

**Asuhan Keperawatan Pada Ny. S Diagnosa Medis Katarak dengan Tindakan
Fakoemulsifikasi dan Pemasangan IOL**

1. Identitas Pasien

Nama : Ny.S
Umur & tgl lahir : 56 Tahun /12 Maret 1963
Jenis Kelamin : Perempuan
Suku/Bangsa : Jawa
Agama : Islam
Pekerjaan : IRT
Pendidikan : SMA
Gol.Darah : A+
Alamat : Sekampung
Tanggungan : BPJS
No.RM : 00.42.89.04
Tgl Masuk RS : 12 Februari 2020
Tgl pengkajian : 12 Februari 2020
Diagnosa : Senile Cataract Unspecified

2. Riwayat Praoperatif

- a. Pasien mulai dirawat tgl : 12 Februari 2020 di ruang Pre Operasi
- b. Keluhan Utama : Gangguan penglihatan
- c. Riwayat Penyakit : Pasien memiliki riwayat penyakit DM sejak 5 tahun yang lalu, sudah menjalani pengobatan dengan injeksi insulin 10 Unit sejak tanggal 09 Februari 2020.
- d. Ringkasan hasil anamnesa preoperatif :

Pada saat dilakukan pengkajian pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 12.02 di ruang pre operasi, pasien mengatakan penglihatannya buram sejak ± 7 bulan yang lalu pada kedua mata (kanan dan kiri) akibat adanya katarak. Pasien mengatakan penglihatan tidak jelas seperti ada kabut, saat melihat cahaya terasa silau, sulit melihat pada jarak jauh terutama pada malam hari dan masih dapat melihat jelas

pada jarak satu meter. Hasil pemeriksaan visus dasar OD: CFFC dan OS: CFFC. Tonometri: Tekanan intraokuler OD: 20 dan OS: 21. Pasien mengatakan merasa cemas karena pertama kali operasi, pasien sering bertanya kapan operasinya dimulai, apa yang dilakukan di ruang operasi dan bagaimana cara perawatan setelah operasi. Pasien tampak bingung, gelisah dan tegang.

e. Hasil Pemeriksaan Fisik

1) Tanda-tanda vital :

Tanggal 12 Februari 2020 Pukul : 12.02 WIB

Kesadaran : Composmentis GCS : 15 Orientasi : Baik

TD : 130/80 mmHg

Nadi : 80 x/menit

Suhu : 36,8 °C

Pernafasan : 20 x/menit

2) Pemeriksaan Fisik

a) Kepala dan Leher :

Inspeksi : Bentuk kepala : Normocephal, distribusi rambut merata, warna rambut hitam keabu-abuan, tidak ada ketombe, tidak ada lesi, tidak ada pembengkakan, Hidung: tidak ada polip, tidak ada secret, tidak ada sianosis. Mulut : bersih, tidak ada gigi berlubang. Telinga: Tidak ada secret. Kulit : tidak ada jejas warna sama dengan warna kulit lain.

Palpasi : Tidak ada nyeri pada hidung dan mulut , tidak ada nyeri tekan pada telinga, tidak ada distensi vena jugularis dan tidak ada pembesaran tiroid, suhu sama dengan kulit lainnya.

b) Mata :

Inspeksi:

Bulu mata : Lentik ke atas. Konjungtiva: Ananemis
Kedudukan bola mata: Simetris kanan kiri. Bola mata: normal tidak keluar (eksotalmus)/kedalam (endoftalmus). Lakrimasi mata: Tidak normal (Mata berair). Reflek pupil: Normal. Pupil mengalami dilatasi, ukuran pupil mata kanan 6 mm, mata kiri:

8 mm. Pupil kanan dan kiri anisokor dengan kelainan reflek cahaya dibuktikan dengan ukuran pupil mata kiri lebih lebar 2 mm. Lapang pandang: normal (Lp pasien = Lp perawat). Kornea dan Lensa mata: berwarna keruh, keputihan. Pemeriksaan tajam penglihatan dengan hitung jari: Visus dasar OD/OS: CFFC. Tonometri : OD: 20 OS 21 (09/02/2020)
Palpasi: Tidak ada nyeri pada mata, mata terasa gatal.
Sensibilitas kornea: ada reflek berkedip.

c) Thorax (Jantung Dan Paru) :

Inspeksi : Dada : Bentuk Normochest, simetris, pergerakan dinding dada simetris, tidak ada lesi, tidak ada jejas, tidak ada pembengkakan, tidak ada retraksi dinding dada, tidak ada ictus cordis.

Palpasi: Paru : Taktil fremitus ; getaran pada kedua lapang paru sama.

Jantung : Ictus cordis tidak teraba.

Perkusi: Paru : Sonor pada kedua lapang paru, Jantung:

- Batas jantung kanan atas : ICS II Linea Para Sternalis Dextra

- Batas jantung kiri atas : ICS II Linea Para Sternalis Sinistra

- Batas jantung kiri bawah : ICS IV Mid Sinistra

- Batas jantung kanan atas : ICS IV Parasternalis Dextra

Auskultasi : Paru : Vesikuler pada kedua lapang paru

Jantung : Bj I – Bj II terdengar regular , tidak ada Bj III

d) Abdomen :

Inspeksi : Simetris kiri dan kanan, tidak ada lesi, tidak ada distensi abdomen

Auskultasi: Bising usus 20x/menit

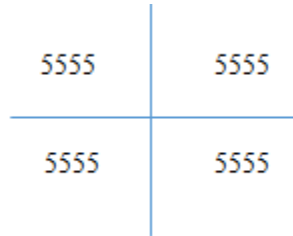
Palpasi : Tidak ada nyeri tekan, tidak ada distensi abdomen

Perkusi : Perkusi timpani

e) Ekstremitas (atas dan bawah)

Tidak ada lesi pada ekstremitas atas dan bawah , tidak ada pembengkakan , tidak ada nyeri, kekuatan otot:

Gambar 4.1 Kekuatan Otot



f) Genitalia dan rectum:

Inspeksi: Tidak ada hemoroid, tidak ada pembengkakan dan masa abnormal.

Palpasi: Tidak ada nyeri.

3) Pemeriksaan Penunjang

Hasil Laboratorium:

Nama Pasien : Ny.S Tgl pemeriksaan : 12/02/ 2020

No RM : 42.89.04 Diagnosa: Senile Cataract Unspecified

Tabel 4.1 Hasil laboratorium

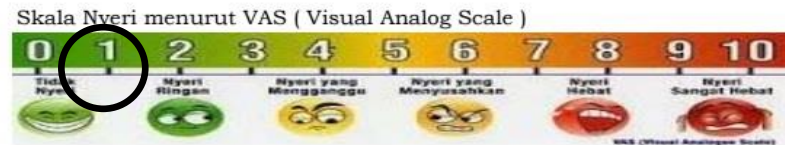
PEMERIKSAAN	HASIL	SATUAN	KET
HEMATOLOGI			
Leukosit	12,490	/ul	5- 10
Eritrosit	4,9	/ul	3,09- 5,05
Hemaglobin	14,4	g/dl	12-16
Hematokrit	44	%	37-48
MCV	89	fl	80-92
MCH	29	Pg	27- 31
MCHC	33	g/dl	32- 36
Trombosit	296,000	/ul	150-450
KIMIA KLINIK			
Ureum	29	Mg/dl	15- 40
Kreatinin	0,9	Mg/dl	0,6- 40
GDS	275	g/dl	< 200

Hasil pemeriksaan Tonometri: (09/02/2020)

TIO OD : 20 (rentang normal : 10-21)

TIO OS : 21 (rentang normal : 10-21)

Gambar 4.2 Skala Nyeri Pre Operasi



4) Prosedur Khusus Sebelum Pembedahan

Tabel 4.2 Prosedur khusus sebelum pembedahan

No	Prosedur	Ya	Tdk	Wkt	Ket
1.	Tindakan persiapan psikologis pasien	✓		12.10	
2.	Lembar informed consent	✓		12.10	
3.	Puasa		✓		
4.	Pembersihan kulit (pencukuran rambut)		✓		
5.	Pembersihan saluran pencernaan (lavement/obat pencahar)		✓		
6.	Pengosongan kandung kemih		✓		
7.	Transfusi darah		✓		
8.	Terapi cairan infus		✓		
9.	Penyimpanan perhiasan, aksesoris, kacamata, anggota tubuh palsu	✓		12.10	
10.	Memakai baju khusus operasi	✓		12.10	

5) Pemberian obat-obatan (1-2 jam sebelum pembedahan)

Tabel 4.3 Pemberian obat-obatan

Tgl / jam	Nama Obat	Jenis Obat	Dosis	Rute
12/02/2020/12.30	Cendomydratil	Pendilatasi lensa	1.2 ml	Tetes mata
12/02/2020/12.30	Panthochain	Anti nyeri	0.6 ml	Tetes mata

6) Pasien dikirim ke ruang operasi:

Pada tanggal 12 Februari 2020 pukul 14. 02 wib dengan kondisi sadar, GCS: 15 (composmentis) dengan cara berjalan dibantu oleh perawat.

3. Riwayat Intraoperatif

a. Tanda-tanda vital

Tanggal : 12 Februari 2020 Pukul : 14.08 WIB

TD : 130/70 mmHg

Nadi : 88 x/m

Suhu : 36,1⁰C

Pernafasan : 20 x/m

b. Posisi pasien di meja operasi: Supine

c. Jenis operasi : Minor

Nama operasi : Fakoemulsifikasi dan pemasangan IOL

Area/bagian tubuh yang dibedah: Mata kiri/ okuli sinistra

d. Tenaga medis di ruang operasi :

Dokter bedah : dr. Faika Novadianaz, Sp.M

Perawat instrumentator: Fephy Ayu, Amd. Kep

Perawat sirkuler : Diah Ayu Retno Palupi, Amd.Kep,

Thalita Nur Rahma, S.Tr. Kep.

Tabel 4.4 Surgical Safety Checklist

SURGICAL PATIENT SAFETY CHECKLIST		
SIGN IN	TIME OUT	SIGN OUT
Pasien telah dikonfirmasi : (v) Identitas pasien (v) prosedur (v) sisi operasi sudah benar (v) persetujuan untuk operasi telah diberikan (v) sisi yang akan dioperasi telah ditandai (v) Ceklist keamanan anestesi telah dilengkapi (v) oksimeter pulse pada pasien : berfungsi Apakah pasien memiliki alergi ? () Ya (v) Tidak Apakah risiko kesulitan jalan nafas / aspirasi ? (v) Tidak () Ya, telah disiapkan peralatan	(v) setiap anggota tim operasi memperkenalkan diri dan peran masing-masing. (v) Tim operasi memastikan bahwa semua orang di ruang operasi saling kenal. Sebelum melakukan sayatan pertama pada kulit : (v) tim mengkonfirmasi dengan suara yang keras mereka melakukan : (v) operasi yang benar (v) pada pasien yang benar. (v) antibiotik <i>profilaksis</i> telah diberikan dalam 60 menit sebelumnya.	Melakukan pengecekan : (v) Prosedur sdh dicatat (v) kelengkapan spons (v) penghitungan instrumen () pemberian label pada spesimen (v) kerusakan alat atau masalah lain yang perlu ditangani. (v) Tim bedah membuat perencanaan post operasi sebelum memindahkan pasien dari kamar operasi

Risiko kehilangan darah > 500 ml pada orang dewasa atau > 7 ml/kg BB pada anak-anak (v) Tidak () Ya, peralatan akses cairan telah direncanakan		
---	--	--

e. Pemberian obat anastesi

Dilakukan anastesi local

Tabel 4.5 Pemberian obat anastesi

Tgl/Jam	Nama Obat	Dosis	Rute
12/02/2020 /14.12	Cendo siloxan	0.6 ml	Tetes mata
12/02/ 2020/14.12	Panthocain	0.6 ml	Tetes mata

f. Tahap-tahap /kronologis pembedahan

Tabel 4.6 kronologi pembedahan

Waktu	Kegiatan
	Alat-alat Linen set : • Jas operasi 2 • Duk meja mayo 1 Instrumen : • Sponge holding forceps 1 • Sduit 1 cc • Sduit 3 cc • Slitknife 1 • Spekulum 1 • Choper 1 • Ctab knife 1 • Kom 4 • Fako 1 • Dop mata 1 • Sideport 1 • Jarum besi 27 1 • Jarum besi 26 1 • Ultrata 1 • Pinset sirusgis 1 Bahan habis pakai : • Handscone steril 2 • Kassa steril 10 • Cotton buds 10 • Povidon iodine 1 • Nacl 0,9% 1 • Hipafix 1 • Cendo mydratil

	• Panthocain • Lidocain • Adrenalin • Cravit • Trobosan • Lensa intra okuler • RL 500 cc • HPMC • Tripanblue
12.02 wib	Tahapan prosedur operasi : Pasien datang keruang pre operasi pada pukul 12.02 wib, berganti pakaian operasi, mencuci wajah dan melap wajah hingga kering, memakai topi bedah. Kemudian pasien dilakukan SIGN IN. Selanjutnya pasien berbaring dalam posisi supine di brankar, mata kiri ditetesi dengan pantochain 1 tetes, kemudian mata kiri dicuci dengan alat: spuit 1cc, dan bahan: cairan RL 0.2 cc : povidon iodine 0.8cc ditetesi pada mata kiri hingga habis. Selanjutnya ditetesi 1 tetes cendo mydratil, yang dilakukan tiap 15 menit sekali.
14.10 wib	Pasien dibawa ke ruang operasi pada pukul 14.10 wib, berbaring dengan posisi supine di meja operasi. Selanjutnya mata kiri dicuci lagi dengan cara ditetesi panthocain 1 tetes, selanjutnya ditetesi dengan RL 0.2 cc: povidon iodine 0.8 cc dengan spuit 1 cc. Dilakukan desinfeksi area disekitar mata dengan spongeholder dan kasa yang diberi povidon iodine kemudian dikeringkan dengan kasa yang diberi cairan NaCl.
14. 40 wib	Selanjutnya dipasang eyedrap dan speculum untuk memfiksasi mata agar tetap terbuka. Mata kiri ditetesi lidocain dengan spuit 3 cc. Dilakukan TIME OUT. Kemudian operator mengiris iris mata dengan sideport (pisau). Kemudian dimasukan adrenalin 1 amp + RL dengan spuit 10 cc kedalam lensa mata. Selanjutnya dimasukan tripanblue untuk mewarnai iris mata. Selanjutnya dibilas dengan lidocain menggunakan spuit 3 c dan jarum besi ukuran 26 hingga bersih. Selanjutnya dimasukan HPMC/ fisco ringan yaitu cairan kental untuk mempertahankan tekanan dalam bola mata menggunakan tangan kiri operator. Bersamaan dengan tangan kanan mengiris lensa dengan slitknife, Selanjutnya tangan kanan operator melakukan CCC menggunakan alat ultrata yang bertujuan untuk membuka kapsul anterior. Selanjutnya dilakukan hidrodeseksi dengan RL 5 cc dan jarum besi ukuran 27 untuk melepaskan katarak. Kemudian dilakukan fako (menyedot katarak). Setelah fako selesai, kemudian kembali dimasukan HPMC/ fisco ringan untuk mempertahankan bola mata. Kemudian dilakukan aspirasi irigasi (AI) untuk membersihkan sisa-sisa korteks katarak. Selanjutnya dimasukan fisco. Kemudian lensa intra okuler (IOL Foldabe). Dilakukan SIGN OUT.
15.00 wib	Kemudian dilakukan aspirasi irigasi kembali untuk membersihkan fisco. Kemudian dilakukan hidrodeseksi untuk menebalkan bekas sayatan. Selanjutnya dimasukan antibiotic cravit 0.2 cc. Sepekulum dilepaskan, mata dibilas dengan povidon iodine yang diencerkan dengan RL dengan spuit 1 cc. Kemudian tetesi mata kiri dengan cravit, selanjutnya ditetesi dengan trobosan. Mata ditutup dengan kasa steril satu lapis dan dop mata. Pasien dipindahkan ke ruang recovery room

g. Tindakan bantuan yang diberikan selama pembedahan: Tidak ada.

h. Pembedahan berlangsung selama ± 40 menit.

- i. Komplikasi dini setelah pembedahan (saat pasien masih berada di ruang operasi) : Tidak terdapat komplikasi saat pembedahan.

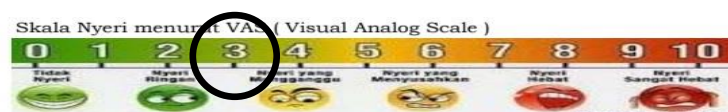
4. Riwayat Post Operatif

- a. Pasien dipindahkan ke ruang PACU/RR pukul 15.00
- b. Keluhan saat di RR/PACU : Tidak ada
- c. Airway : Tidak ada masalah
- d. Breathing : SPO2 99%
- e. Sirkulasi : Tidak terpasang IVFD
- f. Observasi Recovery Room : Tidak dilakukan
- g. Keadaan Umum : Baik
- h. Tanda-tanda vital
 - TD : 120/80 mmHg
 - Nadi : 84 x/m
 - Suhu : 36,2⁰C
 - Pernafasan : 22 x/m
 - Saturasi O2 : 99 %
- i. Kesadaran : composmentis
- j. Survey sekunder, lakukan secara head to toe secara prioritas :

Tabel 4.7 Survei sekunder

	Normal		Jika tidak normal, jelaskan
	YA	TIDAK	
Kepala		✓	Terpasang eyedrop pada mata kiri, pasien mengeluh perih, skala nyeri: 2
Leher	✓		
Dada	✓		
Abdomen	✓		
Genetalia	✓		
Integumen	✓		
Ekstremitas	✓		

Gambar 4.2 Skala Nyeri Post Operasi



5. Analisis Data

Tabel 4.8 Analisis data

[illegible]

[illegible]

6. Daftar Diagnosa Keperawatan

Pre Operasi

1. Gangguan persepsi sensori penglihatan berhubungan dengan perubahan organ penglihatan (kekeruhan pada lensa mata)
2. Kecemasan berhubungan dengan krisis situasional (operasi fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL)
3. Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi tentang prosedur pembedahan dan perawatan pasca operasi fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL

Intra Operasi

1. Resiko cedera dibuktikan dengan prosedur pembedahan fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL

7. Intervensi, Implementasi dan Evaluasi

Tabel 4.9 Intervensi Implementasi dan Evaluasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Pre Operasi Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d perubahan organ penglihatan (kekeruhan pada lens mata)	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan masalah gangguan penglihatan dapat berkurang dengan kriteria hasil : 1. Pasien mengenal lingkungan 2. Pagar pengaman terpasang 3. Kepala tempat tidur ditinggikan 45°C	1. Mengidentifikasi tingkat kehilangan penglihatan 2. Mengorientasikan pasien terhadap ruangan 3. Memastikan keamanan pasien dengan memasang pagar pengaman tempat tidur 4. Meninggikan kepala tempat tidur pasien 45°C	S: Pasien mengatakan sudah mengenal lingkungan sekitar di ruang pre operasi O: OD/OS: CFFC Terpasang pagar pengaman pada bed pasien Kepala tempat tidur pasien ditinggikan 45°C A: Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d perubahan organ penglihatan (kekeruhan pada lensa mata) membaik P: Pantau kondisi pasien Pasien di antar ke ruang operasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
2.	Pre Operasi : Kecemasan b.d krisis situasional pembedahan fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan masalah ansietas dapat teratasi dengan kriteria hasil : 1. Tegang menurun 2. Gelisah menurun 3. Cemas menurun 4. Tekanan darah membaik 5. Nadi membaik 6. Frekuensi napas membaik	1. Mengidentifikasi tehnik relaksasi efektif yang pernah dilakukan 2. Mengidentifikasi kesediaan penggunaan tehnik relaksasi nafas dalam 3. Menjelaskan tujuan dan manfaat pemberian relaksasi nafas dalam 4. Menjelaskan prosedur relaksasi nafas dalam 5. Mendemonstrasikan prosedur relaksasi nafas dalam 6. Menganjurkan sering mengulangi tehnik relaksasi nafas dalam 7. Monitoring tanda-tanda vital	S: Pasien mengatakan merasa lebih tenang O: Raut wajah pasien tampak rileks Pasien mampu melakukan teknik napas dalam dan distraksi guided imagery TD : 120/70 mmHg N :82 x/menit RR : 20x/menit A: Ansietas b.d krisis situasional pembedahan fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL teratasi P: Pantau kondisi pasien Pasien di antar ke ruang operasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
3.	Pre Operasi Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi tentang prosedur pembedahan dan perawatan pasca operasi fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL	Setelah dilakukan asuhan 1x8 jam keperawatan diharapkan defisit pengetahuan berkurang dengan kriteria hasil: 1. Pengetahuan pasien meningkat 2. Kebingungan menurun	1. Mengidentifikasi kemampuan pasien dalam menerima informasi 2. Menjelaskan prosedur pembedahan fakoemulsifikasi 3. Menjelaskan perawatan mata pasca operasi 4. Mengevaluasi pemahaman pasien	S: Pasien mengatakan mengerti dengan prosedur pembedahan yang akan dilakukan Pasien mengatakan hal yang tidak boleh dilakukan setelah operasi seperti beraktivitas berat dan menunduk. Sedangkan hal yang perlu dilakukan seperti memakai pelindung mata, memberikan obat tetes mata sesuai intruksi dokter dan melindungi mata dari air. O: Pasien tampak memahami penjelasan yang sudah disampaikan perawat A: Defisit pengetahuan b.d kurang terpapar informasi tentang perawatan pasca operasi fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL teratasi P: Pantau kondisi pasien Pasien diantar ke ruang operasi

NO	DIAGNOSA KEPERAWATAN	TUJUAN	IMPLEMENTASI	EVALUASI
1.	Intra Operasi : Resiko cedera d.d prosedur pembedahan fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL	Setelah dilakukan asuhan keperawatan 1x8 jam diharapkan resiko cedera tidak terjadi dengan kriteria hasil: - Identitas dan jadwal pasien sesuai - Meja terkunci - Alat elektrikal aman - Jumlah alat dan bahan lengkap	1. Memeriksa indentitas pasien dan jadwal prosedur operasi 2. Menyesuaikan gelang nama dengan jadwal 3. Memastikan brankar atau meja operasi terkunci sebelum dilakukan pembedahan 4. Memastikan keamanan elektrikal selama prosedur operasi (alat phaco) 5. Memastikan dan mencatat jumlah kassa, alat, jarum dan mata pisau	S: - O: Identitas dan jadwal operasi sesuai yaitu Ny. S tahun tanggal lahir 12/03/1963, No RM 00.42.89.04 jadwal operasi 12/02/2020 Posisi pasien sesuai kebutuhan, supine Jumlah kasa 10, istrumen tajam 6 sebelum dan sesudah operasi lengkap Meja operasi sudah terkunci A: Resiko cedera d.d prosedur pembedahan fakoemulsifikasi dan pemasangan lensa IOL tidak terjadi P: Pasien diantar ke ruang ganti

Lampiran

PROSEDUR PENULISAN

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR	
Pengertian	Suatu tindakan yang dilakukan dengan cara memberi kuesioner pada pasien
Tujuan	Untuk mengetahui kondisi pasien dalam aspek universal (bio, psiko, sosial)
Persiapan pasien	Menjelaskan prosedur dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
Persiapan alat	Alat tulis (Pena) Lembar Pengkajian
Persiapan lingkungan	Memberikan lingkungan yang aman dan nyaman
Prosedur	Pra Interaksi: 1. Siapkan alat tulis yang diperlukan Tahap Orientasi: 2. Beri salam pada pasien 3. Beri kesempatan pasien berubah ke posisi yang lebih nyaman 4. Jelaskan tujuan, prosedur, lamanya pertemuan dan kontrak dengan pasien Tahap Kerja: 5. Berikan kesempatan pasien bertanya sebelum kegiatan dilakukan 6. Lakukan pengkajian 7. Lakukan pemeriksaan fisik Terminasi 8. Evaluasi hasil 9. Dokumentasi kegiatan

Dan prosedur penulisan mendapat kesempatan mengajukan pertanyaan mengenai segala sesuatu yang berhubungan dengan

penulisan tersebut. Oleh karena itu saya bersedia/tidak bersedia*) secara sukarela untuk menjadi subyek penulisan dengan penuh kesadaran serta tanpa keterpaksaan.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya tanpa tekanan dari pihak mana pun.

Metro, 12 februari 2020

Penulis,

Responden,

(Thalita Nur Rahma)

(Ny. S)

Saksi,

(Tsalis Indah P)



**POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNG KARANG
PROGRAM STUDI PROFESI NERS**

JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580



INFORMED CONSENT

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Ny. S

Umur : 56 tahun

Alamat : Way Sekampung

Setelah mendapat keterangan secukupnya serta mengetahui tentang manfaat penulisan yang berjudul **“Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien Katarak dengan Fakoemulsifikasi dan Pemasangan Lensa Intra-Okuler di Ruang Bedah RS Mardi Waluyo Metro Provinsi Lampung Tahun 2020.”**

Saya menyatakan bersedia diikutsertakan dalam penulisan ini. Saya yakin apa yang saya sampaikan ini dijamin kebenarannya.

Penulis

Metro, 12 Februari 2020

Responden

(THALITA NUR RAHMA)
NIM. 1914901018

(Ny. S)



POLTEKKES KEMENKES TANJUNGGARANG
JURUSAN KEPERAWATAN TANJUNG KARANG
PROGRAM STUDI PROFESI NERS



JL. SOEKARNO HATTA NO. 1 HAJIMENA BANDAR LAMPUNG TELP. (0721) 703580 FAX. (0721) 703580

LEMBAR PENJELASAN

Judul Penulisan:

“Asuhan Keperawatan Perioperatif pada Pasien Katarak dengan Fakoemulsifikasi dan Pemasangan Lensa Intra-Okuler di Ruang Bedah RS Mardi Waluyo Metro Provinsi Lampung Tahun 2020”

Dalam penulisan ini tidak ada resiko dan tidak membahayakan fisik maupun kesehatan objek penulisan (responden), serta berguna bagi pengembangan pelayanan kesehatan maupun keperawatan dan sebagai masukan bagi institusi pelayanan kesehatan dalam melaksanakan promosi kesehatan mengenai gaya hidup kepada masyarakat.

Penulisan dilakukan dengan memberikan kuesioner kepada responden yang diharapkan dapat digunakan untuk mengkaji kondisi klien selama fase pre, intra dan post operatif. Selanjutnya data yang diperoleh tersebut digunakan untuk mengolah data serta setelah selesai penulisan maka data akan dimusnahkan. Penulisan terhadap responden akan berjalan setelah mendapatkan persetujuan dari responden yang berupa penandatanganan lembar persetujuan dan semua data yang penulis dapatkan dijamin kerahasiaannya.

Demikian penjelasan singkat mengenai penulisan ini.

Pendidikan Kesehatan Penyakit Katarak



Oleh:

THALITA NUR RAHMAH (1914109018)

PRODI PROFESI NERS KEPERAWATAN

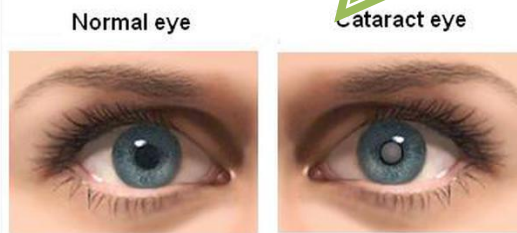
POLITEKNIK KESEHATAN

TANJUNG KARANG

2019/2020

Definisi Katarak

Katarak merupakan penyakit mata yang ditandai dengan mengeruhnya lensa mata, sehingga membuat penglihatan kabur.



Cataract is an opacity (cloud formation) of the eye lens, develops due to aging.

Macam-macam Katarak

1. Katarak Senilis, karena proses penuaan.
2. Katarak Kongenital, bayi terlahir dengan lensa mata yang keruh.
3. Katarak Traumatik, timbul sebagai efek dari cedera langsung maupun tidak langsung di mata, baik dalam waktu dekat, maupun bertahun-tahun kemudian.
4. Katarak Sekunder, terjadi karena komplikasi dari penyakit lain, contohnya penyakit metabolic seperti diabetes mellitus dan penyakit lain di mata seperti uveitis.

Gejala Katarak

- Penglihatan kabur dan berkabut
- Mata silau jika melihat cahaya yang terang
- Sulit melihat jelas saat malam hari
- Warna menjadi pudar dan tidak cerah
- Ukuran kacamata sering berubah
- Melihat objek menjadi ganda
- Kesulitan saat menyetir

Penyebab Katarak

- Penggunaan obat-obatan jangka panjang (seringkali adalah kortikosteroid)
- Pernah menjalani operasi mata
- Penyakit metabolic seperti diabetes mellitus
- Kebiasaan merokok serta minum minuman keras
- Memiliki keluarga dengan riwayat katarak lebih muda
- Pola makan yang tidak sehat dan kurang gizi
- Berbagai penyakit mata lainnya

Prosedur Operasi Katarak: Fakoemulsifikasi



1. Lensa keruh diangkat dan diganti dengan lensa buatan yang ditanam secara permanen.
2. Dokter spesialis mata melakukan prosedur ini dengan menggunakan peralatan operasi berteknologi tinggi dengan teknik phakoemulsifikasi.
3. Pada teknik ini hanya diperlukan irisan yang sangat kecil (2,7 mm) di kornea.
4. Getaran ultrasonik digunakan untuk menghancurkan katarak, selanjutnya mesin Phako akan menyedot massa katarak yang telah hancur tersebut sampai bersih dan lensa yang dapat dilipat (Foldable Lens) ditanamkan untuk menggantikan lensa yang katarak tersebut. Prosedur ini rata-rata berjalan selama 15 menit.

Perawatan Post Operasi Katarak



Berikut hal-hal yang perlu diperhatikan:

- Disarankan untuk menggunakan penutup atau pelindung mata setelah operasi
 - Tetes dengan obat mata untuk mencegah infeksi dan mengontrol tekanan bola mata dapat diberikan sesuai anjuran dokter
 - Hindari menggosok atau menekan mata/kelopak mata
 - Bersihkan kelopak mata dengan tissue bersih
- Segera hubungi dokter anda bila mengalami hal-hal yang tidak wajar seperti kehilangan penglihatan, mata merah, nyeri yang berkepanjangan, dan lain-lain.

Komplikasi Prosedur Fakoemulsifikasi

Operasi katarak merupakan operasi yang aman dilakukan. Namun, tetap ada risiko terjadinya perdarahan dan infeksi pasca operasi katarak, walaupun jarang. Risiko lain yang mungkin terjadi setelah operasi adalah ablasi mata, yaitu kondisi lepasnya retina dari posisi normalnya. Kondisi tersebut bisa mengakibatkan hilang penglihatan sebagian atau seluruhnya.



shutterstock.com • 548846083

SEMOGA LEKAS SEMBUH