

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**



**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST VITREKTOMY  
DI RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN  
2020**

**OLEH :**

**DESNA NATARIA BR MANIK, S.Kep**

**1914901715**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**STIKes PERINTIS PADANG**

**T.A 2019/2020**

**KARYA ILMIAH AKHIR NERS (KIA-N)**

*Diajukan Sebagai Salah Satu Syarat Untuk Memperoleh Gelar Ners Program  
Studi Pendidikan Profesi Ners Stikes Perintis Padang*



**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST VITREKTOMY DI  
RSUD DR.ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2020**

**OLEH :**

**DESNA NATARIA BR MANIK, S.Kep**

**1914901715**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**STIKes PERINTIS PADANG**

**T.A 2019/2020**

### LEMBAR PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Desna Nataria Br Manik, S.Kep

NIM : 1914901715

Program Studi : Profesi Ners STIKes Perintis Padang

Judul KIA-N : Penerapan Perawatan Luka Dalam Memberikan Asuhan  
Keperawatan Pasien Post Vitrektomy Di Rsud Dr.Achmad  
Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

Menyatakan dengan sebenar-benarnya bahwa Karya Tulis Ilmiah akhir Ners ini saya buat tanpa adanya tindakan plagiarisme sesuai dengan ketentuan yang berlaku di STIKes Perintis dan sepanjang pengetahuan penulis juga tidak terdapat karya atau pendapat yang pernah ditulis atau diterbitkan oleh orang lain, kecuali yang secara tertulis diacu dalam naskah dan disebutkan dalam daftar pustaka. Jika di kemudian hari nyatanya saya terbukti melakukan tindakan tersebut, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan siap menerima sanksi yang dijatuhkan oleh STIKes Perintis.

Bukittinggi, September 2020

Yang Menyatakan



(Desna Nataria Br Manik, S.Kep)

**HALAMAN PERSETUJUAN**

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POSTVITREKTOMY DI  
RSUD DR ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2020**

Oleh :

**DESNA NATARIA BR MANIK, S.Kep**

**NIM : 1914901715**

**Karya Ilmiah Akhir Ners Ini Telah Diseminarkan  
Bukittinggi, 07 September 2020**

**Dosen Pembimbing**

**Pembimbing I**

**(Ns. Endra Amalia, M.Kep)**

**NIK: 1420123106993012**

**Pembimbing II**

**(Ns. Dia Resti DND, M.Kep)**

**NIK: 1420108028611071**

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang**

**(Ns. Mera Delima, M.Kep)**

**NIK: 1420101107296019**



**HALAMAN PENGESAHAN**

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN  
ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POSTVITREKTOMY DI  
RSUD DR ACHMAD MOCHITAR BUKITTINGGI  
TAHUN 2020**

**Oleh :**

**DESNA NATARIA BR MANIK, S.Kep**

**NIM : 1914901715**

**Pada :**

**HARI/TANGGAL : SENIN, 07 September 2020**

**PUKUL : 10.00-11:30 WIB**

**Dan yang bersangkutan dinyatakan**

**LULUS**

**Tim Penguji :**

**Penguji I : Ns. Mera Delima, M.Kep**

**Penguji II : Ns. Endra Amalia, M.Kep**

  
.....  
  
.....

**Mengetahui,**

**Ketua Prodi Profesi Ners  
STIKes Perintis Padang**

**(Ns. Mera Delima, M.Kep)**

**NIK: 1420101107296019**



**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**Karya Ilmiah Akhir Ners, September 2020**

**DESNA NATARIA BR MANIK**

**1914901715**

**PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST VITREKTOMY DI RSUD Dr. ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2020**

**xv + V BAB + 86 Halaman + 5 tabel + 1 gambar + 3 lampiran**

### **ABSTRAK**

Kekeruhan vitreus adalah perubahan struktur vitreus dari transparan menjadi struktur yang tidak transparan dan menyebabkan timbulnya gejala seperti gambaran benang-benang, jaring laba-laba, objek-objek serupa piring-piring kecil atau sebuah cincin tembus pandang yang tampak di lapangan penglihatan seseorang. Vitrektomi merupakan operasi pengangkatan vitreus pada mata sehingga retina dapat dioperasi dan penglihatan dapat diperbaiki. Perawatan pasca operasi yang dapat dilakukan yaitu dengan mengganti verban mata pasien dan memberikan obat tetes mata. Tujuan dari karya ilmiah akhir ners adalah mampu menerapkan perawatan luka dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada post vitrektomy Di ruangan Mata RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. Metode yang digunakan dalam penulisan ini adalah studi kasus dengan pemberian intervensi perawatan luka dalam asuhan keperawatan post operasi, intervensi dilakukan selama tiga hari. Hasil analisis kasus pada pasien masalah resiko infeksi tidak terjadi dengan pemberian perawatan luka yang telah diberikan. Hasil karya ilmiah ini dapat menjadikan masukan bagi perawat untuk dapat melibatkan keluarga sehingga keluarga mampu memberikan perawatan yang tepat pada pasien saat dirumah.

**Kata Kunci : Kekeruhan *Vitreus*, Perawatan Luka Post Operasi**

**Kepustakaan : 22 (2002-2018)**

**NERS PROFESSIONAL STUDY PROGRAM**

**INSTITUTE OF HEALTH SCIENCE PERINTIS PADANG**

**The Final Scientific Work, September 2020**

**DESNA NATARIA BR MANIK**

**1914901715**

**THE APPLICATION OF NURSING CARE GAVE NURSING CARE POST  
VITREKTOMY PATIENT AT RSUD DR. ACHMAD MOCHTAR  
BUKITTINGGI 2020**

**xv + V chapters + 86 page + 5 table + 1 picture + 3attachment**

### **ABSTRACT**

Vitreous turbidity is a change in the structure of the vitreous from transparent to non-transparent and causes symptoms such as the appearance of threads, spider webs, objects like small plates or a transparent ring visible in one's field of vision. Vitrectomy is the surgical removal of the vitreous in the eye so that the retina can be operated on and vision can be improved. Postoperative care that can be done is by changing the patient's eye bandage and giving eye drops. The goal of nurses' final scientific work is to be able to apply wound care in providing nursing care to post vitrectomy in the eye room of Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi. The method used in this paper is a case study with the provision of wound care interventions in postoperative nursing care, the intervention is carried out for three days. The results of case analysis in patients with risk of infection did not occur with the given wound care. The results of this scientific work can provide input for nurses to be able to involve the family so that the family is able to provide proper care to patients at home.

**Keywords** : *Vitreus* saturation, Postoperative Wound Care

**Literature** : 22 (2002-2018)

## **DAFTAR RIWAYAT HIDUP**

### **I. IDENTITAS**

Nama lengkap : Desna Nataria Br Manik

Nomor induk mahasiswa : 1914901715

Tempat tanggal lahir : Bumi Rejo, 23 Desember 1998

Agama : Islam

Jenis kelamin : Perempuan

Nama orang tua

Ayah : Samudin Manik

Ibu : Samini B

Alamat: Komp. Handayani Blok H.5 No.14, Kel. Sukajadi, Kec. Talang  
Kelapa, Sumatera Selatan

### **II. RIWAYAT PENDIDIKAN**

1. SD N 6 Sukajadi Tahun 2009
2. SMP Sandika Sukajadi Tahun 2012
3. SMA NEGERI 21 Palembang Tahun 2015
4. STIK Siti Khadijah Palembang Tahun 2019
5. Program Profesi Ners Stikes Perintis Padang 2019-2020



## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

Puji syukur Penulis ucapkan kehadiran Allah SWT, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya Penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini yang berjudul "**Penerapan Perawatan Luka Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pasien Post Vitrektomy Di Rsud Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020**". Salawat beriring salam juga penulis aturkan untuk nabi Muhammad SAW.

Dalam menyusun Karya Ilmiah Akhir Ners ini penulis banyak mendapat bimbingan, dukungan dan bantuan dari berbagai pihak, sehingga Karya Ilmiah Akhir Ners ini dapat diselesaikan. Pada kesempatan ini dengan ketulusan hati perkenakan penulis mengucapkan terima kasih kepada :

1. Bapak Yendrizal Jafri, SKp, M.Biomed, selaku Ketua STIKes Perintis Padang.
2. Ibu Ns. Mera Delima, M.Kep, selaku Ketua Prodi Pendidikan Profesi Ners STIKes Perintis Padang dan Selaku Penguji I terimakasih atas masukan dan saran yang telah diberikan untuk penulis.
3. Ibu Ns.Endra Amalia, M.Kep, selaku pembimbing I dan selaku penguji II yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini.
4. Ibu Ns. Dia Resti DND, M.Kep, selaku pembimbing II yang telah ikhlas meluangkan waktu dan memberikan arahan serta masukan untuk penulis sehingga dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir Ners (KIA-N) ini.
5. Seluruh staf dan dosen pengajar di Program Studi Profesi Ners yang telah banyak memberikan ilmu yang bermanfaat kepada penulis selama perkuliahan.
6. Teristimewa ucapan terimakasih yang sebesar-besarnya kepada orang tua tercinta Bapak, Mamak, yang telah memeberikan kasih sayang, doa, dan juga nasehat kepada saya dalam menuntut ilmu, dan untuk kakak beserta

keluarga yang tiada henti mendoakan dan memberikan motivasi serta dukungan dalam setiap langkah penulis.

7. Terimakasih Rekan-rekan seperjuangan seangkatan 2019 program Studi Profesi Ners STIKes Perintis Padang.
8. Dan kepada sahabatku Nadia, Ica terimakasih untuk dukungan yang selama ini kalian berikan, terkhusus sahabatku almh.Hersianda semoga engkau diberikan tempat yang paling indah di surga, Amin

Semoga kebaikan dan pertolongan yang telah di berikan kepada penulis mendapatkan berkah dari Allah SWT. Akhir kata penulis mohon maaf apabila masih terdapat kekurangan dalam penyusunan Karya Ilmiah Akhir Ners ini, karena masih jauh dari kesempurnaan sehingga penulis mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan Karya Ilmiah Akhir Ners ini. Semoga ini dapat bermanfaat bagi semua pihak yang memerlukan dan berguna untuk pengembangan ilmu pengetahuan dikemudian hari, khususnya di bidang kesehatan.

Wassalammualaikum Warahmatullahi wabarakatuh

Bukittinggi, 7 September 2020

Penulis

# DAFTAR ISI

	Halaman
<b>HARD COVER</b> .....	<b>i</b>
<b>COVER KERTAS BERWARNA</b> .....	<b>ii</b>
<b>LEMBAR ORISINALITAS/BEBAS PLAGIARISME</b> .....	<b>iii</b>
<b>HALAMAN PERSETUJUAN</b> .....	<b>iv</b>
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b> .....	<b>v</b>
<b>ABSTRAK BAHASA INDONESIA</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT BAHASA INGGRIS</b> .....	<b>vii</b>
<b>DAFTAR RIWAYAT HIDUP</b> .....	<b>viii</b>
<b>KATA PENGANTAR</b> .....	<b>ix</b>
<b>DAFTAR ISI</b> .....	<b>xi</b>
<b>DAFTAR TABEL</b> .....	<b>xiii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR</b> .....	<b>xiv</b>
<b>DAFTAR LAMPIRAN</b> .....	<b>xv</b>

## **BAB I PENDAHULUAN**

1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan Penulisan	
1.3.1 Tujuan Umum.....	3
1.3.2 Tujuan Khusus .....	3
1.4 Manfaat Penulisan	
1.4.1 Bagi Rumah Sakit .....	4
1.4.2 Bagi Perawat.....	4
1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan.....	4
1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga.....	5
1.4.5 Bagi Mahasiswa .....	5

## **BAB II TINJAUAN PUSTAKA**

2.1 Konsep Dasar	
2.1.1 Konsep Sistem Penglihatan (Mata).....	6
2.1.2 Konsep Vitreus.....	8
2.1.2.1 Definisi .....	8
2.1.2.2 Anatomi .....	8
2.1.2.3 Etiologi .....	10
2.1.2.4 Klasifikasi .....	12
2.1.2.5 Manifestasi Klinis.....	12
2.1.2.6 Patofisiologi .....	13
2.1.2.7 WOC.....	15
2.1.2.8 Pemeriksaan Penunjang .....	16
2.1.2.9 Penatalaksanaan .....	16
2.1.3 Perawatan Post Operasi .....	18
2.2 Asuhan Keperawatan.....	20
2.2.1 Pengkajian .....	20
2.2.2 Diagnosa Keperawatan.....	22
2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	23

2.2.4	Implementasi Keperawatan .....	39
2.2.5	Evaluasi Keperawatan .....	39

### **BAB III LAPORAN KASUS**

3.1	Data Umum .....	40
3.1.1	Pengkajian .....	40
3.1.2	Data fokus.....	50
3.1.3	Analisa data .....	51
3.1.4	Diagnosa Keperawatan.....	52
3.1.5	Intervensi Keperawatan .....	53
3.1.6	Implementasi dan evaluasi keperawatan .....	62

### **BAB IV PEMBAHASAN**

4.1	Pengkajian .....	76
4.2	Diagnosa Keperawatan.....	77
4.3	Intervensi Keperawatan.....	79
4.4	Implementasi Keperawatan .....	81
4.5	Evaluasi Keperawatan.....	83

### **BAB V PENUTUP**

5.1	Kesimpulan.....	85
5.2	Saran.....	85

### **DAFTAR PUSTAKA**

### **LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

Tabel	2.2.3 Intervensi Keperawatan .....	23
Tabel	3.1.2 Data Fokus .....	50
Table	3.1.3 Analisa Data .....	51
Tabel	3.1.5 Intervensi Keperawatan .....	53
Tabel	3.1.6 Implementasi dan Evaluasi .....	62

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 2.1	: Anatomi Vitreous.....	8
------------	-------------------------	---

## **DAFTAR LAMPIRAN**

Lampiran 1 : Sop (Standar Operasional Prosedur)

Lampiran 2 : Lembar Konsultasi

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 LATAR BELAKANG**

Mata adalah alat indra penglihatan dibentuk untuk menerima rangsangan, berkas-berkas cahaya pada retina dengan perantara mengalihkan rangsangan ini kepusat penglihatan pada otak. bagian mata berfungsi memfokuskan rangsangan cahaya ke retina adalah lensa (Wijaya dan Putri, 2013).

Menurut laporan WHO (2012) dalam 285 juta penduduk dunia mengalami gangguan penglihatan dimana 39 juta di antaranya mengalami kebutaan dan 246 juta penduduk mengalami penurunan penglihatan (low vision). 98% kejadian gangguan penglihatan terjadi di negara berkembang. Secara umum, kelainan refraksi yang tidak dapat dikoreksi (rabun jauh, rabun dekat, dan astigmatisme) merupakan penyebab utama gangguan penglihatan, sedangkan katarak merupakan penyebab utama kebutaan di negara berpendapatan sedang dan rendah.

Gangguan penglihatan dan kebutaan di Indonesia masih menjadi masalah kesehatan masyarakat dengan prevalensi kebutaan yang tinggi pada usia lanjut yang sebagian besar disebabkan oleh katarak, Prevalensi kebutaan pada usia 55-64 tahun sebesar 1,1%, usia 65-74 tahun sebesar 3,5% dan usia 75 tahun ke atas sebesar 8,4% (Kemenkes, 2014).

Sedangkan Prevalensi kelainan pada retina di Indonesia mencapai angka 0,13% dan merupakan penyebab kebutaan ke empat setelah katarak (0,78%), glaucoma (0,20%), kelainan refraksi (0,14%), dan penyebab lainnya (0,10%).



Hal ini diketahui berdasarkan Survei Kesehatan Indra Penglihatan dan Pendengaran tahun 1993 -1996(Rohamonangan, dkk 2016).

Salah satu tindakan yang dapat dilakukan untuk mengatasi gangguan penglihatan adalah pembedahan atau operasi, salah satu pembedahan yang dapat dilakukan yaitu dengan vitrektomi. vitrektomi merupakan operasi pengangkatan vitreus pada mata sehingga retina dapat dioperasi dan penglihatan dapat diperbaiki, Vitrektomi dikerjakan antara lain pada ablasio retina (retinal detachment), mengkerutnya makula (macular pucker), retinopati diabetik (diabetic retinopathy), infeksi bola mata (endophthalmitis), trauma mata (benturan atau luka pada bola mata), kekeruhan vitreus, lubang makula (macular hole), dislokasi lensa intraokuler atau katarak, branch retinal vein occlusion (BRVO) atau sumbatan cabang vena sentralis retina, dan perdarahan di bawah makula retina(Rohamonangan, dkk 2016).

Menurut Ilyas (2008) Perawatan pasca operasi dapat dilakukan dengan mengganti verban mata pasien, memberikan obat tetes mata, jangan membasahi mata atau verban, jangan menyentuh atau menggosok mata dengan tangan, jangan membungkuk badan, rukuk, sujud dan jangan berbaring ke arah sisi mata yang baru dioperasi setelah pulang dari rumah sakit. Jika hal tersebut tidak dilakukan maka sangat beresiko akan terjadinya infeksi pada mata yang telah dilakukan operasi.

Prosedur perawatan luka yang tepat akan mempercepat penyembuhan luka operasi dan mencegah terjadinya komplikasi karena perawatan luka post

operasi yang tidak tepat seperti terjadinya oedema, hematoma, perdarahan sekunder dan luka robek (Fridawaty dalam Rahman, dkk 2018).

Berdasarkan laporan catatan registrasi perawat di ruangan mata RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi tahun 2019 terdapat 378 pasien yang mengalami tindakan pembedahan atau operasi dan berdasarkan pengalaman dinas mahasiswa masih ada pasien maupun keluarga yang belum mengetahui cara melakukan perawatan luka pada pasien post operasi mata.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Rumusan masalah pada karya ilmiah ini adalah “Bagaimanakah penerapan perawatan luka dalam memberikan Asuhan Keperawatan pasien post vitrektomy di RSUD Dr Achmad Mochtar Bukittinggi”

## **1.3 Tujuan Penulisan**

### **1.3.1 Tujuan Umum**

Mampu menerapkan perawatan luka post vitrektomy dalam memberikan Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Sensori Visual : Kekeruhan *Vitreus* Diruangan Mata RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi.

### **1.3.2 Tujuan Khusus**

- a. Mahasiswa mampu memahami konsep teori penyakit kekeruhan *vitreus*.
- b. Mahasiswa mampu melakukan pengkajian pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.

- c. Mahasiswa mampu merumuskan Diagnosis keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.
- d. Mahasiswa mampu menyusun intervensi keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.
- e. Mahasiswa mampu melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.
- f. Mahasiswa mampu membuat pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada pasien post vitrektomy.

#### **1.4 Manfaat Penulisan**

##### **1.4.1 Bagi Rumah Sakit**

Karya ilmiah ini dapat dijadikan informasi tentang penyakit yang diderita pasien dan bagaimana penanganan kepada pasien atau pun keluarga saat dirumah ataupun dirumah sakit khususnya untuk pasien post vitrektomy.

##### **1.4.2 Bagi Perawat**

Hasil karya ilmiah akhir ners ini dapat memberikan manfaat bagi pelayanan keperawatan dengan memberikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pasien dengan post vitrektomy.

##### **1.4.3 Bagi Institusi Pendidikan**

Dapat memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan dan juga menambah bahan bacaan dalam system pembelajaran.

#### **1.4.4 Bagi Pasien dan Keluarga**

Menambah keterampilan dan pengetahuan tentang perawatan luka post vitrektomy dan mencegah terjadinya infeksi pada luka operasi.

#### **1.4.5 Bagi Mahasiswa**

Mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien post vitrektomy.

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **2.1 Konsep Dasar**

##### **2.1.1 Konsep Sistem Penglihatan (Mata)**

Mata adalah indra penglihatan, mata dibentuk untuk menerima rangsangan berkas-berkas cahaya pada retina, lantas dengan perantaraan serabut-serabut nervus optikus mengalihkan rangsangan ini ke pusat penglihatan pada otak untuk ditafsirkan (Pearce, 2009).

Adapun bagian-bagian dari mata menurut Pearce (2009) adalah sebagai berikut:

1. Kornea

Merupakan bagian depan yang transparan dan bersambung dengan sklera yang putih dan tidak tembus cahaya. Kornea terdiri atas beberapa lapisan. Lapisan tepi adalah epitelium yang berlapis dan bersambung dengan konjungtiva.

2. Bilik anterior (kamera okuli anterior) yang terletak antara kornea dan iris.

3. Iris

Merupakan tirai berwarna di depan lensa yang bersambung dengan selaput koroid. Iris berisi dua kelompok serabut otot tak sadar atau otot polos, kelompok yang satu mengecilkan ukuran pupil, sementara kelompok yang lain melebarkan ukuran pupil.

4. Pupil

Bintik tengah yang berwarna hitam yang merupakan celah dalam iris, tempat cahaya masuk guna mencapai retina.

5. Bilik posterior (kamera okuli posterior) terletak diantara iris dan lensa.

Baik bilik anterior diisi dengan akueus humor.

6. Akeus humor

Cairan berasal dari korpus siliare dan diserap kembali ke dalam aliran darah pada sudut antara iris dan kornea melalui vena halus yang dikenal sebagai saluran schlemm.

7. Lensa

Merupakan sebuah benda transparan bikonveks (cembung depan belakang) yang terdiri atas beberapa lapisan. Lensa terletak persis dibelakang iris. Membran yang dikenal sebagai ligamentum suspensorium terdapat didepan maupun dibelakang lensa yang berfungsi mengaitkan lensa itu pada korpus siliare. Bila ligamentum suspensorium mengendur, lensa mengerut dan menebal, sebaliknya bila ligamen menegang, lensa menjadi gepeng. Mengendurnya lensa dikendalikan kontraksi otot siliare.

8. Vitreus humor

Darah sebelah belakang biji mata, mulai dari lensa hingga retina, diisi cairan penuh albumen berwarna keputih-putihan seperti agar-agar, yaitu vitreus humor. Vitreus humor berfungsi untuk memberi bentuk dan kekokohan pada mata serta mempertahankan hubungan antara retina dan selaput koroid dan sklerotik.

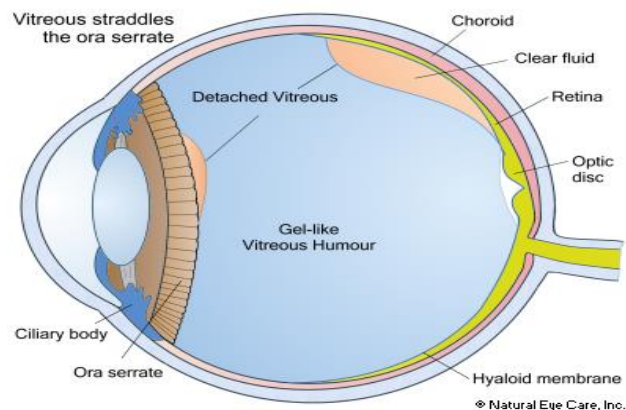
## 2.1.2 Konsep Vitreus

### 2.1.2.1 Definisi

Vitreus merupakan struktur transparan, segala bentuk struktur yang menyebabkan vitreus tidak lagi transparan akan menimbulkan kekeruhan pada vitreus yang berakibat timbulnya gejala kekeruhan. Obscura Corpus Vitreous/Vitreous opacity/ kekeruhan vitreus adalah perubahan struktur vitreus dari transparan menjadi struktur yang tidak transparan dan menyebabkan timbulnya gejala seperti gambaran benang-benang, jaring laba-laba, objek-objek serupa piring-piring kecil atau sebuah cincin tembus pandang yang tampak di lapangan penglihatan seseorang (Khurana, 2007).

### 2.1.2.2 Anatomi

Menurut Vughan dan Absury(2009) anatomi dari vitreus adalah sebagai berikut:



Gambar 2.1

Vitreus mengisi ruang antara lensa dan retina, dan terdiri atas matriks serat kolagen tiga-dimensi dan gel asam hialuronat, 98% dari vitreus tersusun atas air, Permukaan luar vitreus, dikenal sebagai

korteks berkontak dengan lensa (korteks vitreus anterior) dan memiliki daya lekat yang berbeda ke permukaan retina (korteks vitreus posterior)

Proses penuaan, perdarahan, peradangan, trauma, miopia, dan proses-proses yang lain sering menyebabkan kontraksi matriks kolagen vitreus, Kemudian korteks vitreus posterior memisahkan diri dari retina pada daerah yang perlekatannya lemah dan dapat menimbulkan traksi pada daerah-daerah yang perlekatannya lebih kuat. Sebenarnya vitreus tidak pernah lepas dari basisnya. Vitreus melekat juga pada nervus opticus dan dengan keeratitan yang kurang, pada makula dan pembuluh-pembuluh retina. Perlekatan ke daerah makula adalah suatu faktor yang bermakna dalam patogenesis membran epimakula dan lubang macula.

Sebelumnya dipelajari bahwa vitreus membentuk kavitas dari suatu proses yang dikenal sebagai sineresis dan pada akhirnya menimbulkan "kolaps" vitreus. Sekarang diyakini bahwa faktor utamanya adalah perubahan pada kolagen dan lepasnya sebagian perlekatan retina, dan bukan pembentukan kavitas. Walaupun vitreus dapat berpindah ke interior saat memisah dari retina, proses ini menghasilkan gaya yang lebih kecil pada zona-zona perlekatan vitreoretina dibandingkan dengan gaya traksi yang dihasilkan oleh pergerakan mata sakadik. Gaya dinamik, yang terinduksi oleh gerak sakadik, berperan penting dalam perkembangan robekan retina, kerusakan permukaan retina, dan perdarahan dari pembuluh-



pembuluh yang robek. Kontraksi vitreus lebih lanjut akibat invasi epitel pigmen retina, sel glia, atau sel radang dapat menimbulkan traksi statik yang cukup kuat untuk melepaskan retina tanpa disertai robekan retina.

Sebelum bedah vitreoretina, traksi pada retina diduga disebabkan oleh "pita-pita" vitreus, dan begitu banyak upaya yang tidak menghasilkan telah dilakukan untuk memotong pita-pita ini dengan gunting. Gambaran yang diperlihatkan oleh sistem endoiluminasi vitreoretina telah menambah pengetahuan anatomi kita dan melihat bahwa pita-pita ini berbatasan langsung dengan korteks vitreus posterior tembus pandang yang juga berperan pada banyak traksi (Vaughan dan Absury, 2009).

### **2.1.2.3 Etiologi**

Menurut (Khurana, 2007) Berikut ini adalah beberapa kondisi yang sering menyebabkan timbulnya kekeruhan vitreus :

➤ **Muscae Volitantes**

Ini adalah suatu keadaan fisiologi opasitas dan merupakan residu dari hyaloid primitive pembuluh darah. Pandangan pasien seperti titik halus dan filament, yang sering hanyut kedalam dan keluar dari lapangan visual, dengan latar belakang cerah.

➤ **Persistent hyperplastic primary vitreous (PHPV)**

Ini merupakan hasil dari gagalnya struktur vitreous primer untuk mengurangi hubungan dengan hypoplasia dari bagian posterior

vascular, Yang secara klinis ditandai dengan refleks pupil berwarna putih(leucocoria) terlihat segera setelah lahir.

➤ Inflammatory vitreous opacities

Terdiri dari eksudat yang dialirkan ke vitreous pada pasien dengan anterior uveitis, pars planitis, uveitis posterior, pan uveitis, dan endophtalmitis.

➤ Vitreous aggregates and condensation with liquefaction

Merupakan penyebab utama kekeruhan vitreus. Terjadi kondensasi jaringan kolagen saraf akibat degenerasi vitreus karena usia tua, pasca trauma, myopia atau pasca inflamasi.

➤ Amyloid degeneration

Ini merupakan kondisi yang jarang dimana terjadi penumpukan material amyloid di vitreus pada amyloidosis.

➤ Asteroid hyalosis

Ditandai dengan badan kecil, putih dan bulat tersuspensi yang mengelilingi gel vitreus, yang merupakan akumulasi kalsium yang mengandung kalsium lipid, terjadi secara sepihak di mata pasien yang lebih tua.

➤ Synchysis scintillans

Merupakan suatu kondisi yang ditandai dengan adanya kristal kolesterol kecil berwarna putih kekuningan dalam cairan vitreus. Dalam kondisi ini vitreus menjadi cair dan Kristal-kristal tenggelam ke bawah. Fenomena ini muncul sebagai pancuran yang indah berupa hujan emas pada pemeriksaan ophtalmoskop

Kondisi tersebut terjadi pada mata yang rusak, dapat terjadi pada usia berapa pun. Kondisi ini umumnya tanpa gejala dan tidak bisa diobati.

➤ Red cells opacities

Disebabkan perdarahan kecil atau massif pada vitreus.

➤ Tumor cells opacities

Terlihat seperti gambaran opak yang mengapung pada beberapa pasien dengan retinoblastoma dan sarcoma sel reticulum.

#### **2.1.2.4 Klasifikasi**

Kekeruhan vitreus yang diklasifikasikan oleh (Eye, 2008) menjadi dua kelas utama yaitu :

1. Konginetal
2. Didapat

Dengan kemajuan dalam teknik diagnostik dan laboratorium, pemahaman tentang etiologi kekeruhan vitreous yang didapat telah meningkat, sehingga klasifikasi ini perlu direvisi. Penyebab opasitas vitreous yang didapat dapat dikategorikan sebagai genetik, inflamasi non infeksi, inflamasi infeksius, inflamasi iatrogenik, degeneratif, trauma, neoplastik dan idiopatik.

#### **2.1.2.5 Manifestasi klinis**

Manifestasi klinis yang paling sering terjadi menurut (Riordan, dkk 2017) adalah :

- Kekeruhan

Kekeruhan dapat digambarkan sebagai benang-benang, jaring laba-laba, objek serupa piring kecil atau sebuah cincin tembus pandang. Sebanyak 70% populasi mengeluhkan gejala ini.

- Fotopsia

Kilatan cahaya, lebih baik disebut "fotopsia," disebabkan oleh rangsangan mekanis retina, biasanya dari cairan vitreus yang memisahkan diri dari retina. Setiap pasien dengan Fotopsia yang baru timbul harus dilakukan pemeriksaan retinal yang tepat dan cermat.

#### **2.1.2.6 Patofisiologi**

Menurut Vaughan dan Abury (2009) patofisiologi dari vitreus adalah :

Vitreus mengisi ruang antara lensa dan retina dan terdiri atas matriks serat kolagen tiga-dimensi dan gel asam hialuronat. Permukaan luar vitreus memiliki daya rekat yang berbeda-beda ke permukaan retina.

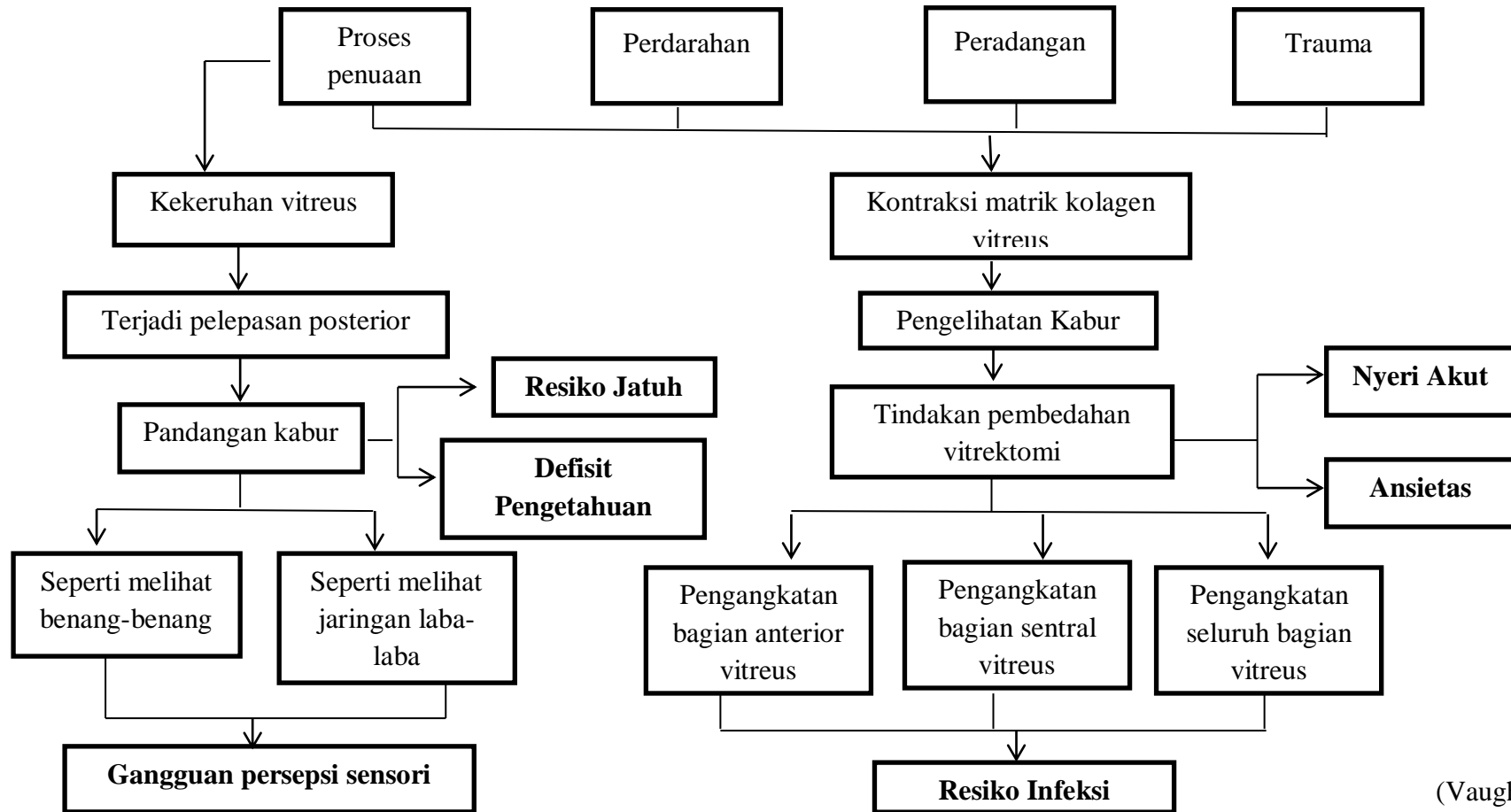
Proses penuaan, peradangan, perdarahan, miopia, trauma dan proses-proses lain sering menyebabkan kontraksi matriks kolagen vitreus. Sebagian besar kekeruhan terjadi oleh karena proses penuaan. Proses penuaan ini mengakibatkan vitreus mengalami sineresis yaitu proses terbentuknya kavitas oleh vitreus yang pada akhirnya menimbulkan kolaps vitreus, *opacification* yaitu terjadinya kekeruhan pada vitreus yang awalnya jernih dan merupakan suatu proses alami dan penyusutan dari vitreus. Hal ini mengakibatkan terdorongnya vitreus dari dinding bola mata dimana tempatnya menempel dengan retina,

sehingga terjadi pelepasan vitreus dari retina yang di sebut pelepasan vitreus posterior atau *Posterior Vitreous Detachment (PVD)* dan pada sebagian besar orang yang berusia antara 40-70 tahun ini merupakan kejadian yang biasa terjadi.

Posterior Vitreous Detachment (PVD) merupakan penyebab utama terjadinya *kekeruhan*. Pelepasan ini menyebabkan sedikit perdarahan dari pembuluh darah retina yang akan menyebabkan *kekeruhan*. *Kekeruhan* juga dapat muncul pada infeksi mata, cedera mata dan bila adanya protein atau material lain yang terperangkap di dalam mata maupun yang terbentuk di dalam vitreus.

*Posterior Vitreous Detachment (PVD)* juga menyebabkan rangsangan mekanis pada retina, biasanya terjadi setelah pemisahan vitreus dari retina dan menimbulkan kilatan cahaya yang juga disebut fotopsia. Skotoma bilateral berkilau, seperti-kilat, bergerigi yang terjadi sekunder pada migrain (lima puluh persen tidak disertai dengan sakit kepala) sering disalah artikan dengan fotopsia. Sebagian besar pasien yang vitreus posteriornya terlepas akan mengalami kilatan sinar, terutama saat melakukan gerakan sakadik, sampai pemisahannya sempurna.

### 2.1.2.7 WOC



(Vaughan, 2009)

### **2.1.2.8 Pemeriksaan Penunjang**

Pemeriksaan yang lebih lanjut menggunakan alat-alat penunjang seperti:

- Pemeriksaan dengan oftalmoskop
- Pemeriksaan dengan slitlamp
- Ultrasonografi B-Scan

Merupakan alat diagnostic dan prognostic penting yang digunakan pada banyak kelainan segmen posterior yang berkaitan dengan kekeruhan korpus vitreus. Mata dengan vitreus keruh dapat dilakukan tindakan vitrektomi, evaluasi ultrasonic membantu dalam mendiagnosa penyebab patologi, waktu yang tepat untuk dilakukan operasi, pengoptimalan penggunaa alat-alat vitrektomi dan memprediksi kualitas penglihatan pasien pasca operasi (Vaughan dan Abury 2009).

### **2.1.2.9 Penatalaksanaan**

Kekeruhan di mata adalah tidak berbahaya dan hanya mengganggu penglihatan. Kebanyakan akan hilang dengan sendirinya dan menjadi kurang mengganggu. Bila kekeruhan tersebut benar-benar menghalangi penglihatan, dokter akan menganjurkan dilakukan tindakan operasi. Cara yang dapat dilakukan untuk membersihkan vitreus dari bintik-bintik dan jaringan-jaringan adalah dengan mengangkat substansi gel dari mata melalui prosedur vitrektomi (Khurana, 2007).

Adapun tindakan Vitrektomi dibagi atas 3 tipe :

### 1. Anterior vitrektomi

Vitrektomi anterior merupakan bagian dari pengangkatan membran pupilpasien yang biasanya disebabkan oleh trauma.

### 2. Core vitrektomi

penghapusan sebagian besar vitreous yang diindikasikan dalam endophthalmitis.

### 3. Subtotal dan total vitrektomi

Pengangkatan seluruh bagian vitreus

Terdapat 2 teknik vitrektomi yaitu :

#### 1. Open-sky vitrektomi

Teknik ini dipakai untuk anterior vitrektomi. Adapun indikasi teknik ini adalah :

- kehilangan vitreous sewaktu ekstraksi katarak
- aphakic keratoplasty
- rekonstruksi ruang anterior pasca trauma yang menyebabkan hilangnya vitreus
- pemindahan lensa yang dislokasi

#### 2. Closed vitrektomi

Teknik ini dipakai untuk core, subtotal dan total vitrektomi.

Adapun indikasi teknik ini :

- endophthalmitis disertai abses vitreus
- perdarahan vitreus
- proliferative diabetes retinopati
- komplikasi pelepasan retina



- pemindahan benda asing di intraocular
- hyperplasia vitreus primer yang persisten
- pemindahan lensa intraocular dari ruang vitreus

### **2.1.3 Perawatan Post Operasi**

Selama periode pasca operasi proses keperawatan diarahkan pada menstabilkan kembali equilibrium fisiologi klien, menghilangkan nyeri, dan pencegahan nyeri. Pengkajian dan intervensi membantu klien mengembalikan pada fungsi optimal dengan cepat, aman, dan nyaman (Potter & Perry, 2007).

Menurut Smeltzer & Bare (2013), terdapat beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam perawatan pasca operasi antara lain :

#### **a. Pembatasan aktivitas**

##### **1) Aktivitas yang diperbolehkan meliputi:**

- a) Membaca atau menonton televisi tetapi jangan terlalu lama.
- b) Memakai penutup mata seperti yang dianjurkan.
- c) Melakukan pekerjaan hanya pekerjaan tidak berat.
- d) Bila memakai sepatu jangan membungkuk tetapi angkat kaki ke atas.
- e) Aktivitas dengan duduk.
- f) Ketika tidur telentang atau miring dan memakai pelindung mata.
- g) Berlutut dan jongkok saat mengambil sesuatu di lantai

##### **2) Aktivitas yang tidak diperbolehkan meliputi:**

- a) Tidur pada sisi yang sakit
- b) Menggosok mata

- c) Menekan kelopak untuk menutup
- d) Mengejan kuat saat defekasi
- e) Membungkuk hingga kepala menghadap ke arah bawah
- f) Mengangkat beban lebih dari tujuh Kg
- g) Mengosok gigi pada minggu pertama, cukup mencuci mulut saja
- h) Batuk dan bersin kuat
- i) menundukkan kepala hingga bawah pinggang
- j) Berhubungan seksual pada minggu pertama
- k) memakai sabun mendekati mata
- l) menggerakkan kepala mendadak

b. Perawatan mata dan Pemberian obat

1. Membersihkan sekitar mata dengan bola kapas steril atau kasa yang dibasahi dengan air steril atau larutan salin normal.
2. Membersihkan daerah sekitar mata dengan cara menyapu/mengusap dengan lembut dari sudut dalam ke luar.
3. Menggunakan obat sesuai aturan.
4. Cuci tangan sebelum dan sesudah menggunakan obat.
5. Untuk meneteskan obat mata, pasien dalam posisi duduk dan kepala condong ke belakang, dengan lembut tarik ke bawah batas kelopak mata bawah.
6. Pada malam hari menggunakan perisai mata dan siang hari menggunakan kacamata.
7. Menggunakan obat sesuai indikasi sehingga dosis dapat dinilai dan disesuaikan oleh petugas kesehatan pada saat kunjungan.

8. Melakukan kunjungan atau kontrol rutin.
- c. Melaporkan tanda dan gejala
1. Nyeri di sekitar mata, nyeri kepala menetap.
  2. Setiap nyeri yang tak berkurang dengan obat pengurang nyeri.
  3. Mata memerah, bengkak, atau keluar cairan.
  4. Inflamasi.
  5. Nyeri dahi dengan onset mendadak.
  6. Perubahan ketajaman penglihatan, kabur, pandangan ganda, selaput pada lapang penglihatan, kilatan cahaya, percikan, atau bintik di depan mata

## **2.2 Asuhan Keperawatan**

### **2.2.1 Pengkajian**

Pengkajian pada pasien dengan katarak menurut Bachrudin (2016) meliputi :

1. Identitas dan keterangan lain

Pasien dengan katarak konginetal biasanya sudah terlihat pada usia di bawah satu tahun, sedangkan pada pasien dengan katarak juvenile terjadi pada usia <40 tahun, pasien dengan katarak presenil terjadi pada usia 30-40 tahun, dan pasien dengan katarak senilis terjadi pada usia > 40 tahun.

2. Riwayat penyakit sekarang

Merupakan penjelasan dari keluhan utama. Misalnya hal yang sering terjadi pada pasien dengan katarak adalah penurunan ketajaman penglihatan

3. Riwayat penyakit dahulu

Adanya riwayat penyakit sistemik yang di miliki oleh pasien seperti Diabetus millitus.

4. Pengkajian berdasarkan aktivitas sehari-hari antara lain :

- a. Aktifitas istirahat : Gejala yang terjadi pada aktifitas istirahat yakni perubahan aktifitas biasanya atau hobi yang berhubungan dengan gangguan penglihatan.
- b. Neurosensori : Gejala yang terjadi pada neurosensori adalah gagguan penglihatan kabur, sinar terang menyebabkan silau dengan kehilangan bertahap penglihatan perifer, kesulitan memfokuskan kerja dengan dekat atau merasa di rung gelap. Penglihatan berawan atau kabur, tampak lingkaran cahaya atau pelangi di sekitar sinar, perubahan kaca mata, pengobatan tidak memperbaiki penglihatan, fotophobia (glukoma akut). Gejala ini ditandai dengan mata tampak kecoklatan atau putih susu pada pupil (katarak), pupil menyempit dan merah atau mata keras dan kornea berawan (glukoma berat dan peningkatan air mata).

- c. Nyeri / kenyamanan : Gejalanya yaitu ketidaknyamanan ringan atau mata berair. Nyeri tiba-tiba atau berat menetap atau tekanan pada atau sekitar mata, dan sakit kepala

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Diagnosa keperawatan yang diambil berdasarkan Buku Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia (SDKI) tahun 2016 adalah sebagai berikut :

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan merasakan sesuatu melalui indera penglihatan
2. Ansietas berhubungan dengan Rencana Operasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur
3. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dbuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah
5. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Invasif
6. Resiko Jatuh dibuktikan dengan Gangguan Penglihatan

**Tabel 2.2.3**  
**Intervensi Keperawatan**

Berdasarkan SDKI, SLKI dan SIKI

Diagnosa Keperawatan (SDKI)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi Keperawatan (SIKI)
Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan merasakan sesuatu melalui indera penglihatan	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2x24 jam, maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil : - Ketajaman pengelihatn meningkat - Verbalisasi melihat bayangan menurun	<p>1. Minimalisasi Rangsangan</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang)</li> <li>- Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas)</li> <li>- Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat</li> <li>- Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan)</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi dalam meminimalkan</li> </ul>

- 
- prosedur/tindakan
- Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

## 2. Manajemen delirium

### Observasi :

- Identifikasi faktor resiko delirium (missal usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan pengelihat/pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, infeksi, hipo/hipertermia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stress)
- Identifikasi tipe delirium (missal hipoaktif, hiperaktif, campuran)
- Monitor status neurologis dan tingkat delirium

### Terapeutik

- Berikan pencahayaan yang baik
  - Sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca
  - Hindari stimulus sensorik berlebihan (missal televisi, pengumuman interkom)
  - Lakukan pengeangan fisik, sesuai indikasi
  - Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya
  - Batasi pembuatan keputusan
  - Hindari memvalidasi mispersepsi atau interpretasi realita yang tidak akurat (missal halusinasi, waham)
-

<p>Ansietas berhubungan dengan Rencana Operasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi selama 1 x 24 jam maka tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku tegang menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan dan tidak argumentative</li> <li>- Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal</li> <li>- Lakukan reorientasi</li> <li>- Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten</li> <li>- Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi dan meningkatkan perilaku yang sesuai (missal tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan)</li> <li>- Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu</li> <li>- Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (missal kaca mata, alat bantu dengar dan gigi palsu)</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi, jika perlu</li> </ul> <p>1. Reduksi Ansietas</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (missal kondisi, waktu, stressor)</li> </ul>
---	---	--



---

kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur

- konsentrasi membaik
- perilaku gelisah menurun

- Identifikasi kemampuan mengambil keputusan
- Monitor tanda-tanda ansietas (verbal dan non verbal)

#### Teraupetik

- Ciptakan suasana teraupetik untuk menumbuhkan kepercayaan
- Temani pasien untuk mengenal kecemasan, jika memungkinkan
- Pahami situasi yang membuat ansietas
- Dengarkan dengan penuh perhatian
- Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan
- Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan
- Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang

#### Edukasi

- Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang akan dialami
  - Informasikan secara factual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
  - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
  - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak
-

- 
- kompetitif, sesuai kebutuhan
  - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
  - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
  - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
  - Latih teknik relaksasi

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat antiansietas, jika perlu

#### 2. Terapi Relaksasi

##### Observasi

- Identifikasi penurunan tingkat energi, ketidakmampuan berkonsentrasi, atau gejala lain yang mengganggu kemampuan kognitif
- Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
- Identifikasi kesediaan, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
- Periksa ketegangan otot, frekuensi nadi, tekanan darah, dan suhu sebelum dan sesudah latihan
- Monitor respons terhadap terapi relaksasi

##### Terapeutik

- Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan
-

		<p>dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, jika memungkinkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi</li> <li>- Gunakan pakaian longgar</li> <li>- Gunakan nada suara lembut dengan irama lambat dan berirama</li> <li>- Gunakan relaksasi sebagai strategi penunjang dengan analgetik atau tindakan medis lain, jika sesuai</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan, manfaat, batasan, dan jenis relaksasi yang tersedia (mis. musik, meditasi, napas dalam, relaksasi otot progresif)</li> <li>- Jelaskan secara rinci intervensi relaksasi yang dipilih</li> <li>- Anjurkan mengambil posisi nyaman</li> <li>- Anjurkan rileks dan merasakan sensasi relaksasi</li> <li>- Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih</li> <li>- Demonstrasikan dan latih teknik relaksasi (mis. napas dalam, peregangan, atau imajinasi terbimbing)</li> </ul>
Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik (prosedur operasi)	Setelah dilakukan intervensi selama 2 x 24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :	<p>1. Manajemen nyeri</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi,</li> </ul>

---

dibuktikan dengan mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis berkurang

- frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respons nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)
- Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
-

- 
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

## 2. Pemberian Analgesik

Observasi

- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- Identifikasi riwayat alergi obat
- Identifikasi kesesuaian jenis analgetik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
- Monitor efektifitas analgesic

Teraupetik

- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesis optimal, jika perlu
  - Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
  - Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien
-

---

<p>Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah</p>	<p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat</li> <li>- Perilaku sesuai anjuran meningkat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi</li> </ul> <p>1. Edukasi kesehatan</p> <p>Observasi :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> <li>- Identifikasi faktor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan</li> <li>- Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> <li>- Berikan kesempatan untuk bertanya</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan</li> </ul>
---	--	--

---

---

Resiko dengan Invasif	Infeksi efek prosedur	Setelah dilakukan Intervensi selama 2×24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil : <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bebas dari tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Mampu mencegah timbulnya infeksi</li> <li>- Menunjukkan perilaku hidup sehat</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> <li>- Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat</li> </ul> <p>1. Managemen Imunisasi/Vaksinasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi</li> <li>- Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam)</li> <li>- Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan</li> </ul> <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral</li> <li>- Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa)</li> <li>- Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping</li> <li>- Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. Influenza, polio, campak,</li> </ul>
-----------------------	-----------------------	---	---

---

- 
- measles, rubela)
- Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus)
  - Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus)
  - Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
  - Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

## 2. Pencegahan Infeksi

### Observasi :

- Monitor tanda dan gejala infeksi

### Teraupetik :

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

### Edukasi :

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
-



- 
- Ajarkan etika batuk
  - Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
  - Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
  - Anjurkan meningkatkan asupan cairan

Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian Pemberian imunisasi, jika perlu

3. Perawatan Luka

Observasi

- Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, ukuran, bau)
- Monitor tanda-tanda infeksi

Teraupetik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
  - Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
  - Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
  - Bersihkan jaringan nekrotik
  - Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
  - Pasang balutan sesuai jenis luka
  - Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
  - Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
-

				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien</li> <li>- Berikan diet dengan kalori 30-35kcal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari</li> <li>- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino), sesuai indikasi</li> <li>- Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu</li> </ul> <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul> <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Kolaborasi prosedur debriment (mis, enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu</li> </ul>
Resiko Jatuh dengan Penglihatan	dibuktikan Gangguan	Setelah dilakukan intervensi selama 2x24 jam tingkat jatuh menurun dengan kriteria hasil :	1. Pencegahan Jatuh	Observasi
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jatuh dari tempat tidur menurun</li> <li>- Jatuh saat berdiri menurun</li> <li>- Jatuh saat duduk menurun</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifikasi faktor risiko jatuh (mis. usia &gt;65 tahun, penurunan tingkat kesadaran, defisit kognitif, hipotensi ortostatik, gangguan keseimbangan, gangguan penglihatan, neuropati)</li> <li>- Identifikasi risiko jatuh setidaknya sekali setiap</li> </ul>	

- 
- |  |   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Jatuh saat berjalan menurun</li><li>- Jatuh saat dikamar mandi menurun</li><li>- Jatuh saat membungkuk menurun</li></ul> | <p>shift atau sesuai dengan kebijakan institusi</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin, penerangan kurang)</li><li>- Hitung risiko jatuh dengan menggunakan skala (mis. <i>Fall Morse Scale</i>, <i>Humpty Dumpty Scale</i>), jika perlu</li><li>- Monitor kemampuan berpindah dari tempat tidur ke kursi roda dan sebaliknya</li></ul> |
|--|---|

#### Terapeutik

- Orientasikan ruangan pada pasien dan keluarga
- Pastikan roda tempat tidur dan kursi roda selalu dalam kondisi terkunci
- Pasang handrail tempat tidur
- Atur tempat tidur mekanis pada posisi terendah
- Tempatkan pasien berisiko tinggi jatuh dekat dengan pantauan perawat dari nurse station
- Gunakan alat bantu berjalan (mis. kursi roda, walker)
- Dekatkan bel pemanggil dalam jangkauan pasien

#### Edukasi

- Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan untuk berpindah
  - Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin
  - Anjurkan berkonsentrasi untuk menjaga
-

- 
- keseimbangan tubuh
- Anjurkan melebarkan jarak kedua kaki untuk meningkatkan keseimbangan saat berdiri
  - Anjurkan cara menggunakan bel pemanggil untuk memanggil perawat

## 2. Manajemen Keselamatan

### Observasi

- Identifikasi kebutuhan keselamatan (mis. kondisi fisik, fungsi kognitif dan riwayat perilaku)
- Monitor perubahan status keselamatan lingkungan

### Terapeutik

- Hilangkan bahaya keselamatan lingkungan (mis. fisik, biologi, dan kimia), jika memungkinkan
  - Modifikasi lingkungan untuk meminimalkan bahaya dan risiko
  - Sediakan alat bantu keamanan lingkungan (mis. commode chair dan pegangan tangan)
  - Gunakan perangkat pelindung (mis. pengekangan fisik, rel samping, pintu terkunci, pagar)
  - Hubungi pihak berwenang sesuai masalah komunitas (mis. puskesmas, polisi, damkar)
  - Fasilitasi relokasi ke lingkungan yang aman
  - Lakukan program skrining bahaya lingkungan (mis. timbal)
-

---

Edukasi

- Ajarkan individu, keluarga dan kelompok risiko tinggi bahaya lingkungan
-

#### **2.2.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi ke status kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Daniarti dan Mulyanti, 2017)

#### **2.2.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Daniarti dan Mulyanti, 2017)

## BAB III

### LAPORAN KASUS

#### 3.1 Data Umum

##### 3.1.1 Pengkajian

Tgl Masuk Rumah Sakit : 09 Oktober 2019

Ruangan : Mata

No. Rek. Medis : 52.51.00

Tanggal/Jam Pengkajian : 10 Oktober 2019

Diagnosa Medis : Kekeruhan *Vitreus* Post Operasi Vitrektomy

##### 1. Identitas Pasien

Nama : Tn. S

Umur : 58 tahun

Jenis kelamin : Laki-laki

Agama : Islam

Suku/Bangsa : Minang/Indonesia

Bahasa : Minang (Daerah)

Pendidikan : Sekolah Menengah Pertama (SMP)

Pekerjaan : Petani

Status : Menikah

Alamat : Ambalau, koto tengah

Keluarga yang dapat dihubungi :

Nama : Ny. L

Umur : 23 Tahun

Pekerjaan : Mahasiswi

Hubungan dengan pasien : Anak Kandung

Alamat : Ambalau, koto tengah

A. Alasan masuk

Pasien masuk keruangan mata pada tanggal 9 Oktober 2019 dengan mengatakan mata kanan tiba-tiba kabur, pasien mengatakan seperti ada bintik-bintik kecil setiap pasien melihat sesuatu, pasien mengatakan keluhan ini sudah dirasakan sejak 2 bulan yang lalu.

B. Riwayat kesehatan sekarang

Pasien mengatakan pandangan kabur, saat melihat sesuatu benda, seperti ada bintik-bintik kecil pada benda tersebut, pasien mengatakan masih belum bisa melihat dengan mata kanan nya karena masih diperban dan belum dibuka, pasien mengeluh masih merasakan nyeri pada mata kanan nya setelah di operasi, pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan pada mata nya setelah dioperasi

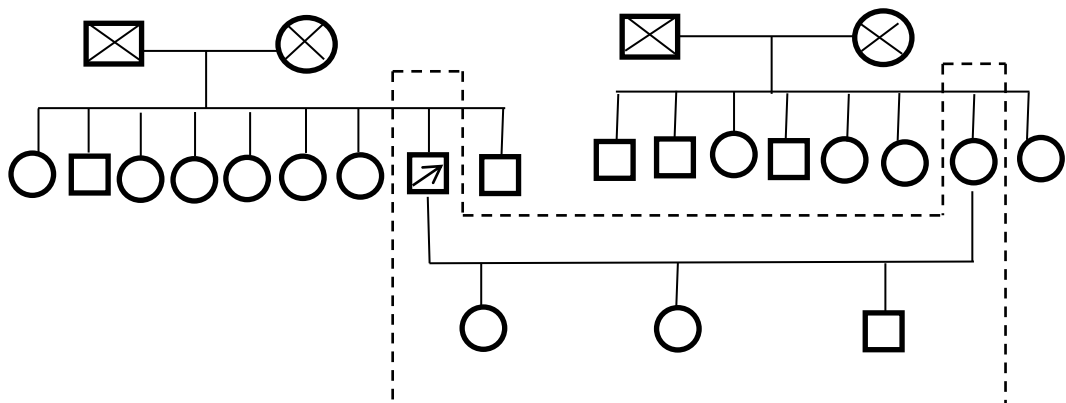
C. Riwayat kesehatan dahulu

Pasien tidak pernah mengalami penyakit ini sebelumnya

D. Riwayat kesehatan keluarga

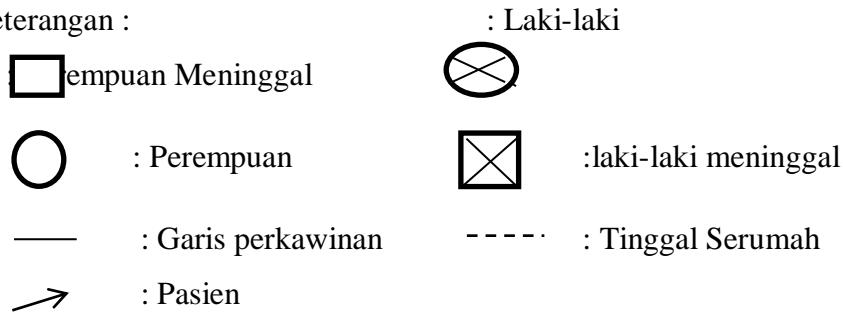
Pasien mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki keluhan seperti nya, pasien juga mengatakan tidak ada keluarga yang memiliki riwayat penyakit hipertensi, Diabetes Militus, dan Jantung.

E. Genogram





Keterangan :



Tn.S merupakan anak kesembilan dari 10 bersaudara, ayah dan ibu Tn.s sudah meninggal, Tn.S Sudah menikah dan memiliki 3 orang anak, dua perempuan dan satu laki-laki, Tn.s tinggal bersama istri dan ketiga orang anak nya.

#### F. Pola persepsi dan penanganan kesehatan

- Penggunaan :

- Tembakau :

Tn.S mengatakan merokok dan menghabiskan  $\frac{1}{2}$  - 1 bungkus rokok dalam sehari

- Alkohol :

Tn.S mengatakan tidak mengkonsumsi alkohol

- Obat lain :

Tn.S tidak mengkonsumsi obat-obatan

- Alergi (obat-obatan, makanan plester, zat warna) :

Tn.S mengatakan tidak memiliki alergi obat atau makanan

- Obat-obatan warung atau tanpa resep dokter :

Tn.S mengatakan pernah membeli obat diwarung untuk mengurangi pegal-pegal

### G. Pola nutrisi dan Cairan

Dirumah	Dirumah Sakit
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frekuensi makan : makan 3x sehari dengan porsi makanan 1 porsi/hari</li> <li>➤ Intake cairan 7-8 gelas/hari</li> <li>➤ Diet/suplemen khusus : Tidak Ada</li> <li>➤ Makanan dan minuman yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan</li> <li>➤ Makanan dan minuman yang tidak disukai : Tidak Ada</li> <li>➤ Makanan pantangan : Tidak ada</li> <li>➤ Nafsu makan Normal</li> <li>➤ Perubahan BB 6 bulan terakhir : Pasien mengatakan tidak mengalami perubahan berat badan dalam waktu 6 bulan terakhir</li> <li>➤ Kesulitan menelan (Disfagia) : Tn.S mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Frekuensi makan makan 3x sehari dengan porsi makanan 1 porsi/hari</li> <li>➤ Intake cairan 7-8 gelas/hari</li> <li>➤ Diet/suplemen khusus : MB (makanan biasa)</li> <li>➤ Makanan dan minuman yang disukai : Pasien mengatakan menyukai semua jenis makanan</li> <li>➤ Makanan dan minuman yang tidak disukai : Tidak Ada</li> <li>➤ Makanan pantangan : Tidak ada</li> <li>➤ Nafsu makan Normal</li> <li>➤ Kesulitan menelan (Disfagia) : Pasien mengatakan tidak mengalami kesulitan dalam menelan makanan</li> </ul>

### H. Pola eliminasi

Dirumah	Dirumah sakit
<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ BAB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi: 1x sehari</li> <li>- Waktu : Pagi hari</li> <li>- Warna : Kuning</li> <li>- Konsistensi :Padat</li> </ul> </li> <li>➤ BAK <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : 5x sehari</li> <li>- Waktu : Pagi, siang dan Malam</li> <li>- Warna : Kuning bening</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ BAB <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : 1x sehari</li> <li>- Waktu : Pagi hari</li> <li>- Warna : Kuning</li> <li>- Konsistensi : Padat</li> </ul> </li> <li>➤ BAK <ul style="list-style-type: none"> <li>- Frekuensi : 5x sehari</li> <li>- Waktu : Pagi, siang dan Malam</li> <li>- Warna : Kuning bening</li> </ul> </li> </ul>

I. Pola istirahat dan tidur

Dirumah	Dirumah sakit
➤ Lama tidur : 8 jam/hari	➤ Lama tidur : 8 jam/hari
➤ Kebiasaan pengantar tidur : Tidak ada	➤ Kebiasaan pengantar tidur : Tidak ada
➤ Kesulitan dalam hal tidur : Tidak ada	➤ Kesulitan dalam hal tidur : Tidak ada
➤ Sering terbangun : Tidak	➤ Sering terbangun : Tidak
➤ Merasa puas setelah bangun tidur : Ya	➤ Merasa puas setelah bangun tidur : Ya

J. Pola aktivitas/olahraga

Kemampuan perawatan diri :

- 0 : Mandiri  
 1 : Dengan alat bantu  
 2 : Bantuan orang lain  
 3 : Bantuan peralatan dan orang lain  
 4 : Tergantung/tidak mampu

	0	1	2	3	4
Makan/minum	✓				
Mandi	✓				
Berpakaian/berdandan	✓				
Toileting	✓				
Mobilisasi di tempat tidur	✓				
Berpindah	✓				
Berjalan	✓				
Menaiki tangga	✓				
Berbelanja	✓				
Memasak			✓		
Pemeliharaan rumah	✓				

Keterangan : Tn.S mengatakan dapat melakukan aktivitas sehari-hari secara mandiri, kebiasaan memasak dan kebersihan rumah biasanya dilakukan oleh istrinya yang kadang dibantu oleh anak-anaknya.

#### K. Pola kognitif-persepsi

- Status Mental : Sadar
- Bicara : Normal
- Bahasa sehari-hari : Daerah (minang)
- Kemampuan membaca bahasa Indonesia : Ya
- Kemampuan memahami : Ya
- Tingkat ansietas : Ringan
- Keterampilan interaksi : Tepat
- Pendengaran : Normal
- Pengelihatatan : pengelihatankabur  
pada mata kanan, visus menurun pada mata sebelah kanan
- Vertigo : Tidak Ada
- Ketidaknyamanan/nyeri : Tidak Ada

#### L. Pola peran hubungan

- Pekerjaan : Tn.S mengatakan pekerjaan sehari-harinya adalah petani
- Status pekerjaan : Tn.S bekerja sebagai petani

#### M. Pola seksualitas/reproduksi

- Tanggal menstruasi terakhir : -
- Masalah menstruasi : -
- Pap smear terakhir : -
- Pemeriksaan payudara mandiri bulanan : -
- Masalah seksualitas b.d penyakit : Tidak ditanyakan

N. Pola koping-toleransi stress

- Pasien mengatakan jika sedang ada masalah dalam pekerjaannya selalu menceritakan dan mendiskusikan dengan istrinya, terkadang pasien mengobrol dengan tetangganya untuk meminta saran

O. Pola keyakinan-nilai

- Pasien mengatakan beragama Islam dan selalu menjalankan kewajibannya sebagai seorang muslim meskipun tidak dilakukan dengan tepat waktu

P. Pemeriksaan penunjang

Diagnostik : Kekeruhan *Vitreus*

Pemeriksaan Laboratorium 09 Oktober 2019

No	Jenis	Hasil	Nilai Normal	Keterangan
1	Hemoglobin	14.3 g/dL	P = 13.0-16.0 W = 12.0-14.0	Normal
2	RBC	5.00 $10^6$ /uL	P = 4.5-5.5 W = 4.0-5.0	Normal
3.	HCT	44.6 %	P = 40.0-48.0 W = 37.0-43.0	Normal
4.	WBC	6.66 [ $10^3$ /UI]	5.0-10.0	Normal
4.	LED	9 mm/jam	L <10 P <15	Normal
5.	Cholestrol	189 mg%	<220 mg%	Normal
6.	Gula Darah Sewaktu	84 mg%	<150 mg%	Normal

Pengobatan :

No	Jenis obat	Dosis pemberian
1.	Cendo Tobroson 3x1	1 tetes
2.	Cendo Giflox 3x1	1 tetes

Q. Pemeriksaan fisik

➤ Pemeriksaan tanda-tanda vital

TD : 110/80 mmHg RR : 20 x/menit

N : 70x/menit S : 36.7°C

➤ Kepala

Bentuk bulat, Rambut berwarna hitam pendek, tidak terdapat lesi, rambut tampak bersih

➤ Mata

Mata kanan tertutup perban, konjungtiva pada mata kiri tidak anemis, tidak ikterik, pada mata kanan visus menurun

➤ Hidung

Bentuk simetris kiri-kanan, tidak terdapat secret, tidak terdapat edema, tidak terdapat perdaraha

➤ Mulut

Gigi lengkap, terdapat caries gigi, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada pemakaian gigi palsu

➤ Telinga

Tampak bersih, tidak ada perdarahan, tidak ada edema

➤ Leher

Tidak ada pembesaran vena jugularis dan tidak ada pembesaran kelenjar tyroid, Tidak ada pembengkakan kelenjar tyroid

➤ Dada

Inspeksi : Bentuk sama, pergerakan dinding dada sama, frekuensi nafas 20x/menit

Palpasi : Taktil fremitus ada

Perkusi : Nada Sonor

Auskultasi : Suara Nafas Vesikuler, tidak ada suara tambahan

➤ Jantung

Inspeksi : Tidak ada sianosis, tidak ada pembengkakan

Palpasi : Denyutan teraba, tidak ada benjolan

Perkusi : Bunyi Pekak

Auskultasi : Bunyi jantung s1-s2 lub dup

➤ Abdomen

Inspeksi : bentuk datar, Tidak ada bekas luka operasi

Auskultasi : bising usus 12x/menit

Palpasi : Tidak teraba benjolan, Tidak ada nyeri tekan

Perkusi : Timpani

➤ Ekstermitas

Ekstermitas atas kiri dan kanan simetris, tidak terpasang infuse pada ekstermitas atas dan ekstremitas bagian bawah kiri dan kanan simetris, tidak ada masalah dan keluhan

➤ Neurologis

Status mental/ GCS : 15 E4V5M6

Motorik : Pasien dapat berdiri tegak dan berjalan sendiri tanpa dibantu dengan alat

Sensorik : pasien dapat merasakan sentuhan, mampu membedakan sensasi panas dan dingin yang disentuh ke kulitnya



**Tabel 3.1.2**

**DATA FOKUS**

Data Subjektif	Data Objektif
1. Pasien mengatakan tiba-tiba pengelihatannya kabur pada mata kanannya	1. Visus menurun 6/30 pada mata kanan
2. Pasien mengatakan pandangan kabur sudah sejak 2 bulan yang lalu	2. Pasien menggunakan kacamata minus
3. Pasien mengeluh ada bintik-bintik kecil pada mata kanan setiap pasien melihat sesuatu	3. Pandangan tidak fokus
4. Pasien mengatakan masih belum bisa melihat dengan mata kanannya karena masih diperban	4. TD : 110/80 mmHg RR : 20 x/menit N : 70x/menit S : 36.7°C
5. Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada mata	5. Skala nyeri: P : saat berubah posisi Q: Nyeri terasa seperti disuntik R : Dimata kanan pasien S : 3 T : Nyeri hilang timbul
6. Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan luka setelah dioperasi	6. Terdapat luka pembedahan pada mata
	7. Mata sebelah kanan terpasang perban
	8. Pasien tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi
	9. Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah

**Tabel 3.1.3**  
**ANALISA DATA**

No	Data	Masalah Keperawatan	Etiologi
1.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tn.S mengatakan pandangan kabur sudah sejak 2 bulan yang lalu</li> <li>- Tn.S mengeluh ada bintik-bintik kecil setiap pasien melihat sesuatu</li> <li>- Pasien mengatakan masih belum bisa melihat dengan mata kanan nya karena masih diperban</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Visus menurun 6/30 pada mata kanan</li> <li>- Pasien mengatakan menggunakan kacamata minus</li> <li>- Pandangan tidak focus</li> </ul>	Gangguan persepsi sensori	Gangguan Refraksi
2.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan masih terasa nyeri pada mata</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Skala nyeri: P : saat berubah posisi Q : Nyeri terasa seperti disuntik R : Dimata kanan pasien S : 3 T : Nyeri hilang timbul</li> <li>- Terdapat luka pembedahan pada mata</li> <li>- Mata sebelah kanan terpasang perban</li> </ul>	Nyeri Akut	Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi)
3.	<p>DS :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan nyeri masih terasa</li> </ul> <p>DO :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mata sebelah kanan</li> </ul>	Resiko Infeksi	Tindakan invasive

- 
- terpasang perban
- Post operasi pada mata sebelah kanan
  - TD : 110/80 mmHg
  - RR : 20 x/menit
  - N : 70x/menit
  - S : 36.7°c
4. DS : Defisit Pengetahuan      Kurang terpapar informasi
- Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi
- DO :
- Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah
- 

### **3.1.4 Diagnosa keperawatan**

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih tertutup perban
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri
3. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah.

**Tabel 3.1.5**  
**INTERVENSI KEPERAWATAN**

**Inisial : Tn.S**

**Ruangan : Mata**

**No.MR : 52.51.00**

No	Diagnosa Keperawatan (Sdki)	Tujuan Dan Kriteria Hasil (Slki)	Intervensi Keperawatan (Siki)
1.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih tertutup perban	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka persepsi sensori membaik dengan kriteria hasil: - Ketajaman pengelihatan meningkat - Verbalisasi melihat bayangan menurun	1. Minimalisasi Rangsangan Observasi - Periksa status mental, status sensori, dan tingkat kenyamanan (mis. nyeri, kelelahan)  Terapeutik - Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang) - Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas) - Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat - Kombinasikan prosedur/tindakan dalam satu waktu, sesuai kebutuhan  Edukasi - Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan,

---

membatasi kunjungan)

Kolaborasi

- Kolaborasi dalam meminimalkan prosedur/tindakan
- Kolaborasi pemberian obat yang mempengaruhi persepsi stimulus

2. Manajemen delirium

Observasi :

- Identifikasi faktor resiko delirium (misal usia >75 tahun, disfungsi kognitif, gangguan pengelihat/pendengaran, penurunan kemampuan fungsional, infeksi, hipo/hipertermia, hipoksia, malnutrisi, efek obat, toksin, gangguan tidur, stress)
- Identifikasi tipe delirium (misal hipoaktif, hiperaktif, campuran)
- Monitor status neurologis dan tingkat delirium

Terapeutik

- Berikan pencahayaan yang baik
  - Sediakan jam dan kalender yang mudah terbaca
  - Hindari stimulus sensorik berlebihan (misal televisi, pengumuman interkom)
  - Lakukan pengekanan fisik, sesuai indikasi
  - Sediakan informasi tentang apa yang terjadi dan apa yang dapat terjadi selanjutnya
  - Batasi pembuatan keputusan
  - Hindari memvalidasi mispersepsi atau interpretasi
-

- 
- realita yang tidak akurat (missal halusinasi, waham)
  - Nyatakan persepsi dengan cara yang tenang, meyakinkan dan tidak argumentative
  - Fokus pada apa yang dikenali dan bermakna saat interaksi interpersonal
  - Lakukan reorientasi
  - Sediakan lingkungan fisik dan rutinitas harian yang konsisten
  - Gunakan isyarat lingkungan untuk stimulasi memori, reorientasi dan meningkatkan perilaku yang sesuai (missal tanda, gambar, jam, kalender, dan kode warna pada lingkungan)
  - Berikan informasi baru secara perlahan, sedikit demi sedikit, diulang-ulang

#### Edukasi

- Anjurkan kunjungan keluarga, jika perlu
- Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (missal kaca mata, alat bantu dengar dan gigi palsu)

#### Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat ansietas atau agitasi, jika perlu

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata Setelah dilakukan intervensi selama 3x24 jam maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :

#### 1. Manajemen nyeri

##### Observasi :

- Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri
-

---

masih terasa nyeri

- Keluhan nyeri menurun
- Meringis berkurang

- Identifikasi skala nyeri
- Identifikasi respons nyeri non verbal
- Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri
- Identifikasi pengaruh budaya terhadap respons nyeri
- Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup
- Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah diberikan
- Monitor efek samping penggunaan analgetik

Terapeutik :

- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aromaterapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/dingin, terapi bermain)-Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
- Fasilitasi istirahat dan tidur
- Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi :

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
  - Jelaskan strategi meredakan nyeri
  - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
  - Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
-

---

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgetik, jika perlu

2. Pemberian Analgesik

Observasi

- Identifikasi karakteristik nyeri (mis. pencetus, pereda, kualitas, lokasi, intensitas, frekuensi, durasi)
- Identifikasi riwayat alergi obat
- Identifikasi kesesuaian jenis analgetik (mis. narkotika, non-narkotik, atau NSAID) dengan tingkat keparahan nyeri
- Monitor tanda-tanda vital sebelum dan sesudah pemberian analgesik
- Monitor efektifitas analgesik

Teraupetik

- Diskusikan jenis analgesik yang disukai untuk mencapai analgesis optimal, jika perlu
- Pertimbangkan penggunaan infus kontinu, atau bolus opioid untuk mempertahankan kadar dalam serum
- Tetapkan target efektifitas analgesik untuk mengoptimalkan respons pasien
- Dokumentasikan respons terhadap efek analgesik dan efek yang tidak diinginkan

Edukasi

- Jelaskan efek terapi dan efek samping obat
-



---

				Kolaborasi - Kolaborasi pemberian dosis dan jenis analgesik, sesuai indikasi
3.	Resiko dibuktikan Tindakan invasive	Infeksi dengan	Setelah dilakukan Intervensi selama 3×24 jam maka tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil:  - Bebas dari tanda dan gejala infeksi - Mampu mencegah timbulnya infeksi - Menunjukkan perilaku hidup sehat	1. Managemen Imunisasi/Vaksinasi Observasi - Identifikasi riwayat kesehatan dan riwayat alergi - Identifikasi kontraindikasi pemberian imunisasi (mis. reaksi anafilaksis terhadap vaksin sebelumnya dan atau sakit parah dengan atau tanpa demam) - Identifikasi status imunisasi setiap kunjungan ke pelayanan kesehatan  Terapeutik - Berikan suntikan pada bayi di bagian paha anterolateral - Dokumentasikan informasi vaksinasi (mis. nama produsen, tanggal kedaluwarsa) - Jadwalkan imunisasi pada interval waktu yang tepat  Edukasi - Jelaskan tujuan, manfaat, reaksi yang terjadi, jadwal, dan efek samping - Informasikan imunisasi yang diwajibkan pemerintah (mis. Hepatitis B, BCG, difteri, tetanus, pertusis, H. Influenza, polio, campak, measles, rubela) - Informasikan imunisasi yang melindungi terhadap penyakit namun saat ini tidak diwajibkan pemerintah (mis. influenza, pneumokokus)

---

- 
- Informasikan vaksinasi untuk kejadian khusus (mis. rabies, tetanus)
  - Informasikan penundaan pemberian imunisasi tidak berarti mengulang jadwal imunisasi kembali
  - Informasikan penyedia layanan Pekan Imunisasi Nasional yang menyediakan vaksin gratis

## 2. Pencegahan Infeksi

### Observasi :

- Monitor tanda dan gejala infeksi

### Teraupetik :

- Batasi jumlah pengunjung
- Berikan perawatan kulit pada area edema
- Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
- Pertahankan teknik aseptik pada pasien berisiko tinggi

### Edukasi :

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
- Ajarkan cara mencuci tangan dengan benar
- Ajarkan etika batuk
- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi
- Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
- Anjurkan meningkatkan asupan cairan

### Kolaborasi :

- Kolaborasi pemberian imunisasi, jika perlu
-

---

### 3. Perawatan Luka

#### Observasi

- Monitor karakteristik luka (mis. Drainase, ukuran, bau)
- Monitor tanda-tanda infeksi

#### Teraupetik

- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan
- Cukur rambut disekitar daerah luka, jika perlu
- Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan
- Bersihkan jaringan nekrotik
- Berikan salep yang sesuai ke kulit/lesi, jika perlu
- Pasang balutan sesuai jenis luka
- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka
- Ganti balutan sesuai jumlah eksudat dan drainase
- Jadwalkan perubahan posisi setiap 2 jam atau sesuai kondisi pasien
- Berikan diet dengan kalori 30-35kcal/kgBB/hari dan protein 1,25-1,5 g/kgBB/hari
- Berikan suplemen vitamin dan mineral (mis, vitamin A, vitamin C, Zinc, Asam amino), sesuai indikasi
- Berikan terapi TENS (stimulasi saraf transcutaneous), jika perlu

#### Edukasi

- Jelaskan tanda dan gejala infeksi
  - Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan
-

---

			protein
			- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri
			Kolaborasi
			- Kolaborasi prosedur debriment (mis, enzimatik, biologis, mekanis, autolitik), jika perlu
			- Kolaborasi pemberian antibiotic, jika perlu
4.	Defisit pengetahuan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah.	Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1x24 jam maka tingkat pengetahuan meningkat dengan kriteria hasil : - Perilaku sesuai dengan pengetahuan meningkat - Perilaku sesuai anjuran meningkat	1. Edukasi kesehatan Observasi : - Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi - Identifikasi factor-faktor yang dapat meningkatkan dan menurunkan motivasi perilaku hidup bersih dan sehat  Terapeutik - Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan - Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan - Berikan kesempatan untuk bertanya  Edukasi - Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan - Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat - Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

---

**Tabel 3.1.6**  
**IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN**

**Inisial : Tn.S**  
**No.MR : 52.51.00**

**Ruangan : Mata**

No	Diagnosa	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih tertutup perban	Kamis 10-10-2019	14.00          14.20	<p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mendiskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (bising, terlalu terang)</li> <li>Membatasi stimulus lingkungan (cahaya, suara, aktivitas)</li> <li>Memberikan pencahayaan yang baik</li> <li>Menghindari stimulus sensorik berlebihan (televisi)</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus (mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi</li> </ol>	15:00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>pasien mengatakan belum bisa melihat dengan mata kanannya karena masih terpasang perban</li> <li>pasien mengatakan cahaya diruangan cukup baik</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Mata kanan masih tertutup perban</li> <li>Cahaya didalam ruangan baik</li> <li>Ruangan tenang</li> </ul> <p>A :</p> <p>Gangguan persepsi sensori</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p>	

				kebisingan)				1. Batasi stimulus lingkungan (cahaya, suara, aktivitas)
				2. Menganjurkan kunjungan keluarga, jika perlu				2. Ajarkan cara meminimalisasi stimulus missal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan
				3. menganjurkan menggunakan alat bantu sensorik (kaca mata)				3. Anjurkan menggunakan alat bantu sensorik (kaca mata)
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri	Kamis 10-10-2019	15:00	Observasi :		16:00	S :	
				1. Mengidentifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri			- Pasien mengatakan masih terasa nyeripada mata kanannya	
				2. Mengidentifikasi skala nyeri			- Pasien mengatakan nyeri terasa saat ingin merubah posisi dari tidur ke duduk	
				3. Mengidentifikasi respons nyeri non verbal			O :	
				4. Mengidentifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri			- Nyeri pada mata kanan post operasi	
			15:00	Terapeutik :			- Nyeri hilang timbul	
				1. Mengontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)			- Pasien sedikit meringis	
							- Skala nyeri 3	
							A :	
							Nyeri Akut	
							P :	
							Intervensi dilanjutkan :	
							1. Identifikasi lokasi	

			15:30	2. Memfasilitasi istirahat dan tidur Edukasi : 1. Menjelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 2. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri			17:00	<p>karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri</p> <p>2. Identifikasi skala nyeri</p> <p>3. Fasilitasi istirahat dan tidur</p> <p>4. Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri</p> <p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan masih terasa nyeri pada mata kanannya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perban tampak kering dan bersih</li> <li>- tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>- pemberian obat tetes pada mata kanan dengan Cendo Tobroson dan cendo giflox1 tetes</li> <li>- pasien dan keluarga dapat mengulangi cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul>
3.	Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive	Kamis 10-10-2019	16.00	<p>Observasi</p> <p>1. Memonitor tanda-tanda infeksi</p> <p>Teraupetik</p> <p>1. mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</p> <p>Edukasi</p> <p>1. mengajarkan cara mencuci tangan dengan benar</p> <p>2. menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>3. menganjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotic</p>			17:00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan masih terasa nyeri pada mata kanannya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perban tampak kering dan bersih</li> <li>- tidak ada tanda-tanda infeksi</li> <li>- pemberian obat tetes pada mata kanan dengan Cendo Tobroson dan cendo giflox1 tetes</li> <li>- pasien dan keluarga dapat mengulangi cara mencuci tangan dengan benar</li> </ul> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda-tanda infeksi</li> </ul>

---

						<ul style="list-style-type: none"> <li>- cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien</li> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara perlahan</li> <li>- Bersihkan mata dengan kassa yang dibasahi dengan cairan aquades</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Kolaborasi pemberian antibiotic</li> </ul>
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu	Kamis 10-10-2019	17:00	Observasi : 1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi  Terapeutik 1. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 2. memberikan kesempatan untuk bertanya  Edukasi	19:00	S : - Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan luka setelah dioperasi  O : - Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan saat dirumah  A : Defisit Pengetahuan

---



---

tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah.

1. menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat
3. mengajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

P :  
Intervensi dilanjutkan

- identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- berikan kesempatan untuk bertanya
- jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
- ajarkan perilaku hidup nersih dan sehat
- ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

---

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

**Inisial : Tn.S**  
**No.MR : 52.51.00**

**Ruangan : Mata**

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih tertutup perban	Jumat 11-10-2019	11:00	<p>Teraupetik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>membatasi stimulus lingkungan missal cahaya, suara, aktivitas</li> </ol> <p>Edukasi</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Mengajarkan cara meminimalisasi stimulus missal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan</li> <li>menganjurkan menggunakan alat bantu sensorik(kaca mata)</li> </ol>	12:30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien mengatakan belum bisa melihat dengan mata kanan nya karena masi diperban</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- masih terpasang perban pada mata kanan pasien</li> <li>- ruangan tampak tenang</li> <li>- pencahayaan diruangan cukup tidak terlalu gelap dan tidak terlalu terang</li> </ul>	

---

						A : Gangguan Persepsi Sensori P : Intervensi dilanjutkan - Ajarkan meminimalisasi stimulus missal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan
2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri	Jumat 11-10-2019	09.00	Observasi 1. Mengidentifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri 2. Mengidentifikasi skala nyeri  Teraupetik 1. Memfasilitasi istirahat dan tidur 2. Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri	10:00	S : - Pasien mengatakan nyeri mulai berkurang - Pasien mengatakan tidur dengan nyenyak  O : - Pasien tidak meringis - Keluhan nyeri mulai berkurang

---

---

						A : Nyeri Akut P : Intervensi Dilanjutkan - identifikasi lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri - fasilitasi istirahat dan tidur - Menganjurkan memonitor nyeri secara mandiri
3.	Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive	Jumat 11-10-2019	08.00	Observasi : 1. Memonitor tanda-tanda infeksi Teraupetik 1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien 2. Melepaskan balutan dan plester secara perlahan 3. Membersihkan mata dengan kassa yang dibasahi dengan cairan aquades	08:30	S : - mata kanan masih tertutup dengan perban O : - Mencuci tangan dengan 6 langkah - Membuka perban, perban tampak bersih, tidak terdapat pus, tidak ada tanda-tanda infeksi pada mata

---

- 
- |   |  |
|---|--|
| <p>4. Memasang balutan sesuai jenis luka</p> <p>5. Mempertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</p> <p>Edukasi :</p> <p>1. Mengajarkan cara memeriksa kondisi luka atau luka operasi</p> <p>2. Menjelaskan tanda dan gejala infeksi</p> <p>Kolaborasi</p> <p>1. Kolaborasi pemberian antibiotic</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Membersihkan area mata dengan kassa steril yang dibasahi dengan aquades</li> <li>- memberikan antibiotic Cendo Tobroson dan cendo giflox 1 tetes pada mata kanan</li> <li>- menutup mata kanan dengan balutan yang baru</li> <li>- Keluarga memperhatikan cara mengganti balutan dan pemberian obat tetes mata</li> </ul> <p>A :</p> <p>Resiko Infeksi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dilanjutkan</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitor tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Lepaskan balutan dan plester secara</li> </ul> |
|---|--|
-

---

					<ul style="list-style-type: none"> <li>- perlahan</li> <li>- Bersihkan mata dengan kassa yang dibasahi dengan cairan aquades</li> <li>- Pasang balutan sesuai jenis luka</li> <li>- Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka</li> <li>- Ajarkan cara memeriksa kondisi luka</li> <li>- Jelaskan tanda dan gejala infeksi</li> <li>- Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri</li> </ul>
4.	Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan	Jumat 11-10-2019	12.40	<p>Observasi :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi</li> </ol> <p>Terapeutik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menjadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan</li> </ol>	13:30 S : <ul style="list-style-type: none"> <li>- keluarga mengatakan harus mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti perban</li> <li>- keluarga</li> </ul>

---

---

tentang perawatan luka  
dirumah.

Edukasi

1. menjelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan
2. menganjurkan perilaku hidup bersih dan sehat

mengatakan harus mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan obat tetes mata

- pasien mengatakan tidak boleh sering memegang mata

O :

- pasien dan keluarga sudah tidak bingung lagi

A :

Defisit Pengetahuan teratasi

P :

Intervensi dihentikan

---

## IMPLEMENTASI DAN EVALUASI KEPERAWATAN

**Inisial : Tn.S**  
**No.MR : 52.51.00**

**Ruangan : Mata**

No	Diagnosa Keperawatan	Hari/tanggal	Jam	Implementasi	Jam	Evaluasi	Paraf
1.	Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih tertutup perban	Sabtu 12-10-2019	10:00	Mengajarkan meminimalisasi stimulus missal mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan, membatasi kunjungan	11: 00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan belum bisa melihat dengan mata kanan karena masih di perban</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cahaya diruangan baik</li> <li>- Ruangan cukup tenang</li> </ul> <p>A :</p> <p>Gangguan Persepsi Sensori</p> <p>P :</p> <p>Intervensi dihentikan (Pasien boleh pulang)</p>	



2.	Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri	Sabtu 12-10-2019	09:00	10:00	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pasien mengatakan sudah tidak nyeri pada mata kanan nya</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- pasien tidak meringis</li> </ul> <p>A :</p> <p>Nyeri Akut teratasi</p> <p>P :</p> <p>Intervensi Dihentikan (Pasien boleh pulang)</p>
3.	Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive	Sabtu 12-10-2019	08.00	08:30	<p>S :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- post operasi mata sebelah kanan</li> <li>- mata kanan masih ditutup dengan perban</li> </ul> <p>O :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- perban tampak bersih</li> <li>- tidak terdapat pus</li> <li>- tidak ada kemerahan, tidak ada edema</li> <li>- keluarga memperhatikan cara mengganti balutan dan cara pemberian</li> </ul>

- 
- |  |   |
|--|---|
| 6. mengajarkan cara memeriksa kondisi luka | obat tetes mata   |
| 7. menjelaskan tanda dan gejala infeksi    | - memberikan antibiotic Cendo Tobroson dan cendo giflox 1 tetes pada mata kanan   |
|  | - Mata kanan ditutup dengan balutan yang baru                                     |
|  | - Keluarga dapat menyebutkan 3 tanda-tanda infeksi (kemerahan, bengkak dan nyeri) |

A :

Resiko Infeksi tidak terjadi

P :

Intervensi dihentikan (pasien boleh pulang)

Mengingatkan pasien untuk tidak membasahi perban pada mata, mengganti perban jika basah dan kotor, mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti perban dan meneteskan obat mata

---

## **BAB IV**

### **PEMBAHASAN**

#### **4.1 Pengkajian**

Pengkajian pada Tn.S dilakukan dengan cara anamnesa dengan menanyakan biodata pasien, alasan masuk, riwayat kesehatan sekarang, riwayat kesehatan dahulu, riwayat penyakit keluarga, genogram, wawancara pada keluarga pasien dan pemeriksaan fisik.

Menurut (Purwanto 2016) Pengkajian merupakan tahap awal dalam asuhan keperawatan. Tahapan ini merupakan tahapan yang sangat penting karena keberhasilan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan sangat ditentukan dari seberapa jauh perawat bisa mengkaji masalah yang dihadapi pasien sehingga dapat menentukan langkah langkah selanjutnya untuk membantu mengatasi atau menyelesaikan masalah pasien.

Pada pengkajian yang dilakukan terdapat kendala bahasa yang dialami mahasiswa karena pasien terbiasa menggunakan bahasa daerah dalam kehidupan sehari-hari, namun pasien dan keluarga dapat bekerja samadengan baik dan saling mendukung satu sama lainnya.

Pengkajian dilakukan pada tanggal 10 Oktober 2019, didapatkan hasil pasien mengatakan pandangan kabur, saat melihat sesuatu benda seperti ada bintik-bintik kecil pada benda tersebut, pasien mengatakan masih terasa nyeri pada mata, pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan luka setelah dioperasi, hasil tanda-tanda vital TD: 110/80 mmHg, RR : 20 x/menit, N: 70x/menit, S : 36.7°C.

## 4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan yang muncul pada tinjauan pustaka menurut SDKI terdapat 6 diagnosa keperawatan yaitu :

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan merasakan sesuatu melalui indera penglihatan
2. Ansietas berhubungan dengan Rencana Operasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur
3. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (Prosedur Operasi) dbuktikan dengan Mengeluh nyeri, tampak meringis, gelisah, frekuensi nadi meningkat dan sulit tidur
4. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Efek Prosedur Invasif
5. Resiko Jatuh dibuktikan dengan Gangguan Penglihatan
6. Defisit pengetahuan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah.

Sedangkan pada kasus diagnosa yang muncul adalah :

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30, Pasien menggunakan kacamata minus
2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dan dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri
3. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive

4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan luka dirumah.

Dari diagnosa diatas dapat disimpulkan bahwa diagnosa teori dan kasus adalah sama. Diagnosa keperawatan yang didapatkan pada tinjauan teoritis dan tinjauan kasus adalah 4 diagnosa. Diagnosa keperawatan yang penulis dapatkan pada tinjauan teori tapi tidak didapatkan pada tinjauan kasus adalah:

1. Ansietas berhubungan dengan Rencana Operasi dibuktikan dengan merasa khawatir dengan akibat dari kondisi yang dihadapi, sulit berkonsentrasi, tampak gelisah, tampak tegang dan sulit tidur

Ansietas merupakan kebingungan atau kekawatiran pada sesuatu yang terjadi dengan penyebab tidak jelas dan dihubungkan dengan perasaan tidak menentu dan ketidakberdayaan sebagai hasil penilaian terhadap suatu obyek (Stuart, 2013).

Ansietas adalah kondisi emosi dan pengalaman subyektif individu terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik akibat antisipasi bahaya yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

Menurut analisa penulis tidak munculnya diagnosis ansietas karena tidak ditemukan data mayor dan data minor pada saat pengkajian, data mayor seperti merasa bingung, sulit tidur, tampak tegang tidak ditemukan pada pasien, dan data minor seperti merasa tidak berdaya, tremor, suara bergetar tidak ditemukan. Diagnosa ansietas ditegaskan apabila pasien

memiliki tanda dan gejala seperti yang dijelaskan, namun pada pengkajian penulis tidak menemukan tanda dan gejala tersebut sehingga diagnosis tersebut tidak ditegakkan.

## 2. Resiko Jatuh dibuktikan dengan Gangguan Penglihatan

Diagnosis resiko jatuh tidak diangkat hal ini dikarenakan pasiendapat beraktifitas secara mandiri tanpa bantuan, pasien dapat melakukan aktivitas sendiri seperti duduk, ke kamar mandi, makan dan minum.

### **4.3 Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan adalah panduan untuk perilaku spesifik yang diharapkan dari klien, dan atau/atau tindakan yang harus dilakukan oleh perawat. Intervensi dilakukan untuk membantuk klien mencapai hasil yang diharapkan (Deswani, 2009).

Rencana keperawatan disusun sesuai pada teori yang ada, namun disesuaikan pada kasus yang ada dan lebih banyak melihat dari kondisi pasien dan sarana prasarana dari tim kesehatan, rencana keperawatan untuk masing-masing diagnosis keperawatan adalah :

1. Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan Refraksi dibuktikan dengan pandangan mata sebelah kanan kabur, Visus menurun 6/30 pada mata kanan, mata kanan masih terpasang perban, intervensi yang diberikan yaitu, Minimalisasi Rangsangan dengan Diskusikan tingkat toleransi terhadap beban sensori (mis. bising, terlalu terang), Batasi stimulus lingkungan (mis. cahaya, suara, aktivitas), Jadwalkan aktivitas harian dan waktu istirahat, Ajarkan cara meminimalisasi stimulus (mis. mengatur pencahayaan ruangan, mengurangi kebisingan,

membatasi kunjungan), Berikan pencahayaan yang baik, Hindari stimulus sensorik berlebihan (misal televisi, pengumuman interkom), Anjurkan penggunaan alat bantu sensorik (misal kaca mata)

2. Nyeri Akut berhubungan dengan Agen Pencedera Fisik (prosedur operasi) dibuktikan dengan mata masih terasa nyeri, intervensi yang diberikan yaitu, Manajemen nyeri dengan Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas nyeri, Identifikasi skala nyeri, Identifikasi respons nyeri non verbal, Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri, Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (misalnya suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan), Fasilitasi istirahat dan tidur, Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri, Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
3. Resiko Infeksi dibuktikan dengan Tindakan invasive, intervensi yang diberikan yaitu, Perawatan Luka dengan, Monitor tanda-tanda infeksi, cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien, Bersihkan dengan cairan NaCl atau pembersih nontoksik, sesuai kebutuhan, Pasang balutan sesuai jenis luka, Pertahankan teknik steril saat melakukan perawatan luka, Jelaskan tanda dan gejala infeksi, Anjurkan mengkonsumsi makanan tinggi kalori dan protein, Ajarkan prosedur perawatan luka secara mandiri, ajarkan cara mencuci tangan, Kolaborasi pemberian antibiotic
4. Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dan dibuktikan dengan Pasien mengatakan tidak tahu tentang perawatan setelah dioperasi, Pasien dan keluarga menanyakan tentang perawatan

luka dirumah intervensi yang diberikan yaitu Edukasi kesehatan dengan Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan, Berikan kesempatan untuk bertanya, Jelaskan faktor resiko yang dapat mempengaruhi kesehatan, Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat, Ajarkan strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan perilaku hidup bersih dan sehat

#### **4.4 Implementasi Keperawatan**

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Daniarti dan Mulyanti, 2017)

Pada tahap implementasi asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien difokuskan pada penanganan yang bersifat menyeluruh. Dalam melaksanakan asuhan keperawatan ini, pasien dan keluarga dilibatkan sehingga dapat bekerjasama dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien.

Implementasi tiap diagnosa pada pasien disesuaikan dengan kondisi pasien kelolaan yang diberikan asuhan keperawatan, berdasarkan intervensi keperawatan yang telah ditentukan. Implementasi yang diberikan pada pasien berdasarkan intervensi yang ada pada buku Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI), Namun implementasi pada kasus ini difokuskan pada



perawatan luka post operasi untuk mencegah terjadinya infeksi dan meningkatkan keterampilan dan pengetahuan pasien terutama keluarga dalam melakukan perawatan luka operasi.

Perawatan luka merupakan suatu metode yang efektif dan efisien yang digunakan untuk merawat luka agar sembuh sesuai dengan waktunya, meminimalkan terjadinya resiko infeksi dan mencegah terjadinya komplikasi.(Brunner & Sudarth, 2002).

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Ayuni dan Dora (2018) tentang Hubungan pengetahuan dan sikap keluarga dengan perawatan post operasi katarak di poli mata rsud pariaman 2018, didapatkan bahwa terdapat hubungan yang bermakna antara Pengetahuan dan sikap keluarga dengan perawatan pasien post operasi katarak dengan nilai  $p = 0,002$  dan  $0,000$ . Pengetahuan yang di miliki oleh responden tentang perawatan post operasi katarak tampaknya cukup mempengaruhi tindakan responden dalam perawatan post operasi katarak hal ini dapat terlihat dari sebagian besar responden yang berpengetahuan rendah umumnya tidak sesuai dalam melakukan perawatan post operasi katarak. Mereka yang berpengetahuan rendah rata-rata belum paham mengenai apa-apa saja yang dapat dilakukan terhadap keluarga mereka yang menjalani operasi katarak.

Serta penelitian yang dilakukan oleh wijaya dkk (2017) tentang Hubungan pengetahuan pasien tentang perawatan posca operasi katarak dengan motivasi control didapatkan bahwa hasil penelitian ini menunjukkan pengetahuan responden tentang perawatan pasca operasi katarak di rumah sakit mata Bali

Mandara dalam kategori baik yaitu sebanyak 65 responden dalam mengakses dan mendapatkan berbagai sumber informasi terkait kesehatannya serta adanya program dari Rumah Sakit berupa penyuluhan dan pendidikan kesehatan secara teratur dan berkesinambungan membuat responden memiliki pengetahuan yang baik.

Relevan dengan teori Notoatmodjo (2012) dalam Ayuni Dan Dora (2018) pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang. Apabila pengetahuan responden kurang, akan sulit bagi seseorang untuk mengaplikasikannya dalam praktek yang nyata karena pengetahuan merupakan domain yang sangat penting bagi terbentuknya tindakan seseorang.

Menurut analisa penulis pengetahuan yang kurang akan mempengaruhi perawatan yang tidak sesuai pada keluarga yang telah menjalani operasi, sehingga keluarga yang telah menjalani operasi katarak tidak mendapatkan perawatan yang baik menurut kesehatan.

#### **4.5 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi merupakan tahapan terakhir dari asuhan keperawatan, dimana pada tahapan ini dilihat apakah tindakan yang dilakukan sudah efektif atau belum untuk mengatasi masalah keperawatan pasien atau dengan kata lain, tujuan tercapai atau tidak (Purwanto 2016).

Setelah penulis melakukan tindakan keperawatan maka langkah terakhir dari proses keperawatan adalah mengevaluasi sejauh mana tindakan-tindakan yang telah diberikan pada pasien berhasil atau tidak. Hasil evaluasi dari

diagnosis yang ditemukan dalam kasus, sebagian diagnosis telah teratasi dan sebagian diagnosis teratasi sebagian

Pada diagnosis pertama setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 pasien belum bisa melihat menggunakan mata kanannya karena mata kanan masih tertutup dengan verban.

Pada diagnosis kedua setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah Nyeri Akut teratasi dibuktikan dengan pasien mengatakan nyeri sudah tidak terasa dan pasien tidak meringis.

Pada diagnosis ketiga setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam masalah resiko infeksi tidak terjadi dibuktikan dengan perban tampak bersih tidak terdapat pus, tidak ada kemerahan, tidak ada edema pada mata kanan pasien.

Pada diagnosis Defisit pengetahuan setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 2x24 jam masalah defisit pengetahuan teratasi dibuktikan dengan pasien dan keluarga tidak bingung lagi, keluarga mengetahui harus mencuci tangan sebelum dan sesudah mengganti perban, keluarga mengatakan harus mencuci tangan sebelum dan sesudah memberikan obat tetes mata pasien mengatakan tidak boleh sering memegang mata.

## **BAB V**

### **PENUTUP**

Setelah penulis melaksanakan asuhan keperawatan pada pasien post operasi vitrektomy di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi, maka dapat diambil kesimpulan sebagai berikut :

#### **5.1 Kesimpulan**

- 5.1.1 Telah mengetahui tinjauan teori dari penyakit kekeruhan *vitreus* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun
- 5.1.2 Telah melakukan pengkajian pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.
- 5.1.3 Telah merumuskan Diagnosis keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*.
- 5.1.4 Telah melakukan intervensi keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus* di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun
- 5.1.5 Telah melakukan implementasi keperawatan dan evaluasi keperawatan pada pasien dengan post vitrektomy kekeruhan *vitreus*. di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi
- 5.1.6 Telah membuat pendokumentasian Asuhan Keperawatan pada pasien post vitrektomy di RSUD Dr. Achmad Mochtar Bukittinggi

#### **5.2 Saran**

##### 5.2.1 Bagi Rumah Sakit

Karya ilmiah ini dapat dijadikan informasi tentang penyakit yang diderita pasien dan bagaimana penanganan kepada pasien atau pun

keluarga saat dirumah ataupun dirumah sakit khususnya untuk pasien post vitrektomy.

#### 5.2.2 Bagi Perawat

Proses pelayanan diruangan sudah baik, diharapkan bisa lebih ditingkatkan dengan lebih banyak melibatkan keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien sehingga keluarga mampu memberikan perawatan yang tepat pada pasien saat dirumah.

#### 5.2.3 Bagi Institusi Pendidikan

Diharapkan dapat menambah referensi terbaru khususnya mengenai perawatan pada mata post operasi agar hasil yang diharapkan sesuai harapan.

#### 5.2.4 Bagi Pasien dan Keluarga

Diharapkan bagi pasien dan keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan menambah keterampilan dan pengetahuan mengenai perawatan luka pasien dirumah

#### 5.2.5 Bagi Mahasiswa

Mahasiswa dapat menambah ilmu pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dalam memberikan asuhan keperawatan khususnya pada pasien post vitrektomy

## DAFTAR PUSTAKA

- Ayuni Dini Quratta dan Dora Mechi Silvia. 2018. Hubungan Pengetahuan Dan Sikap Keluarga Dengan Perawatan Post Operasi Katarak Di Poli Mata RSUD PARIAMAN. Jurnal Vol 9, No 2.
- Bachrudin dan Moh Najib. 2016. Keperawatan Medikal Bedah I. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia
- Brunner & Suddarth. 2002. Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Ed.8.Vol.1.: Jakarta: EGC
- Deswani. 2009. Proses Keperawatandan Berpikir Kritis. Jakarta: Salemba Medika
- Ilyas S, Tanzil M, Salamun, Azhar Z. 2008. Sari Ilmu Penyakit Mata. Jakarta: Balai Penerbit FKUI
- Kementerian Kesehatan RI. InfoDATIN : Situasi Gangguan Penglihatan dan Kebutaan. Jakarta : 2014
- Khurana AK .2007. Comprehensive Ophthalmology. Edisi ke 4. New Delhi: New Age International.
- Mulyanti, Y dan Dinarti. 2017. Bahan Ajar Keperawatan : Dokumentasi Keperawatan. Jakarta : Kementerian Kesehatan Indonesia.
- Pearce, Evelyn C. Anatomi dan Fisiologi untuk Paramedis, Cetakan ketiga puluh tiga. Jakarta: PT. Gramedia Pustaka Utama. 2009.
- Potter, & Perry, A. G. 2007. Buku Ajar Fundamental Keperawatan: Konsep, Proses, Dan Praktik, edisi 4, Volume.2. Jakarta: EGC
- Purwanto, Hadi. 2016. Keperawatan Medikal Bedah II. Jakarta: Kementerian Kesehatan Indonesia
- Rahman Miftahur, Tanto Haryanto, Vita Maryah Ardiyani. 2018. Hubungan Antara Pelaksanaan Prosedur Pencegahan Infeksi Pada Pasien Post Operasi Dengan Proses Penyembuhan Luka Di Rumah Sakit Islam Unisma Malang. Jurnal Vol 3 No. 1
- Riordan, Eva P, Augsburger JJ. Vaughan & Asbury's General Ophthalmology. 2017. 19<sup>th</sup>ed. New York: McGraw-Hill Education
- Rohamonangan Th, Sinaga, Laya Rares, Vera sumual. 2016. Indikasi vitrektomi pada kelainan retina di Balai Kesehatan Mata Masyarakat (BKMM) Provinsi Sulawesi Utara periode Januari– Desember 2014. Jurnal Vol 4, No 1, Manado : Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado

- Stuart, G.W. 2013. Principles and practice of psychiatric nursing (10<sup>th</sup>edition).  
St.Louis: Elsevier Mosby
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI. 2016. Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia :  
Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI. 2018. Standar Intervensi Keperawatan Indonesia :  
Definisi Intervensi Keperawatan. Edisi . Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SLKI DPP PPNI. 2018. Standar Luaran Keperawatan Indonesia :  
Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Vaughan dan Absury. 2009. Oftalmologi Umum, Edisi 17. Jakarta : EGC.
- Widowati Umi. 2016. Pengaruh Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi  
Terhadap Keluarga Merawat Pasien Pasca Operasi Katarak Diwilayah Kerja  
Puskesmas Semboro. Skripsi Program Studi Ilmu Keperawatan : Universitas  
Jember
- Wijaya I nyomana purna, Iga puja astuti dewi, Ni putu kamaryati. 2017.  
Hubungan Pengetahuan Pasien Tentang Perawatan Pasca Operasi Katarak  
Dengan Motivasi Kontrol. Jurnal Vol 01, No 01
- Wijaya dan Putri. 2013. Keperawatan Medikal Bedah : Keperawatan Dewasa.  
Yogyakarta: Nuha Medika.

## Lampiran 1

### Standar Operasional Prosedur (SOP)

#### SOP Pendidikan Kesehatan Metode Demonstrasi Tentang Perawatan Pasien Pasca Operasi Katarak

Pengertian	Pendidikan kesehatan yang diberikan oleh paramedis kepada pasien dengan cara mendemonstrasikan (memberi contoh) tentang perawatan pasien setelah dilakukan operasi katarak
Tujuan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Meningkatkan pemahaman tentang perawatan pasca operasi katarak</li><li>2. Meningkatkan dan mempertahankan aktivitas perawatan pasca operasi katarak</li><li>3. Mencegah terjadinya komplikasi yang lebih lanjut akibat penyakit pasca operasi katarak</li></ol>
Indikasi	Klien dengan pasca operasi katarak
Persiapan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Menyiapkan alat dan bahan<ol style="list-style-type: none"><li>a. Obat tetes mata dan salep</li><li>b. Kapas atau kasa steril</li><li>c. Cairan Aquades 25ml</li></ol></li></ol>
Pelaksanaan	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Memberi salam dan memperkenalkan diri</li><li>2. Menjelaskan tujuan umum dan tujuan khusus</li><li>3. Menjelaskan manfaat dari kegiatan pendidikan kesehatan</li><li>4. Menjelaskan alur kegiatan pendidikan kesehatan</li><li>5. Penyampaian materi perawatan pasca operasi katarak</li><li>6. Memulai demonstrasi<ol style="list-style-type: none"><li>a. Memberi contoh aktivitas yang boleh dan yang tidak boleh dilakukan menggunakan gambar</li><li>b. Melihat anjuran penggunaan obat sesuai indikasi</li><li>c. Cuci tangan sebelum melakukan tindakan dan sebelum menggunakan obat</li><li>d. Membasahi kasa steril dengan cairan aquades 25ml</li><li>e. Mengeringkan kasa dengan cara memutar kasa menggunakan pinset anatomis sehingga kasa tidak terlalu basah kemudian membersihkan daerah sekitar mata dengan cara menyapu/mengusap dengan lembut dari dalam keluar dengan bola kapas steril atau kasa yang sudah dibasahi dengan cairan aquades</li><li>f. Obat tetes mata :<ol style="list-style-type: none"><li>1. Cek nama obat, dosis dan tanggal kadaluarsa obat</li></ol></li></ol></li></ol>



	<ol style="list-style-type: none"> <li>2. Sebelum meneteskan obat mata, pasien dalam posisi duduk atau berbaring dan kepala condong ke belakang/tengadah dan melihat ke atas</li> <li>3. Tarik ke bawah batas kelopak mata bawah dengan lembut melalui tulang pipi, pegang kulit palpebral bawah dengan ibu jari dan jari telunjuk serta tarik ke depan</li> <li>4. Pegang botol seperti memegang pensil dengan ujung di bawah</li> <li>5. Letakkan pergelangan tangan yang memegang botol pada pipi pasien</li> <li>6. Tekan botol secara perlahan</li> <li>7. Lepaskan palpebral bawah secara perlahan</li> <li>8. Intruksikan pasien untuk menutup mata</li> <li>9. Tunggu 5-10 menit sebelum meneteskan obat yang lain</li> </ol> <p>g. Obat salep mata :</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. jangan menyentuh ujung tube salep</li> <li>2. tengadahkan kepala ke belakang</li> <li>3. pegang tube salep dengan satu tangan dan tarik pelupuk mata yang sakit kearah bawah dengan tangan yang lain sehingga membentuk kantung</li> <li>4. dekatkan ujung tube salep sedekat mungkin dengan kantung tanpa menyentuhnya</li> <li>5. bubuhkan salep sesuai dengan anjuran</li> <li>6. intruksikan pasien menutup mata secara perlahan</li> <li>7. bersihkan ujung tube dengan kapas atau kassa steril</li> <li>8. rapikan alat</li> <li>9. cuci tangan sesudah pemberian obat</li> <li>10. memberi contoh tanda dan gejala mata yang harus di laporkan</li> </ol>
Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Memberikan feed back</li> <li>2. Menyimpulkan hasil kegiatan</li> <li>3. Memeberikan reinforcement positif</li> <li>4. Memberikan salam</li> </ol>

Widowati (2016)

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**






**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : DESNA NATARIA BR MANIK

Nim : 1914901715

Pembimbing I : Ns. Endra Amalia, M.Kep







Judul KIAN-N : PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI VITREKTOMI DI RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin 07 - 09 - 2020	Konsultasi judul	
2	Selasa 15 - 09 - 2020	Bab I perbaiki Semai saran.	
3	Selasa 22 - 09 - 2020	Bab I, II, III, IV Semai saran!	
4	Jumat 25 - 09 - 2020	Perbaiki Lagi Semai Saran!	
5	Senin 28 - 09 - 2020	ACC diunggah !	
6			

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS**  
**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**

**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : DESNA NATARIA BR MANIK  
 Nim : 1914901715  
 Pembimbing I : Ns. Dia Resti DND, M.Kcp  
 Judul KIAN-N : PENERAPAN KEPERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN ASUHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI VITREKTOMI DI RSUD DR. Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
1	Senin 07 - 09 - 2020	acc jurnal	
2	Kamis 17 - 09 - 2020	keluaran Gal I	
3	Selasa 22 - 09 - 2020	Parabola Gal II, III	
4	Senin 28 - 09 - 2020	Parabola Gal IV, V, VI	
5	Selasa 29 - 09 - 2020	Bikin paper presentasi Materi paper paper guru	
6	Selasa 29 - 09 - 2020	Keperawatan Galien Asuhan	

**PROGRAM STUDI PROFESI NERS  
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN PERINTIS PADANG**



**LEMBAR KONSULTASI BIMBINGAN**

Nama Mahasiswa : DESNA NATARIA BR MANIK

Nim : 1914901715


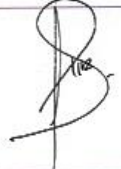
Pembimbing I : Ns. Dia Resti DND, M.Kep

Judul KIAN-N : PENERAPAN PERAWATAN LUKA DALAM MEMBERIKAN  
AGIHAN KEPERAWATAN PASIEN POST OPERASI VITREKTOMI  
DI RSUD DR ACHMAD MOCHTAR BUKITTINGGI TAHUN 2020

No	Hari/Tgl	Materi Bimbingan	Tanda Tangan Pembimbing
7.	Selasa 29-09-2020	perbaikan fungsi dari Asstank.	
8.	Rabu 30-09-2020	Aca yon	
9.			
10.			
11.			
12.			

### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Desna Nataria Br Manik  
Nim : 1914901715  
Penguji I : Ns. Mera Delima, M.Kep  
Judul KIAN : Penerapan Perwatan Luka Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pasien Post Vitrektomy Di RSUD DR Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Senin 12/10/2020	perbaiki pembahas, kamus, sop.	
2.	Selasa 13/10/2020	Acc. di gilir .	
3.			
4.			
5.			

### LEMBAR KONSULTASI REVISI KIAN

Nama Mahasiswa : Desna Nataria Br Manik  
Nim : 1914901715  
Penguji II : Ns. Endra Amalia, M.Kep  
Judul KIAN : Penerapan Perwatan Luka Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Pasien Post Vitrektomy Di RSUD DR Achmad Mochtar Bukittinggi Tahun 2020

No	Hari/Tanggal	Hasil Konsul	Tanda Tangan
1.	Senin 12/10/2020	Perbaiki implementasi dan evaluasi sesuai saran	A
2.	Rabu 14/10/2020	Perbaiki evaluasi sesuai saran	A
3.	Kamis 15/10/2020	Acc di judul	A
4.			
5.			