

**ASUHAN KEPERAWATAN PADA Tn. P DENGAN
KATARAK DI RUANG KENANGA RSUD
SUNAN KALIJAGA DEMAK**

Karya Tulis Ilmiah



Disusun Oleh :

Eni Nur Azizah

NIM : 89.331.3961

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS ISLAM SULTAN AGUNG
SEMARANG**

Eni Nur Azizah
2011

HALAMAN PERSETUJUAN

Karya tulis ilmiah ini telah disetujui oleh pembimbing untuk dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada :

Hari :

Tanggal :



Semarang, Juli 2011

Pembimbing

(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep.)

NIK : 210910022

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Tulis Ilmiah ini telah dipertahankan dihadapan Tim Penguji Karya Tulis Ilmiah Program Studi D-III Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula Semarang pada hari Kamis tanggal 16 Juni 2011 dan telah diperbaiki sesuai dengan masukan Tim Penguji.

Semarang, Juli 2011

Tim Penguji,

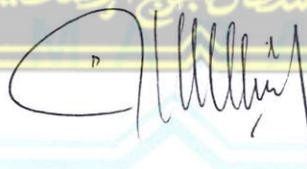
Penguji I



(Ns. Dwi Retno Sulistyaningsih, M.Kep.)

NIK: 210998005

Penguji II



(Ns. Dyah Wiji P, S.Kep.)

NIK: 210910023

Penguji III



(Ns. Furaida Khasanah, S.Kep.)

NIK : 210910022

MOTTO

- Tidak ada yang indah selain do'a orang tua
- Terlambat lebih baik dari pada tidak sama sekali
- Kejujuran adalah mata uang yang dapat di gunakan dimana saja .



PERSEMBAHAN

Karya tulis ilmiah ini saya persembahkan untuk

1. Orang tua saya yang telah membiayai dan mendukung saya selama kuliah.
2. Suami saya, kakak saya, Adik saya, dan keluarga besar atas curahan dan kasih sayang, dukungan moral, materi, doanya, yang tulus dan semangat selama penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini.
3. Seluruh warga RW 12 Muktiharjo Kidul yang telah memberikan doa dan motivasi yang luar biasa untuk berjuang.
4. Sahabat-sahabat terbaikku, lia istiqomah dan lena L terima kasih telah mewarnai hidupku dan memberikan semangat secara langsung maupun tidak langsung serta berjuta kenangan indah yang kita lalui bersama.
5. Teman-teman seperjuanganku, yang saya sayang dan
6. Semua pihak yang telah membantu, memberiku semangat, doa dan motivasi, terimakasih banyak.

KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikumWr.Wb

Segala puji syukur senantiasa penulis panjatkan kehadirat Allah SWT atas rahmat, taufik serta hidayahNya, sehingga penulis dapat menyelesaikan tugas akhir Karya Tulis Ilmiah dengan judul **“ASUHAN KEPERAWATAN Tn. P DENGAN KATARAK DI RUANG KENANGA RSUD SUNAN KALIJAGA DEMAK”**.

Berbagai macam hambatan yang penulis hadapi dalam penyusunan Karya Tulis Ilmiah ini dapat teratasi dengan bimbingan dan bantuan berbagai macam pihak. Oleh karena itu penulis berkesempatan mengucapkan banyak terima kasih kepada :

1. Allah SWT yang telah memberi rahmat, taufik serta rahmatnya.
2. Bapak Laode M. Kamaludin, Ph.D, selaku Rektor Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
3. Bapak Iwan Ardian, S.KM selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Islam Sultan Agung Semarang.
4. Ibu Wahyu Endang Setyowati, S.KM selaku Kapro di DIII Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Unissula.
5. erima kasih untuk RSUD Demak Ruang Kenanga yang telah memberikan pengalaman belajar klinik dan pengumpulan data untuk membuat asuhan keperawatan.

6. Ibu Furaida Khasanah,S.Kep,Ns selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan masukan kepada penulis.
7. Yang tercinta kedua orang tua saya, Bapak dan Ibu yang telah banyak berjuang untuk saya, memberikan materi, dukungan serta do'anya.

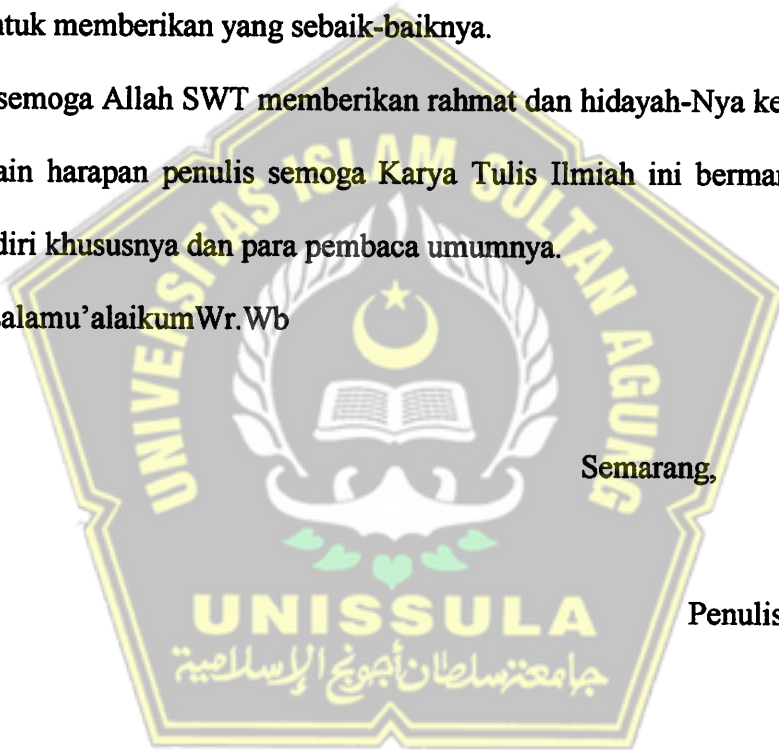
Penulis menyadari bahwa Karya Tulis Ilmiah ini jauh dari sempurna, namun penulis telah berusaha dengan semaksimal mungkin segala kemampuan yang ada untuk memberikan yang sebaik-baiknya.

Dan semoga Allah SWT memberikan rahmat dan hidayah-Nya kepada kita, dan tiada lain harapan penulis semoga Karya Tulis Ilmiah ini bermanfaat bagi penulis sendiri khususnya dan para pembaca umumnya.

Wassalamu'alaikumWr.Wb

Semarang,

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
MOTTO	iv
PERSEMBAHAN.....	v
KATA PENGANTAR	vi
DAFTAR ISI	viii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar belakang	1
B. Tujuan penulisan	4
C. Manfaat penulisan	5
BAB II KONSEP DASAR	6
A. Konsep dasar penyakit	6
1. Pengertian	6
2. Etiologi.....	9
3. Patofisiologi	10
4. Manifestasi klinis	11
5. Pathway.....	18
6. Pemeriksaan diagnostik	12
7. Komplikasi.....	13
8. Penatalaksanaan.....	15

B. Konsep dasar keperawatan.....	19
1. Fokus pengkajian	19
2. Fokus intervensi	20
BAB III HASIL ASUHAN KEPERAWATAN.....	23
BABIV PEMBAHASAN	36
BAB V PENUTUP	43
A. Kesimpulan.....	43
B. Saran	45
DAFTAR PUSTAKA	



BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar belakang

Mata merupakan bagian pancaindera yang sangat penting dibanding indera lainnya. Selain itu mata juga merupakan jendela ilmu pengetahuan. Melalui mata kita dapat menimba ilmu pengetahuan dengan mengamati dan membaca. Tanpa mata, kita tidak bisa melihat apapun secara visual. Oleh karena itu, penglihatan melalui mata adalah anugerah Tuhan yang harus disyukuri.

Salah satu penyakit mata yang umum dialami oleh masyarakat yaitu katarak. Katarak adalah keburaman atau kekeruhan lensa yang normalnya transparan dan dapat dilalui cahaya ke retina. Saat kekeruhan terjadi, maka terjadi pula kerusakan penglihatan (Azrul, 2004). Kerusakan penglihatan yang dimaksud adalah kebutaan. Buta berdasarkan orang awam adalah kondisi tidak bisa melihat sesuatu apapun yang ada dihadapannya. Tetapi menurut ilmu kedokteran bidang mata dan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), bila seseorang hanya dapat melihat atau menghitung jari dengan jarak kurang dari 3 meter ($<3/60$) maka ia sudah dikatakan buta (Depkes, 2010).

Umumnya katarak terjadi bersamaan dengan bertambahnya umur yang tidak dapat dicegah. Katarak memiliki derajat keparahan yang sangat bervariasi dan dapat disebabkan oleh berbagai hal, seperti kelainan bawaan,

kecacatan, keracunan obat, tetapi biasanya berkaitan dengan penuaan. Sebagian besar kasus bersifat bilateral, walaupun kecepatan perkembangan pada masing-masing mata jarang sama (Azrul, 2004).

Berdasarkan data Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), saat ini diseluruh dunia ada sekitar 135 juta penduduk dunia memiliki penglihatan lemah dan 45 juta orang menderita kebutaan. Dari jumlah tersebut, 90% diantaranya berada di negara berkembang dan sepertiganya berada di Asia tenggara. Di Indonesia, jumlah penderita kebutaan akibat katarak selalu bertambah 210.000 orang per tahun, 16% diantaranya diderita usia produktif. Angka kejadian katarak 0,78% dan angka pertumbuhan katarak pertahun 0,1% dari jumlah penduduk (Depkes, 2010).

Hal ini merujuk dari hasil Survei Kesehatan Indra Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993 – 1996 oleh Depkes di 8 propinsi yang diungkapkan oleh Prof. Dr. H. Azrul Azwar bahwa di Provinsi Jawa Tengah kasus tertinggi katarak yaitu sebesar 18,25%. Hal ini dikarenakan dua hal yaitu tidak melaporkan dan memang tidak ada kasusnya. Namun kabupaten / mana yang tidak ada kasus, belum bisa diidentifikasi karena kesalahan prosedur pengiriman dan kesalahan teknis lainnya. Sementara rata-rata kasus ini di Jawa Tengah dalam setahun adalah 281,42 kasus (Azrul, 2004).

Usia merupakan penyebab terbanyak terjadinya katarak yang disebut katarak *senilis*. Dengan meningkatnya derajat kesehatan dan usia harapan hidup maka katarak senilis pun meningkat. Hampir 100% orang akan mengalami katarak terutama katarak yang terkait usia. Secara statistik, usia

timbulnya katarak mulai diatas usia 45 tahun dan semakin banyak usia diatas 60 tahun (Kindersley, 2002).

Katarak memang tidak dapat dicegah, akan tetapi juga dapat diobati. Pengobatan terhadap katarak adalah pembedahan. Pembedahan dilakukan apabila tajam penglihatan sudah menurun sedemikian rupa sehingga mengganggu pekerjaan sehari-hari, atau bila katarak ini menimbulkan penyulit seperti glaukoma dan uveitis (Smeltzer & Bare, 2001).

Apabila diindikasikan pembedahan, maka ekstraksi lensa akan secara definitif memperbaiki ketajaman penglihatan pada lebih 90%. Sisanya 10% pasien mungkin telah mengalami penyulit pasca bedah serius, misalnya glaukoma, ablasio retina, perdarahan corpus vitreum, infeksi, atau pertumbuhan epitel ke bawah (ke arah kamera interior) yang menghambat pemulihan visus. Lensa intraocular dan lensa kontak kornea menyebabkan penyesuaian setelah operasi katarak menjadi lebih mudah, dibandingkan pemakaian kacamata katarak yang tebal (Depkes, 2010).

Peran perawat pada pasien dengan katarak sangatlah banyak. Sebagai konselor dan edukator perawat berperan untuk membantu klien untuk lebih mengenal penyakit dan memberikan pendidikan kesehatan tentang penyakit. Perawat sangat diperlukan untuk mencegah komplikasi dan penyulit sedini mungkin. Pada pasien katarak dengan pre operasi, peran perawat diperlukan untuk mempersiapkan pasien dalam pembedahan mata yang akan dilakukan. Mulai dari pemeriksaan kesehatan tubuh umum untuk menentukan apakah ada kelainan yang menjadi penghalang, pemenuhan kebutuhan psikologis dan

keamanan pasien serta pengetahuan tentang tindakan yang akan dilakukan dan komplikasi yang mungkin terjadi (Charlene, 2001).

Berdasarkan hal tersebut penulis tertarik untuk mengambil judul “Asuhan Keperawatan Pada Tn. P Dengan Katarak di RSUD Sunan Kalijaga Demak” dan mengaplikasikannya dalam memberikan asuhan keperawatan pada klien dengan katarak.

B. Tujuan penulisan

1. Tujuan umum

Penulisan Karya Tulis Ilmiah ini bertujuan untuk mengetahui asuhan keperawatan pada Tn. P dengan katarak.

2. Tujuan khusus

- a. Menjelaskan konsep dasar penyakit katarak (pengertian, etiologi, patofisiologi, komplikasi, manifestasi klinik, penatalaksanaan, dan konsep dasar keperawatannya / Asuhan keperawatannya).
- b. Menjelaskan hasil pengkajian keperawatan pada diagnosa keperawatan pada Tn. P dengan katarak.
- c. Mampu merumuskan tujuan intervensi pada klien Tn. P
- d. Memahami penyusunan rencana tindakan serta melaksanakan rencana tindakan tersebut pada Tn. P
- e. Mendiskusikan implementasi pada klien Tn. P dengan katarak.
- f. Mengetahui evaluasi tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. P katarak.

C. Manfaat penulisan

1. Lahan praktik

Menambah referensi dalam upaya peningkatan pelayanan keperawatan khususnya perawatan klien paska pembedahan oftalmologi.

2. Institusi pendidikan

Menambah referensi dalam bidang pendidikan keperawatan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompetensi dan berdedikasi tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang holistik, khususnya dalam memberikan Askep pada pasien dengan katarak.

3. Masyarakat

Memberikan pengetahuan dan pemahaman tentang asuhan keperawatan pada klien dengan katarak.

4. Penulis

Meningkatkan pengetahuan dan tindakan keperawatan yang benar dalam menangani kasus terutama pada kasus katarak.

BAB II

KONSEP DASAR

A. Konsep dasar penyakit

1. Pengertian

Katarak merupakan keadaan dimana terjadi kekeruhan pada serabut atau bahan lensa didalam kapsul lensa. Katarak adalah suatu keadaan patologik lensa dimana lensa menjadi keruh akibat hidrasi cairan lensa, atau denaturasi protein lensa (Ilyas, 2001).

Katarak adalah suatu opasifikasi dari lensa yang normalnya transparan seperti kristal jernih (Diane C. Baughman, 2000).

Katarak dalam bahasa Indonesia disebut bular. Dimana penglihatan seperti tertutup air terjun akibat lensa yang keruh. Katarak adalah dimana lensa menjadi keruh akibat hidrasi cairan lensa, atau denaturasi protein lensa (Ilyas, 2004).

Katarak adalah mengeruhnya lensa, yang umumnya terjadi pada orang berusia tua (Charlene, 2001).

2. Klasifikasi katarak

Klasifikasi katarak menurut Ilyas (2004) :

a. Secara umum katarak terbagi menjadi 4 jenis yaitu :

- 1) Kongenital merupakan katarak yang terjadi sejak bayi lahir dan berkembang pada tahun pertama dalam hidupnya.

- 2) Traumatik merupakan katarak yang terjadi karena kecelakaan pada mata
 - 3) Sekunder, katarak yang disebabkan oleh konsumsi obat seperti prednisone dan kortikosteroid
 - 4) Katarak yang berkaitan dengan usia, merupakan jenis katarak yang paling umum.
- b. Berdasarkan lokasinya, katarak ini terbagi menjadi 3 jenis yaitu :
- 1) Nuklear sklerosis, merupakan perubahan lensa secara perlahan sehingga menjadi keras dan berwarna kekuningan.
 - 2) Kortikal terjadi bila serat-serat lensa menjadi keruh dan dapat menyebabkan silau terutama bila menyetir pada malam hari.
 - 3) Posterior sub capsuler, merupakan terjadinya kekeruhan di belakang lensa.
- c. Katarak berdasarkan usia, yaitu:
- 1) Katarak *congenital* : Katarak yang terlihat pada usia dibawah 1 tahun
 - 2) Katarak *juvenile* : Katarak yang terlihat pada usia diatas 1 tahun dan dibawah 40 tahun
 - 3) Katarak *presenil* : Katarak yang terjadi sesudah usia 30 - 40 tahun
 - 4) Katarak *senile* : Katarak yang mulai terjadi pada usia >40 tahun

3. Stadium katarak senil

a. *Stadium insipient*

Dimana 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. Pada stadium ini proses degenerasi belum menyerap cairan mata kedalam lensa sehingga akan terlihat bilik mata depan dengan kedalaman yang normal, iris dalam posisi biasa disertai dengan kekeruhan ringan pada lensa. Tajam penglihatan pasien belum terganggu.

b. *Stadium imatur*

Sebagian lensa keruh. Katarak yang belum mengenai seluruh lapis lensa. Pada katarak imatur akan dapat bertambah volume lensa akibat meningkatnya tekanan osmotik bahan lensa yang degenerative. Pada keadaan lensa membesar akan dapat menimbulkan hambatan pupil, sehingga terjadi glukoma sekunder.

c. *Stadium matur*

Merupakan proses degenerasi lanjut lensa. Pada stadium ini terjadi kekeruhan seluruh lensa. Tekanan cairan didalam lensa sudah keadaan seimbang dengan cairan dalam mata sehingga ukuran lensa akan menjadi normal kembali. Pada pemeriksaan terlihat iris dalam posisi normal, bilik mata depan normal, sudut bilik mata terbuka dengan

normal, dan uji bayangan iris negatif. Tajam penglihatan sangat menurun dan dapat hanya tinggal proyeksi sinar positif.

d. *Stadium hipermatur*

Di mana pada stadium ini terjadi proses degenerasi lanjut lensa dan korteks lensa dapat mencair sehingga nukleus lensa tenggelam didalam korteks lensa (katarak morgagni). Pada stadium ini terjadi juga degenerasi kapsul lensa sehingga bahan lensa ataupun korteks lensa yang cair keluar dan masuk kedalam bilik mata depan. Pada stadium hipermatur akan terlihat lensa yang lebih kecil dari pada normal, yang akan mengakibatkan iris trimulans, dan bilik mata depan terbuka. Pada uji bayangan iris pseudopositif. Bayangan - bayangan iris terbentuk pada kapsul lensa anterior yang telah keruh dengan lensa yang telah mengecil. Akibat bahan lensa keluar dari kapsul, maka akan timbul reaksi jaringan uvea berupa uveitis. Bahan cairan ini dapat menutup jalan keluar cairan bilik mata sehingga timbul glaucomafakolitik (Ilyas, 2004).

4. Etiologi

- a. Paparan terhadap tipe radiasi lain, termasuk radiasi inframerah dan sinar-X dapat menyebabkan pembentukan katarak.

- b. Katarak bisa disebabkan oleh cedera langsung ke mata, dan nyaris tidak dapat dicegah jika partikel asing, misalnya pecahan logam / kaca, masuk ke lensa.
- c. Katarak umum pada penderita diabetes dan mungkin muncul sejak dini jika diabetes tidak dicontrol dengan baik dan kadar gula sangat tinggi.
- d. Pembentukan katarak didorong oleh penanganan jangka panjang dengan obat- obatan kortikosteroid, keracunan oleh zat seperti naftalen (ditemukan dalam kamper), atau ergot (terbentuk pada simpanan biji-bijian yang tercemar sejenis jamur tertentu).
- e. Katarak yang disebabkan proses degeneratif .
- f. Katarak yang disebabkan akibat gangguan perkembangan embrio intrauterin / gangguan metabolisme jaringan lensa pada saat bayi masih didalam kandungan (Dorling Kindersley, 2002).

5. Patofisiologi

Pada lensa yang normalnya adalah struktur posterior iris yang jernih, transparan, berbentuk seperti kancing baju mempunyai kekuatan refraksi yang besar. Lensa mata mengandung tiga komponen anatomis. Pada zona sentral terdapat nukleus, diperifer ada korteks, dan yang mengelilingi keduanya adalah kapsul anterior dan posterior.

Komposisi terbanyak pada lensa adalah air dan protein. Penumpukan protein pada lensa dapat menyebabkan kekeruhan pada lensa mata dan mengurangi jumlah cahaya yang masuk ke retina. Proses

penumpukan protein ini berlangsung secara bertahap, sehingga pada tahap awal seseorang tidak merasakan keluhan / gangguan penglihatan. Pada proses selanjutnya penumpukan protein ini akan semakin meluas dan bias sampai pada kebutaan.

Dengan bertambahnya usia, nukleus mengalami perubahan warna menjadi coklat kekuningan. Disekitar opasitas terdapat densitas seperti duri dianterior dan posterior nukleus. Opasitas pada kapsul posterior merupakan bentuk katarak yang paling bermakna nampak seperti kristal salju pada jendela.

Perubahan fisik dan kimia dalam lensa akibat kecelakaan mata dan penyakit mata seperti radang mata uveitis dan glukoma akan mengakibatkan hilangnya transparansi. Perubahan pada serabut halus multipel (zunula) yang memanjang dari badan silier ke sekitar daerah di luar lensa, misalnya dapat menyebabkan penglihatan mengalami distorsi.

Perubahan kimia dalam protein lensa akibat pengaruh obat- obatan kimia dan penyakit DM dapat menyebabkan koagulasi, sehingga mengakibatkan pandangan dengan menghambat jalannya cahaya ke retina (Smeltzer & Bare, 2001).

6. Manifestasi klinik

- a. Penurunan ketajaman penglihatan, penglihatan menjadi redup / kabur dengan penyimpangan gambar, penglihatan malam hari memburuk.

- b. Pupil mata terlihat kekuningan, abu-abu / putih. Terjadi secara bertahap selama periode tahunan, dan sejalan memburuknya katarak (Diane C. Baughman, 2000).
- c. Gejala subjektif : Biasanya pasien melaporkan penurunan ketajaman penglihatan, silau, dan gangguan fungsional sampai derajat tertentu yang diakibatkan karena kehilangan penglihatan.
- d. Temuan obyektif : Biasanya meliputi pengembunan seperti mutiara keabuan pada pupil sehingga retina tak akan tampak dengan oftalmoskop. Ketika lensa sudah menjadi opak, cahaya akan dipendarkan dan bukannya ditransmisikan dengan tajam menjadi bayangan terfokus pada retina. Hasilnya adalah pandangan kabur / redup. Dan susah melihat pada malam hari (Suzanne C. Smeltzer, 2001).

7. Pemeriksaan diagnostik

- a. Kartu mata *snellen*
- b. Lapang penglihatan : Penurunan mungkin disebabkan oleh CSV, massa tumor pada hipofisis / otak karotis atau patologis arteri serebral atau glukoma.
- c. Pengukuran tonografi : Mengkaji intraokuler (TIO) (normal 12-25 mmHg).
- d. Pengukuran gonioskopi : Membantu membedakan sudut terbuka dari sudut tertutup glukoma.

- e. Tes provokatif : Digunakan dalam menentukan adanya / tipe glaukoma bila TIO normal atau hanya meningkat ringan.
- f. Pemeriksaan oftalmoskopi : Mengkaji struktur internal okuler, mencatat atrofi lempeng optik, papiledema, perdarahan retina, dan mikroaneurisme. Dilatasi dan pemeriksaan belahan lampu memastikan *diagic*, papiledema, perdarahan retina, dan mikroaneurisme. Dilatasi dan pemeriksaan belahan lampu memastikan diagnose katarak.
- g. Darah lengkap, laju sedimentasi (LED) : Menunjukkan anemia sistemik / infeksi.
- h. EKG, kolesterol serum dan pemeriksaan lipid: Dilakukan untuk memastikan aterosklerosi.
- i. Tes toleransi glukosa : Menentukan adanya / kontrol diabetes (Suzanne C. Smeltzer, 2001).

8. Komplikasi

Komplikasi yang terjadi pada pembedahan katarak adalah :

- a. Hilangnya vitreous : Jika kapsul posterior mengalami kerusakan selama operasi maka gel vitreous dapat masuk ke dalam bilik anterior, yang merupakan resiko terjadinya glaukoma atau traksi pada retina. Keadaan ini membutuhkan pengangkatan dengan satu instrument yang mengaspirasi dan mengeksisi gel (vitrektomi).
- b. Prolaps iris : Iris dapat mengalami protrusi (penonjolan) melalui insisi bedah pada periode pascaoperasi dini. Terlihat sebagai daerah berwarna

gelap pada lokasi insisi. Pupil mengalami distrosi. Keadaan ini membutuhkan perbaikan segera dengan pembedahan.

- c. Endoftalmitis : Komplikasi infeksi ekstraksi katarak yang serius namun jarang terjadi (kurang dari 0,3%).

Pasien datang dengan :

- 1) Mata merah yang terasa nyeri
 - 2) Penurunan tajam penglihatan, biasanya beberapa hari setelah pembedahan.
 - 3) Pengumpulan darah putih di bilik anterior (hipopion).
- d. Astigmatisme pasca operasi : Mungkin dilakukan pengangkatan jahitan kornea untuk mengurangi astigmatisme kornea. Ini dilakukan sebelum melakukan pengukuran kaca mata baru namun setelah luka insisi sembuh dan tetes mata dihentikan. Jahitan yang longgar harus di angkat untuk mencegah infeksi namun mungkin diperlukan penjahitan kembali jika penyembuhan lokasi insisi tidak sempurna.
- e. Edema macular sistoid : Makula menjadi odema setelah pembedahan,
- f. Ablasio retina : Peristiwa terlepasnya retina dari jaringan penyokong dibawahnya.
- g. Opasifikasi kapsul posterior : Pada sekitar 20% pasien, kejernian kapsul posterior berkurang pada beberapa bulan setelah pembedahan ketika sel epitel residu bermigrasi melalui permukaannya.
- h. Bila jahitan nilon tidak di angkat dalam waktu yang lama, maka dapat menyebabkan Iritasi / infeksi (James Bruce, 2003).

9. Penatalaksanaan

a. Pengobatan pada katarak adalah pembedahan. Tersedia dua teknik pembedahan :

1) Ekstraksi Lensa Intrakapsuler

Pada ekstraksi lensa intrakapsular dilakukan tindakan dengan urutan sebagai berikut :

- a) Dibuat flep konjungtiva dari jam 9 - 3 melalui jam 12
- b) Dilakukan pungsi bilik mata depan dengan pisau
- c) Luka kornea di perlebar seluas 160 derajat
- d) Dibuat iridektomi untuk mencegah glaukoma blokade pupil pasca bedah
- e) Dibuat jahitan korneosklera
- f) Lensa dikeluarkan dengan krio
- g) Jahitan kornea dieratkan dan ditambah
- h) Flep konjungtiva dijahit

2) Ekstraksi Katarak Ekstrakapsuler

Pada ekstraksi lensa ekstra lensa ekstrakapsular dilakukan tindakan sebagai berikut:

- a) Flep konjungtiva antara dasar dengan fornix pada libus dibuat dari jam 10 - jam 2
- b) Dibuat pungsi bilik mata depan

- c) Melalui pungsi ini dimasukan jarum untuk kapsulotomi anterior
 - d) Dibuat luka kornea dari jam 10 - 2
 - e) Nukleus lensa dikeluarkan
 - f) Sisa korteks lensa dilakukan irigasi sehingga tinggal kapsul posterior saja
 - g) Luka kornea dijahit
 - h) Flep konjungtiva dijahit (Sidarta Ilyas, 2001).
- b. Persiapan pre operasi sebagai berikut:
- 1) Memeriksa pasien sebelum operasi
 - 2) Memberikan informasi kepada pasien mengenai risiko, keuntungan, & kerugian operasi.
 - 3) Memperoleh surat izin tindakan medis
 - 4) Membuat rencana pembedahan (jenis anestesi, penempatan sayatan & kontruksi luka)
 - 5) Melakukan evaluasi pre operasi diatas termasuk pemeriksaan laboratorium serta berdiskusi dengan pasien / keluarga pasien yang dianggap lebih mengerti dan dapat bertindak atas nama pasien.
- c. Preoperative nursing care / perawatan sebelum operasi:

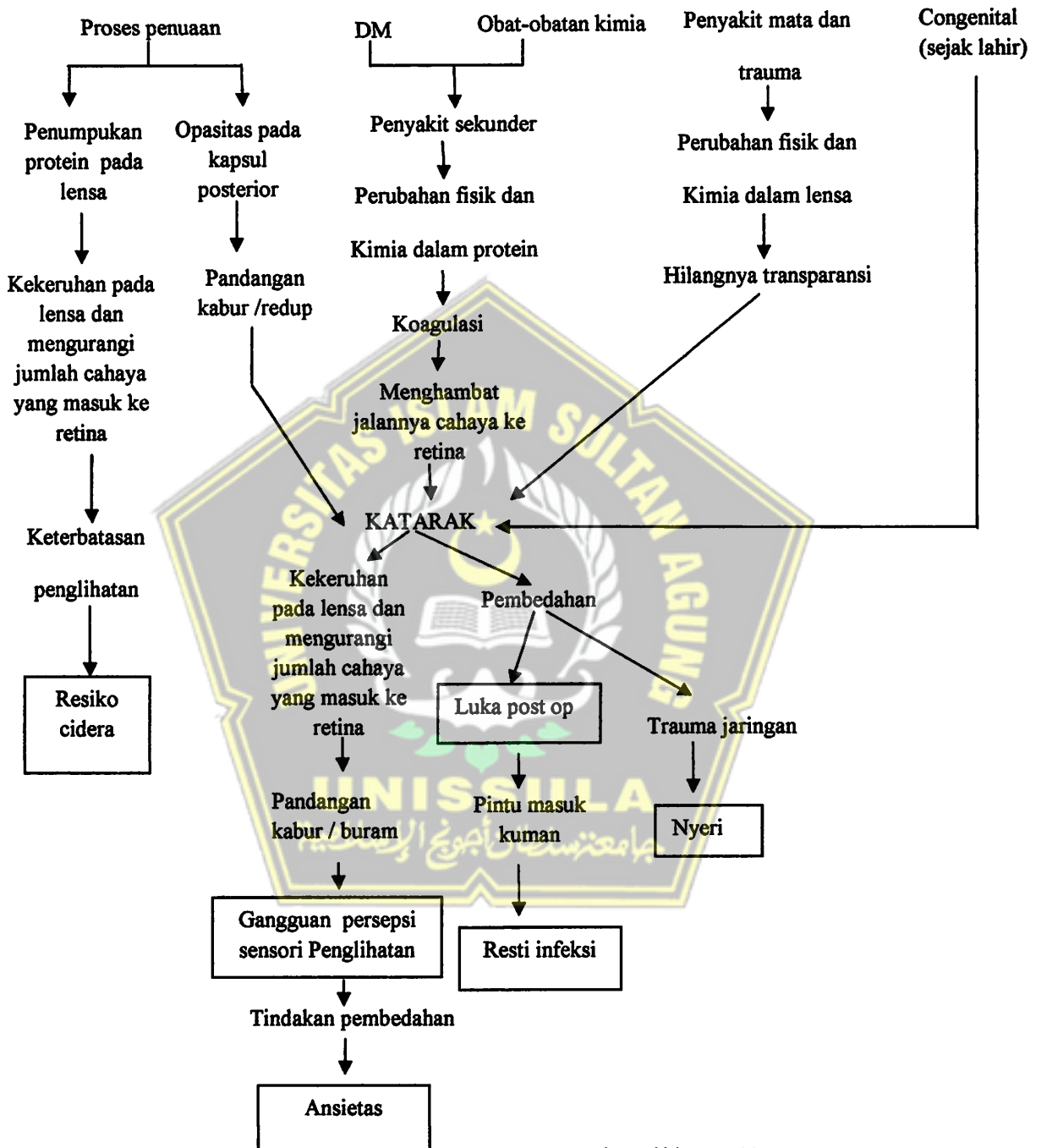
Perawatan sebelum operasi mencakup pencatatan ketajaman penglihatan baik untuk mata yang dibedah maupun tidak. Pemeriksaan fisik yang umum, meliputi ECG dan kimia darah perlu dikerjakan karena pasien yang berusia lebih tua sering menderita lebih dulu.

Perawat juga perlu menjelaskan prosedur pembedahan pada pasien dan memberikan gambaran lingkungan yang akan ditemui. Perawat harus mengingatkan pasien agar tidak mengangkat benda berbobot di atas 5 kg, menghindari batuk dan bersin.

Perawat juga perlu memberi intruksi kepada pasien untuk menghapus semua make up sebelum di lakukan operasi. Kemudian perawat memberikan mydriatic drop untuk memperbesar pupil dan cyclopegig drop untuk mensejajarkan badan siliar sesuai perintah guna menurunkan tekanan intraokuler (Tjahjono. 2006).



10. Pathways



Ilyas, Sidarta, 2004
 Smeltzer, S. C & Bare, B. G, 2001
 Nanda, 2009 - 2011

B. Konsep dasar keperawatan

1. Fokus pengkajian

a. Aktivitas / istirahat

Gejala : Perubahan aktivitas biasanya / hobi sehubungan dengan gangguan penglihatan.

b. Makanan / Cairan

Gejala : Mual / muntah

c. Neurosensori

Gejala : Gangguan penglihatan (kabur / tak jelas), sinar terang menyebabkan silau dengan kehilangan bertahap penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan dekat atau merasa diruang gelap (katarak).

Tanda : Tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil (katarak).

d. Nyeri / Kenyamanan

Gejala : Ketidaknyamanan ringan.

Nyeri tiba - tiba / berat menetap atau tekanan pada dan sekitar mata sakit kepala (Doenges, 2000).

2. Fokus intervensi pre operasi

a. Gangguan persepsi sensori penglihatan berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan.

Tujuan : Mengidentifikasi dan menghilangkan faktor resiko.

Intervensi :

- 1) **Orientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang (orang, tempat, waktu).**

Rasional : Pengenalan klien dengan 3 bidang membantu klien mengidentifikasi dan mengurangi kecelakaan.

- 2) **Tingkatkan gerakan ke dan dari tempat tidur.**

Rasional : Dapat membantu mengurangi faktor resiko.

- 3) **Kurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan.**

Rasional : Mengurangi penglihatan yang berlebihan membantu mengurangi keparahan.

- b. **Resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing.**

Tujuan : Cidera tidak terjadi.

Intervensi :

1. **Orientasikan klien terhadap lingkungan / ruangan.**

Rasional : Pengenalan klien dengan lingkungan membantu mengurangi kecelakaan.

2. **Modifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu singkirkan penghalang dari jalur berjalan, pastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna.**

Rasional : Kehilangan atau gangguan penglihatan atau menggunakan pelindung mata juga dapat

mempengaruhi resiko cedera yang berasal dari gangguan ketajaman dan kedalaman persepsi.

3. Tinggikan pengaman tempat tidur. Letakkan benda dimana klien dapat melihat dan meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh (Carpenito, 2007).

Rasional : Tindakan ini dapat membantu mengurangi resiko terjatuh.

- c. Ansietas berhubungan dengan ancaman integritas biologis aktual atau yang dirasa sekunder akibat prosedur invasif.

Tujuan : Cemas berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24jam dengan kriteria hasil :

- 1) Pasien tenang dan rileks
- 2) Dapat mengungkapkan penyebab kecemasan
- 3) Pasien mampu menontrol kecemasan
- 4) Pasien dapat menjelaskan tentang tindakan operasi

Intervensi :

- 1) Kaji tingkat kecemasan pasien, ukur tanda - tanda vital

Rasional : Kemungkinan peningkatan tekanan darah dan denyut nadi dengan disertai napas dangkal dan tidak teratur menunjukkan manifestasi cemas pada pasien.

- 2) Berikan informasi yang dibutuhkan pasien sebelum dilakukan tindakan pembedahan.

Rasional : Informasi yang adekuat dan peyampaian yang baik akan mengubah persepsi dan pola pikir pasien.

3) Berikan teknik relaksasi

Rasional : Pasien mampu mengontrol tingkat emosi dan kecemasannya, dengan mencoba beberapa teknik napas yang teratur.

4) Berikan suport mental yang melibatkan unsur-unsur religi.

Rasional : Unsur religi akan memberikan ketenangan jiwa yang berpengaruh terhadap tingkat emosi dan kecemasan pasien.



BAB III

HASIL ASUHAN KEPERAWATAN

Pengkajian dilakukan selama 2 hari yang dimulai hari Senin, tanggal 22 sampai 23 Februari tahun 2010 dari pukul 07.00 – 14.00 WIB. Penulis mengelola kasus Asuhan Keperawatan pada Tn. P, di Ruang Kenanga RSUD Sunan Kalijaga Demak dan memperoleh data kasus Klien bernama Tn. P lahir di Demak tanggal 31 Agustus 1941, jenis kelamin Laki-laki, berumur 68 tahun, pendidikan terakhir SMA, beralamat di Demak, beragama Islam, masuk rumah sakit pada tanggal 22 Februari 2010 jam 07.30 dengan No. CM: 559131.

Penanggung jawab dari Tn. P adalah Ny. S, umur 56 tahun, pekerjaan buruh, beragama Islam, Pendidikan SMA, beralamat di Demak. Hubungan dengan klien sebagai Istri.

Riwayat kesehatan saat ini, klien mengatakan penglihatannya kabur dan buram, terutama mata kiri. Klien merasa seperti ada kabut yang menutupi penglihatannya. Klien belum pernah operasi. Klien mengatakan besok akan di operasi. Klien mengatakan ia merasa cemas, karena belum pernah operasi sebelumnya.

Riwayat kesehatan yang lalu, klien mengatakan belum pernah operasi sebelumnya. Klien tidak mempunyai riwayat hipertensi, DM / penyakit lainnya. Klien tidak punya alergi terhadap makanan dan obat – obatan / yang lain nya. Klien sebelumnya belum pernah kecelakaan. Dahulu klien pernah mendapatkan imunisasi polio.

Riwayat penyakit lingkungan, Klien tinggal di perkampungan rumah & lingkungan bersih. Pencahayaan & ventilasi udara di rumah klien cukup baik. Klien sekarang sudah tidak bekerja. Kemungkinan bahaya yang terjadi adalah resiko jatuh & menabrak, karena penglihatan yang menurun.

Riwayat keluarga, dalam hal riwayat kesehatan keluarga klien mengatakan saat ini keluarganya tidak ada yang mengalami sakit seperti penyakit yang diderita klien saat ini. Di data genogram, Klien mempunyai 6 orang anak. Klien tinggal satu rumah dengan istri, anak ke 6 yang belum menikah, anak ke 5 beserta istri dan anaknya.

Hasil pengkajian pola kesehatan fungsional didapatkan data dari Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, klien mengatakan kalau kesehatan itu sangat penting, karena kesehatan itu sangat mahal. Menurut klien, bila klien sakit hanya istirahat dan minum obat warung seperti panadol dan paramek. Dulu klien bekerja sebagai buruh pabrik, tapi sejak kurang lebih 6 tahun yang lalu klien sudah tidak bekerja lagi. Klien tidak merokok.

Hasil dari pengkajian pola nutrisi dan metabolik, didapat sebelum dan selama sakit pola makan klien tidak mengalami perubahan. Klien makan 3x sehari dengan komposisi nasi, sayur mayur. Minum 8 gelas perhari. Makanan yang disediakan RS 1 porsi selalu habis.

Pola eliminasi didapatkan data, sebelum dan selama sakit BAB dan BAK klien tidak ada perubahan. BAB 1 - 2 x sehari tidak konstipasi, warna dan jumlah normal serta tidak ada kelainan dan bau, BAK 6 x perhari. Klien tidak terpasang kateter.

Aktivitas dan latihan didapatkan data, klien mengatakan takut jatuh ketika akan melakukan aktifitas. Klien banyak tidur. Dan semua pemenuhan aktivitas sehari - hari klien dibantu oleh keluarga klien dan perawat.

Pola istirahat, sebelum dan selama sakit klien tidur 8 jam perhari. Pola kognitif, Keluhan yang sering klien alami adalah penglihatan kabur dan buram.

Pola persepsi diri, klien mengatakan sakitnya adalah ujian baginya, klien mengatakan ia merasa cemas karena baru pertama kali masuk RS dan akan dilakukan operasi. Klien sangat berharap cepat sembuh setelah mendapatkan keperawatan.

Pola mekanisme koping, dalam mengambil keputusan klien di berkolaborasi dengan istri dan anaknya. Usaha Perawat dalam mengurangi sakit yaitu dengan selalu bersikap baik dan proposional, selalu mendukung klien untuk memberikan semangat dan mengurangi kecemasan klien.

Pola seksual – reproduksi, klien berjenis kelamin laki – laki dan berumur 68 tahun. Sebelum dan selama sakit klien dalam hubungan seksual sudah tidak begitu semangat lagi. Apalagi selama sakit klien tidak sempat memikirkan hal itu.

Pola peran – hubungan dengan orang lain, klien mampu berkomunikasi dengan baik dan mudah di mengerti orang lain. Orang yang terdekat dengan klien adalah istri dan anak – anaknya. Dan pada Allah lah klien meminta pertolongan.

Pola nilai dan kepercayaan, sebelum dan selama sakit beribadah klien lengkap. Klien dibantu oleh istri. Selama di RS klien tidak wudhu, tapi tayamum.

Pemeriksaan Fisik didapatkan data, keadaan umum klien, kesadaran klien composmentis, tubuh kurus, keadaan vital tanggal 22 februari 2010 yaitu tekanan

darah : 130/80 mmHg, Nadi : 90 x/menit, suhu : 36,5°C, respirasi rate : 21 x/menit, tinggi badan: 156cm, berat badan : 52 kg.

Kepala klien mesocephal, tidak ada benjolan, rambut sudah beruban. lensa tampak keruh dan berwarna putih susu, konjungtiva tidak anemis, pupil mengecil jika disinari. Hidung klien simetris, tidak ada sinusitis / polip, tidak ada darah. Mulut, bibir terlihat bersih, bau nafas berbau, tidak ada nyeri telan, gigi sudah ompong sebagian, bibir tidak ada sariawan, lidah tidak kotor. Leher, pada leher klien tidak ada pembesaran tiroid. Telinga klien simetris antara kanan dan kiri, terdapat serumen, pendengaran sudah menurun.

Pemeriksaan dada dilakukan pemeriksaan pada jantung klien, inspeksi : ictus cordis tidak tampak, palpasi : tidak ada nyeri tekan, perkusi : pekak, auskultasi : terdengar S1, S2 di ICS 4. Pada paru-paru klien, inspeksi : pengembangan dada simetris, tidak menggunakan alat bantu nafas, palpasi : traktil fremitus teraba sama kanan dan kiri, perkusi : sonor, auskultasi : vesikuler, tidak terdengar suara tambahan ronchi dan wheezing. Pada abdomen, inspeksi : tidak ada lesi, auskultasi : bising usus / peristaltik usus 19x menit. Palpasi : tidak teraba massa, tidak ada nyeri tekan, perkusi : thympani. Pada Punggung, tidak ada lesi. Genitalia tidak ada lesi, tidak terpasang kateter. Pada ekstremitas atas, tangan kiri klien terpasang infuse RL 20 tpm, tangan kanan dan kaki klien bebas bergerak tidak terdapat gangguan. Kulit klien tidak ada alergi, turgor cukup.

Diperoleh data therapy pada tanggal 23 februari 2010 klien mendapat therapi infuse RL 20 tpm. Hasil pemeriksaan laboratorium sampel darah klien pada tanggal 22 Februari 2010 diperoleh data GDS 106 mg/dl (normal 70-150 mg/dl), Ureum 26,2 mg/dl (normal 11-55 mg/dl), creatinin 0,7 mg/dl (normal 0,6 -

1,36 mg/dl), calcium 2,17 mmol/dl (normal 2,02 – 2,60 mmol/L), kalium 3,7 mmol/L (normal 3,6 - 5,5 mmol/L), natrium 145 mmol/L (normal 135 - 155 mmol/L), Chlorida 101 mmol/L.

Pada analisa data diperoleh data subjektif yang didapatkan pada tanggal 22 februari 2010 yaitu klien mengatakan bila melihat mata kiri kabur dan buram. Data obyektifnya yaitu lensa tampak keruh dan berwarna putih susu. Berdasarkan data tersebut maka problemnya yaitu gangguan persepsi sensori. Etiologinya yaitu kesalahan interpretasi sekunder akibat deficit penglihatan. Hari senin, 22 Februari 2010 Jam 08.20 WIB penulis membuat rencana tindakan keperawatan untuk diagnosa pertama yaitu gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan. Dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam klien mampu beradaptasi dengan situasi keterbatasan sensori penglihatan. dengan kriteria hasil : Klien mampu mengenal lingkungan secara maksimal. Intervensi pertama yang ditetapkan yaitu orientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang (orang, tempat, waktu). Intervensi yang kedua yaitu Tingkatkan gerakan ke dan dari tempat tidur. Intervensi yang ketiga yaitu Kurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan.

Senin 22 Februari 2010 jam 09.00 WIB berkaitan dengan diagnosa pertama yaitu gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan implementasi pertama yang dilakukan pada jam 09.00 WIB mengorientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang (tempat, bahwa klien berada di ruang kenanga RSUD kalijaga demak, makanan dan minum berada disebelah kiri tempat tidur, waktu : bahwa sekarang jam 9 pagi. orang : Bahwa saya perawat eni) dengan respon subjektif yaitu klien mengatakan sudah faham apa yang di orientasikan oleh perawat. Respon obyektifnya klien bisa

mempratekkan apa yang sudah dikasih tahu. Implementasi kedua pada jam 09.30 WIB meningkatkan gerakan dari dan ke tempat tidur dengan respon subjektif klien bersedia untuk bangun dari tempat tidur, respon objektifnya klien bangun dari tempat tidur. Implementasi ketiga pada jam 09.45 WIB yaitu mengurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan, dengan respon subjektif klien mengatakan akan melihat sebentar - sebentar saja, respon objektif klien tampak nyaman.

Evaluasi yang dilakukan pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 13.50 dengan diagnosa yang pertama gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan. diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan mampu mengenal ruangan, objektifnya klien tampak dibantu oleh keluarga saat ke kamar mandi. Analisisnya masalah teratasi sebagian. Planninya adalah lanjutkan intervensi ke 1, 2 & 3.

Implementasi pertama yang dilakukan pada hari ke 2 yaitu selasa tanggal 23 Februari 2010 pada jam 06.45 WIB bertanya terhadap keseluruhan 3 bidang sesuai yang di ajarkan sebelumnya. dengan respon subjektif yaitu klien mengatakan masih faham apa yang di orientasikan oleh perawat sebelumnya. Respon objektifnya klien bisa mempratekkan apa yang sudah di ajarkan sebelumnya. Implementasi kedua pada jam 06.50 WIB meningkatkan gerakan dari dan ke tempat tidur. dengan respon subjektif klien bersedia untuk bangun dari tempat tidur. respon objektifnya klien bangun dari tempat tidur. Implementasi ketiga pada jam 06.50 WIB yaitu tetap mengurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan, dengan respon subjektif klien mengatakan dari kemarin klien tidak melihat yang berlebihan. Seperti melihat matahari & warna-warna yang mencolok, respon objektif klien terlihat nyaman.

Evaluasi yang dilakukan pada hari selasa tanggal 23 Februari 2010 jam 08.00 dengan diagnosa yang pertama gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan. diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan masih mampu mengenal ruangan, objektifnya klien tampak sudah tidak dibantu oleh keluarga saat ke kamar mandi. Analisisnya masalah teratasi. Planningnya adalah pertahankan intervensi ke 1, 2 & 3.

Hari senin 22 Februari 2010 jam 08.30. Data subyektif yang di dapat adalah klien mengatakan bahwa klien takut jatuh / menabrak bila berjalan. Data objektifnya klien dibantu oleh keluarga dalam beraktifitas. Berdasarkan data tersebut maka problem yang muncul adalah resiko cedera. Etiologinya, keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing.

Penulis membuat rencana tindakan untuk diagnosa yang kedua yaitu resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing dengan tujuan setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil klien tidak terjadi cedera.

Intervensi pertama yang ditetapkan yaitu orientasikan klien terhadap lingkungan / ruangan. Intervensi yang kedua yaitu Modifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu singkirkan penghalang dari jalur berjalan, pastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna. Intervensi yang ketiga yaitu letakkan benda dimana klien dapat melihat dan meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh.

Berkaitan dengan diagnosa yang kedua yaitu resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing. Implementasi yang pertama pada jam 11.00 yaitu mengorientasikan klien terhadap

lingkungan / ruangan dengan respon subjektif klien mengatakan sudah mengenal ruangan dengan respon objektif klien tampak bisa melakukan aktifitas dalam ruangan, implementasi yang kedua pada jam 11.10 yaitu memodifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu menyingkirkan penghalang dari jalur berjalan, memastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna. Dengan respon subjektif klien mengatakan senang karena sudah dibantu dengan respon objektif klien tampak senang, implementasi yang ketiga pada jam 11.15 WIB yaitu meletakkan benda dimana klien dapat melihat dan meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh dengan respon subjektif klien mengatakan senang dan berterima kasih karena sudah dibantu dengan respon obyektif klien tampak senang.

Evaluasi pertama yang di lakukan pada hari senin tanggal 22 Februari 2010 jam 13.55 WIB dengan diagnosa yang kedua yaitu resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan mampu mengenal ruangan dan lingkungan disekitar tempat tidur. Obyektifnya klien tidak menabrak, tidak jatuh terjadi cedera. Analisisnya masalah teratasi sebagian. planningnya adalah lanjutkan intervensi ke 1,2 & 3.

Selasa 23 Februari 2010 jam 06.50 berkaitan dengan diagnosa yang kedua yaitu resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing. Implementasi yang pertama pada jam 06.50 yaitu mengulang orientasi klien terhadap lingkungan / ruangan. Dengan respon subjektif klien mengatakan masih mengenal ruangan. Dengan respon objektif klien tampak bisa melakukan aktifitas dalam ruangan, implementasi yang kedua pada jam 06.55 yaitu memastikan modifikasi lingkungan yang sudah dilakukan

menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu memastikan penghalang dari jalur berjalan yang sudah di singkirkan, memastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna dengan respon subjektif klien mengatakan senang karena sudah dibantu dengan respon objektif klien tampak senang. implementasi yang ketiga pada jam 07.00 yaitu meletakkan benda dimana klien dapat melihat dan meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh dengan respon subjektif klien mengatakan senang dan berterima kasih karena sudah dibantu dengan respon obyektif klien tampak senang.

Evaluasi ke 2 yang dilakukan pada hari selasa tanggal 23 Februari 2010 jam 08.15 dengan diagnosa yang kedua yaitu resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing diperoleh data subjektif yaitu klien mengatakan mampu mengenal ruangan dan lingkungan disekitar tempat tidur. Obyektifnya klien tidak menabrak, tidak jatuh, tidak terjadi cedera. Analisisnya masalah teratasi sebagian. Planningnya adalah pertahankan intervensi ke 1,2 & 3.

Senin 22 Februari 2010 jam 11.00 WIB data subjektif yang didapat, klien mengatakan ia merasa cemas dan takut akan dilakukan operasi. Selain itu pasien tidak mengetahui persiapan pre operasi, intra operasi dan post operasi yang harus dilakukannya. Keluarga juga mengatakan bahwa ini merupakan hal yang baru bagi mereka. Data obyektifnya yaitu klien banyak bertanya tentang persiapan dan prosedur operasi, ekspresi wajah tampak tegang dan gugup, menunjukkan perhatian lebih. Berdasarkan data tersebut maka problem yang muncul adalah cemas. Etiologinya kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi.

Hari senin 22 Februari jam 08.45 penulis membuat rencana tindakan untuk diagnosa ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi dengan tujuan cemas berkurang setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24 jam dengan kriteria hasil : pasien tenang dan rileks, klien dapat mengungkapkan penyebab kecemasan, klien mampu menontrol kecemasan, klien dapat menjelaskan tentang tindakan operasi, klien mengatakan tidak takut dan siap operasi.

Intervensi yang ditetapkan pertama yaitu kaji tingkat kecemasan pasien dan ukur tanda - tanda vital. Intervensi yang kedua yaitu berikan informasi yang dibutuhkan pasien dan berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya sebelum dilakukan tindakan pembedahan. Intervensi yang ketiga yaitu berikan teknik relaksasi dengan mencoba beberapa teknik napas yang teratur serta memberikan dorongan spiritual.

Berkaitan dengan diagnosa yang ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi. Implementasi yang pertama pada jam 13.00 yaitu mengkaji tingkat kecemasan pasien dan ukur tanda - tanda vital dengan respon subjektif klien mengatakan cemas dan takut di operasi, klien bersedia dioperasi. Dengan respon obyektif klien tampak cemas. TTV: TD 120/80, N 100 x/menit, RR 21x/menit, S 36,5.

Implementasi yang kedua pada jam 13.40 yaitu memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya sebelum dilakukan tindakan pembedahan, dengan respon subyektif klien mengatakan kalau sudah dioperasi, apakah bisa sembuh, dengan respon obyektif klien tampak masih gugup. Implementasi yang ketiga pada jam 13.45 yaitu memberikan teknik relaksasi dengan mencoba beberapa

teknik napas yang teratur serta dorongan spiritual (menyerahkan semuanya kepada Allah dan terus berdo'a supaya tindakannya lancar). Dengan respon obyektif klien tampak tenang, klien mencoba nafas dalam teratur.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 22 Februari 2010 jam 14.00 untuk diagnosa yang ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi. Diperoleh data subyektif klien mengatakan sudah tidak cemas lagi dan siap untuk dioperasi. Obyektifnya klien tampak sedikit tenang. Analisisnya masalah teratasi sebagian. Planningnya adalah pertahankan intervensi.

Selasa 23 Februari 2010 jam 07.05 WIB berkaitan dengan diagnosa yang ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi. Implementasi yang pertama pada jam 07.10 yaitu mengkaji tingkat kecemasan pasien dan ukur tanda-tanda vital, dengan respon subjektif klien mengatakan sudah tidak cemas, dengan respon obyektif klien tampak nyaman. TTV: TD 120/80, N 90 x/menit, RR 21x/menit, S 36,5. Implementasi yang kedua pada jam 07.10 yaitu memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya sebelum dilakukan tindakan pembedahan dengan respon subyektif klien mengatakan sudah siap dioperasi dengan respon obyektif klien tampak tenang. Implementasi yang ketiga pada jam 07.15 yaitu memberikan teknik relaksasi dengan mencoba beberapa teknik napas dan memberikan suport mental yang melibatkan unsur-unsur religi (menyerahkan semuanya kepada Allah dan terus berdo'a supaya tindakannya lancar) dengan respon obyektif klien tampak tenang, klien mencoba nafas dalam teratur.

Evaluasi yang dilakukan pada tanggal 23 Februari 2010 jam 08.20 untuk diagnosa yang ketiga yaitu cemas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi. Di peroleh data subyektif klien mengatakan sudah tidak cemas lagi dan siap untuk di operasi. Obyektifnya klien tampak tenang, jam 10.00 klien di operasi. Analisisnya masalah teratasi. Planningnya adalah pertahankan intervensi untuk post op.



BAB IV

PEMBAHASAN

Dalam bab ini penulis akan membahas mengenai asuhan keperawatan pada Tn. P Dengan Katarak di RSUD Sunan Kalijaga Demak selama dua hari dengan menggunakan proses keperawatan dari pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Dalam pengkajian dilakukan secara menyeluruh yang meliputi tahap pengumpulan data baik dari klien, keluarga, catatan medik, perawat maupun dokter. Penulis melakukan proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, intervensi, implementasi, dan evaluasi. Pengkajian dilakukan dengan menggunakan metode Autoanamnesa dan Alloanamnesa keperawatan sebagai berikut :

Klien berinisial Tn. P, di ruang Kenanga RSUD Sunan Kalijaga Demak dan memperoleh data kasus klien bernama Tn. P lahir di Demak tanggal 31 Agustus 1941, jenis kelamin Laki-laki, berumur 68 tahun, pendidikan terakhir SMA, beralamat di Demak, beragama Islam, masuk rumah sakit pada tanggal 22 Februari 2010 jam 07.30 dengan No. CM : 559131.

Sebelumnya penulis akan menambahkan beberapa hal yang dalam pengkajian dan pendokumentasian asuhan keperawatan tidak lengkap dan kurang jelas. Dibawah ini beberapa pengkajian yang penulis kurang mendapatkan data dari klien.

Pada pengkajian keluhan utama, penulis belum mencantumkan klien mengatakan penglihatan matanya kabur / buram. Ini berarti kedua mata kanan dan kiri terkena katarak, tetapi tidak sebanyak yang mata kiri.

Pada pengkajian riwayat kesehatan saat ini, penulis kurang mencantumkan karena penglihatan mata kiri makin menurun oleh keluarga klien dibawa ke poli mata RSUD Sunan Kalijaga Demak. Kemudian pasien dianjurkan untuk operasi. Dan kemudian pasien dipindahkan di ruang kenanga. Dalam data pengkajian riwayat kesehatan saat ini, seharusnya penulis tidak mencantumkan klien mengatakan ia merasa cemas karena belum pernah operasi sebelumnya. Seharusnya data itu dicantumkan dipengkajian pola persepsi. Dan dalam mencantumkan klien merasa cemas kurang tepat, seharusnya klien mengatakan khawatir dan takut dioperasi.

Dalam pengkajian riwayat penyakit lingkungan penulis kurang melengkapi data yaitu kemungkinan bahaya yang terjadi adalah resiko jatuh & menabrak, karena penglihatan yang menurun. Yang tepat adalah kemungkinan bahaya yang terjadi yaitu klien dapat terjatuh atau menabrak saat berjalan / saat melakukan aktifitas.

Dalam pemeliharaan kesehatan untuk faktor sosio ekonomi, penulis tidak mencantumkan penghasilan, asuransi / jaminan kesehatan, keadaan lingkungan tempat tinggal. Dalam pemenuhan anggaran / biaya sakit klien, ditanggung oleh anaknya. Penulis juga kurang lengkap dalam menulis data yaitu klien mengatakan, bila klien sakit hanya istirahat dan minum obat warung seperti panadol dan paramek. Seharusnya klien mengatakan bila klien sakit hanya istirahat dan minum obat warung seperti kalau sakit kepala, maka klien membeli obat paramek.

Pada pengkajian pola seksual – reproduksi penulisan penulis kurang tepat yaitu sebelum dan selama sakit klien dalam hubungan seksual sudah tidak begitu

semangat lagi. Seharusnya penulis menulis sebelum dan selama sakit klien dalam hubungan seksual sudah tidak pernah lagi.

Pada pengkajian aktifitas didapatkan data yang kurang lengkap, penulis tidak mencantumkan klien mengatakan kalau berjalan takut menabrak / jatuh karena penglihatan tampak buram. Selain itu penulis juga kurang mencantumkan aktifitas yang dibantu oleh keluarga adalah keluarga membantu ke kamar mandi dengan cara menginstruksikan arah ke kamar mandi. Pada saat klien mandi, keluarga menunggu didepan kamar mandi. Penulis hanya mencantumkan klien mengatakan takut jatuh ketika akan melakukan aktifitas. Dan pemenuhan aktivitas sehari-hari klien dibantu oleh keluarga klien dan perawat.

Untuk pengkajian kognitif / persepsi pemeriksaan mata kurang lengkap dalam memeriksa mata, klien hanya memeriksa pupil, ketajaman visus, dan memeriksa lensa. Menurut Bickley, 2009 dalam buku fokus pemeriksaan fisik mata harus mencakup ketajaman visus, lapang pandang, Konjungtiva dan sclera, kornea, lensa dan pupil, pergerakan bola mata. Penulis juga kurang mencantumkan pemeriksaan ketajaman penglihatan yaitu 20 / 50. Selain itu, penulis juga tidak mencantumkan pemeriksaan mata kanan.

Pada pemeriksaan fisik, pengkajian kurang lengkap, pada pemeriksaan gigi, seharusnya penulis mencantumkan berapa yang tanggal. Pada pemeriksaan jantung untuk palpasi penulis kurang mencantumkan ictus teraba di ics ke 5.

Pada data therapi penulis tidak mencantumkan therapi yang didapat klien setelah operasi, terapinya yaitu tetes mata midriatil optic dextra 2 tetes tiap 6 jam.

Pada data terapi infus RL 20 tpm, penulis ingin menambahkan kalau klien dipasang infuse pada saat akan dioperasi. Karena seingat penulis, pada tanggal 22 Februari klien ke kamar mandi belum terpasang infuse.

Pada data penunjang, penulis tidak mencantumkan pemeriksaan EKG.

Masalah keperawatan yang muncul dari hasil pengkajian dan dilakukan analisa dapat dirumuskan menjadi diagnosa keperawatan yang meliputi : Perubahan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan, ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi pre operasi katarak, resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing.

Adapun dari masalah keperawatan yang muncul penulis akan membahas satu-persatu sebagai berikut:

1. Gangguan perubahan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan.

Perubahan sensori - persepsi adalah keadaan dimana individu/ kelompok mengalami atau beresiko mengalami suatu perubahan dalam jumlah, pola atau interpretasi stimulus yang datang (Carpenito, 2000).

Batasan mayor adalah tidak akuratnya interpretasi stimulus lingkungan dan / perubahan negative dalam jumlah atau pola stimulus yang datang. Batasan minor adalah disorientasi mengenai waktu atau tempat, disorientasi mengenai orang, perubahan kemampuan memecahkan masalah, perubahan prilaku atau pola komunikasi.

Menurut Lynda Jual Carpenito dalam buku keperawatan menyatakan bahwa perawat harus mengkaji respon individu terhadap perubahan penglihatan dan secara spesifik menandai responnya, bukan pada kemunduran.

Diagnosa pertama muncul karena pada saat pengkajian diperoleh data-data sebagai berikut : Klien mengatakan bila melihat mata kiri kabur dan buram, lensa tampak keruh dan berwarna putih susu, lapang pandang yaitu 20 / 50.

Diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan. Penulisan etiologi sudah tepat menurut Lynda Jual Carpenito.

Diagnosa keperawatan perubahan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan oleh penulis di angkat sebagai prioritas pertama karena perubahan persepsi sensori merupakan masalah utama yang harus segera ditangani dan membutuhkan penanganan segera. Perubahan yang dirasakan apabila tidak segera ditangani akan mengganggu aktifitas lainnya.

Untuk mengatasi masalah diatas penulis merencanakan asuhan keperawatan yang meliputi : Orientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang (orang, tempat, waktu). Tingkatkan gerakan ke dan dari tempat tidur. Kurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa Carpenito yang menyebutkan bahwa untuk mengetahui masalah

keperawatan perubahan persepsi sensori dapat disusun intervensi kurangi kebisingan atau penglihatan berlebihan, orientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang (orang, tempat, waktu).

Dalam implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan yaitu pada 09.00 WIB mengorientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang, pada jam 09.30 WIB meningkatkan gerakan dari dan ke tempat tidur. Pada jam 09.45 WIB yaitu mengurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan.

Pada tanggal 23 implementasi yang pertama yaitu mengulang orientasi klien terhadap lingkungan / ruangan sudah tidak perlu. Seharusnya perawat hanya mengontrol klien.

Evaluasi akhir dari diagnosa ini berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan masalah persepsi sensori dapat teratasi karena pada akhir perawatan penulis menemukan data-data klien mengatakan mampu mengenal ruangan.

2. Resiko cedera berhubungan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing.

Resiko terhadap cedera adalah keadaan ketika seorang individu berisiko mendapat bahaya karena defisit perceptual atau fisiologis, kurangnya kesadaran tentang bahaya, atau usia lanjut (Carpenito, 2000).

Diagnosa kedua muncul karena pada saat pengkajian ditemukan data-data sebagai berikut : Klien mengatakan bahwa klien takut jatuh/ menabrak bila berjalan. Klien di bantu oleh keluarga dalam beraktifitas.

Diagnosa resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing. Dalam penulisan etiologi kurang tepat. Penulisan etiologi menurut Lynda Juall Carpenito adalah berhubungan dengan lingkungan yang tidak biasa.

Diagnosa resiko cedera oleh penulis diangkat sebagai prioritas kedua karena menurut Hierarki Maslow menghindari adanya resiko cedera merupakan salah satu pemenuhan terhadap kebutuhan keamanan dan keselamatan.

Untuk mengatasi masalah resiko cedera, penulis merencanakan asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif yang meliputi : Orientasikan klien terhadap lingkungan/ruangan, modifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu singkirkan penghalang dari jalur berjalan, pastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna. Intervensi yang ketiga yaitu Letakkan benda dimana klien dapat melihat dan meraihnya tanpa klien menjangkau terlalu jauh.

Untuk intervensi yang dilakukan untuk diagnosa cedera, penulisan penulis kurang tepat. Yang tepat adalah hilangkan kemungkinan bahaya yaitu singkirkan penghalang dari jalur berjalan, pastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan Carpenito yang menyebutkan bahwa untuk mengatasi masalah resiko cedera dapat disusun intervensi sebagai berikut :

Orientasikan pasien terhadap sekeliling, Modifikasi lingkungan untuk menghilangkan kemungkinan bahaya.

Selama implementasi keperawatan telah melakukan tindakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan yaitu jam 11.00 yaitu mengorientasikan klien terhadap lingkungan/ ruangan. Pada jam 11.10 yaitu menghilangkan kemungkinan bahaya yaitu menyingkirkan penghalang dari jalur berjalan, memastikan pintu dan laci tetap tertutup atau terbuka secara sempurna.

Dalam melakukan implementasi keperawatan, penulis tidak menemukan kesulitan karena didukung oleh sikap klien dan keluarga yang kooperatif.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah ditetapkan masalah resiko cedera dapat teratasi karena pada akhir perawatan penulis menemukan data yaitu. Klien mengatakan mampu mengenal ruangan dan lingkungan disekitar tempat tidur. Klien tidak menabrak, tidak jatuh, tidak terjadi cedera.

3. Ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi.

Ansietas adalah Keadaan dimana individu / kelompok mengalami perasaan gelisah (penilaian atau opini) dan aktivasi system saraf autonom dalam berespon terhadap ancaman yang tidak jelas, non spesifik (Carpenito 2000). Batasan mayor adalah dimanifestasikan oleh gejala-gejala dari tiga kategori : fisiologis, emosional, dan kongnitif. Gejala-

gejala bervariasi sesuai dengan tingkat ansietas. Fisiologis: Peningkatan frekuensi jantung, peningkatan tekanan darah, peningkatan frekuensi pernafasan, gelisah, gemetar, berdebar-debar. Emosional : Individu menyatakan bahwa ia merasakan ketakutan, gugup, tidak dapat rileks. Kognitif : Tidak dapat konsentrasi, kurang kesadaran tentang sekitar.

Menurut Potter dalam buku Fundamental keperawatan klien yang mengalami cedera atau menderita penyakit kritis sering kali mengalami kesulitan mengontrol lingkungan dan perawatan diri dapat menimbulkan tingkat ansietas yang tinggi apabila rasa cemas tidak segera ditangani maka dapat menimbulkan suatu masalah penatalaksanaan resiko yang serius (Potter, 2006).

Diagnosa ketiga muncul karena pada saat pengkajian ditemukan data-data sebagai berikut: klien mengatakan ia merasa cemas dan takut akan dilakukan operasi karena baru pertama kali masuk RS. Selain itu pasien tidak mengetahui persiapan pre operasi, intra operasi dan post operasi yang harus dilakukannya. Klien tampak banyak bertanya tentang persiapan dan prosedur operasi, Ekspresi wajah tampak tegang dan gugup, menunjukkan perhatian lebih.

Diagnosa keperawatan ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi kurang tepat. Penulisan etiologi yang tepat menurut Lynda Juall Carpenito adalah berhubungan dengan ancaman integritas biologis aktual atau yang di rasa sekunder akibat prosedur invasif.

Diagnosa tersebut penulis angkat sebagai diagnosa ketiga karena tidak mengancam nyawa tetapi tetap membutuhkan tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah tersebut dan cemas merupakan faktor utama dalam pemulihan kondisi klien karena ketika klien merasa cemas itu akan mempengaruhi semua aspek biologis maupun psikis.

Untuk mengatasi masalah ansietas penulis menyusun rencana asuhan keperawatan baik yang bersifat mandiri maupun kolaboratif yaitu kaji tingkat kecemasan pasien dan ukur tanda-tanda vital. Berikan informasi yang dibutuhkan pasien dan berikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya sebelum dilakukan tindakan pembedahan, berikan teknik relaksasi dengan mencoba beberapa teknik napas yang teratur serta dorongan spiritual / kenyamanan hati, persiapkan klien untuk operasi.

Rencana asuhan keperawatan diatas telah disesuaikan dengan buku diagnosa keperawatan Carpenito yang menyebutkan bahwa untuk mengatasi masalah keperawatan ansietas dapat disusun intervensi sebagai berikut kaji tingkat ansietas, berikan kenyamanan hati, gali intervensi yang menurunkan ansietas (misal : latihan relaksasi).

Selama melakukan implementasi keperawatan, penulis telah melakukan tindakan sesuai dengan apa yang telah direncanakan yaitu pada jam 13.00 wib mengkaji tingkat kecemasan pasien dan ukur tanda-tanda vital. Jam 13.40 wib memberikan informasi yang dibutuhkan pasien dan memberikan kesempatan pasien untuk mengungkapkan perasaannya

sebelum dilakukan tindakan pembedahan. Jam 13.45 wib memberikan teknik relaksasi dengan mencoba beberapa teknik napas yang teratur serta memberikan dorongan spiritual (menyerahkan semuanya kepada allah dan terus berdo'a supaya tindakannya lancar) .

Pada implementasi memberikan informasi, penulis belum menambahkan informasi yang diberikan kepada pasien yaitu jangan menunduk, jangan mengangkat benda – benda yang berat, mencuci tangan saat akan mengganti balutan mata.

Evaluasi akhir pada diagnosa ini berdasarkan tujuan dan kriteria hasil yang telah di tetapkan masalah ansietas dapat teratasi karena pada akhir perawatan penulis menemukan data yaitu klien mengatakan sudah tidak cemas lagi dan siap untuk di operasi. Klien tampak tenang.

Untuk melanjutkan asuhan keperawatan pada Tn. P penulis telah mendelegasikan kepada perawat yang ada di ruangan untuk mempertahankan intervensi yang telah dilakukan dan selalu memberikan waktu klien untuk istirahat serta mempersiapkan untuk operasi.

Diagnosa yang bisa ditambahkan adalah Resiko infeksi yang berhubungan dengan tempat masuknya organisme sekunder akibat pembedahan. Karena mata post operasi tertutup oleh kassa. Tapi karena keterbatasan waktu, penulis hanya memberi informasi perawatan luka dirumah.

BAB V

PENUTUP

A. Kesimpulan

Berdasarkan hasil pembahasan yang di lakukan penulis, maka dapat di simpulkan sebagai berikut :

1. Masalah keperawatan yang muncul pada Tn. P adalah: Gangguan perubahan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan, ansietas berhubungan dengan ancaman integritas biologis aktual atau yang dirasa sekunder akibat prosedur invasif, resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing.
2. Intervensi yang di rencanakan untuk diagnosa yaitu gangguan persepsi sensori yang berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan yaitu orientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang, tingkatkan gerakan ke dan dari tempat tidur, mengurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan. Pada diagnosa resiko cidera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan asing yaitu orientasikan klien terhadap lingkungan / ruangan, menghilangkan kemungkinan bahaya. Pada diagnosa ansietas berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi tentang penyakit dan prosedur operasi. Intervensi yang ditetapkan yaitu : Kaji tingkat kecemasan pasien dan berikan informasi yang dibutuhkan pasien.

3. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi masalah keperawatan persepsi sensori adalah mengorientasikan terhadap keseluruhan 3 bidang. Meningkatkan gerakan ke dan dari tempat tidur. Mengurangi kebisingan atau penglihatan yang berlebihan. Implementasi yang dilakukan untuk mencegah resiko cedera pada klien antara lain mengorientasikan klien terhadap lingkungan / ruangan, menghilangkan kemungkinan bahaya. Implementasi yang dilakukan untuk mengatasi kecemasan yaitu mengkaji tingkat kecemasan pasien dan mengukur tanda-tanda vital. Memberikan informasi yang dibutuhkan pasien.
4. Evaluasi yang didapat dari tindakan keperawatan yang dilakukan pada Tn. P dengan katarak setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 2 x 24jam untuk masalah keperawatan meliputi : Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan kesalahan interpretasi sekunder akibat defisit penglihatan, resiko cedera berhubungan dengan keterbatasan penglihatan berada dalam lingkungan yang asing, cemas berhubungan dengan kurang pengetahuan dan informasi pre operasi katarak, yaitu masalah dapat teratasi .

B. Saran

1. Penulis

Dapat meningkatkan pengetahuan dan tindakan keperawatan yang benar dalam menangani kasus terutama pada kasus katarak dapat melakukan pengkajian secara tepat dan teliti agar dapat menentukan diagnosa.

2. Lahan praktek

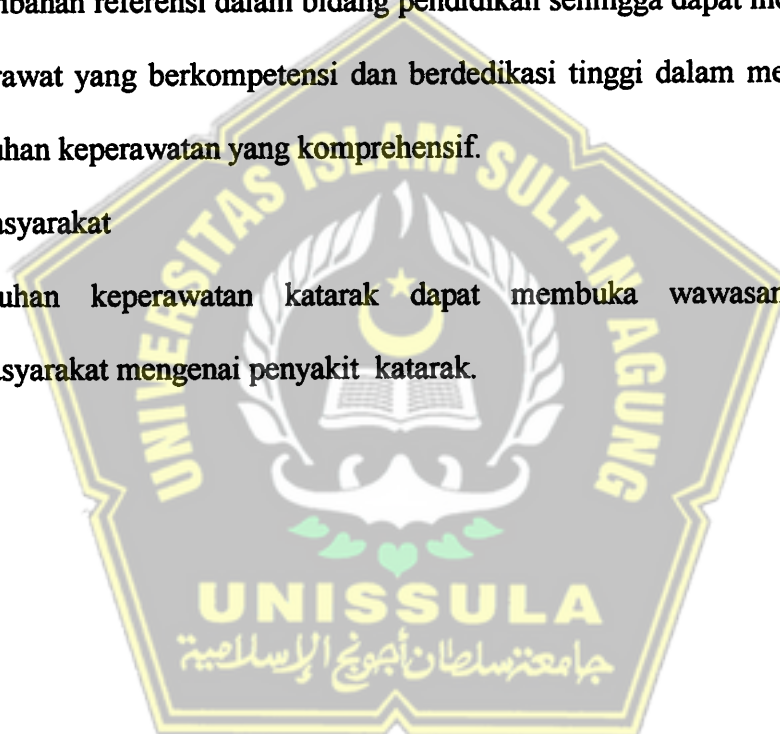
Dalam mengatasi masalah untuk mengurangi resiko cedera rumah sakit akibat gangguan penglihatan perlu dilakukan modifikasi lingkungan sehingga dapat meningkatkan keamanan.

3. Institusi pendidikan

Asuhan keperawatan katarak yang telah dibuat dapat dijadikan sebagai tambahan referensi dalam bidang pendidikan sehingga dapat menyiapkan perawat yang berkompentensi dan berdedikasi tinggi dalam memberikan asuhan keperawatan yang komprehensif.

4. Masyarakat

Asuhan keperawatan katarak dapat membuka wawasan kepada masyarakat mengenai penyakit katarak.



DAFTAR PUSTAKA

- Carpenito, L. J. (2000). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Dorling, Kindersley. (2006). *Family Health Guide*. Penerbit Erlangga.
- Nanda. (2010). *Diagnosis Keperawatan (definisi dan klarifikasi 2009-2011)*. Jakarta : EGC.
- Ilyas, Sidarta. (2004). *Ilmu penyakit mata*. Edisi 3. Jakarta : FKUI.
- Ilyas, Sidarta. (2001). *Penuntun Ilmu penyakit mata*. Edisi 2. Jakarta : FKUI.
- Carpenito, L. J, Monyet. (2007). *Buku Saku Diagnosa Keperawatan* edisi 10, Jakarta: EGC.
- Baughman, Diane C. (2000). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : EGC.
- Bickley, Lynn S. (2009). *Buku Ajar Pemeriksaan Fisik & Riwayat Kesehatan*. Edisi 8. Jakarta : EGC.
- Potter, (2006). *Fundamental Keperawatan*. Jakarta : Salemba Medika.
- Gondhowiarjo, Tjahjono. (2006). *Panduan Manajemen Klinis Perdami*. Edisi 1. Jakarta : PP PERSAMI.
- Depkes, RI. (2010). *Sistem Kesehatan Nasional*. Jakarta : FKUI
- Azrul, Azwar. (2004). *Katarak Pada Usia Lanjut*. Jakarta: Bina Persada Pers.
- Charlene, J. (2001). *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta : Salemba Medika.