

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Konsep Kebutuhan Dasar

1. Konsep Kebutuhan Dasar Manusia

Kebutuhan dasar manusia adalah unsur-unsur yang dibutuhkan manusia dalam mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis, yang tentunya untuk mempertahankan kehidupan dan kesehatan. Setiap orang umumnya memiliki kebutuhan dasar yang sama, dan dalam memenuhi kebutuhannya, manusia menyesuaikan diri dengan prioritas yang ada (Haswita & Sulistyowati, 2017).

Kebutuhan dasar menurut Virginia Henderson, manusia mengalami perkembangan yang dimulai dari proses tumbuh kembang dalam rentang kehidupan (*life span*). Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu memulainya dengan bergantung pada orang lain dan belajar untuk mandiri melalui sebuah proses yang disebut pendewasaan. Proses tersebut dipengaruhi oleh pola asuh, lingkungan sekitar, dan status kesehatan individu. Dalam melakukan aktivitas sehari-hari, individu dapat dikelompokkan ke dalam tiga kategori, yaitu:

- a. Terhambat dalam melakukan aktivitas
- b. Belum mampu melakukan aktivitas
- c. Tidak dapat melakukan aktivitas

Virginia Henderson membagi kebutuhan dasar manusia dalam 14 komponen sebagai berikut:

- a. Bernafas secara normal
- b. Makan dan minum yang cukup
- c. Eliminasi (buang air besar dan kecil)
- d. Bergerak dan mempertahankan postur yang diinginkan
- e. Tidur dan istirahat
- f. Memilih pakaian yang tepat

- g. Mempertahankan suhu tubuh dalam kisaran yang normal dengan menyesuaikan pakaian yang digunakan dan memodifikasi lingkungan
- h. Menjaga kebersihan diri dan penampilan
- i. Menghindari bahaya dari lingkungan dan membahayakan orang lain
- j. Berkomunikasi dengan orang lain dalam mengekspresikan emosi, kebutuhan, kekhawatiran dan opini
- k. Beribadah sesuai dengan agama dan kepercayaan
- l. Bekerja sedemikian rupa sebagai modal untuk membiayai kebutuhan hidup
- m. Bermain atau berpartisipasi dalam berbagai bentuk rekreasi
- n. Belajar, menemukan, atau memuaskan rasa ingin tahu yang mengarah pada perkembangan yang normal, kesehatan dan penggunaan fasilitas kesehatan yang tersedia.

(Haswita & Sulistyowati, 2017).

2. Definisi Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

Keselamatan (*safety*) adalah kondisi ketika individu, kelompok, atau masyarakat terhindar dari segala bentuk ancaman atau bahaya. Sementara itu, keamanan (*security*) adalah keadaan bebas dari cedera fisik dan psikologis sebagai salah satu kebutuhan dasar yang harus terpenuhi, bebas dari bahaya fisik, penyebaran organisme patogen, sanitasi memenuhi syarat, dan bebas dari polusi (Mubarak et al., 2015)

3. Faktor-faktor yang Mempengaruhi Keselamatan dan Keamanan

Menurut Haswita & Sulistyowati (2017) ada beberapa faktor yang dapat mempengaruhi keselamatan dan keamanan manusia, yaitu:

a. Usia

Ini erat kaitannya dengan pengetahuan dan pengalaman yang dimiliki individu. Anak-anak biasanya belum mengetahui tingkat bahaya dari suatu lingkungan yang dapat menyebabkan cedera pada mereka. Sedangkan pada lansia umumnya akan mengalami penurunan sejumlah fungsi organ yang dapat menghambat kemampuan mereka

untuk melindungi diri, salah satunya adalah kemampuan persepsi-sensorik.

b. Gaya hidup

Faktor gaya hidup yang menempatkan klien dalam resiko bahaya diantaranya lingkungan kerja yang tidak aman, tinggal di daerah dengan tingkat kejahatan tinggi, ketidakcukupan data untuk membeli perlengkapan keamanan, adanya akses dengan obat-obatan atau zat aditif berbahaya.

c. Mobilisasi dan status kesehatan

Klien dengan kerusakan mobilitas akibat paralisis, kelemahan otot, gangguan keseimbangan atau koordinasi memiliki risiko untuk terjadinya cedera.

d. Gangguan sensori persepsi

Sensori persepsi yang akurat terhadap stimulus lingkungan sangat penting bagi keamanan seseorang. Klien dengan gangguan persepsi rasa, dengar, raba, cium dan lihat, memiliki risiko tinggi untuk cedera.

e. Tingkat kesadaran

Kesadaran adalah kemampuan untuk menerima stimulus lingkungan, reaksi tubuh dan berespon tepat melalui proses berfikir dan tindakan. Klien yang mengalami gangguan kesadaran diantaranya klien yang kurang tidur, klien tidak sadar atau setengah sadar, klien disorientasi, klien yang menerima obat-obatan tertentu seperti narkotik, sedatif dan hipnotik.

f. Status emosional

Status emosi yang ekstrim dapat mengganggu kemampuan klien menerima bahaya lingkungan. Contohnya situasi penuh stres dapat menurunkan konsentrasi dan menurunkan kepekaan pada stimulus eksternal. Klien dengan depresi cenderung lambat berpikir dan bereaksi terhadap stimulus lingkungan.

g. Kemampuan komunikasi

Klien dengan penurunan kemampuan untuk menerima dan mengemukakan informasi juga berisiko untuk cedera. Klien afasia,

klien dengan keterbatasan bahasa, klien yang buta huruf atau tidak bisa mengartikan simbol-simbol tanda bahaya.

h. Pengetahuan pencegahan kecelakaan

Informasi adalah hal yang sangat penting dalam penjagaan keamanan. Klien yang berada dalam lingkungan asing sangat membutuhkan informasi keamanan yang khusus. Setiap individu perlu mengetahui cara-cara yang mencegah terjadinya cedera.

i. Faktor lingkungan

Lingkungan dengan perlindungan yang minimal dapat berisiko menjadi penyebab cedera baik di rumah di tempat kerja dan jalanan.

4. Tindakan Pencegahan Bahaya Keselamatan dan Keamanan

Beberapa tindakan pencegahan terhadap bahaya keselamatan dan keamanan pada tingkatan usia menurut Mubarak et al., (2015), yaitu:

a. Bayi

Upaya melindungi keselamatan bayi antara lain dengan menyediakan alat permainan yang besar, lunak, tidak berujung tajam; tidak meninggalkan botol bayi yang masih penuh saat bayi masih menyusui; menjauhkan benda-benda kecil, tajam, beracun dari jangkauan bayi.

b. Anak-anak

Upaya perlindungan bagi anak antara lain dengan menggunakan pengaman pada sisi tempat tidur; tidak meninggalkan anak sendiri saat duduk, berjalan, mandi, dan lain-lain; memasang pengaman pintu yang kokoh dan aman.

c. Prasekolah

Ajarkan anak untuk tidak berbicara atau menerima apapun dari orang asing, ajarkan anak untuk selalu berjalan di pinggir dan meminta bantuan bila hendak menyeberang, tegaskan anak untuk tidak memakan makanan yang tergeletak di pinggir jalan.

d. Usia sekolah

Ajarkan anak cara menggunakan alat bermain atau beraktivitas, ajarkan anak cara bersepeda yang aman dan ingatkan mereka untuk selalu menggunakan helm dan pelindung sendi kaki atau tangan, jangkauan alat-alat elektronik dari jangkauan anak, tekankan rasa tanggung jawab pada anak selama bermain atau bepergian.

e. Remaja

Ajarkan remaja cara mengendarai mobil atau sepeda motor secara terstruktur serta cara mengatasi masalah mesin, ingatkan remaja untuk mengendarai mobil atau motor dalam batas kecepatan, selalu menggunakan sabuk keselamatan, tekankan bahaya penggunaan obat-obatan dan alkohol.

f. Dewasa

Ajarkan langkah-langkah penanganan stres dan promosi kesehatan seperti rajin olahraga, berhenti merokok, tidak mengonsumsi alkohol.

g. Lansia

Pasang *handrail* pada tangga, berikan penerangan yang adekuat, anjurkan untuk menggunakan alas kaki saat ke kamar mandi atau wc.

5. Macam-macam Bahaya atau Kecelakaan

Beberapa bahaya yang sering mengancam klien baik yang berada di tempat pelayanan kesehatan, rumah, maupun di masyarakat menurut Mubarak et al., (2015):

1) Api atau kebakaran

Api adalah bahaya umum baik di rumah maupun rumah sakit. Penyebab kebakaran yang paling sering adalah rokok dan hubungan pendek arus listrik. Kebakaran dapat terjadi jika terdapat tiga elemen yaitu panas yang cukup, bahan-bahan yang mudah terbakar.

2) Luka bakar (*scald* dan *burns*)

Scald adalah luka bakar yang diakibatkan oleh cairan atau uap panas, seperti uap air panas. *Burn* adalah luka bakar diakibatkan terpapar oleh panas tinggi, bahan kimia, listrik atau agen radioaktif.

3) Jatuh

Terjatuh bisa terjadi pada siapa saja terutama pada bayi dan lansia. Jatuh dapat terjadi akibat lantai licin dan berair, alat-alat yang berantakan, lingkungan dengan pencahayaan yang kurang.

4) Keracunan

Racun adalah semua zat yang dapat mencederai atau membunuh melalui aktivitas kimianya jika dihirup, disuntikkan, digunakan, atau diserap dalam jumlah yang cukup sedikit. Penyebab utama keracunan pada anak-anak adalah penyimpanan bahan berbahaya atau beracun yang sembarangan, pada remaja adalah gigitan serangga dan ular atau upaya bunuh diri. Pada lansia biasanya akibat salah minum obat (karena penurunan penglihatan) atau akibat *overdosis* obat yang disebabkan adanya penurunan daya ingat.

5) Sengatan listrik

Sengatan listrik dan hubungan arus pendek adalah bahaya yang harus diwaspadai oleh perawat. Salah satu pencegahannya adalah dengan menggunakan alat listrik yang *grounded* yaitu bersifat mentransmisi aliran listrik dari suatu objek langsung ke permukaan tanah.

6) Suara bising

Suara bising adalah bahaya yang dapat menyebabkan hilangnya fungsi pendengaran, bergantung pada tingkat kebisingan, frekuensi terpapar kebisingan, dan lamanya terpapar kebisingan serta kerentanan individu.

7) Radiasi

Cedera radiasi dapat terjadi akibat terpapar zat radioaktif yang berlebihan atau pengobatan melalui radiasi yang merusak sel lain. Zat radioaktif digunakan dalam prosedur diagnostic seperti radiografi, fluoroskopi.

8) *Suffocation* (afiksia) atau *choking* (tersedak)

Tersedak (*suffocation* atau *asphyxiation*) adalah keadaan kekurangan oksigen akibat gangguan dalam bernapas. Tersedak juga bisa disebabkan oleh adanya benda asing di saluran napas atas yang

menghalangi udara masuk ke paru-paru. Jika klien tidak segera ditolong bisa terjadi henti napas dan henti jantung serta kematian.

B. Tinjauan Asuhan Keperawatan Kebutuhan Keselamatan dan Keamanan

1. Pengkajian

Pengkajian klien dengan risiko cedera meliputi risiko (*risk assessment tools*) dan adanya bahaya lingkungan klien (*home hazards appraisals*). Pengkajian risiko menurut Mubarak et al., (2015) meliputi sebagai berikut:

a. Pengkajian Bahaya

Meliputi mengkaji keadaan lantai, peralatan rumah tangga, kamar mandi, dapur, kamar tidur, pelindung kebakaran, zat-zat berbahaya, listrik, dan lain-lain apakah dalam keadaan aman atau dapat mengakibatkan kecelakaan

b. Pengkajian Keamanan

Gangguan keamanan berupa jatuh dirumah yang cukup tinggi, bahaya yang menyebabkan jatuh cenderung mudah dilihat tetapi sulit untuk diperbaiki. Oleh karena itu, diperlukan pengkajian yang spesifik tentang keadaan rumah yang terstruktur. Pengkajian bahaya akibat lingkungan rumah meliputi sebagai berikut:

Tabel 2.1
Pengkajian Bahaya Lingkungan Rumah

Lingkungan Rumah	Hal yang dikaji
Eksterior rumah	1. Apakah pencahayaannya adekuat? 2. Apakah furniture di luar ruangan kuat untuk duduk?
Interior rumah	1. Penerangan lampu, keset, tata ruang atau barang, kondisi kamar mandi atau WC 2. Apakah semua kamar dan tangga mempunyai pencahayaan yang adekuat? 3. Apakah ada lampu yang dinyalakan pada malam hari? 4. Apakah lantai licin atau tidak? 5. Apakah furniture diatur dengan tepat untuk memudahkan mobilitas? 6. Apakah furniture cukup kuat untuk diduduki? 7. Apakah suhu dan kelembapan berada dalam rentang normal?
Dapur	1. Kondisi lantai, penerangan lampu, sumber air, kompor. 2. Apakah tersedia fasilitas untuk mencuci tangan? 3. Apakah tempat diatas kompor gas bersih?

	<p>4. Apakah ada tempat penyimpanan dapat dijangkau dengan mudah?</p> <p>5. Apakah cairan pembersih, pemutih, dan lain-lain berada dalam botol yang asli serta disimpan dengan aman?</p> <p>6. Apakah cairan pembersih yang tersimpan tidak terjangkau oleh anak?</p> <p>7. Adakah tempat yang bersih untuk menyimpan dan menyiapkan makanan?</p>
Kamar mandi	<p>1. Kondisi lantai, licin atau tidak?</p> <p>2. Penerangan lampu dikamar mandi redup atau tidak?</p> <p>3. Apakah klien membutuhkan alat pegangan dikamar mandi?</p>
Kamar atau ruang tidur	<p>1. Letak keset atau karpet, tata letak perabot, tombol lampu, penerangan malam hari, akses ke toilet</p> <p>2. Apakah tinggi tempat tidur memadai untuk dapat naik dan turun dari tempat tidur dengan mudah?</p> <p>3. Apakah cahaya untuk siang hari dan malam hari sudah adekuat?</p> <p>4. Apakah lantai tidak licin?</p>
Bahaya akibat listrik dan kebakaran	<p>1. Pengaturan listrik yang membahayakan (misal stopkontak tidak terlindungi, ada lebih dari satu aliran kabel, letak kabel dekat dengan barang-barang basah, dan lain-lain)</p> <p>2. Apakah kabel listrik berada dalam kondisi yang baik?</p> <p>3. Apakah sambungan kabel hanya digunakan bila perlu?</p> <p>4. Apakah alat-alat listrik yang disambungkan pada satu stopkontak terpasang pada jumlah yang benar?</p> <p>5. Apakah alat-alat listrik berada jauh dari tempat cuci, bak, atau pancuran?</p> <p>6. Apakah keluarga telah mendiskusikan dan melaksanakan rencana yang akan digunakan untuk melepaskan diri bila terjadi kebakaran?</p>

Sumber: Mubarak et al., (2015)

c. Riwayat Keperawatan dan Pemeriksaan Fisik

Riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik dapat mengungkapkan berbagai data tentang praktik keamanan klien dan risiko klien dalam mengalami cedera. Data tersebut meliputi usia dan tingkat perkembangan, status kesehatan umum, status mobilitas, ada tidaknya defisit fisiologis atau persepsi atau kerusakan sensorik lain, perubahan proses pikir, atau gangguan kognitif atau emosional, adanya tindak penganiayaan atau pengabaian, dan riwayat kecelakaan atau cedera. Selain itu perlu juga dikaji tentang riwayat keselamatan yang meliputi kesadaran klien akan adanya bahaya, pengetahuan tentang tindakan pengamanan baik di rumah ataupun di tempat kerja, dan setiap ancaman yang ia rasakan terhadap kesehatannya.

d. Perangkat Pengkajian Risiko

Perangkat ini ditujukan untuk mengidentifikasi klien yang berisiko mengalami cedera tertentu, seperti jatuh, atau mengkaji kondisi klien secara umum agar klien tetap aman di lingkungan rumahnya maupun di tatanan perawatan kesehatan. Perangkat tersebut merangkum data-data spesifik yang terdapat dalam riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik klien.

e. Penilaian Tingkat Kebahayaan Lingkungan

1) Riwayat jatuh, mengkaji usia klien, riwayat jatuh dari rumah atau sakit, mengalami gangguan penglihatan atau pendengaran, kesulitan berjalan atau gangguan mobilitas, menggunakan alat bantu (tongkat, kursi roda, dan lain-lain), penurunan status mental (disorientasi, penurunan daya ingat), mendapatkan obat tertentu (sedatif, hipnotik, tranquilizers, analgetik, diuretik, atau laksatif).

Upaya untuk mencegah terjadinya jatuh pada klien, yaitu:

- a) Menjelaskan sistem komunikasi yang ada
- b) Hati-hati saat mengkaji klien dengan keterbatasan gerak
- c) Supervisi ketat pada awal klien dirawat terutama malam hari
- d) Berikan alas kaki yang tidak licin
- e) Jaga lantai kamar mandia agar tidak licin

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosis keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons klien individu, keluarga dan komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan (PPNI, 2017). Kemungkinan masalah yang akan muncul pada gangguan pemenuhan kebutuhan keselamatan dan keamanan pada keluarga Tn. A dengan katarak pada An. V adalah:

- a. Risiko jatuh pada Anak V berhubungan dengan Gangguan penglihatan (D.0143)

Risiko jatuh adalah berisiko mengalami kerusakan fisik dan gangguan kesehatan akibat terjatuh.

Faktor risiko:

- a. Usia ≥ 65 tahun (pada dewasa) atau ≤ 2 tahun (pada anak)
- b. Riwayat jatuh
- c. Anggota gerak bawah prosthesis (buatan)
- d. Penggunaan alat bantu berjalan
- e. Penurunan tingkat kesadaran
- f. Perubahan fungsi kognitif
- g. Lingkungan tidak aman (mis. licin, gelap, lingkungan asing)
- h. Kondisi pasca operasi
- i. Hipotensi ortostatik
- j. Perubahan kadar glukosa darah
- k. Anemia
- l. Kekuatan otot menurun
- m. Gangguan pendengaran
- n. Gangguan keseimbangan
- o. Gangguan penglihatan (mis. glaukoma, katarak, ablasio retina, neuritis optikus)
- p. Neuropati
- q. Efek agen farmakologis (mis. sedasi, alcohol, anastesi umum)

Kondisi klinis terkait:

- a. Osteoporosis
- b. Kejang
- c. Penyakit sebrovaskuler
- d. Katarak
- e. Glaukoma
- f. Demensia
- g. Hipotensi
- h. Amputasi
- i. Intoksikasi
- j. Preeklampsi

3. Rencana Keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan segala bentuk terapi yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai peningkatan, pencegahan dan pemulihan kesehatan individu, keluarga, dan komunitas (PPNI, 2018).

Tabel 2.2
Rencana Keperawatan

Diagnosa	Intervensi Utama	Intervensi Pendamping
Risiko jatuh berhubungan dengan Gangguan penglihatan (D.0143).	<p>a. Pencegahan jatuh (I.14540)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi faktor risiko jatuh (gangguan penglihatan) 2. Identifikasi faktor lingkungan yang meningkatkan risiko jatuh (mis. lantai licin) <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Orientasikan ruangan pada klien <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan menggunakan alas kaki yang tidak licin 	<p>a. Edukasi keamanan anak (I.12378)</p> <p>Observasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi <p>Terapeutik:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan 2. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan 3. Berikan kesempatan untuk bertanya <p>Edukasi:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan memantau anak saat berada di tempat yang berisiko (mis. luar rumah) 2. Anjurkan memilih mainan yang sesuai dengan usia anak dan tidak berbahaya 3. Anjurkan menyimpan benda berbahaya (mis. pisau, benda tajam lainnya) dan cairan berbahaya (mis. pembersih lantai, deterjen) ditempat yang jauh dari jangkauan 4. Anjurkan tidak meletakkan anak pada tempat tidur yang tinggi

		5. Ajarkan anak tindakan yang dilakukan saat merasa dirinya dalam bahaya (mis. meminta bantuan orang dewasa, berteriak)
--	--	---

Sumber: PPNI, 2018

4. Implementasi

Secara umum, rencana asuhan keperawatan harus mencakup dua aspek yaitu promosi kesehatan tentang tindakan pencegahan dan memodifikasi lingkungan agar lebih aman. Tujuan utama asuhan keperawatan pada klien dengan risiko keamanan adalah mencegah kecelakaan dan cedera. Untuk tujuan tersebut, klien sering kali dituntut untuk mengubah perilaku sehat mereka dan memodifikasi lingkungan (Mubarak et al., 2015).

5. Evaluasi

Melalui data yang dikumpulkan selama pemberian asuhan keperawatan, perawat dapat menilai apakah tujuan asuhan telah tercapai. Jika belum tercapai maka perawat perlu melakukan eksplorasi penyebabnya. Di antaranya, perawat dapat menanyakan beberapa hal pada pada klien, sebagai berikut:

- 1) Sudahkah klien melakukan semua tindakan pencegahan?
- 2) Tindakan pencegahan apa yang klien tahu?
- 3) Apakah klien menyetujui semua tindakan pencegahan yang diajarkan?
- 4) Sudahkah perawat menulis dan mengimplementasikan rencana promosi kesehatan pada klien?

Tabel 2.3
Kriteria Hasil Tingkat Jatuh (L.14138)

Kriteria	Meningkat	Cukup Meningkatkan	Sedang	Cukup Menurun	Menurun
Jatuh dari tempat tidur	1	2	3	4	5
Jatuh saat berdiri	1	2	3	4	5

Jatuh saat duduk	1	2	3	4	5
Jatuh saat berjalan	1	2	3	4	5
Jatuh saat dipindahkan	1	2	3	4	5
Jatuh naik tangga	1	2	3	4	5
Jatuh saat di kamar mandi	1	2	3	4	5
Jatuh saat membungkuk	1	2	3	4	5

Sumber: PPNI, 2019

C. Tinjauan Konsep Keluarga

1. Definisi Keluarga

Keluarga menjadi bagian terpenting dalam sistem sosial kemasyarakatan, bahkan dalam sistem ekonomi. Meski keberadaannya merupakan bagian terkecil, tetapi keluarga memiliki peran sebagai kunci. Tanpa adanya keluarga, sistem sosial tidak akan terbentuk. Secara umum, keluarga didefinisikan sebagai kelompok primer yang terdiri dari dua atau lebih orang yang mempunyai jaringan interaksi interpersonal, hubungan darah, hubungan perkawinan (Bakri, 2017).

Keluarga merupakan sekumpulan orang yang dihubungkan oleh perkawinan, adopsi dan kelahiran yang bertujuan menciptakan dan mempertahankan budaya yang umum, meningkatkan perkembangan fisik, mental, emosional dan sosial dari individu-individu yang ada di dalamnya terlihat pola interaksi yang saling ketergantungan untuk mencapai tujuan bersama (Friedman, 1998 dikutip dalam Achjar, 2012).

2. Tipe Keluarga

Menurut Achjar (2012) tipe keluarga terdiri dari keluarga tradisional dan non tradisional, yaitu:

a. Keluarga tradisional

- 1) Keluarga inti (*nuclear family*), yaitu keluarga yang terdiri dari suami, istri dan anak kandung atau anak angkat
- 2) Keluarga besar (*extended family*), yaitu keluarga inti ditambah dengan keluarga lain yang mempunyai hubungan darah, misalnya, kakek, nenek, paman dan bibi.

- 3) Keluarga *dyad*, yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri tanpa anak
 - 4) *Single parent*, rumah tangga yang terdiri dari satu orang tua dengan anak kandung atau anak angkat, yang disebabkan karena perceraian atau kematian.
 - 5) *Single adult*, yaitu rumah tangga yang hanya terdiri dari seorang dewasa saja.
 - 6) Keluarga usia lanjut, yaitu rumah tangga yang terdiri dari suami istri yang berusia lanjut.
- b. Keluarga non tradisional
- 1) *Commune family*, yaitu lebih dari satu keluarga tanpa pertalian darah hidup serumah
 - 2) Orang tua (ayah/ibu) yang tidak ada ikatan perkawinan dan anak hidup bersama dalam satu rumah.
 - 3) Homoseksual yaitu dua individu yang sejenis kelamin hidup bersama dalam satu rumah tangga.

3. Tahap Perkembangan Keluarga

Tahap perkembangan keluarga menurut Duvall & Miller (1985) dikutip dalam Achjar (2012), membagi keluarga dalam 8 tahap perkembangan, yaitu:

- a. Tahap I, Keluarga Pemula atau Pasangan Baru (*Bargaining Family*).
Tugas perkembangan keluarga pemula antara lain membina hubungan yang harmonis dan kepuasan bersama dengan membangun perkawinan yang saling memuaskan, membina hubungan dengan orang lain dengan menghubungkan jaringan persaudaraan secara harmonis, merencanakan kehamilan dan mempersiapkan menjadi orangtua.
- b. Tahap II, Keluarga dengan Anak Pertama < 30 bulan (*Child Bearing*)
Tugas perkembangan keluarga pada tahap II yaitu membentuk keluarga muda sebagai unit, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memperluas persahabatan dengan keluarga besar dengan

menambahkan peran orangtua kakek dan nenek serta mensosialisasikan dengan lingkungan keluarga besar masing-masing pasangan.

- c. Tahap III, Keluarga dengan Anak Prasekolah (anak tertua umur 2-6 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap III yaitu memenuhi kebutuhan anggota keluarga, mensosialisasikan anak, mempertahankan hubungan yang sehat dalam keluarga dan luar keluarga, menanamkan nilai dan norma kehidupan, mulai mengenalkan kultur keluarga, menanamkan keyakinan beragama, memenuhi kebutuhan bermain anak.

- d. Tahap IV, Keluarga dengan Anak Usia Sekolah (anak usia tertua umur 6-13 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap IV yaitu mensosialisasikan anak termasuk meningkatkan prestasi sekolah dan mengembangkan hubungan dengan teman sebaya, mempertahankan hubungan perkawinan yang memuaskan, memenuhi kebutuhan kesehatan fisik anggota keluarga, membiasakan belajar teratur, memperhatikan anak saat menyelesaikan tugas sekolah.

- e. Tahap V, Keluarga dengan Anak Remaja (anak tertua umur 13-20 tahun)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap V yaitu menyeimbangkan kebebasan dengan tanggung jawab ketika remaja menjadi dewasa dan mandiri, berkomunikasi terbuka antara orangtua dan anak-anak, memberikan perhatian, memberikan kebebasan dalam batasan tanggung jawab, mempertahankan komunikasi terbuka dua arah.

- f. Tahap VI, Keluarga dengan Anak Dewasa (mencakup anak pertama sampai anak terakhir yang meninggalkan rumah)

Tugas perkembangan keluarga pada tahap VI yaitu dimulai sejak anak pertama meninggalkan rumah. Artinya keluarga sedang menghadapi persiapan anak yang mulai mandiri. Dalam hal ini, orangtua merelakan anak untuk pergi jauh dari rumahnya demi tujuan tertentu. Adapun tugas perkembangan pada tahap ini, antara lain membantu dan

mempersiapkan anak untuk hidup mandiri, menjaga keharmonisan dengan pasangan, menata kembali peran dan fungsi keluarga setelah ditinggalkan anak, memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar, bersiap mengurus keluarga besar (orang tua pasangan) memasuki masa tua.

g. Tahap VII, Keluarga Usia Pertengahan (*Midle Age Family*)

Tugas perkembangan keluarga tahap VII yaitu ditandai dengan perginya anak terakhir dari rumah. Tugas perkembangan keluarganya, yaitu menjaga kesehatan, meningkatkan keharmonisan dengan pasangan, anak, dan teman sebaya, serta mempersiapkan masa tua.

h. Tahap VIII, Keluarga Lanjut Usia

Masa usia lanjut adalah masa-masa akhir kehidupan manusia. Maka tugas perkembangan dalam masa ini yaitu beradaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, kawan, ataupun saudara. Selain itu melakukan “*life review*” juga penting, disamping tetap mempertahankan kedamaian rumah, menjaga kesehatan, saling memberi perhatian yang menyenangkan antar pasangan, merencanakan kegiatan untuk mengisi waktu tua seperti berolahraga, berkebun, mengasuh cucu.

4. Tugas Kesehatan Keluarga

Tugas keluarga merupakan pengumpulan data yang berkaitan dengan ketidakmampuan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan. Asuhan keperawatan keluarga, mencantumkan lima tugas keluarga sebagai paparan etiologi atau penyebab masalah, berikut lima tugas keluarga menurut Achjar (2012):

- a. Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah kesehatan, termasuk bagaimana persepsi keluarga terhadap tingkat keparahan penyakit, persepsi keluarga terhadap masalah yang dialami keluarga.
- b. Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, termasuk sejauh mana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah, bagaimana masalah dirasakan oleh keluarga, keluarga menyerah atau

tidak terhadap masalah yang dihadapi, adakah rasa takut terhadap akibat atau adakah sikap negatif dari keluarga terhadap masalah kesehatan, bagaimana sistem pengambilan keputusan yang dilakukan keluarga terhadap anggota keluarga yang sakit.

- c. Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, seperti bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakitnya, sifat dan perkembangan perawatan yang diperlukan, sumber-sumber yang ada dalam keluarga serta sikap keluarga terhadap yang sakit.
- d. Ketidakmampuan keluarga memodifikasi lingkungan, seperti pentingnya hygiene sanitasi bagi keluarga, upaya pencegahan penyakit yang dilakukan keluarga, upaya pemeliharaan lingkungan yang dilakukan keluarga, kekompakan anggota keluarga dalam menata lingkungan dalam dan luar rumah yang berdampak terhadap kesehatan keluarga.
- e. Ketidakmampuan keluarga memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan, seperti kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga terhadap penggunaan fasilitas kesehatan, apakah pelayanan kesehatan terjangkau oleh keluarga, adakah pengalaman yang kurang baik yang dipersepsikan keluarga.

D. Tinjauan Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Pengkajian asuhan keperawatan keluarga menurut teori/model *Family Care Nursing* Friedman dikutip dalam Achjar (2012), meliputi 7 komponen pengkajian yaitu:

1. Pengkajian

a. Data Umum

1) Identitas kepala keluarga

Informasi ini merupakan hal-hal dasar yang harus diketahui. Data ini biasanya merupakan data tertulis, yang mudah kita peroleh dari kartu keluarga (KK). Usahakan untuk mendapatkan KK yang terbaru, dari kartu keluarga ini akan mendapatkan informasi dasar

berupa alamat lengkap, nama kepala keluarga, pekerjaan dan pendidikan terakhir kepala keluarga serta anggota keluarga. Jika ada informasi data lainnya yang belum tercantum dalam kartu keluarga, perlu menanyakannya secara langsung misalnya nomor telepon (Bakri, 2017)

2) Komposisi anggota keluarga

Komposisi keluarga menjelaskan anggota keluarga yang diidentifikasi sebagai bagian dari keluarga mereka. Komposisi tidak hanya mencantumkan penghuni rumah tangga, tetapi juga anggota keluarga lain yang menjadi bagian dari keluarga tersebut (Padila, 2018).

Tabel 2.4
Komposisi Anggota Keluarga

Nama	Umur	Sex	Hub dengan KK	Pendidikan	Pekerjaan	Keterangan

Sumber: Achjar, 2012

3) Genogram:

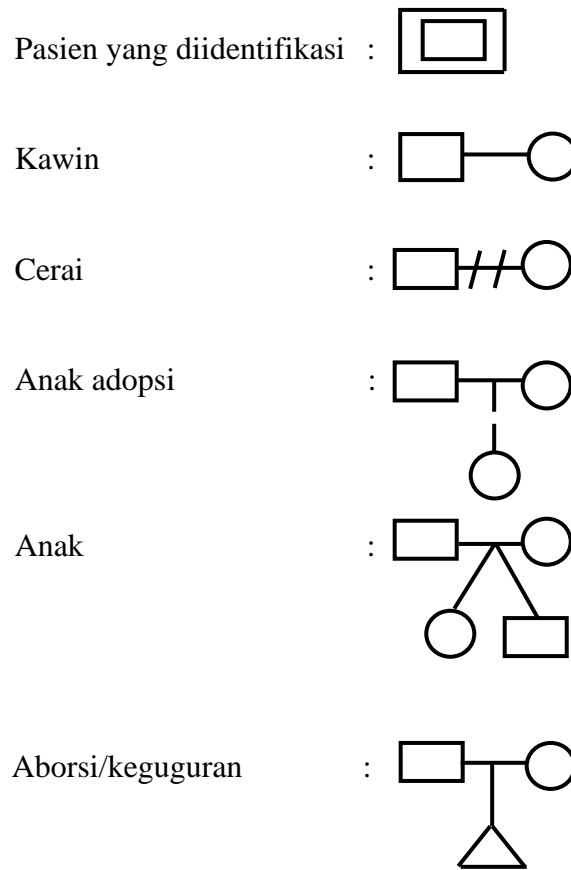
Genogram harus menyangkut minimal 3 generasi, harus tertera nama, umur, kondisi kesehatan tiap keterangan gambar. Terdapat keterangan gambar dengan simbol berbeda (Friedman, 1998) dikutip dalam Achjar (2012) seperti:

Laki-laki : 

Perempuan : 

Meninggal dunia :  

Tinggal serumah : 



4) Tipe keluarga

Menjelaskan mengenai jenis atau tipe keluarga beserta kendala atau masalah-masalah yang terjadidengan jenis atau tipe keluarga tersebut

5) Suku bangsa

Menurut Achjar (2012):

- a) Asal suku bangsa keluarga
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

6) Agama

- a) Agama yang dianut keluarga
- b) Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

7) Status sosial ekonomi keluarga

- a) Rata-rata penghasilan seluruh anggota keluarga
- b) Jenis pengeluaran tiap bulan
- c) Tabungan khusus kesehatan

d) Barang (harta benda) yang dimiliki keluarga (perabot, transportasi)

8) Aktivitas rekreasi keluarga

b. Riwayat dan tahap perkembangan keluarga

Menurut Padila (2018):

1) Tahap perkembangan keluarga saat ini (ditentukan dengan anak tertua)

2) Tahap perkembangan keluarga ditentukan oleh anak tertua dari keluarga inti.

3) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

4) Menjelaskan perkembangan keluarga yang belum terpenuhi menjelaskan mengenai tugas perkembangan keluarga yang belum terpenuhi oleh keluarga serta kendala-kendala mengapa tugas perkembangan tersebut belum terpenuhi.

5) Riwayat keluarga inti

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti, meliputi riwayat penyakit keturunan, riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga, perhatian keluarga terhadap pencegahan penyakit termasuk status imunisasi, sumber pelayanan kesehatan yang biasa digunakan keluarga dan pengalaman terhadap pelayanan kesehatan.

6) Riwayat keluarga sebelumnya

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan psda keluarga dari pihak suami dan istri.

c. Lingkungan

Menurut Achjar (2012):

1) Karakteristik rumah

a) Ukuran rumah (luas rumah)

b) Kondisi dalam dan luar rumah

c) Kebersihan rumah

d) Ventilasi rumah

e) Saluran pembuangan air limbah (SPAL)

- f) Air bersih
 - g) Pengelolaan sampah
 - h) Kepemilikan rumah
 - i) Kamar mandi
 - j) Denah rumah
- 2) Karakteristik tetangga dan komunitas tempat tinggal
 - a) Apakah ingin tinggal dengan satu suku saja
 - b) Aturan dan kesepakatan penduduk setempat
 - c) Budaya setempat yang mempengaruhi kesehatan
 - 3) Mobilitas geografis keluarga
 - a) Apakah keluarga sering pindah rumah
 - b) Dampak pindah rumah terhadap kondisi keluarga (apakah menyebabkan stress)
 - 4) Perkumpulan keluarga dan interaksi dengan masyarakat
 - a) Perkumpulan atau organisasi sosial yang diikuti oleh anggota keluarga
 - b) Digambarkan dalam ecomap
 - 5) Sistem pendukung keluarga
Termasuk siapa saja yang terlibat bila keluarga mengalami masalah.
- d. Struktur keluarga

Menurut Bakri (2017):

1) Pola komunikasi keluarga

Perawat diharuskan untuk melakukan observasi terhadap seluruh anggota keluarga dalam berhubungan satu sama lain. Komunikasi yang berjalan baik mudah diketahui dari anggota keluarga yang menjadi pendengar yang baik, pola komunikasi yang tepat, penyampaian pesan yang jelas, keterlibatan perasaan dalam berinteraksi.

2) Struktur kekuatan keluarga

Kekuatan keluarga diukur dari peran dominan anggota keluarga. Oleh sebab itu, seorang perawat membutuhkan data tentang siapa

yang dominan dalam mengambil keputusan untuk keluarga, mengelola anggaran, tempat tinggal, tempat kerja, mendidik anak dan lain sebagainya.

3) Struktur peran keluarga

Setiap anggota keluarga memiliki perannya masing-masing. Tidak ada satupun anggota keluarga yang terlepas dari perannya, baik dari orangtua maupun anak-anak. Peran ini berjalan dengan sendirinya, meski tanpa di sepakati terlebih dahulu. Akan tetapi jika peran ini tidak berjalan dengan baik maka akan ada anggota keluarga yang terganggu. Misalnya anak yang harus belajar atau bermain, jika anak tak melakukannya, tentu orang tua akan gelisah. Begitu pula jika orangtua atau utamanya ayah tidak bekerja tentu anggota keluarga akan kesulitan memenuhi kebutuhannya.

4) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai dan norma yang di anut oleh keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (Padila, 2018).

e. Fungsi keluarga

Menurut Bakri (2017):

1) Fungsi afektif

- a) Bagaimana pola kebutuhan keluarga dan responsnya?
- b) Apakah individu merasakan individu lain dalam keluarga?
- c) Apakah pasangan suami-istri mampu menggambarkan kebutuhan persoalan lain dan anggota yang lain?
- d) Bagaimana keluarga menanamkan perasaan kebersamaan anggota keluarga?

2) Fungsi sosialisasi

Menurut Achjar (2012)

- a) Bagaimana memperkenalkan anggota keluarga dengan dunia luar
- b) Interaksi dan hubungan dalam keluarga

3) Fungsi perawatan kesehatan

Menurut Achjar (2012)

- a) Kondisi perawatan kesehatan seluruh anggota keluarga
- b) Bila ditemui data maladaptif, langsung lakukan penjajagan tahap II (berdasar 5 tugas keluarga seperti bagaimana keluarga mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat anggota keluarga, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan).

f. Stress dan koping keluarga

Menurut Padila (2018):

1) Stressor jangka pendek

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu kurang dari 6 bulan.

2) Stressor jangka panjang

Stressor yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu lebih dari 6 bulan.

3) Kemampuan keluarga berespon terhadap stressor

Mengkaji sejauhmana keluarga berespon terhadap stressor.

4) Strategi koping yang digunakan

Mengkaji strategi koping yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress.

5) Strategi adaptasi disfungsional

Menjelaskan mengenai strategi adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan atau stress.

g. Pemeriksaan fisik

Pemeriksaan fisik menurut Achjar (2012), adalah:

- 1) Tanggal pemeriksaan fisik dilakukan
- 2) Pemeriksaan kesehatan dilakukan pada seluruh anggota keluarga
- 3) Aspek pemeriksaan fisik mulai vital sign, rambut, kepala, mata mulut THT, leher, thorax, abdomen, ekstermitas atas dan bawah, sistem genitalia
- 4) Kesimpulan dari pemeriksaan fisik

- h. Harapan keluarga
 - 1) Terhadap masalah kesehatan keluarga
 - 2) Terhadap petugas kesehatan yang ada

2. Analisa Data

Setelah dilakukan pengkajian, selanjutnya data dianalisis untuk dapat dilakukan perumusan diagnosis keperawatan. Diagnosis keperawatan keluarga disusun berdasarkan jenis diagnosis menurut Achjar (2012), seperti:

a. Diagnosis sehat/*wellness*

Diagnosis sehat/*wellness*, digunakan bila keluarga mempunyai potensi untuk ditingkatkan, belum ada data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga potensial, hanya terdiri dari komponen *problem* (P) saja atau P (*problem*) dan S (*symptom/sign*), tanpa komponen etiologi (E).

b. Diagnosis ancaman (risiko)

Diagnosis ancaman, digunakan bila belum terdapat paparan masalah kesehatan, namun sudah ditemukan beberapa data maladaptif yang memungkinkan timbulnya gangguan. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga risiko, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom/sign* (S).

c. Diagnosis nyata/gangguan

Diagnosis gangguan, digunakan bila sudah timbul gangguan atau masalah kesehatan di keluarga, di dukung dengan adanya beberapa data maladaptif. Perumusan diagnosis keperawatan keluarga nyata atau gangguan, terdiri dari *problem* (P), etiologi (E) dan *symptom* atau *sign* (S).

Perumusan *problem* (P) merupakan respon terhadap gangguan pemenuhan kebutuhan dasar. Sedangkan etiologi (E) mengacu pada 5 tugas keluarga yaitu:

- 1) Ketidakmampuan keluarga mengenal masalah, meliputi:
 - a) Persepsi terhadap keparahan penyakit

- b) Pengertian
 - c) Tanda dan gejala
 - d) Faktor penyebab
 - e) Persepsi keluarga terhadap masalah
- 2) Ketidakmampuan keluarga mengambil keputusan, meliputi:
Sejauhmana keluarga mengerti mengenai sifat dan luasnya masalah
- a) Masalah dirasakan keluarga
 - b) Keluarga menyerah terhadap masalah yang dialami
 - c) Sikap negatif terhadap masalah kesehatan
 - d) Kurang percaya terhadap tenaga kesehatan
 - e) Informasi yang salah
- 3) Ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit, meliputi:
- a) Bagaimana keluarga mengetahui keadaan sakit
 - b) Sifat dan perkembangan perawatan yang dibutuhkan
 - c) Sumber-sumber yang ada dalam keluarga
 - d) Sikap keluarga terhadap yang sakit
- 4) Ketidakmampuan keluarga memelihara lingkungan, meliputi:
- a) Keuntungan atau manfaat pemeliharaan lingkungan
 - b) Pentingnya higyne sanitasi
 - c) Upaya pencegahan penyakit
- 5) Ketidakmampuan keluarga menggunakan fasilitas keluarga, meliputi:
- a) Keberadaan fasilitas kesehatan
 - b) Keuntungan yang didapat
 - c) Kepercayaan keluarga terhadap petugas kesehatan
 - d) Pengalaman keluarga yang kurang baik
 - e) Pelayanan kesehatan yang terjangkau oleh keluarga

3. Skoring

Setelah data dianalisis dan diterapkan masalah keperawatan keluarga selanjutnya perlu diprioritaskan masalah kesehatan pada keluarga, skala prioritas selalu dibutuhkan untuk meminimalisir risiko, mamaksimalkan perawatan dan pengobatan, serta untuk pengambilan keputusan yang tepat. Berikut proses skoring seperti pada tabel.

Tabel 2.5
Skoring Prioritas Masalah Asuhan Keperawatan Keluarga

No	Kriteria	Nilai	Bobot
1.	Sifat masalah		
	Tidak/kurang sehat	3	1
	Ancaman kesehatan	2	
Keadaan sejahtera	1		
2.	Kemungkinan masalah dapat diubah		
	Mudah	2	2
	Sebagian	1	
Tidak dapat	0		
3.	Potensi masalah untuk dicegah		
	Tinggi	3	1
	Cukup	2	
Rendah	1		
4.	Menonjolnya masalah		
	Masalah yang benar-benar harus segera ditangani	2	1
	Ada masalah tetapi tidak segera ditangani	1	
Masalah tidak dirasakan	0		

Sumber: Bakri, 2017

Setelah menentukan skala prioritas sesuai dengan tabel, selanjutnya adalah membuat skoring. Bailon & Maglaya (1978) dikutip dalam Bakri (2017) membuat rumus seperti:

- 1) Tentukan angka dari skor tertinggi terlebih dahulu. Biasanya angka tertinggi adalah 5.
- 2) Skor yang dimaksud diambil dari skala prioritas. Tentukan skor pada setiap kriteria.
- 3) Skor dibagi dengan angka tertinggi.
- 4) Kemudian dikalikan dengan bobot skor.
- 5) Jumlahkan skor dari semua kriteria.

4. Intervensi Keperawatan Keluarga

Perencanaan diawali dengan merumuskan tujuan yang ingin dicapai serta rencana tindakan untuk mengatasi masalah yang ada. Tujuan dari tujuan jangka panjang (tujuan umum) mengacu pada bagaimana mengatasi problem atau masalah (P) di keluarga, sedangkan penetapan tujuan jangka pendek (tujuan khusus) mengacu pada bagaimana mengatasi etiologi (E). Tujuan jangka pendek harus SMART (S=spesifik, M=*measurable*/dapat diukur, A=*achievable*/dapat dicapai, R=*reality*/punya limit waktu (Achjar, 2010).

5. Implementasi

Implementasi merupakan langkah yang dilakukan setelah perencanaan program. Program dibuat untuk menciptakan keinginan berubah dari keluarga, memandirikan keluarga. Seringkali perencanaan program yang sudah baik atau tidak diikuti dengan waktu yang cukup untuk merencanakan implementasi (Achjar, 2012).

6. Evaluasi

Evaluasi dilakukan sesuai dengan rencana tindakan yang telah diberikan, kemudian dilakukan penilaian untuk melihat keberhasilannya. Jika tindakan yang dilakukan belum berhasil, maka perlu dicari cara atau metode lainnya. Semua tindakan keperawatan tidak dapat dilaksanakan dalam satu kali kunjungan ke keluarga, melainkan secara bertahap sesuai dengan waktu dan kesediaan keluarga (Bakri, 2017). Untuk melakukan evaluasi, ada baiknya disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional:

S = adalah berbagai persoalan yang disampaikan oleh keluarga setelah dilakukan tindakan keperawatan.

O = adalah berbagai persoalan yang ditemukan oleh perawat setelah dilakukan tindakan keperawatan.

A = adalah analisis dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu pada tujuan yang terkait dengan diagnosis.

P = adalah perencanaan direncanakan kembali setelah mendapatkan hasil respons keluarga pada tahapan evaluasi.

E. Tinjauan Konsep Penyakit Katarak

1. Definisi Katarak

Katarak merupakan gangguan penglihatan karena lensa mata keruh sehingga cahaya yang masuk ke mata tidak bisa diterima oleh retina dengan sempurna. Hal ini menyebabkan penglihatan seorang menjadi buram. Katarak juga dapat mengakibatkan kebutaan (Prieharti & Mumpuni, 2016).

Nugraha (2018) yang melaporkan penelitian Corwin (2000) menyatakan bahwa katarak adalah kelainan mata yang menyebabkan penglihatan menjadi berkabut atau buram. Katarak merupakan keadaan patologis lensa dimana lensa menjadi keruh akibat hidrasi cairan lensa atau denaturasi protein lensa, sehingga pandangan seperti tertutup kabut. Kondisi ini merupakan penurunan progresif kejernihan lensa, sehingga ketajaman penglihatan berkurang.

2. Etiologi

Sebuah penelitian oleh Corwin 2000 (dikutip dalam Nugraha 2018) menyatakan berbagai kondisi yang dapat mencetuskan katarak antara lain usia lanjut dan proses penuaan, kongenital atau bisa diturunkan, faktor lingkungan, seperti merokok atau terpapar bahan-bahan beracun, cedera mata, penyakit metabolik (misalnya diabetes) dan obat-obat tertentu (misalnya kortikosteroid).

3. Klasifikasi Katarak

Beberapa jenis katarak menurut Nugraha (2018), antara lain:

a. Katarak kongenital

Katarak kongenital biasanya muncul sebelum atau segera setelah bayi lahir dan bayi berusia kurang dari satu tahun. Penyebab utama adalah infeksi virus yang dialami ibu pada saat usia kehamilan masih dini.

Katarak kongenital juga sering ditemukan pada bayi prematur dan gangguan sistem saraf seperti retardasi mental. Pada pupil bayi yang menderita katarak kongenital akan terlihat bercak putih atau leukokoria.

b. Katarak rubella

Penyakit rubella pada ibu hamil dapat mengakibatkan katarak pada lensa fetus. Mekanisme terjadinya katarak rubella tidak jelas, akan tetapi diketahui bahwa rubella dapat dengan mudah menular melalui barrier plasenta. Virus ini dapat masuk atau terjepit didalam vesikel lensa mata dan bertahan didalamnya hingga lebih dari satu tahun.

c. Katarak juvenile

Kekeruhan katarak halus dan bulat, umumnya timbul pada usia tiga puluhan. Perkembangan katarak ini lambat dan biasanya tidak mengganggu penglihatan. Katarak juvenil biasanya merupakan penyulit penyakit sistemik ataupun metabolik dan penyakit lainnya seperti katarak metabolik, distrofi miotonik, katarak traumatik dan katarak komplikata.

d. Katarak senile

Katarak senile biasanya muncul pada orang-orang berusia 50 tahun ke atas. Secara klinis dikenal dalam empat stadium yakni insipens, imatur, matur dan hiper matur.

1) Stadium awal (insipien)

Pada stadium awal (katarak insipien) kekeruhan lensa mata masih sangat minimal, bahkan tidak terlihat tanpa menggunakan alat periksa.

2) Stadium imatur

Pada stadium yang lebih lanjut, terjadi kekeruhan yang lebih tebal tetapi tidak atau belum mengenai seluruh lensa sehingga masih terdapat bagian-bagian yang jernih pada lensa.

3) Stadium matur

Bila proses degenerasi berjalan terus akan terjadi pengeluaran air bersama-sama hasil desintegrasi melalui kapsul. Didalam stadium

ini lensa akan berukuran normal. Iris tidak terdorong kedepan dan bilik mata depan akan mempunyai kedalaman normal kembali. Terkadang pada stadium ini terlihat lensa berwarna sangat putih akibat perkapuran menyeluruh karena deposit kalsium (Ca). Bila dilakukan uji bayangan, iris akan terlihat negatif.

4) Stadium hiper matur

Katarak yang terjadi akibat korteks yang mencair sehingga masa lensa ini dapat keluar melalui kapsul. Akibat pencairan korteks ini maka nucleus “tenggelam” ke arah bawah (jam 6) (katarak margagni). Lensa akan mengeriput. Akibat masa lensa yang keluar kedalam bilik mata depan, dapat timbul penyulit berupa uveitis fakotoksis atau glaukoma fakolitik.

e. Katarak intumesen

Katarak intumesen biasanya terjadi pada katarak yang berjalan cepat dan mengakibatkan miopia lentikularis. Pada keadaan ini dapat terjadi hidrasi korteks hingga akan membesar dan daya biasnya akan bertambah, yang memberikan miopiaisasi.

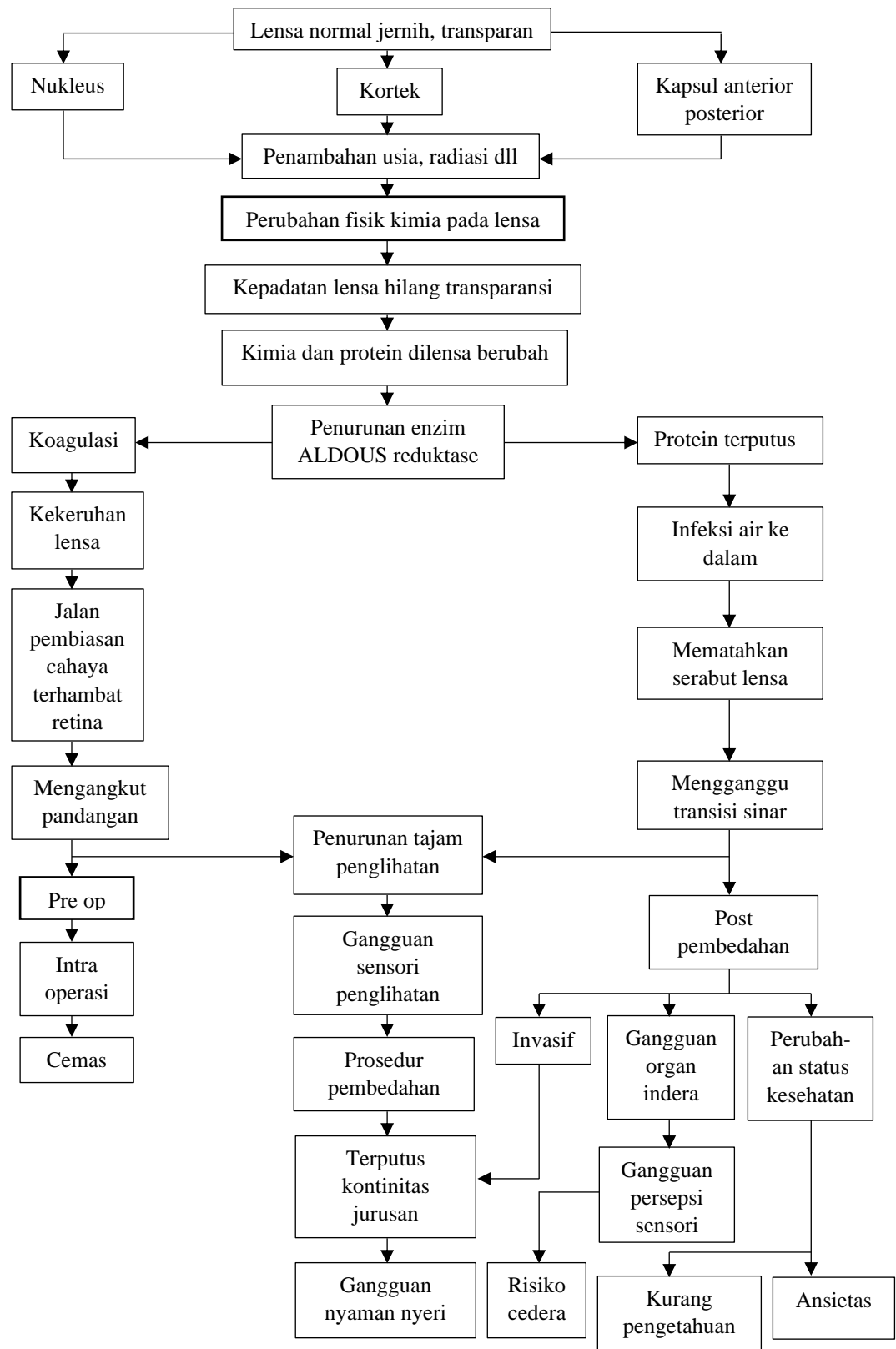
f. Katarak brunesen

Katarak yang berwarna coklat sampai hitam (katarak nigra) terutama pada lensa, dapat terjadi pada katarak pasien diabetes mellitus dan miopia tinggi.

g. Katarak diabetes

Katarak jenis ini muncul sebagai salah satu efek penyakit diabetes mellitus.

4. Pathway



Gambar 1 Pathway Katarak

Sumber: Nugraha, 2018

5. Tanda dan Gejala

Tanda dan gejala yang mungkin terdapat pada katarak meliputi:

- a. Penglihatan yang kabur dan penurunan daya penglihatan yang terjadi secara berangsur-angsur tanpa rasa nyeri sebagai akibat kekeruhan lensa.
- b. Pupil yang berwarna putih seperti susu akibat kekeruhan lensa.
- c. Cahaya lampu sorot mobil atau motor yang membutakan penglihatan pada malam hari akibat pantulan pancaran cahaya yang tidak efisien karena kekeruhan lensa.
- d. Penurunan penglihatan pada saat membaca akibat bayangan retina yang kurang jelas (Kowalak et al., 2017).

6. Pemeriksaan penunjang

- a. Kartu mata snellen/mesin telebinokuler; mungkin terganggu dengan kerusakan kornea, lensa akueus/vitreus humor, kesalahan refraksi, penyakit sistem saraf, penglihatan ke retina.
- b. Lapang penglihatan; penurunan mungkin karena massa tumor, karotis, glaukoma.
- c. Pengukuran tonografi; TIO (12-25mmHg)
- d. Pengukuran gonioskopi; membedakan sudut terbuka dari sudut tertutup glaukoma.
- e. Tes provokatif; menentukan adanya atau tipe glaukoma.
- f. Oftalmoskopi; mengkaji struktur internal okuler, atrofi lempeng optik, papilemedema, perdarahan.
- g. Darah lengkap, LED; menunjukkan anemi sistemik atau infeksi
- h. Tes glukosa; kontrol DM (Nurarif & Kusuma, 2015)

7. Penatalaksanaan

- a. Penatalaksanaan Non-Bedah:
 - 1) Terapi penyebab katarak
Pengontrolan diabetes mellitus, menghentikan konsumsi obat-obatan, yang bersifat kataraktogenik seperti kortikosteroid,

fenotiasin, dan miotik kuat, menghindari iridiasi (inframerah atau sinar-X) dapat memperlambat atau mencegah terjadinya proses kataraktogenesis.

- 2) Penilaian terhadap perkembangan visus pada katarak insipien dan imatur
 - a) Refraksi; dapat berubah sangat cepat, sehingga harus sering dikoreksi.
 - b) Pengaturan pencahayaan; pasien dengan kekeruhan dibagian perifer lensa (area pupil masih jernih) dapat diinstruksikan menggunakan cahaya yang terang. Berbeda dengan kekeruhan pada bagian sentral lensa, cahaya remang yang ditempatkan disamping dan sedikit dibelakang kepala pasien akan memberikan hasil terbaik.
 - c) Penggunaan kacamata gelap; pada pasien dengan kekeruhan lensa dibagian sentral, hal ini akan memberikan hasil yang baik dan nyaman apabila beraktivitas diluar ruangan.
 - d) Midriatil; dilatasi pupil akan memberikan efek positif pada lateral aksial dengan kekeruhan yang sedikit. Midriatil seperti fenilefrin 5% atau tropikamid 1% dapat memberikan penglihatan yang jelas (Nurarif & Kusuma, 2015).

b. Pembedahan katarak

Indikasi dilakukannya operasi katarak adalah:

- 1) Indikasi sosial, jika pasien mengeluh adanya gangguan penglihatan dalam melakukan rutinitas pekerjaan.
- 2) Indikasi medis, bila ada komplikasi seperti glaukoma.
- 3) Indikasi optik, jika dari hasil pemeriksaan visus dengan hitung jari dari jarak 3 m didapatkan hasil visus 3/60.

Beberapa jenis operasi katarak yang umum dilakukan, yaitu:

1) ICCE (*Intra Capsular Cataract Extraction*)

Operasi ini mengangkat semua lensa termasuk kapsulnya. Keuntungan dari prosedur ini adalah kemudahan prosedur untuk dilakukan, sedangkan kerugiannya mata berisiko tinggi

mengalami *retinal detachment* dan mengangkat struktur penyokong untuk penanaman lensa intraokuler.

2) ECCE (*Extra Capsular Cataract Extraction*)

Operasi ini terdiri dari dua jenis, yakni ECCE atau *planned ECCE*. Dilakukan dengan mengeluarkan lensa secara manual setelah membuka kapsul lensa. Tentu saja dibutuhkan sayatan yang lebar sehingga penyembuhan lebih lama.

3) Fekoemulsifikasi (*Phaco Emulsification*)

Bentuk ECCE yang terbaru dimana menggunakan getaran ultrasonic untuk menghancurkan nucleus sehingga material nucleus dan kortek dapat diaspirasi melalui insisi ± 3 mm. Operasi katarak ini dijalankan cukup dengan bius local atau menggunakan tetes mata anti nyeri pada kornea (selaput bening mata), dan bahkan tanpa menjalani rawat inap (Nugraha, 2018).