskusi kelas; (4) Kelompok kecil-kecil dimana kelompok dibagi menjadi kelompok kecil-kecil kemudian dilontarkan satu masalah dan masing-masing

kelompok mendiskusikan masalah tersebut, selanjutnya kesimpulan dari tiap-tiap kelompok didiskusikan dan dicari kesimpulannya; (5) Role Play yaitu beberapa anggota kelompok ditunjuk sebagai pemegang peranan tertentu sebagai dokter Puskesmas, perawat, bidan dan sebagainya, kemudian mereka memperagakan bagaimana interaksi/komunikasi sehari-hari dalam melaksanakan tugas; (6) Permainan simulasi merupakan gambaran antara role play dengan diskusi kelompok dimana pesan-pesan kesehatan disajikan dalam bentuk permainan seperti permainan monopoli beberapa orang menjadi pemain, dan sebagian lagi berperan sebagai narasumber.

2.1.4.3. Metode pendidikan massa.

Pada umumnya bentuk pendekatan massa ini tidak langsung. Biasanya menggunakan atau melalui media massa. Beberapa contoh metode ini antara lain ceramah umum, pidato-pidato diskusi tentang kesehatan, simulasi, tulisan-tulisan di majalah atau koran, spanduk yang dipasang di pinggir-pinggir jalan.

2.1.5 Faktor Yang Berpengaruh Dalam Pendidikan Kesehatan

Faktor yang mempengaruhi keberhasilan suatu pendidikan kesehatan terdiri dari (Effendi.E,1998):

2.1.5.1 Faktor pendidik, meliputi:

1. Kurang persiapan.
2. Kurang menguasai materi.
3. Bahasa yang digunakan kurang bisa dimengerti.
4. Suara terlalu kecil dan kurang dapat didengar.
5. Penyampaian materi terlalu monoton sehingga membosankan.

2.1.5.2 Faktor sasaran, meliputi :

1. Tingkat pendidikan terlalu rendah, sehingga sulit mencerna pesan.
2. Tingkat sosial ekonomi terlalu rendah, sehingga kurang memperhatikan pesan.
3. Kepercayaan dan adat yang sudah tertanam kuat.
4. Kondisi lingkungan tempat tinggal yang tidak memungkinkan terjadinya perubahan perilaku.

2.2 Kepatuhan

2.2.1 Pengertian

Kepatuhan didefinisikan sebagai tingkat pasien melaksanakan cara pengobatan dan perilaku yang disarankan dokternya atau oleh yang lain (Sarafino, dikutip Smet, 1994)

Menurut Taylor, yang dikutip oleh Smet, kepatuhan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mengendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut dapat menimbulkan resiko mengenai kesehatannya.

Kepatuhan terjadi dalam situasi dimana seseorang dengan sungguh-sungguh menghendaki orang lain agar berperilaku dalam berbagai cara (Baron & Byrne, dikutip oleh Sarbaini, 2002).

Menurut Djahiri yang dikutip oleh Sarbaini (2002), tingkat kesadaran dari kepatuhan seseorang berdasarkan teori perkembangan moral Kohlberg berkembang dari rasa takut pada orang, kekuasaan atau paksaan, ingin dipuji, kiprah umum, adanya aturan umum, adanya manfaat dan kesenangan, memuaskan baginya, hingga sampai kepada tingkat karena dasar prinsip etis yang layak secara universal.

2.2.2 Faktor Yang Berpengaruh Dalam Kepatuhan

Menurut Smet (1994) ada beberapa hal yang mempengaruhi kepatuhan, antara lain:

1. Ciri-ciri kesakitan dan ciri-ciri pengobatan.

Kepatuhan umumnya rendah pada penderita penyakit kronis, saran mengenai gaya hidup umum dan kebiasaan yang lama, pengobatan yang kompleks, pengobatan dengan efek sampingan, perilaku yang tidak pantas.

2. Komunikasi antar pasien dan dokter/perawat

Kepatuhan juga dipengaruhi oleh informasi dengan pengawasan yang kurang dan ketidakpuasan terhadap pengobatan yang diberikan. Frekuensi pengawasan, dukungan atau tindakan lanjutan juga cukup penting.

3. Persepsi dan pengharapan pasien
4. Variabel-variabel sosial yaitu dukungan baik dari keluarga maupun dari tenaga medis.
5. Ciri-ciri individual.

Ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk meningkatkan kepatuhan pasien, yaitu:

1. Meningkatkan ketrampilan komunikasi
2. Meningkatkan dukungan sosial, baik dari keluarga maupun dari perawat.
3. Pendekatan perilaku.

2.2.3 Kepatuhan Dalam Perawatan Hifema

Dalam perawatan hifema ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dan dipatuhi oleh pasien hifema, yaitu:

1. Tirah baring sempurna dengan sudut 60° (Ilyas.S,2000)
2. Membatasi menonton televisi, membaca atau bermain game, karena kegiatan tersebut dapat memaksimalkan pergerakan bola mata ([www//http:embbs.com](http://www.embbs.com)).
3. Menjaga keadaan mata pada saat mandi ([www//http:revoptom.com](http://www.revoptom.com)).
4. Tidak membungkuk atau menundukkan kepala ([www//http:embbs.com](http://www.embbs.com)).

2.3 Hifema

2.3.1 Pengertian

Hifema adalah adanya darah dalam bilik mata depan (BMD). Darah dalam bilik mata depan ini dapat mengisi seluruh bilik mata depan atau hanya mengisi bagian bawah bilik mata depan (Ilyas. S,2000). Hifema sering berhubungan dengan trauma tumpul ataupun trauma tembus dan dapat juga perdarahan ini terjadi secara spontan. Biasanya darah ini berasal dari pembuluh darah iris ataupun badan siliar yang pecah. Kadang-kadang pembuluh darah baru yang terbentuk pada kornea pasca bedah katarak dapat pecah sehingga timbul hifema (Ilyas.S,2000).

Menurut luasnya perdarahan, hifema dibagi dalam 4 derajat (Sukrisno.A,2002):

1. Derajat I, bila perdarahan $< 1/3$ dari BMD.
2. Derajat II, bila $1/2 >$ perdarahan $> 1/3$ dari BMD.
3. Derajat III, bila perdarahan $> 1/2$.
4. Derajat IV, bila peradarah penuh pada BMD (*eightball eye*)

4. Derajat IV, bila peradarah penuh pada BMD (*eightball eye*)

2.3.2 Tanda dan Gejala Hifema

Tanda dan gejala yang muncul pada hifema adalah
([www//http:stlukeseye.com](http://www.stlukeseye.com)):

1. Nyeri pada mata
2. Terdapat darah pada bilik mata depan
3. Penglihatan menurun, mata mungkin hanya dapat melihat gerakan tangan dan cahaya saja.
4. Pada beberapa kasus terjadi peningkatan tekanan okuler dengan cepat.

2.3.3 Patofisiologi

Trauma akibat benda tumpul dengan kekuatan yang tinggi pada bola mata dan jaringan sekitarnya akan menimbulkan tekanan yang tinggi pada bola mata dan mengakibatkan pecahnya pembuluh darah iris bagian perifer, pembuluh darah dari badan silier bagian depan dan pecahnya pembuluh darah di khoroid. Tekanan yang sangat tinggi dan dalam waktu singkat di dalam bola mata akan menyebabkan terjadinya penyebaran tekanan ke cairan badan kaca dan jaringan sklera yang tidak elastis sehingga mengakibatkan terjadinya peregangan dan robekan jaringan pada kornea, sklera, sudut iridokornea, badan silier dan darah tersebut masuk ke dalam BMD dan terjadilah hifema (Doemilah.R,2002).

2.3.4. Komplikasi Hifema

Komplikasi yang dapat terjadi pada hifema antara lain adalah (Ilyas.S,2000):

1. Hifema sekunder.

Hifema sekunder adalah perdarahan yang terjadi 5-7 hari sesudah trauma. Hifema sekunder terjadi akibat gangguan mekanisme pembekuan atau penyembuhan luka. Hifema sekunder biasanya lebih masif dibanding hifema primer dan dapat menimbulkan rasa sakit sekali (Ilyas.S,2000). Selain itu perdarahan akan lebih sukar hilang. Hifema sekunder juga meningkatkan resiko terjadinya glaukoma dan imbibisi kornea ([www/http:eyecare.com](http://www.eyecare.com)).

Pada pasien hifema, tirah baring sempurna sangat dibutuhkan. Selain untuk memudahkan reabsorpsi, hal ini juga dibutuhkan untuk mencegah perdarahan sekunder. Dengan tirah baring sempurna diharapkan pembuluh darah yang pecah dapat menutup lebih cepat dan mencegah perdarahan kembali ([www/http:emedecine.com](http://www.emedecine.com)).

2. Glaukoma sekunder.

Glaukoma adalah kelainan mata yang ditandai dengan meningkatnya tekanan bola mata, atrofi papil saraf optik dan menciutnya lapang pandang. Glaukoma sekunder timbul akibat penyakit lain dalam bola mata. Pada hifema, glaukoma sekunder dapat terjadi karena kontusi badan silier yang berakibat suatu reses sudut bilik mata, sehingga terjadi gangguan pengaliran cairan mata (Ilyas.S,2000). Resiko glaukoma sekunder pada hifema semakin meningkat apabila terjadi hifema sekunder ([www/http:eyecareindia.com](http://www.eyecareindia.com)).

3. Imbibisi kornea.

Imbibisi kornea adalah perubahan warna kornea menjadi lebih coklat. Hal ini disebabkan oleh hemosiderin didalam darah. Bila hemosiderin berlebihan didalam bilik mata dapat terjadi penimbunan pigmen ini ke dalam lapis kornea. Penimbunan ini mengakibatkan kekeruhan kornea terutama di bagian sentral (Ilyas.S,2000).

Darah yang terdapat dalam bilik mata depan dapat bergerak-gerak. Apabila terjadi pergerakan, darah tersebut akan mengotori permukaan dalam kornea dan mengaburkan pandangan (Smeltzer & Bare,2001). Bila posisi tirah baring sempurna dengan kepala lebih tinggi 60^0 dapat dipertahankan, maka darah akan tinggal diam di kamera anterior dan memperkecil resiko imbibisi kornea.

Zat besi didalam bola mata juga dapat menimbulkan siderosis bulbi yaitu penimbunan pigmen besi dalam bola mata. Apabila keadaan ini didiamkan akan dapat menimbulkan kebutaan (Soediro.H,1988).

2.4 Perawatan dan Pengobatan Hifema

Menurut Ilyas (2000), pengobatan dan perawatan hifema bertujuan untuk:

1. Menghentikan perdarahan atau mencegah perdarahan ulang.
2. Mengendalikan tekanan bola mata.
3. Mencegah terjadinya imbibisi kornea.
4. Menemukan sedini mungkin penyulit yang terjadi.

2.4.1 Perawatan hifema

Penderita hifema selamanya dianjurkan untuk dirawat (Ilyas.S,2000).

Tindakan perawatan yang dapat dilakukan anatara lain adalah:

1. Tirah baring sempurna dengan posisi semifowler ([www//http.embbs.com](http://www.embbs.com)).

Tirah baring sempurna dengan posisi semifowler perlu dilakukan agar darah dapat tinggal diam di kamera anterior. Hal ini akan mempercepat reabsorpsi darah dan memperkecil resiko imbibisi kornea. Tirah baring sempurna dengan posisi semifowler ini juga dapat meminimalkan pergerakan mata, sehingga mempercepat proses penutupan pembuluh darah iris atau badan silier yang pecah, dan mencegah terjadinya perdarahan kembali.

2. Memberikan kompres dingin (Soekrisno.A,2002).

Kompres dingin adalah meletakkan bantalan kasa lembut atau kain yang dicelupkan dalam air dingin (air es) untuk pendinginan/pengobatan dari bagian permukaan tubuh.

Efek dari kompres dingin antara lain :

- 1) Respon fisiologis

Vasokonstriksi pada pembuluh darah, sehingga mengurangi aliran darah pada bagian tubuh yang rusak/mengalami trauma, mencegah edema, dan mengurangi inflamasi.

- 2) Respon psikologis

Memberikan rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri pada lokasi trauma.

Pada hifema pemberian kompres dingin bertujuan untuk menghentikan perdarahan pada bilik mata depan.

3. Mengistirahatkan mata dengan bebat mata (Smeltzer & Bare,2001).

Bebat mata dilakukan untuk mengistirahatkan mata dan membiarkan darah direabsorpsi secara bertahap.

Dalam perawatan pasien hifema peningkatan kesadaran pasien akan perlunya imobilisasi penting dilakukan. Hal ini dikarenakan secara fisik pasien merasa tidak sakit dan bebas melakukan aktifitas seperti berdiri dan berjalan.

2.4.2 Pengobatan hifema

Pada pasien yang gelisah dapat diberi sedatif. Bila terdapat rasa sakit diberi analgesik, atau asetazolamid bila sakit kepala akibat tekanan bola mata naik. Antibiotika lokal dapat diberikan bila ada tanda-tanda infeksi, kortikosteroid topikal bila ada tanda-tanda peradangan. Antifibrotik dapat diberikan untuk mencegah perdarahan ulang (Doemilah.R,2002).

2.4.3 Pembedahan

Menurut Ilyas (2000) tindakan pembedahan *parasentase* dilakukan bila terlihat tanda-tanda imbibisi kornea, glaukoma, hifema penuh dan berwarna hitam atau bila darah tidak memperlihatkan tanda-tanda berkurang setelah 5 hari.

Untuk mencegah atrofi papil syaraf optik pembedahan dilakukan bila tekanan bola mata maksimal 50 mmHg selama 5 hari atau tekanan bola mata maksimal 35 mmHg selama 7 hari.

Untuk mencegah imbibisi kornea pembedahan dilaukan bila tekanan bola mata rata-rata 25 mmHg selama 6 hari atau bila terlihat tanda-tanda dini imbibisi kornea.

2.5 Imobilisasi

Imobilisasi adalah pembatasan gerak yang dilakukan karena gangguan mobilitas fisik.

Imobilisasi dilakukan dengan alasan-alasan sebagai berikut:

1. Pembatasan gerak yang sifatnya terapeutik.
2. Pembatasan gerak karena ketidakmampuan primer.
3. Pembatasan secara otomatis sampai dengan gaya hidup.

Tingkatan pada imobilisasi adalah:

1. Imobilisasi komplit contoh : pada pasien tidak sadar.
2. Imobilisasi parsial contoh : pada pasien fraktur kaki.
3. Pembatasan aktivitas karena alasan kesehatan.

Pada pasien hifema dampak dari imobilisasi adalah:

1. Mempercepat proses reabsorpsi darah ([www//http:stlukeseye.com](http://stlukeseye.com)).
2. Meminimalkan pergerakan bola mata ([www//http:emedecine.com](http://emedecine.com)).
3. Menghindari tegangan pada mata sehingga mempercepat menutupnya pembuluh darah yang pecah dan mencegah hifema sekunder ([www//http:eyecareindia.com](http://eyecareindia.com))
4. Menjaga darah tetap berada di bawah bilik mata depan sehingga memperkecil resiko imbibisi kornea (Smeltzer & Bare,2001)

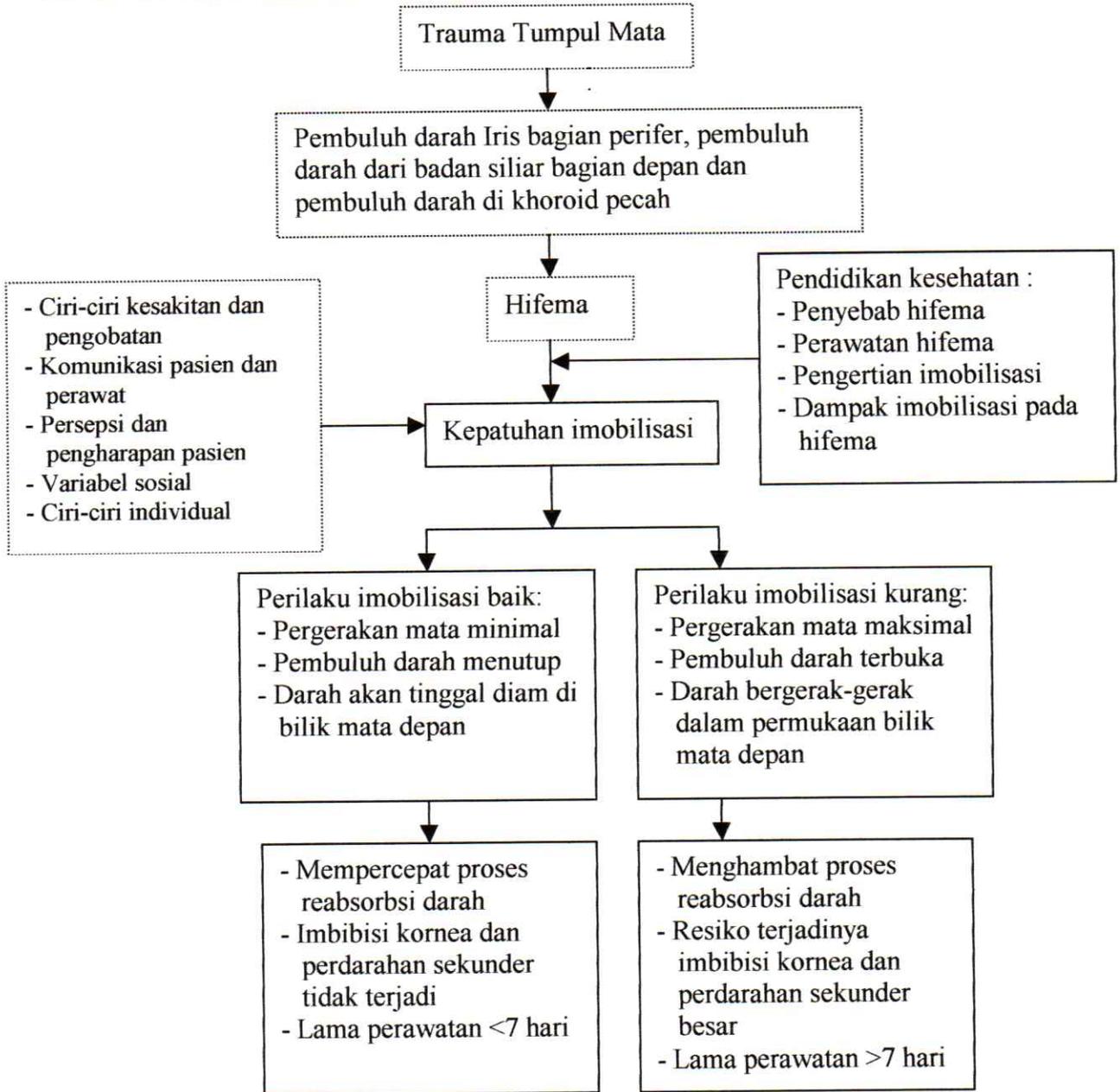
Sedangkan dampak apabila imobilisasi tidak baik adalah:

1. Menghambat proses reabsorpsi darah.
2. Pergerakan bola mata sering terjadi
3. Proses menutupnya pembuluh darah lambat dan resiko hifema sekunder menjadi lebih besar
4. Darah dapat bergerak-gerak pada bilik mata depan, sehingga resiko imbibisi kornea menjadi lebih besar.

BAB 3

KERANGKA KONSEP PENELITIAN DAN HIPOTESIS

3.1 KERANGKA KONSEP PENELITIAN



Keterangan:

= diteliti
 = tidak diteliti

Gambar 3.1 Kerangka Konsep Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Terhadap Kepatuhan Imobilisasi Pasien Hifema.

Trauma tumpul pada mata menyebabkan pembuluh darah iris bagian perifer, pembuluh darah dari badan silier bagian depan dan pembuluh darah di khoroid pecah, darah tersebut masuk ke bilik mata depan sehingga terjadi hifema (Doemilah.R,2002). Salah satu perawatan pada hifema adalah imobilisasi ([www//http:emmbs.com](http://www.emmbs.com)). Kepatuhan imobilisasi pasien ini dipengaruhi oleh ciri-ciri kesakitan dan pengobatan, komunikasi antara pasien dan perawat, persepsi dan pengharapan pasien, variabel sosial, ciri-ciri individual (Smet,1994)

Pendidikan kesehatan tentang dampak hifema, perawatan hifema, pengertian imobilisasi, dan dampak imobilisasi pada hifema, akan meningkatkan kepatuhan imobilisasi pasien hifema. Apabila kepatuhan imobilisasi pasien hifema baik, maka pergerakan mata minimal terjadi, pembuluh darah menutup dan darah akan tinggal diam di bilik mata depan. Hal ini akan mempercepat proses reabsorpsi darah, mencegah terjadinya imbibisi kornea dan perdarahan sekunder, dan meminimalkan lama perawatan (< 7hari). Apabila kepatuhan imobilisasi kurang maka akan menyebabkan pergerakan mata maksimal terjadi, pembuluh darah terbuka dan darah akan bergerak-gerak di kamera anterior. Hal ini akan menghambat proses reabsorpsi darah, meningkatkan resiko terjadinya imbibisi kornea dan perdarahan sekunder, dan lama perawatan menjadi > 7 hari

3.2 Hipotesis Penelitian

Hipotesis yang ditetapkan dalam penelitian ini adalah:

H1: Ada pengaruh antara pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSU Dr. Soetomo Surabaya.

Ho: Tidak ada pengaruh antara pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSU Dr. Soetomo Surabaya.

BAB 4

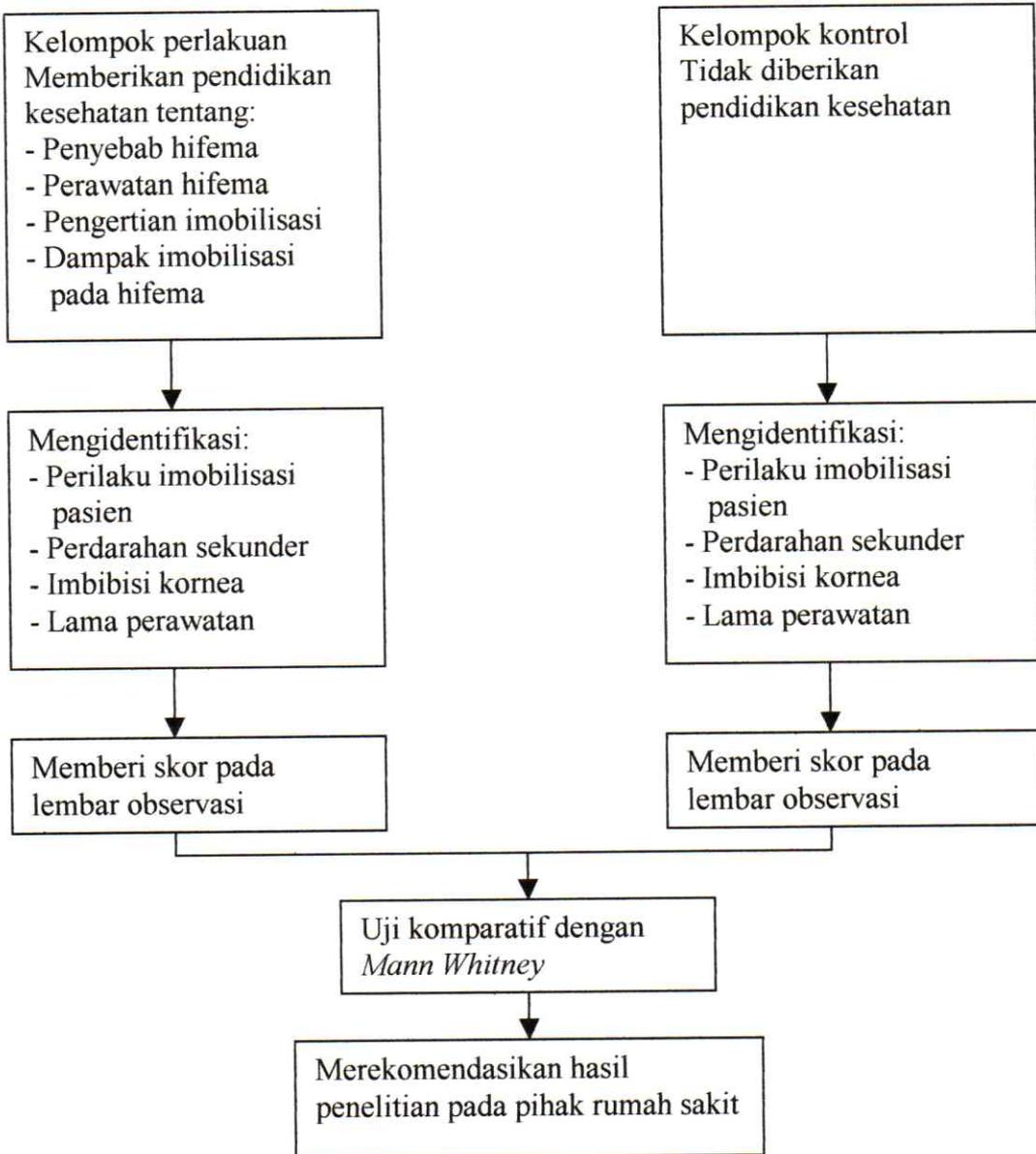
METODE PENELITIAN

Metode adalah cara memecahkan masalah. Hal yang tercakup dalam metode penelitian adalah 1) Desain penelitian, 2) Kerangka kerja, 3) Populasi dan sampel, 4) Identifikasi variabel dan definisi operasional, 5) Instrumen penelitian, 6) Lokasi dan waktu penelitian, 7) Prosedur pengambilan dan pengumpulan data, 8) Analisa data, 9) Etika penelitian, dan 10) Keterbatasan.

4.1 Desain Penelitian

Penelitian ini menggunakan desain *Static –Group Comparasion* dimana peneliti melakukan pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi pada pasien hifema kepada satu kelompok yang diikuti dengan pengukuran atau observasi pada tujuan yang diharapkan dicapai dari pendidikan kesehatan tersebut, yaitu perubahan perilaku imobilisasi. Hasil observasi ini kemudian di kontrol atau dibandingkan dengan kelompok lain yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan.

4.2 Kerangka Kerja



Gambar 4.2 Kerangka Kerja Penelitian Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Imobilisasi terhadap Kepatuhan Pasien Dalam pada Kasus Hifema

4.3 Populasi, Sampel dan Sampling

4.3.1 Populasi

Menurut Sastro Asmoro dan Sofyan Ismail (1995) populasi adalah sekelompok subyek atau data dengan karakteristik tertentu. Dalam penelitian ini populasinya adalah seluruh pasien pada kasus hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.

4.3.2 Sampel

Sampel adalah bagian populasi yang diteliti (Sastro A dan Sofyan I, 1995). Menurut Gay yang dikutip Husein Umar (2001), ukuran minimal sample untuk penelitian eksperimen adalah 15. Berdasarkan hal tersebut dalam penelitian ini peneliti mengambil 16 sampel yang memenuhi kriteria inklusi.

Kriteria inklusi merupakan karakteristik sampel yang bisa dimasukkan atau layak diteliti (Nursalam, 2003). Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

1. Pasien baru trauma tumpul yang masuk di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo.
2. Pasien yang tidak mengalami komplikasi lain akibat trauma tumpul.
3. Tingkat pendidikan minimal sekolah dasar (SD).
4. Pasien bersedia untuk diteliti.

4.3.3 Sampling

Sampling adalah proses dalam menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi (Sastro A dan Sofyan I, 1995). Pada penelitian ini digunakan *Consecutive Sampling* yaitu pengambilan sample dalam penelitian sampai kurun waktu tertentu, sehingga jumlah sampel yang diperlukan terpenuhi (Sastro A dan Sofyan I, 1995).

4.4. Identifikasi Variabel dan Definisi Operasional

4.4.1 Variabel Independen

Variabel independen adalah variabel bebas, sebab, mempengaruhi variabel dependen (Notoatmodjo,2002). Yang dimaksud variabel independen dalam penelitian ini adalah pendidikan kesehatan.

4.4.2 Variabel Dependen

Variabel dependen merupakan variabel tergantung, akibat, terpengaruh atau dipengaruhi oleh variabel bebas (Notoatmodjo,2002). Variabel dependen dalam penelitian ini adalah kepatuhan imobilisasi pasien.

4.4.3 Defenisi Operasional

	Defenisi operasinal	Parameter	Alat Ukur	Skala	Skor
Variabel independen: Pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi.	Memberikan informasi kepada pasien tentang penyebab hifema, perawatan hifema, komplikasi hifema, dampak imobilisasi pada hifema.	Dilakukan ceramah diskusi perseorangan pada hari kedua perawatan selama 40 menit.	Satuan acara pendidikan	Nominal	Diberikan: 1 Tidak diberikan : 0
Variabel Dependen: Kepatuhan pasien dalam menjalani imobilisasi.	Perilaku pasien melaksanakan tirah baring sempurna dengan gerakan sederhana seperti miring kanan-kiri dan menghindari gerakan yang dapat mengakibatkan terjadinya komplikasi selama 3-5 hari.	-Perilaku imobilisasi pasien: 1.Tirah baring sempurna dengan posisi kepala lebih tinggi 60° 2.Pasien tidak turun dari tempat tidur selama 5 hari. 3.Pasien makan, mandi, bab dan bak di atas tempat tidur. 4.Pasien meminimalkan kegiatan yang menggunakan mata seperti membaca.	Observasi	Ordinal	8-9: Baik 6-7: Cukup 3-5: Kurang No 1 Selalu: 3 Pernah: 2 Tidak pernah: 1 No 2,3 Selalu: 1 Pernah: 2 Tidak pernah: 3

		-Hifema sekunder tidak terjadi: 1. Derajat I: $<1/3$ BMD 2. Derajat II: $<1/2$; $>1/3$ BMD 3. Derajat III: $>1/2$ BMD 4. Derajat IV: perdarahan penuh pada BMD -Imbibisi kornea tidak terjadi -Lama masa perawatan 5-7 hari	Observasi Observasi Observasi		
--	--	--	---	--	--

4.5 Instrumen Pengumpulan Data

Pengumpulan data pada penelitian ini, menggunakan lembar observasi responden yang diteliti. Pengukuran instrumen menggunakan skala ordinal untuk mengetahui perbedaan perilaku imobilisasi pasien yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Perilaku imobilisasi dikelompokkan baik bila nilai 8-9, cukup bila nilai 6-7, dan kurang bila nilai 3-5

4.6 Lokasi Dan Waktu Penelitian

Penelitian ini dilaksanakan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya mulai tanggal 13 Oktober sampai 23 Desember 2003.

4.7 Prosedur Pengumpulan Data

Pada penelitian ini pengumpulan data dilakukan melalui observasi yang dilakukan peneliti pada responden yang diteliti. Responden adalah pasien hifema akibat trauma tumpul. Pada pasien yang diberikan pendidikan kesehatan, sebelumnya pasien diberikan pendidikan kesehatan tentang imobilisasi. Kemudian dilakukan observasi mengenai perilaku imobilisasi, perdarahan sekunder dan lama

perawatan pasien. Sedangkan pada pasien yang tidak dilakukan pendidikan kesehatan, langsung diobservasi

4.8 Analisa Data

Hasil pengumpulan data pada lembar observasi kemudian di berikan skor dan kode, kemudian dilakukan tabulasi pada skor dan kode tersebut dan diolah meliputi identifikasi masalah penelitian, pengujian masalah penelitian dengan uji *Mann Whitney Test*.

4.9 Etika Penelitian

Dalam melaksanakan penelitian ini, peneliti mendapat rekomendasi dari PSIK FK Unair dan permintaan izin ke RSUD Dr. Soetomo. Setelah mendapat persetujuan dilaksanakan penelitian dengan menekankan pada masalah etika yang meliputi :

1. Lembar persetujuan menjadi responden

Lembar ini diberikan kepada responden, peneliti menjelaskan maksud dan tujuan riset yang dilakukan serta dampak yang terjadi sebelum dan sesudahnya. Dan lembar persetujuan diisi secara sukarela oleh responden.

2. Anonimity

Untuk menjaga kerahasiaan, peneliti tidak mencantumkan nama responden pada lembar pengumpulan data, cukup membuat kode.

3. Confidentiality

Kerahasiaan informasi responden dijamin oleh peneliti, hanya kelompok data tertentu saja yang akan disajikan atau dilaporkan sebagai hasil riset.

4.10 Keterbatasan

Keterbatasan adalah kelemahan atau hambatan dalam penelitian.

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

1. Sampel yang digunakan adalah seluruh pasien hifema akibat trauma tumpul.
2. Keterbatasan jumlah sampel, hal ini disebabkan karena keterbatasan jumlah kasus yang ada dan waktu penelitian.
3. Instrumen pengumpulan data dirancang oleh peneliti tanpa melaksanakan uji coba, oleh karena itu *validitas* dan *reabilitasnya* masih perlu diuji.
4. Hasil penelitian tidak dapat di generalisasikan.
5. Penelitian ini merupakan penelitian yang pertama kali sehingga masih banyak kekurangan dalam hal prosedur tindakan.

BAB 5

HASIL DAN PEMBAHASAN

Pada bab ini akan diuraikan tentang hasil penelitian dan pembahasan tentang pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien pada kasus hifema akibat trauma tumpul di ruang mata RSUD Dr. Soetomo.

Hasil penelitian dikelompokkan menjadi data umum dan data khusus. Data umum menjelaskan karakteristik lokasi pengambilan sampel, umur responden, jenis kelamin, pendidikan, dan pekerjaan. Data khusus menampilkan perilaku imobilisasi responden, kejadian perdarahan sekunder, dan lama perawatan.

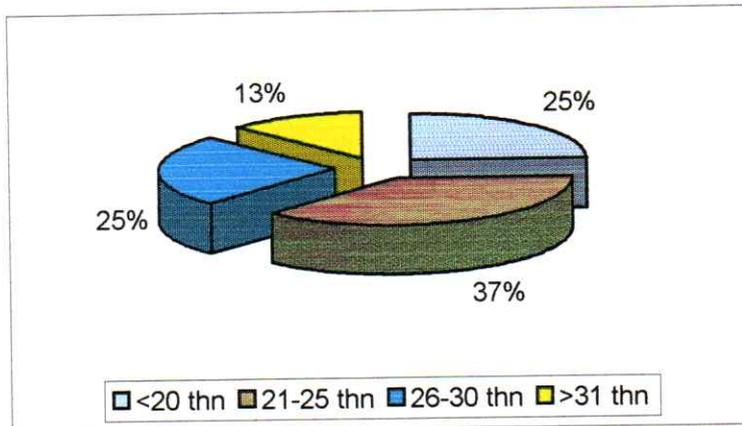
5.1 Hasil Penelitian

5.1.1 Data umum

1. Gambaran umum tempat pengambilan data

Tempat pengambilan untuk penelitian ini adalah Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo. RSUD Dr. Soetomo Surabaya merupakan Rumah Sakit milik Pemerintah Daerah Tingkat I dengan akreditasi Rumah Sakit Tipe A pendidikan. Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo secara struktural bertanggung jawab pada Kepala Instalasi Rawat Inap dan secara pelayanan pada Kepala SMF Mata. Ruang mata memiliki kapasitas 35 tempat tidur dengan perincian kelas 1, 5 tempat tidur; kelas 2, 10 tempat tidur; dan kelas 3, 20 tempat tidur. Pada tahun 2003 jumlah pasien rata-rata 20 orang (BOR rata-rata 57%).

2. Distribusi responden berdasarkan umur

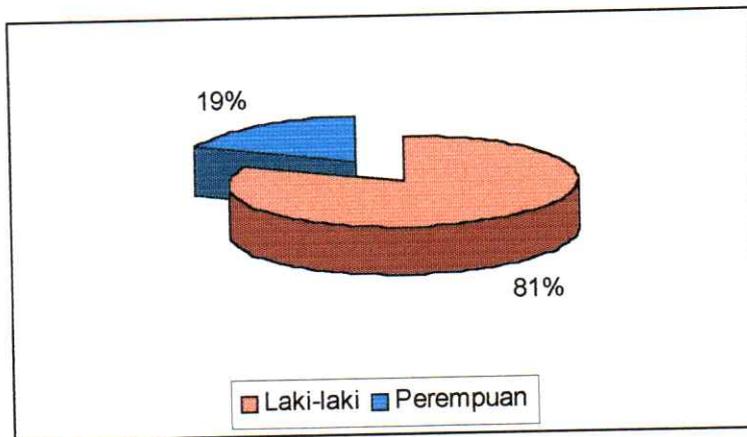


Gambar 5.1 Diagram Distribusi responden berdasarkan umur di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat responden terbanyak berusia 21-25 tahun yaitu 6 orang (37%).

Sebagian besar pasien hifema berada pada usia produktif dimana pada usia ini produktifitas dan kreatifitas tinggi yang ditujukan baik untuk diri sendiri atau orang lain. Pada usia ini kegiatan banyak dilakukan di luar rumah dan beresiko terhadap trauma.

3. Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin

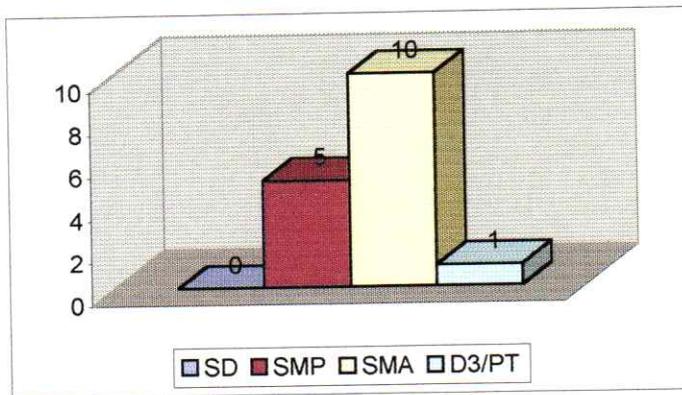


Gambar 5.2 Diagram Distribusi responden berdasarkan jenis kelamin di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat sebagian besar responden berjenis kelamin laki-laki dengan jumlah 13 orang (81%).

Laki-laki mempunyai resiko lebih besar untuk mengalami trauma. Hal ini juga berhubungan dengan pekerjaan laki-laki yang umumnya juga lebih beresiko terhadap kecelakaan yang dapat mengakibatkan trauma pada mata.

4. Distribusi responden berdasarkan pendidikan

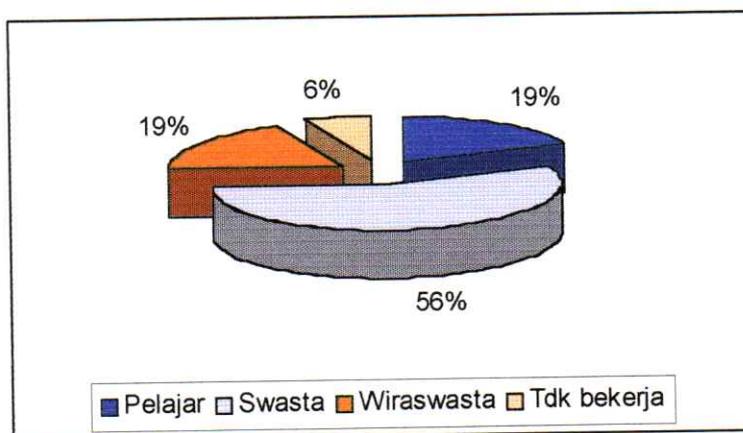


Gambar 5.3 Diagram Distribusi responden berdasarkan pendidikan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa sebagian responden mempunyai tingkat pendidikan SMA yaitu 10 orang (63%).

Pada pendidikan SD diharapkan seseorang telah mampu menerima informasi dengan benar dan menanggapi stimulus yang diberikan. Namun pada penelitian ini tidak terdapat responden dengan tingkat pendidikan SD.

5. Distribusi responden berdasarkan pekerjaan



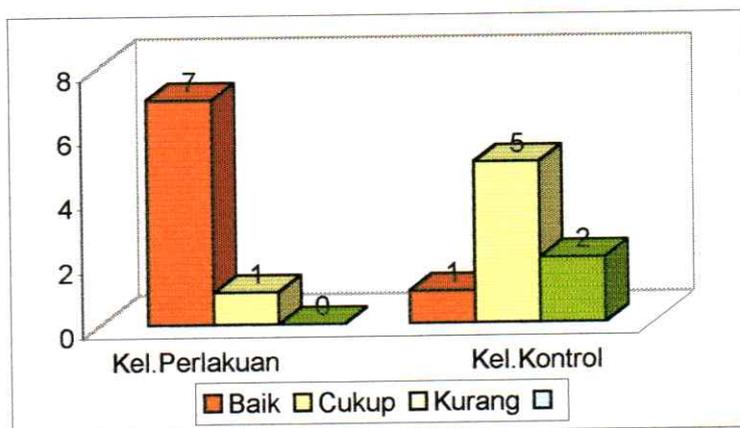
Gambar 5.4 Diagram Pie Distribusi responden berdasarkan pekerjaan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat lebih dari separuh responden memiliki pekerjaan swasta sebanyak 9 orang (56%).

Karyawan swasta mempunyai ritme kerja yang lebih ketat. Tuntutan pekerjaan terkadang membuat lalai akan keselamatannya, sehingga beresiko terhadap terjadinya trauma.

5.1.2 Data khusus

1. Distribusi responden berdasarkan perilaku imobilisasi

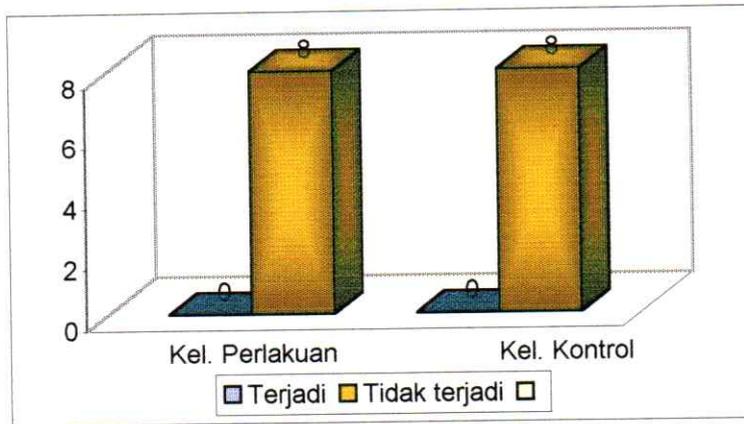


Gambar 5.5 Diagram Batang Distribusi responden berdasarkan perilaku imobilisasi di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram terlihat bahwa pada kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar perilaku imobilisasi adalah baik dengan jumlah 7 orang (87,5%). Sedangkan pada kelompok yang tidak diberikan pendidikan kesehatan perilaku imobilisasi yang terbanyak adalah cukup dengan jumlah 5 orang (62,5%) dan yang mempunyai perilaku imobilisasi baik berjumlah 1 orang (12,5%).

Pendidikan kesehatan yang diberikan pada kelompok perlakuan meningkatkan kesadaran akan pentingnya imobilisasi terhadap proses kesembuhan penyakitnya.

2. Distribusi responden berdasarkan kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea

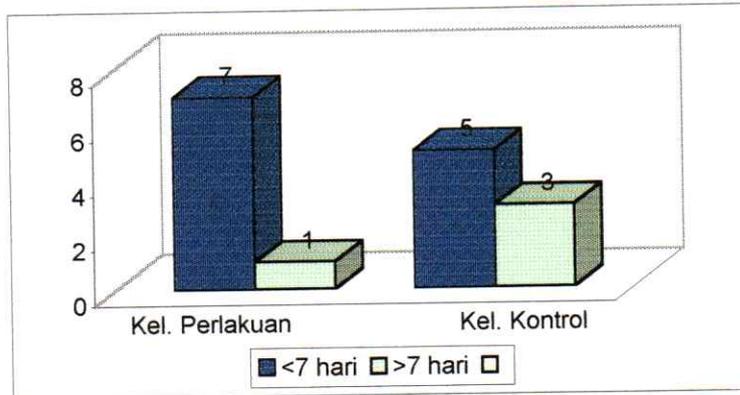


Gambar 5.7 Diagram Batang Distribusi responden berdasarkan kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa pada kelompok perlakuan yang diberi pendidikan kesehatan dan kelompok kontrol yang tidak diberi pendidikan kesehatan tidak mengalami perdarahan sekunder dan imbibisi kornea.

Kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea bukan hanya dipengaruhi oleh perilaku imobilisasi. Ada faktor lain yang dapat mempengaruhi terjadinya hal tersebut.

3. Distribusi responden berdasarkan lama perawatan



Gambar 5.8 Diagram Batang Distribusi responden berdasarkan lama perawatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember 2003

Berdasarkan diagram diatas terlihat bahwa pada kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan sebagian besar mempunyai waktu perawatan <7 hari sebanyak 7 orang (87,5%). Sedangkan pada kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan waktu perawatan <7 hari sebanyak 5 orang (62,5%).

Pada umumnya dengan perawatan imobilisasi, kompres dingin dan bebat mata, hifema dapat hilang sempurna dalam waktu 5-7 hari.

4. Pengaruh Pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap perilaku pasien hifema di Ruang mata RSUD Dr. Soetomo.

Tabel 5.1 Tabulasi silang pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien hifema di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo pada bulan Oktober-Desember

	Kepatuhan imobilisasi		
	Baik	Cukup	Kurang
Diberikan pendidikan Kesehatan	7 (87,5%)	1 (12,5%)	0%
Tidak diberi pendidikan kesehatan	1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)
Hasil uji Mann Whitney test	P = 0,002		

Dari tabel tabulasi silang di atas dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan kepatuhan imobilisasi melalui perilaku imobilisasi pasien pada kelompok perlakuan yang mendapat pendidikan kesehatan dan kelompok yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan. Pada kelompok perlakuan yang mendapatkan pendidikan kesehatan, perilaku imobilisasi yang paling banyak adalah baik dengan jumlah 7 orang (87,5%). Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan, perilaku imobilisasi yang terbanyak adalah sedang dengan jumlah 5 orang (62,5%).

Dari hasil pengujian statistik dengan menggunakan uji Mann Whitney Test diperoleh nilai $p=0,002$ yang berarti ada pengaruh pendidikan kesehatan terhadap kepatuhan imobilisasi.

5.2 Pembahasan

Pada bagian ini akan dibahas hasil penelitian sesuai dengan penilaian yang telah dilakukan.

5.2.1 Perbedaan perilaku imobilisasi pasien hifema akibat trauma tumpul yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo

Dari hasil observasi yang dilakukan pada kelompok perlakuan yang sebelumnya telah diberikan pendidikan kesehatan, dari 8 orang terdapat sebanyak 7 orang (87,5%) yang melakukan perilaku imobilisasi dengan baik. Sedangkan pada kelompok yang tidak mendapat pendidikan kesehatan, diobservasi sebanyak 1 orang (12,5%) dengan perilaku baik. 5 orang (62,5%) dengan perilaku imobilisasi cukup dan terdapat 2 orang (25%) dengan perilaku imobilisasi kurang.

Perilaku manusia adalah reaksi yang timbul dari adanya suatu stimulus yang sangat bersifat sederhana maupun kompleks. Salah satu karakteristik reaksi perilaku manusia yang menarik adalah sifat diferensialnya dimana satu stimulus dapat dapat menimbulkan lebih dari satu respon yang berbeda dan beberapa stimulus yang berbeda dapat saja menimbulkan suatu respon yang sama (Azwar.S,2003)

Imobilisasi adalah pembatasan gerak yang dilakukan karena gangguan mobilitas fisik. Pada pasien hifema, imobilisasi dilakukan sebagai pembatasan gerak yang sifatnya terapeutik. Imobilisasi yang dilakukan adalah tirah baring sempurna dengan posisi kepala lebih tinggi 60° . (Ilyas.S,2000)

Pada dasarnya pengobatan dan perawatan hifema bertujuan untuk menghentikan perdarahan atau mencegah perdarahan ulang, mengendalikan

tekanan bola mata, mencegah terjadinya imbibisi kornea, dan menemukan sedini mungkin penyulit yang mungkin timbul. Penderita hifema selamanya harus dirawat. Dianjurkan untuk tidur di tempat tidur dengan kepala sedikit terangkat dan membentuk sudut 60° (Ilyas.S, 2000). Hal ini dilakukan agar darah menetap di kamera anterior sehingga mempercepat proses penyerapan darah dan mencegah resiko kejadian imbibisi kornea (Smeltzer&Bare,2002)

5.2.2 Perbedaan kejadian perdarahan sekunder dan imbibisi kornea pada pasien hifema akibat trauma tumpul yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo

Dari hasil penelitian pada kelompok perlakuan yang mendapat pendidikan kesehatan dan kelompok yang tidak mendapat pendidikan kesehatan, tidak terdapat yang mengalami perdarahan sekunder dan atau imbibisi kornea.

Pada kebanyakan pasien hifema, perdarahan akan berhenti sendiri, namun pada sedikit kasus (5%-7%) cenderung berdarah ulang dalam beberapa hari (Smeltzer & Bare, 2002). Perdarahan ini umumnya perlu penanganan khusus oleh karena penyakit yang mungkin timbul yaitu glaukoma sekunder (Sudjono et all, 1988). Hifema sekunder biasanya terjadi akibat gangguan mekanisme penyembuhan luka sehingga mempunyai prognosis yang lebih buruk (Ilyas, 2000).

Dikatakan bahwa prognosis hifema bergantung pada jumlah darah dalam bilik mata depan. Bila darah sedikit di dalam bilik mata, maka darah akan hilang sendiri dan jernih dengan sempurna. Sedang bila darah lebih dari setengah tingginya bilik mata depan, maka prognosis buruk yang dapat disertai dengan

beberapa penyulit. Hifema yang penuh di dalam bilik mata depan akan memberikan prognosis yang lebih buruk daripada hifema sebagian (Ilyas.S,2000).

Pada penelitian yang dilakukan responden sebagian responden datang dengan hifema grade 1 dimana jumlah perdarahan $<1/3$ dari bilik mata depan. Hal ini mengakibatkan penyerapan berlangsung cepat walau beberapa dari responden tidak melakukan imobilisasi dengan baik. Namun ada beberapa pasien dengan hifema grade 4 dimana perdarahan penuh pada bilik mata depan (*eightball eye*), dengan imobilisasi dan perawatan yang baik, tidak terjadi perdarahan sekunder dan imbibisi kornea pada mata. Pemberian antifibrinolitik juga mempengaruhi kejadian perdarahan sekunder.

5.2.2 Perbedaan lama perawatan pasien hifema akibat trauma tumpul yang diberikan pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo

Dari hasil penelitian didapat bahwa pada kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan dari 8 orang terdapat 1 pasien yang dirawat lebih dari 7 hari. Sedangkan pada responden yang tidak diberikan pendidikan kesehatan terdapat 3 pasien yang membutuhkan perawatan lebih dari 7 hari.

Pada umumnya dengan perawatan tirah baring sempurna, kompres dingin dan bebat mata, hifema dapat hilang sempurna selama 5-7 hari (Ilyas, 2000). Prognosis hifema bergantung pada jumlah darah di dalam bilik mata depan. Bila darah sedikit maka prognosis baik, sedang bila darah lebih dari setengah tinggi bilik mata depan, maka prognosis buruk dan dapat disertai dengan beberapa penyulit.(Ilyas.S,2000)

Pada trauma tumpul mata, untuk menentukan derajat keparahannya perlu di perhatikan diameter benda tumpul, jarak benda terhadap bola mata, dan kekuatan tekanan. Bila mata bersentuhan dengan benda tumpul berdiameter lebih kecil dari rongga mata, komplikasi yang ditimbulkan dapat lebih berat. Begitu pula bila jarak benda terhadap bola lebih dekat dan kekuatan tekanan lebih besar, maka kerusakan mata juga semakin berat (Doemilah.R, 2002).

Perawatan hifema di ruang mata tidak hanya bertujuan untuk menghilangkan darah di kamera anterior saja. Perbaikan visus mata dan pemeriksaan terhadap kemungkinan adanya komplikasi lain juga mempengaruhi hari perawatan. Pada beberapa pasien, dokter masih menyarankan untuk tetap dilakukan perawatan di rumah sakit walaupun perdarahan telah hilang sempurna. Hal ini disebabkan kemungkinan adanya kerusakan mata lebih lanjut akibat trauma tumpul dan adanya resiko terjadinya perdarahan ulang. Setelah dilakukan pemantauan selama 1-2 hari, dan didapatkan bahwa pasien tidak mengalami komplikasi lain dan tidak terjadi perdarahan sekunder, pasien diizinkan pulang.

5.2.3 Pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi terhadap kepatuhan pasien hifema di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo

Dalam penelitian ini terdapat 16 responden dimana diklasifikasikan menjadi 2 bagian yaitu kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan dan kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan. Dari hasil uji statistik menggunakan Mann Whitney test didapatkan nilai $p=0,002$ menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan antara kepatuhan imobilisasi kelompok perlakuan dan kelompok kontrol, maka hipotesis penelitian diterima. Disimpulkan

bahwa ada pengaruh yang bermakna antara responden yang mendapat pendidikan kesehatan dan yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan.

Pendidikan kesehatan adalah program yang didalamnya terkandung rencana untuk merubah perilaku perorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk merubah perilaku persorangan dan masyarakat dengan tujuan untuk membantu tercapainya program pengobatan, rehabilitasi, pencegahan penyakit dan peningkatan kesehatan (Steward, dikutip Effendy, 1998). Perubahan perilaku yang ingin didapat pada pasien hifema adalah kepatuhan imobilisasi.

Perilaku kesehatan sering diartikan sebagai usaha pasien untuk mngendalikan perilakunya bahkan jika hal tersebut bisa menimbulkan resiko mengenai kesehatannya. Faktor penting ini seringkali dilupakan. Banyak dokter dan perawat begitu saja beranggapan bahwa pasien akan mengikuti apa yang mereka sarankan, tanpa menyadari bahwa pasien tersebut pertama-tama harus memutuskan lebih dahulu apakah mereka akan melakukannya atau tidak (Taylor, dikutip oleh Smet, 1994).

Metode untuk mengukur sejauh mana pasien mematuhi nasehat dokter atau perawat dengan baik adalah melauai laporan pasien, laporan dokter, catatan perawat, observasi langsung, hasil pengobatan (Ley, dikutip oleh Smet, 1994). Tetapi reabilitas metode-metode ini kadang meragukan, dimana para pasien umumnya enggan mengakui bahwa mereka tidak mengindahkan anjuran dokter atau perawat (Warner, dikutip oleh Smet, 1994).

Pada kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan perilaku mobilisasi yang dilakukan kemungkinan disebabkan oleh karena pasien kurang menyadari pentingnya imobilisasi terhadap proses penyembuhannya,

pasien merasa sehat kondisi fisiknya sehingga tidak ada alasan kuat yang menyebabkan dia harus imobilisasi, sebagian besar pasien berada pada usia produktif sehingga merasa lemah dan tidak berharga bila hanya terbaring di tempat tidur, pasien kurang terpapar tentang pentingnya perawatan mata dan bagaimana menjaga dan merawat mata hingga dapat berfungsi dengan optimal.

Menurut Smet (1994). ada beberapa hal yang harus diperhatikan untuk meningkatkan kepatuhan pasien, yaitu meningkatkan ketrampilan komunikasi, meningkatkan dukungan sosial, baik dari keluarga maupun dari perawat. Dan pendekatan perilaku.

Saat ini pendidikan kesehatan yang dilakukan di ruang mata belum optimal, hal ini mungkin dikarenakan belum adanya protap yang jelas mengenai perawatan hifema khususnya pendidikan kesehatan. Perawat juga kadang berkomunikasi dengan cara yang tidak tepat dalam melakukan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan pada pasien hifema perlu dilakukan sejak awal pasien masuk rumah sakit, agar segala kemungkinan komplikasi yang terjadi dapat dihindari.

BAB 6

KESIMPULAN DAN SARAN

6.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan yang telah diuraikan pada bab sebelumnya, dapat ditarik kesimpulan sebagai berikut :

1. Perilaku imobilisasi pada pasien hifema yang mendapat pendidikan kesehatan 87,2% baik, sedangkan pada pasien yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan ada 12,5% pasien berperilaku baik. Perilaku imobilisasi terbanyak pada pasien yang tidak diberikan pendidikan kesehatan adalah cukup sebanyak 62,5%.
2. Pada pasien hifema yang diberi pendidikan kesehatan dan yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, tidak terjadi perdarahan sekunder dan imbibisi kornea.
3. Lama perawatan pada pasien hifema yang mendapatkan pendidikan kesehatan 87,5% dirawat dengan waktu kurang dari 7 hari, sedangkan pada pasien yang tidak mendapatkan pendidikan kesehatan 62,5% dirawat dengan waktu kurang dari 7 hari.
4. Hasil uji statistik menggunakan Mann Whitney test $p=0,002$ menunjukkan ada perbedaan perilaku imobilisasi kelompok perlakuan yang diberikan pendidikan kesehatan dan kelompok kontrol yang tidak diberikan pendidikan kesehatan, maka hipotesis diterima.

6.2 Saran

1. Pendidikan kesehatan tentang dampak imobilisasi perlu dilakukan sejak awal pasien hifema masuk rumah sakit sehingga meningkatkan kesadaran dan kepatuhan akan pentingnya imobilisasi pada pasien hifema akibat trauma tumpul di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
2. Perlu dibuat protap perawatan pasien hifema khususnya pemberian pendidikan kesehatan sebagai pedoman bagi perawat ruangan untuk melakukan perawatan di Ruang Mata RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
3. Perlu adanya pelatihan pada perawat mengenai komunikasi dalam pemberian pendidikan kesehatan pada pasien di RSUD Dr. Soetomo Surabaya.
4. Agar dilakukan penelitian yang lebih mendalam tentang dampak imobilisasi pada pasien hifema dengan waktu yang lebih memadai sehingga hasil penelitian lebih mampu menunjukkan perawatan yang lebih berpengaruh positif pada pasien hifema.

DAFTAR PUSTAKA

- Azwar, S. (2003). *Sikap Manusia Teori dan Pengukurannya*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar
- Doemilah, Ratna. (2002). *Trauma Tumpul Bola Mata*. Makalah Seminar Sehari Peran Serta Perawat Dalam Pencegahan Dan Penanggulangan Kebutaan di Masyarakat. RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Tidak Dipublikasikan. 26 Oktober.
- Effendi, Nasrul. (1998). *Dasar-dasar Ilmu Kesehatan Masyarakat Edisi 2*. Jakarta: EGC.
- Ilyas, S. (1998). *Penuntun Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta : FKUI.
- Ilyas, S. (2000). *Kedaruratan Dalam Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta : FKUI.
- Ilyas, S. (2002). *Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta : FKUI.
- Ilyas, S. Mailangkay, HHB. Taim, H. et all. *Ilmu Penyakit mata Untuk Dokter Umum dan Mahasiswa Kedokteran Edisi ke 2*. Jakarta : Sagung Seto.
- Long C, Barbara. (1996). *Perawatan Medikal Bedah Edisi I Volume 2*. Bandung : Yayasan IAPK Pajajaran.
- Notoatmodjo, S. (2002). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Notoatmodjo, S. (2003). *Ilmu Kesehatan Masyarakat Prinsip-prinsip Dasar*. Jakarta : Rineka Cipta.
- Nursalam. (2003). *Konsep & Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika
- Nadesul, H (2003). *Cedera Mata*. [www//http: medicastore.com](http://www.medicastore.com).
- Oka, PN. (1993). *Buku Penuntun Ilmu Perawatan Mata*. Surabaya : Airlangga University Press.
- Sarbaini (2002). *Kepatuhan Peserta Didik Pada Norma Sekolah*. [www//http:depdiknas.go.id/Jurnal?37?pembinaan_kepatuhan_peserta_didik.htm](http://www.depdiknas.go.id/Jurnal?37?pembinaan_kepatuhan_peserta_didik.htm).
- Sastroasmoro, S. Sofyan, I. (1995). *Dasar-dasar Metodologi Penelitian Klinis*. Jakarta : Binarupa Aksara.

Smeltzer, SC. Bare, BG. ((2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Volume 3*. Jakarta : EGC.

Smet,B. (1994), *Psikologi Kesehatan*. Jakarta : Grasindo.

Sudjono, H. Supriadi, E. Mangunkusumo, VW. (1988). *Penanganan Cedera Mata Dan Aspek Sosial Kebutaan*. Jakarta : FKUI.

Sukrisno, Adi. (2002). *Pendekatan Keperawatan Terhadap Rudapaksa Mata Dengan Komplikasi Hifema*. Makalah Seminar Sehari Peran Serta Perawat Dalam Pencegahan Dan Penanggulangan Kebutaan di Masyarakat. RSUD Dr. Soetomo Surabaya. Tidak Dipublikasikan. 26 Oktober.

_____ (2002). *Buku Panduan Penyusunan Proposal Dan Skripsi*. Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Airlangga.

_____.*Diagnosis: Spontaneous Microscopic Hyphema*.
www//http:embbs.com/aem/eyepain1dx.html. 10 Agustus 2003

_____.*Hyphema*.www//http:eyecareindia.com/subcontent. 10 Agustus 2003

_____. *Hyphema*.www//http:revoptom.com/handbook. 10 Agustus 2003

_____.*Hyphema*.www//http:stlukeseye.com. 10 Agustus 2003



DEPARTEMEN PENDIDIKAN NASIONAL
 UNIVERSITAS AIRLANGGA
 FAKULTAS KEDOKTERAN
PROGRAM STUDI S.1 ILMU KEPERAWATAN
 Jalan Mayjen Prof Dr. Moestopo 47 Surabaya Kode Pos : 60131
 Telp. (031) 5012496 - 5014067 Facs. : 5022472

Surabaya, 05 Oktober 2003

Nomor : 2774/JO3.1.17/D-IV & PSIK/2003
 Lampiran : 1 (satu) Berkas.
 Perihal : Permohonan Bantuan Fasilitas Pengumpulan
 Data Awal Mahasiswa PSIK - FK UNAIR
 =====

Kepada Yth. :
 Badan Penelitian dan Pengembangan
 RSU Dr. Soetomo

Di -
 Tempat.

Dengan hormat,

Sehubungan dengan akan dilaksanakannya penelitian bagi mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga, maka kami mohon kesediaan Bapak untuk memberikan kesempatan kepada mahasiswa kami di bawah ini untuk mengumpulkan data sesuai dengan tujuan penelitian yang telah ditetapkan. Adapun proposal penelitian terlampir.

Nama : Ade Susanty
 NIM : 010230414 B
 Judul Penelitian : Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang
 Dampak Imobilisasi Terhadap Kepatuhan Pasien Hifema
 Tempat : Ruang Mata RSU Dr. Soetomo

Atas perhatian dan kerjasamanya, kami sampaikan terima kasih.

a.n. Ketua Program
 Pembantu Ketua I

Nursalam Mnurs (Hons)
 NIP. : 140 238 226

Tebusan :
 Direktur RSU Dr. Soetomo
 Kepala Bidang Keperawatan RSU Dr. Soetomo
 Kepala Instansi Rawat Inap Bedah RSU Dr. Soetomo
 Kepala Ruang Mata RSU Dr. Soetomo

ADE SUSANTY

**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SOETOMO
INSTALASI RAWAT INAP BEDAH**

JL. MAYJEND PROF. Dr. MOESTOPO NO. 6-8 TELP. 5501135-5501136
SURABAYA

NOTA DINAS

Kepada Yth : Kepala Bidang Litbang
RSU Dr. Soetomo Surabaya

Dari : Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah
RSU Dr. Soetomo Surabaya

No : 75/Ina Bedah/VII/2003

Tanggal : 13 Oktober 2003

Perihal : Mengizinkan melakukan penelitian

Lamp :

Dengan hormat,

Menindaklanjuti surat dari Kepala Bidang Litbang pada tanggal 10 Oktober 2003, No 070/482/Litb/304/X/2003 perihal pertimbangan ijin penelitian atas nama :

ADE SUSANTY

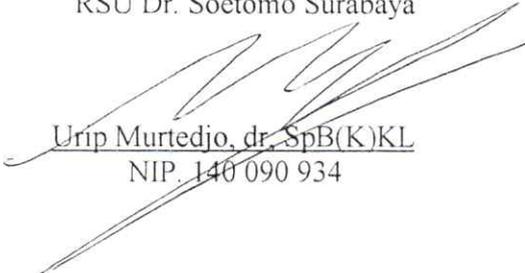
NIM. 010230414 B

Dari program studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga Surabaya, sebagai syarat tugas akhir kuliah yang berjudul **“Pengaruh Pendidikan Kesehatan Tentang Dampak Imobilisasi Terhadap Kepatuhan Pasien Hifema Akibat Trauma Tumpul di Ruang Mata RSU Dr. Soetomo”**. Pada dasarnya kami mengizinkan untuk melakukan penelitian.

Demikian, atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Hormat kami,

Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah
RSU Dr. Soetomo Surabaya


Urip Murtedjo, dr. SpB(K)KL
NIP. 140 090 934

Tembusan Yth:

Kepala Instalasi Rawat Inap Bedah

PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN ...

ADE SUSANTY

**PEMERINTAH PROPINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DOKTER SOETOMO
BIDANG PENELITIAN DAN PENGEMBANGAN**
Jl. KARANGMENJANGAN NO. 12 TELP. 5501071 – 5501073 , 5501164 FAX. 5501071
SURABAYA

SURAT KETERANGAN

Nomor : 070/ 23 /304/Litb/ I /2004

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Supriyanto, SKM, MM
NIP : 140 106 458
Jabatan : Kepala Sub Bidang Litbang Penunj. Medik

Dengan ini menerangkan bahawa :

Nama : Ade Susanty
NIM : 010230414 B

Telah menyelesaikan penelitian di Irna Medik dan SMF Peny Mata RSUD Dr. Soetomo dengan judul :

“ Pengaruh pendidikan kesehatan tentang dampak imonilisasi terhadap kepatuhan pasien hifema akibat trauma tumpul di ruang mata di RSUD Dr. Soetomo “

mulai tanggal 10 Oktober 2003 sampai dengan 23 Desember 2003

Demikian surat keterangan penelitian ini dibuat untuk dipergunakan seperlunya

Surabaya, 23 Januari 2004

a.n. Kepala Bidang Litbang
Kepala Sub Bid. Litbang Penunj. Medik,

SUPRIYANTO, SKM, MM
Penata Tingkat I
NIP. 140 106 458

PERMINTAAN MENJADI RESPONDEN PENELITIAN

Para Bapak/Ibu yang terhormat, nama saya Ade Susanty, mahasiswa Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga. Saya akan melakukan penelitian dengan judul “PENGARUH PENDIDIKAN KESEHATAN TENTANG DAMPAK IMOBILISASI PADA HIFEMA TERHADAP KEPATUHAN PASIEN DALAM MENJALANI IMOBILISASI PADA KASUS HIFEMA AKIBAT TRAUMA TUMPUL DI IRNA BEDAH MATA RSU DR. SOETOMO”.

Dengan ini, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk mengisi kuesioner yang telah saya siapkan dengan sejujur-jujurnya/apa adanya sesuai yang Bapak/Ibu ketahui. Saya menjamin kerahasiaan pendapat dan identitas Bapak/Ibu.

Sebagai bukti kesediaan Bapak/Ibu menjadi responden dalam penelitian ini, saya mohon kesediaan Bapak/Ibu untuk menandatangani kolom yang telah saya sediakan di bawah ini.

Partisipasi Bapak/Ibu dalam mengisi kuesioner ini sangat saya hargai dan atas kesediaannya saya ucapkan terimakasih.

Hormat saya,

(Ade Susanty)

Tanda tangan :

Tanggal :

No. Responden :

Satuan Acara Pendidikan

Materi	: Dampak Imobilisasi Pada Hifema
Sasaran	: Pasien Hifema akibat trauma tumpul di Irna Bedah Mata RSU Dr. Soetomo.
Waktu	: 40 menit

A. Analisa Situasional

1. Penyuluh : Mahasiswa PSIK FK UNAIR yang sedang melaksanakan penelitian.
2. Peserta : Pasien Hifema akibat trauma tumpul di Irna Bedah Mata
RSU Dr. Soetomo.

B. Tujuan Instruksional

1. Tujuan Instruksional Umum

Setelah pendidikan kesehatan diberikan, pasien dapat menunjukkan perilaku imobilisasi dengan benar.

2. Tujuan Instruksional Khusus

Setelah diberikan pendidikan kesehatan, pasien mampu:

- a. Menyebutkan penyebab hifema.
- b. Menyebutkan tentang perawatan hifema.
- c. Menyebutkan tentang pengertian imobilisasi.
- d. Menyebutkan tentang dampak imobilisasi pada hifema.

C. Materi

1. Penyebab hifema.
2. Perawatan hifema.
3. Imobilisasi pada pasien hifema.
4. Dampak Imobilisasi pada hifema.

D. Metode

1. Ceramah.
2. Diskusi.

E. Kegiatan Penyuluhan

No	Topik	Kegiatan
1	Pembukaan 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menyampaikan salam terbuka - Memperkenalkan diri - Menyampaikan tujuan penelitian
2	Pengembangan isi 30 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Menyarankan pada pasien untuk menyampaikan pendapat tentang penyakit dan perawatannya. - Memberikan kesempatan bertanya. - Memberi materi tentang : <ol style="list-style-type: none"> 1. Penyebab hifema 2. Perawatan hifema. 3. Imobilisasi 4. Dampak imobilisasi pada hifema - Memberi kesempatan bertanya. - Membuka kesempatan diskusi.
3	Penutup 5 menit	<ul style="list-style-type: none"> - Melakukan evaluasi/tanya jawab untuk reinforcement. - Menyimpulkan kegiatan. - Menyampaikan salam penutup.

F. Evaluasi

1. Evaluasi : Dilaksanakan setelah proses pendidikan kesehatan diberikan
2. Bentuk evaluasi : Mengobservasi dengan bantuan lembar observasi untuk mengevaluasi perilaku imobilisasi pasien.

G. Rujukan

Ilyas, S (2000). *Kedaruratan Dalam Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta : FKUI

Smeltzer, SC dan Bare, BG (2001). *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth Edisi 8 Volume 3*. Jakarta : EGC

Materi Pendidikan Kesehatan

Dampak Imobilisasi Pada Hifema

A. Penyebab Hifema

Hifema adalah suatu keadaan dimana didalam bilik mata depan ditemukan darah. Hifema dapat terjadi akibat trauma tumpul yang terjadi pada mata. Hal ini disebabkan oleh pembuluh darah iris ataupun badan silier pada mata pecah.

B. Perawatan Hifema

Perawatan yang dilakukan pada hifema adalah :

1. Tirah baring sempurna.

Tirah baring sempurna dengan posisi semifowler perlu dilakukan agar darah dapat tinggal diam di kamera anterior. Hal ini akan mempercepat reabsorpsi darah dan memperkecil resiko imbibisi kornea. Tirah baring sempurna dengan posisi semifowler ini juga dapat meminimalkan pergerakan mata, sehingga mempercepat proses penutupan pembuluh darah iris atau badan silier yang pecah, dan mencegah terjadinya perdarahan kembali.

2. Kompres dingin.

Efek dari kompres dingin antara lain :

a) Respon fisiologis

Vasokonstriksi pada pembuluh darah sehingga mengurangi aliran darah pada bagian tubuh yang rusak/mengalami trauma, mencegah edema, dan mengurangi inflamasi.

b) Respon psikologis

Memberikan rasa nyaman dan mengurangi rasa nyeri pada lokasi trauma.

Pada hifema pemberian kompres dingin bertujuan untuk menghentikan perdarahan pada bilik mata depan.

3. Mengistirahatkan mata dengan bebat mata.

Bebat mata dilakukan untuk mengistirahatkan mata dan membiarkan darah direabsorpsi secara bertahap.

C. Imobilisasi

Imobilisasi adalah pembatasan gerak yang dilakukan dengan beberapa alasan tertentu. Pada kasus hifema imobilisasi dilakukan dengan alasan pembatasan gerak yang bersifat terapeutik.

Imobilisasi pada hifema perlu dilakukan untuk membantu mempercepat proses reabsorpsi darah. Selain itu imobilisasi juga dilakukan untuk menghindari pergerakan dan tekanan pada mata yang dapat mengakibatkan komplikasi serius seperti perdarahan sekunder, glaukoma sekunder, dan imbibisi kornea.

Dalam perawatan hifema ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dan dipatuhi oleh pasien hifema, yaitu:

1. Tirah baring sempurna dengan sudut 60°
2. Membatasi menonton televisi dan membaca atau bermain game, karena kegiatan tersebut dapat memaksimalkan pergerakan bola mata
3. Menjaga keadaan mata pada saat mandi
4. Tidak membungkuk atau menundukkan kepala

D. Dampak Imobilisasi Pada Hifema

Pada pasien hifema dampak dari imobilisasi adalah:

1. Mempercepat proses reabsorpsi darah ([www//http:stlukeseye.com](http://stlukeseye.com)).
2. Meminimalkan pergerakan bola mata ([www//http:emedecine.com](http://emedecine.com)).
3. Menghindari tegangan pada mata sehingga mempercepat menutupnya pembuluh darah yang pecah dan mencegah hifema sekunder ([www//http:eyecareindia.com](http://eyecareindia.com))
4. Menjaga darah tetap berada di bawah bilik mata depan sehingga memperkecil resiko imbibisi kornea (Smeltzer & Bare,2001)

Sedangkan dampak apabila imobilisasi tidak baik adalah:

1. Menghambat proses reabsorpsi darah.
2. Sedangkan dampak apabila imobilisasi tidak baik adalah:
3. Proses menutupnya pembuluh darah lambat dan resiko hifema sekunder menjadi lebih besar

Lampiran 6

Lembar Observasi

No. Responden :

Usia :

Pendidikan :

Pekerjaan :

Agama :

Perilaku Imobilisasi	Hari I			Hari II			Hari III		
	Tidak pernah	Pernah	Selalu	Tidak Pernah	Pernah	Selalu	Tidak Pernah	Pernah	Selalu
1. Pasien tirah baring sempurna dengan kepala lebih tinggi 60°									
2. Pasien tidak turun dari tempat tidur									
3. Pasien melakukan kegiatan sehari-hari di atas tempat tidur.									

Perilaku Imobilisasi	Hari IV			Hari V			Hari VI		
	Tidak pernah	Pernah	Selalu	Tidak Pernah	Pernah	Selalu	Tidak Pernah	Pernah	Selalu
1. Pasien tirah baring sempurna dengan kepala lebih tinggi 60°									
2. Pasien tidak turun dari tempat tidur									
3. Pasien melakukan kegiatan sehari-hari di atas tempat tidur.									

Perkembangan hifema pada pasien	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII
Luas hifema: Derajat I : Perdarahan < 1/3 dari BMD Derajat II : 1/2 >perdarahan> 1/3 dari BMD Derajat III: Perdarahan > 1/2								
Imbibii Kornea Terjadi Tidak terjadi								

Hasil Tabulasi Data

No Responden	Derajat Hifema	Imobilisasi	Perdarahan Sekunder	Imbibisi Kornea	Lama Perawatan
1	3	8,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	5
2	3	7,2	Tidak terjadi	Tidak terjadi	7
3	2	8,3	Tidak terjadi	Tidak terjadi	5
4	1	5,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	5
5	2	8,2	Tidak terjadi	Tidak terjadi	5
6	3	5,2	Tidak terjadi	Tidak terjadi	12
7	2	7,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	6
8	2	4,3	Tidak terjadi	Tidak terjadi	9
9	4	9	Tidak terjadi	Tidak terjadi	6
10	3	6,5	Tidak terjadi	Tidak terjadi	7
11	3	6,5	Tidak terjadi	Tidak terjadi	8
12	4	7,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	9
13	3	7,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	6
14	2	6,5	Tidak terjadi	Tidak terjadi	7
15	3	8,2	Tidak terjadi	Tidak terjadi	6
16	1	5,6	Tidak terjadi	Tidak terjadi	7

NPar Tests

Descriptive Statistics

	N	Mean	Std. Deviation	Minimum	Maximum
IMOBILIS	16	7,0312	1,3524	4,30	9,00
KELOMPOK	16	1,5000	,5164	1,00	2,00

Mann-Whitney Test

Ranks

KELOMPOK	N	Mean Rank	Sum of Ranks
IMOBILIS Pendidikan	8	12,00	96,00
IMOBILIS Tidak pendidikan	8	5,00	40,00
Total	16		

Test Statistics^b

	IMOBILIS
Mann-Whitney U	4,000
Wilcoxon W	40,000
Z	-2,962
Asymp. Sig. (2-tailed)	,003
Exact Sig. [2*(1-tailed Sig.)]	,002 ^a

a. Not corrected for ties.

b. Grouping Variable: KELOMPOK

Crosstabs

Case Processing Summary

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
KELOMPOK * IMOBILIS	16	100,0%	0	,0%	16	100,0%

KELOMPOK * IMOBILIS Crosstabulation

Count

		IMOBILIS					
		4,30	5,20	5,60	6,50	7,20	7,60
KELOMPOK Pendidikan					1		2
KELOMPOK Tidak pendidikan		1	1	2	2	1	1
Total		1	1	2	3	1	3

KELOMPOK * IMOBILIS Crosstabulation

Count

		IMOBILIS				Total
		8,20	8,30	8,60	9,00	
KELOMPOK	Pendidikan	2	1	1	1	8
	Tidak pendidikan					8
Total		2	1	1	1	16