



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA OPERASI  
KATARAK NY. J DAN TN. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI DESA  
JATIROTO TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Esti Warih Prasetyaningrum  
NIM 152303101006**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA OPERASI  
KATARAK NY. J DAN TN. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI DESA  
JATIROTO TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

Oleh

**Esti Warih Prasetyaningrum  
NIM 152303101006**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**



**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA OPERASI  
KATARAK NY. J DAN TN. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI DESA  
JATIROTO TAHUN 2018**

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

diajukan guna melengkapi tugas akhir dan memenuhi salah satu syarat  
untuk menyelesaikan Program Studi Ilmu Keperawatan (D3)  
dan mencapai gelar Ahli Madya Keperawatan

Oleh

**Esti Warih Prasetyaningrum  
NIM 152303101006**

**PROGRAM STUDI D3 KEPERAWATAN  
FAKULTAS KEPERAWATAN  
UNIVERSITAS JEMBER  
2018**

## PERSEMBAHAN

Dengan mengucapkan syukur kehadiran Allah SWT, Karya Tulis ini saya persembahkan untuk:

1. Kedua orang tuaku (Dwi Haryanto dan Kristina Saharani) yang selalu memberikan semangat, dukungan, doa dan motivasi serta menjadi sumber kekuatan dalam menyelesaikan tugas akhir ini.
2. Nenek tercinta (Soemidjati), kedua kakakku (Dinar Brata Novia Kristiyanti dan Reyhan Abdul Majid) dan Adikku (Fakihan Nuzqur Kartiko Putro) yang selalu memberikan dukungan dan semangat untuk bisa terselesainya tugas akhir ini.
3. Almamater dan civitas Fakultas D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

**MOTTO**

Allah tidak membebani seseorang melainkan sesuai dengan kesanggupannya”  
(Q.S. Al-Baqarah : 286)\*

Keberhasilan merupakan campuran antara usaha yang terus menerus,  
doa yang tak putus-putus, sabar yang selalu tertanam,  
serta semangat yang tak pernah padam.

\* Bachtiar Surin. 1978. Terjemah dan tafsir Al – Qur’an huruf arab dan latin. Fa.  
Sumatra : Bandung.

PERNYATAAN

Saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Esti Warih Prasetyaningrum

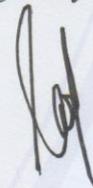
NIM : 152303101006

menyatakan dengan sesungguhnya bahwa laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Resiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018” adalah benar-benar hasil karya saya sendiri, kecuali kutipan yang sudah disebutkan sumbernya dan belum pernah diajukan pada institusi manapun serta bukan karya jiplakan. Saya bertanggung jawab atas keabsahan dan kebenaran isinya sesuai dengan sikap ilmiah yang harus dijunjung tinggi.

Demikian surat pernyataan ini saya buat dengan sebenar-benarnya, tanpa adanya tekanan dan paksaan dari pihak manapun serta bersedia mendapat sanksi akademik jika dikemudian hari tidak benar.

Lumajang, 29 Mei 2018

Yang menyatakan,



Esti Warih Prasetyaningrum  
NIM 152303101006

**LAPORAN TUGAS AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN KELUARGA PASCA OPERASI  
KATARAK NY. J DAN TN. S DENGAN MASALAH  
KEPERAWATAN RISIKO CEDERA DI DESA  
JATIROTO TAHUN 2018**

Oleh  
Esti Warih Prasetyaningrum  
NIM 152303101006

Pembimbing:

Dosen Pembimbing : Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM

**PENGESAHAN**

Laporan tugas akhir yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Resiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018” ini telah diuji dan disahkan oleh Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang pada:

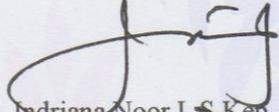
Hari : Selasa

Tanggal : 10 Juli 2018

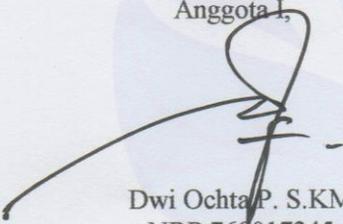
Tempat : Prodi D3 Keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang

Tim Penguji:

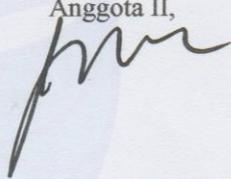
Ketua,

  
Ns. Indriana Noor I. S.Kep., M.Kep.  
NIP 19720519 199703 2 003

Anggota I,

  
Dwi Ochta P. S.KM  
NRP 760017245

Anggota II,

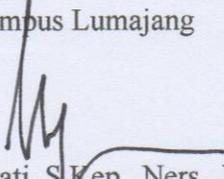
  
Dr. H. Suhari, A.Per.Pen, MM  
NIP 19630302 198603 1 023

Mengesahkan,

Koordinator Prodi

D3 Keperawatan Universitas Jember

Kampus Lumajang

  
Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM.  
NIP 19650629 198703 2 008

## RINGKASAN

**“Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018”.**  
Esti Warih Prasetyaningrum, 152303101006; 2018: 124 halaman; Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Jember.

Katarak kini masih menjadi penyakit paling dominan pada mata dan merupakan penyebab utama dari kebutaan di seluruh dunia. Pengobatan yang paling efektif bagi pasien katarak adalah dengan operasi. Pada saat klien pascaoperasi katarak terdapat beberapa masalah yang timbul pada klien yang ditunjukkan dengan adanya perawatan yang kurang tepat, lingkungan yang kurang memadai dan keluarga yang kurang mendukung. Beberapa faktor di atas dapat menimbulkan masalah keperawatan risiko cedera pada klien, terutama pada klien yang tidak menjalani rawat inap pascaoperasi di RS melainkan melakukan perawatan di rumah yang dibantu oleh keluarga.

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pasca operasi katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto. Penelitian ini menggunakan metode laporan kasus terhadap 2 pasien pascaoperasi katarak yang memenuhi kriteria partisipan. Pengumpulan data dilakukan dengan wawancara, pemeriksaan fisik dan observasi. Intervensi yang dilakukan adalah manajemen lingkungan dan pendidikan kesehatan dimana semua intervensi tersebut berfokus pada perawatan pascaoperasi yang tepat bagi klien. Intervensi ini dilakukan dalam 1 minggu dengan frekuensi tindakan 3 kali kunjungan rumah.

Setelah dilakukan implementasi keperawatan pada kunjungan ketiga semua indikator kriteria hasil tercapai, yaitu tidak terjadi tanda cedera seperti peningkatan TIO (ditandai dengan pasien merasa pusing, mual, batuk, dan lain-lain), perdarahan, dan resiko infeksi yang dapat dibuktikan dengan melakukan tes visus pada kedua klien, selain itu keluarga dan klien mengetahui risiko dan perawatan pascaoperasi, mau melakukan perawatan pascaoperasi dan mampu mengidentifikasi lingkungan untuk meminimalkan cedera.

Berdasarkan hasil tersebut, bagi peneliti selanjutnya diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan lebih dari 1 minggu dengan cara memperpanjang jarak antara kunjungan 1 dan 2 sehingga kunjungan ketiga sampai pada batas waktu yang diindikasikan tidak terjadi cedera yaitu satu minggu pasca operasi katarak, untuk keluarga diharapkan dapat melakukan pembatasan aktifitas dan pengaturan rumah terutama pada hari-hari pertama operasi. Sedangkan bagi Puskesmas diharapkan setelah merujuk pasien preoperasi katarak untuk menindaklanjuti perawatan pascaoperasi dengan cara melakukan kunjungan rumah pada klien tersebut.

## SUMMARY

**"Family Nursing Care for Postoperative Cataract on Mrs. J and Mr. Y with Nursing Problem of Risk for Injury at Desa Jatiroto 2018 "**. Esti Warih Prasetyaningrum, 152303101006; 2018: 124 pages; Nursing D3 Study Program Faculty of Nursing University of Jember.

Cataract is now still the most common disease of the eyes and is a major cause of vision loss worldwide. The most effective treatment for cataract patients is surgery. For the postoperative cataract patient, there will be some problems arise that indicated by the inappropriate care, inadequate environment and less supportive families. Those factors can cause nursing problem of risk for injury to the patient, especially on patients who are not in postoperative hospitalization in hospital but prefer to do home-care assisted by the family.

This study aims to explore the family nursing care for postoperative cataract on Patient. J and Patient Y with nursing problem of risk for injury in Desa Jatiroto. This study used a case report method towards 2 postoperative cataract patients that meet participant criteria. Data collection done by conducting interviews, physical examination, and observation. Interventions performed are environmental management and health education in which all interventions focus on appropriate postoperative care for patients. These interventions were performed for a week by 3 times of home visit.

After performing nursing implementations on the third visit, all indicators of outcome criteria were achieved, which was no injury marks such as elevated IOP (marked by patients feeling dizzy, nausea, cough, etc.), bleeding, and risk of infection that can be proven by doing a visus test on both patients. In addition, the families and patients know the postoperative care and risk, willing to perform postoperative care and be able to identify the environmental aspects to minimize injury.

Based on these results, for the researchers fellow are expected to conduct nursing care for more than 1 week by extending the gap between the 1st and 2nd visit, so that the third visit to the indicated deadline will cause no injury, that is one week after cataract surgery. For the family is expected to make restricted activities and home rules especially in the first few days after surgery. For the Puskesmas is expected to do a follow-up of the postoperative care for cataract patient by doing home visits to the patient.

## PRAKATA

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat, dan hidayah-Nya kepada penulis sehingga karya tulis ilmiah yang berjudul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018” ini dapat terselesaikan dengan baik. Laporan Tugas Akhir ini disusun untuk menyelesaikan pendidikan Ahli Madya Keperawatan di Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember. Dalam penyusunan karya tulis ilmiah ini tidak lepas dari segala bimbingan dan bantuan berbagai pihak, maka dalam kesempatan ini penulis mengucapkan terima kasih kepada yang terhormat :

1. Drs. Moh. Hasan, M.Sc., Ph.D., selaku rektor Universitas Jember
2. Ns. Lantin Sulistyorini, S. Kep., M. Kes., selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Jember
3. Ibu Nurul Hayati, S.Kep., Ners., MM. selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Universitas Jember yang memberikan dukungan dalam terselesaikannya Laporan Tugas Akhir ini.
4. Dr. H. Suhari A., Per.Pen., MM selaku pembimbing yang telah memberikan bimbingan dan arahan kepada peneliti.
5. Ibu Ns. Indriana Noor I. S.Kep., M.Kep. dan Ibu Dwi Ochta P. S.KM selaku penguji yang telah memberikan masukan untuk perbaikan Laporan Tugas Akhir.
6. Ayah, Ibu, kedua kakak, adik, teman-teman seangkatan Mahasiswa D3 keperawatan Universitas Jember Kampus Lumajang dan semua pihak yang telah mendukung dan memberikan bantuan

Penulis menyadari dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih jauh dari sempurna, untuk itu penulis sangat mengharapkan saran dan kritik yang sifatnya membangun demi perbaikan di masa mendatang.

Lumajang, 10 Juli 2018

Penulis

**DAFTAR ISI**

Halaman Judul .....	i
Persembahan .....	iv
Moto .....	v
Pernyataan.....	vi
Halaman Pengesahan .....	viii
Ringkasan .....	ix
Summary .....	x
Prakata .....	xi
Daftar Isi .....	xii
Daftar Tabel .....	xiv
Daftar Gambar .....	xv
Daftar Lampiran .....	xvi
<b>BAB I PENDAHULUAN .....</b>	<b>1</b>
<b>1.1 Latar Belakang .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2 Rumusan Masalah.....</b>	<b>4</b>
<b>1.3 Tujuan Penulisan .....</b>	<b>5</b>
<b>1.4 Manfaat Penulisan .....</b>	<b>5</b>
<b>BAB 2 TINJAUAN TEORI.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1 Konsep Katarak.....</b>	<b>6</b>
2.1.1 Definisi.....	6
2.1.2 Klasifikasi .....	6
2.1.3 Etiologi.....	9
2.1.4 Patofisiologi .....	10
2.1.5 Manifestasi Klinik .....	11
2.1.6 Pemeriksaan Penunjang .....	12
2.1.7 Penatalaksanaan .....	12
2.1.8 Prognosis .....	18
2.1.9 Komplikasi Katarak .....	18
<b>2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga.....</b>	<b>19</b>
2.2.1 Pengkajian Keluarga .....	19
2.2.2 Diagnosis Keperawatan Keluarga .....	36
2.2.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga.....	40
2.2.4 Implementasi Keperawatan Keluarga .....	43
2.2.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga .....	44
<b>BAB 3 METODE KEPERAWATAN.....</b>	<b>46</b>
<b>3.1 Desain Penulisan.....</b>	<b>46</b>
<b>3.2 Batasan Istilah .....</b>	<b>46</b>
<b>3.3 Partisipan.....</b>	<b>47</b>
<b>3.4 Lokasi dan Waktu .....</b>	<b>47</b>
<b>3.5 Pengumpulan Data.....</b>	<b>47</b>
<b>3.6 Uji Keabsahan Data .....</b>	<b>49</b>
<b>3.7 Analisis Data .....</b>	<b>49</b>
<b>3.8 Etika Penulisan.....</b>	<b>50</b>

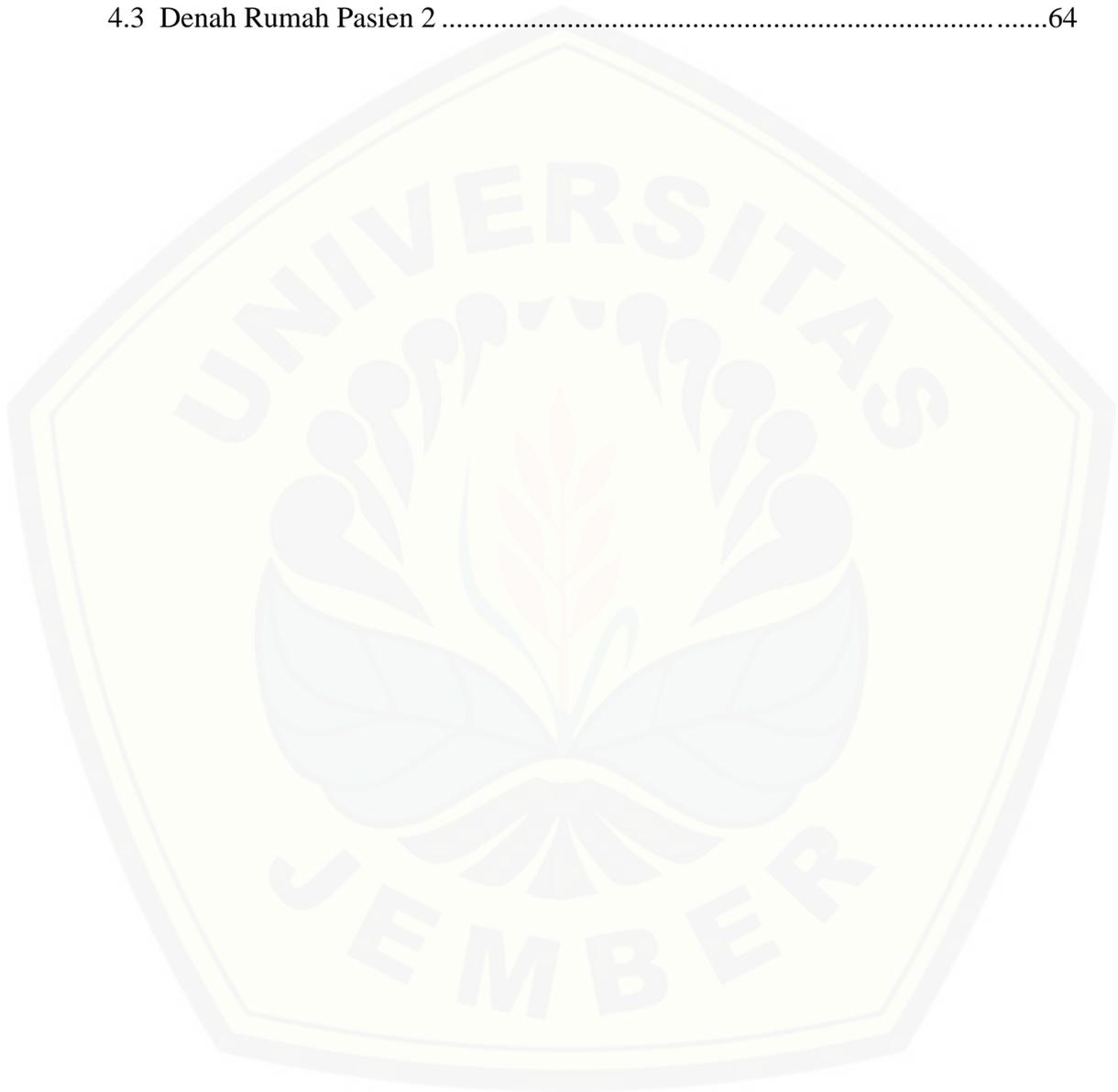
<b>BAB 4 HASIL DAN PEMBAHASAN</b> .....	51
<b>4.1 Gambaran Lokasi Penulisan</b> .....	51
<b>4.2 Hasil dan Pembahasan</b> .....	52
4.2.1 Pengkajian .....	52
4.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	77
4.2.3 Intervensi Asuhan Keperawatan Keluarga .....	82
4.2.4 Catatan Tindakan Keperawatan dan Evaluasi .....	85
<b>BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN</b> .....	91
<b>5.1 Kesimpulan</b> .....	91
5.1.1 Pengkajian Keperawatan .....	91
5.1.2 Diagnosa Keperawatan .....	91
5.1.3 Intervensi Keperawatan .....	91
5.1.4 Implementasi Keperawatan .....	92
5.1.5 Evaluasi Keperawatan .....	92
<b>5.2 Saran</b> .....	93
5.2.1 Bagi Keluarga .....	93
5.2.2 Bagi Puskesmas Jatiroto .....	93
5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya .....	93
<b>DAFTAR PUSTAKA</b> .....	94

**DAFTAR TABEL**

2.1 Faktor Resiko .....	38
2.2 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga .....	39
2.3 Intervensi Keperawatan.....	42
4.1 Identitas Klien .....	52
4.2 Komposisi Keluarga.....	52
4.3 Tipe Keluarga.....	55
4.4 Suku Bangsa.....	56
4.5 Agama dan Kepercayaan yang Mempengaruhi Kesehatan.....	56
4.6 Status Sosial Ekonomi Keluarga .....	57
4.7 Aktivitas Rekreasi .....	58
4.8 Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga .....	58
4.9 Riwayat Kesehatan Anggota Keluarga Lain .....	59
4.10 Karakteristik Rumah .....	61
4.11 Karakteristik tetangga dan Komunitas RW.....	65
4.12 Mobilitas Geografi Keluarga.....	65
4.13 Perkumpulan Keluarga dan Interaksi dengan Masyarakat.....	66
4.14 Sistem Pendukung Keluarga .....	66
4.15 Struktur Keluarga .....	67
4.16 Fungsi Keluarga .....	68
4.17 Stres dan Koping Keluarga .....	70
4.18 Keadaan Gizi Keluarga .....	71
4.19 Pemeriksaan Status Kesehatan.....	72
4.20 Pemeriksaan Fisik .....	73
4.21 Pemeriksaan Fisik Anggota Keluarga Lain.....	74
4.22 Harapan Keluarga.....	76
4.23 Analisa Data .....	76

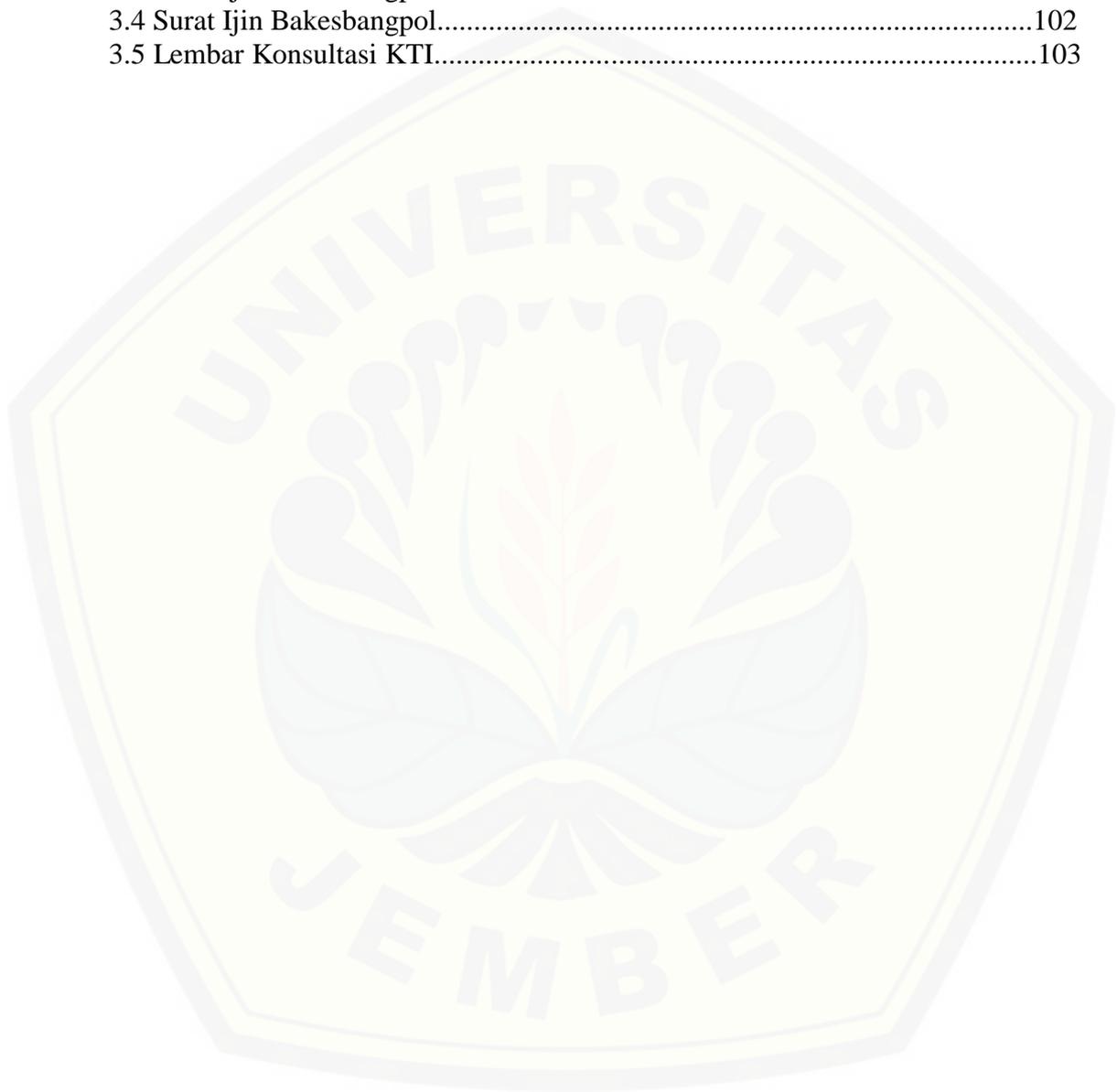
**DAFTAR GAMBAR**

4.1 Genogram.....	53
4.2 Denah Rumah Pasien 1 .....	63
4.3 Denah Rumah Pasien 2 .....	64



**DAFTAR LAMPIRAN**

3.1 Jadwal Penyelenggaran KTI .....	97
3.2 Informed consent.....	99
3.3 Surat Ijin Bakesbangpol .....	101
3.4 Surat Ijin Bakesbangpol.....	102
3.5 Lembar Konsultasi KTI.....	103



## BAB 1. PENDAHULUAN

### 1.1 Latar Belakang

Katarak kini masih menjadi penyakit paling dominan pada mata dan merupakan penyebab utama dari kebutaan di seluruh dunia. Kebutuhan karena katarak atau kekeruhan *lensa* mata merupakan masalah kesehatan global yang harus segera di atasi, karena kebutaan dapat menyebabkan berkurangnya kualitas sumber daya manusia dan kehilangan produktifitas (Astria, Sefti, & Jeavery, 2015).

Jumlah penderita kebutaan karena katarak di dunia saat ini adalah sebesar 17 juta orang dan akan meningkat menjadi 40 juta pada tahun 2020. Katarak terjadi 10% pada warga di Amerika Serikat dan prevalensi ini meningkat sampai sekitar 50% untuk mereka yang berusia antara 65 dan 74 tahun, dan sampai sekitar 70% untuk mereka yang berusia lebih dari 75 tahun (Astria, Sefti, & Jeavery, 2015). Paling sedikit 50% dari semua kebutaan di seluruh dunia disebabkan oleh katarak, dan 90% diantaranya terdapat di negara berkembang tidak terkecuali di Indonesia. (Kemenkes, RI, 2010).

Diperkirakan setiap tahun di Indonesia kasus buta katarak akan selalu bertambah sebesar 0,1% dari jumlah penduduk atau kira-kira 250.000 orang/tahun. Sementara itu kemampuan tenaga medis untuk melakukan operasi katarak setiap tahun diperkirakan baru mencapai 180.000/tahun sehingga setiap tahun selalu bertambah jumlah katarak sebesar lebih kurang 70.000. Jika kita tidak segera mengatasi jumlah katarak ini maka angka kebutaan di Indonesia semakin lama akan semakin tinggi (Kemenkes, RI, 2016). Di Jawa Timur, prevalensi penduduk dengan katarak lebih rendah dari angka nasional. Angka tertinggi kejadian katarak berdasar diagnosis dan gejala terjadi di Kabupaten Situbondo sebesar 17,3%, disusul Pasuruan sebesar 15,2% dan Lumajang sebesar 13,5% (Risksedas, 2008).

Berdasarkan studi pendahuluan di Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang pada bulan Januari 2018 terdapat sekitar 50 pasien katarak periksa ke poli mata dan sekitar 20 orang (40%) yang dioperasi setiap bulannya. Seluruh pasien yang

sudah dioperasi tersebut selanjutnya melakukan perawatan rawat jalan (Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang, 2018).

Satu - satunya pilihan pengobatan yang efektif adalah operasi/ pembedahan yaitu dengan cara lapisan mata diangkat dan diganti dengan lensa mata yang baru (buatan / lensa intraokuler). Pada dasarnya, suatu tindakan bedah akan menimbulkan trauma yang memberi akibat kerusakan jaringan dari organ yang dioperasi. Secara normal tubuh akan mengadakan reaksi dengan tujuan mengadakan proses penyembuhan pada jaringan yang mengalami kerusakan tersebut. Reaksi tersebut secara umum dikenal sebagai peradangan atau reaksi inflamasi. Sama halnya dengan tindakan operasi yang lain, pada pasca bedah ekstraksi katarak juga akan terjadi reaksi inflamasi yaitu berupa *iritis* atau *iridosiklitis*. Pada setiap tindakan bedah katarak fakoemulsifikasi, bahkan pada pembedahan yang sangat hati-hati sekalipun, akan selalu diikuti oleh *iritis* atau *iridosiklitis*. Hal ini terjadi akibat adanya manipulasi iris, lisis dari zonula, adanya tindakan irigasi pada bilik mata depan, serta adanya kemungkinan sisa materi lensa yang tertinggal sehingga menimbulkan reaksi yang tidak cepat menghilang dan cenderung menjadi kronis atau bertambah berat dan dapat menimbulkan berbagai penyulit yang lain seperti penurunan tajam penglihatan, pembentukan membrane pada pupil, terjadinya sinekia anterior atau posterior, glaucoma sekunder dan lain-lain (Delfi, 2012).

Suatu tindakan pembedahan intraokular seperti operasi katarak dan implantasi lensa intraokular juga dapat menyebabkan kerusakan endotel kornea. Ini disebabkan karena adanya manipulasi intraokular yang menyebabkan cairan dan fragmen lensa mengalami turbulensi yang dapat mengakibatkan kerusakan sel endotel kornea. Penelitian Morikubo dkk (2004) juga melaporkan kehilangan sel endotel dapat terjadi satu hari dan satu minggu pasca operasi katarak (Suandari, 2015).

Dari beberapa resiko cedera di atas akan menimbulkan beberapa komplikasi pascaoperasi (Suandari, 2015) meliputi peningkatan tekanan intraocular, infeksi, dan perdarahan (Tamsuri, 2011). Komplikasi tersebut juga dipicu oleh perawatan pascaoperasi yang kurang tepat seperti pasien tidak mematuhi pembatasan

aktivitas yang dianjurkan, melakukan kegiatan yang tidak terkontrol, dan pengaturan lingkungan yang kurang aman bagi pasien untuk berajalan atau saat ambulasi (Joseph, 2017).

Mengenai perawatan pasca operasi katarak, ada beberapa hal yang harus dilakukan untuk meminimalkan adanya resiko cedera dan komplikasi, seperti pasien boleh minum 2-3 jam pasca operasi, 2 jam pascaoperasi boleh makan makanan lunak, pasien harus mempertahankan posisi semifowler atau sesuai advis, enam jam pascaoperasi kepala baru boleh bergerak dan tidur miring ke arah mata yang tidak dioperasi, kurangi / batasi pasien untuk batuk, membungkuk, bersin, mengangkat benda bert lebih dari 7,5 kg dan tidur / berbaring pada sisi operatif (karena akan meningkatkan TIO), dan menganjurkan pasien untuk memakai kacamata pada siang hari dan pelindung mata pada malam hari (Istiqomah, 2012).

Kecenderungan saat ini berdasarkan data dari Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang adalah pasien pasca operasi katarak tidak diindikasikan untuk rawat inap, sehingga pasien setelah dilakukan operasi katarak diperbolehkan dilakukan perawatan di rumah dibantu oleh keluarga. Disinilah terjadi pergantian penatalaksanaan perawatan pasca operasi katarak dari perawat ke keluarga, dimana perawatan yang harusnya dilakukan secara tepat oleh perawat di rumah sakit kini harus dilaksanakan oleh keluarga pasien pascaoperasi katarak tersebut di rumah. Dari banyaknya pasien yang menjalani pasca operasi katarak pastinya di setiap keluarga memiliki variasi manajemen kesehatan dan tingkat pengetahuan yang berbeda-beda dibanding keluarga yang lainnya. Hal tersebut dapat menimbulkan hasil yang berbeda pula pada masing-masing pasien pasca operasi katarak. Apabila keluarga pasien memiliki pengetahuan yang cukup tentang perawatan pascaoperasi katarak dan melakukan perawatan yang tepat sesuai dengan yang diajarkan, maka dapat mempercepat proses kesembuhan bagi pasien. Sebaliknya, apabila keluarga tidak tahu, tidak mampu, atau tidak mau untuk melakukan perawatan untuk pasien yang tepat sesuai yang diindikasikan perawat rumah sakit maka akan memperlambat proses kesembuhan dan bahkan akan memperburuk kondisi pasien dengan timbulnya beberapa resiko cedera dan komplikasi seperti

yang dijelaskan sebelumnya, dan menimbulkan masalah keperawatan risiko cedera akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber daya adaptif dan defensive, yang dapat membahayakan kesehatan (NCP NANDA, 2013).

Untuk itu perlu adanya peran keluarga yang mendukung dalam perawatan pascaoperasi pasien, seperti apakah pasien boleh miring pada satu atau kedua sisi mata ataukah harus mempertahankan kelurusan punggung, selalu mencuci tangan sebelum memberikan obat mata, cek label pada botol obat secara seksama untuk memastikan ketepatan medikasi, cegah kontaminasi pada botol obat, ganti balutan minimal satu kali sehari, pertahankan posisi kepala yang ditentukan dan batasi aktivitas, sarankan keluarga dan pasien bila ada tanda – tanda komplikasi, anjurkan pasien menggunakan pelindung mata saat siang hari atau saat keluar rumah serta anjurkan pasien menggunakan shield mata protektif pada malam hari. Selain itu, berikan pencahayaan yang adekuat, pasang pengaman tempat tidur, singkirkan benda-benda yang mudah jatuh (seperti tempat sampah, tisu, kursi tanpa sandaran) atau benda berbahaya dari area yang dilewati pasien untuk ambulasi, dan anjurkan pasien untuk tidak mengejan, batuk, bersin, membungkuk dan mengangkat beban lebih dari 7,5 kg (Istiqomah, 2012).

Perawat perlu memastikan bahwa pasien mengerti apa yang dijelaskan. Pasien dan keluarga harus didorong untuk mematuhi program pengobatan selama periode penyembuhan di rumah sehingga tidak membahayakan keberhasilan operasi (Istiqomah, 2012).

Keluarga sangat berperan penting dalam mencegah terjadinya cedera pada pasien pasca operasi katarak. Oleh karena itu peneliti tertarik mengambil judul “Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018.”

## **1.2 Rumusan Masalah Penelitian**

Dari latar belakang di atas penulis merumuskan masalah sebagai berikut: “Bagaimana Asuhan Keperawatan Keluarga Pasca Operasi Katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto tahun 2018?”

### **1.3 Tujuan Penelitian**

Mengeksplorasi asuhan keperawatan keluarga pasca operasi katarak pada Ny. J dan Tn. Y dengan masalah keperawatan Risiko Cidera di Desa Jatiroto.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil penelitian ini di harapkan dapat memberikan informasi antara lain :

#### **1.4.1 Bagi Penulis**

Asuhan Keperawatan Keluarga dapat memberikan pengetahuan dan pengalaman yang lebih mendalam dan upaya dalam memberikan asuhan keperawatan keluarga khususnya pasien pasca operasi katarak dengan risiko cidera.

#### **1.4.2 Bagi Instasi Pendidikan**

Asuhan keperawatan keluarga dapat dijadikan sebagai data dasar penelitian tentang keberhasilan perawatan pasien pascaoperasi katarak di rumah.

## BAB 2. TINJAUAN TEORI

### 2.1 Konsep Katarak

#### 2.1.1 Definisi Katarak

Katarak adalah kekeruhan lensa atau kapsul lensa yang mengubah gambaran yang diproyeksikan pada retina. Katarak merupakan penyebab umum kehilangan pandangan secara bertahap. (Springhouse Co, 1997). Derajat disabilitas yang ditimbulkan oleh katarak dipengaruhi oleh lokasi dan densitas keburaman. Intervensi diindikasikan jika visus menurun sampai batas klien tidak dapat menerima perubahan dan merugikan atau memengaruhi gaya hidup klien (yaitu visus 5/15). Katarak biasanya mempengaruhi kedua mata. Katarak biasa mempengaruhi kedua mata tetapi masing-masing berkembang secara independen. Perkecualian, katarak traumatik biasanya unilateral dan katarak konginetal biasanya stasioner (Istiqomah, 2012).

Katarak adalah setiap keadaan kekeruhan pada lensa yang dapat terjadi hidrasi (penambahan cairan lensa), denaturasi protein lensa atau akibat keduanya. Biasanya kekeruhan mengenai kedua mata dan berjalan progresif ataupun dapat tidak mengalami perubahan dalam waktu yang lama. (Tamsuri, 2011)

Kekeruhan lensa akan mengakibatkan sinar terhalang masuk ke dalam mata sehingga penglihatan menjadi menurun. Gumpalan protein lensa berakibat menurunkan ketajaman bayangan mencapai retina. Gumpalan kecil tidak mengganggu penglihatan dan gumpalan ini bertambah besar sehingga perlahan-lahan penglihatan bertambah kurang. Katarak termasuk ke dalam golongan kebutaan yang tidak dapat dicegah dan dapat disembuhkan. (Utama, 2014)

#### 2.1.2 Klasifikasi Katarak

a. Berdasarkan pada usia, katarak dapat diklasifikasikan menjadi :

1) Katarak Konginetal :

Katarak yang sudah terlihat pada usia kurang dari 1 tahun (Tamsuri, 2011). Katarak konginetal adalah kekeruhan pada lensa yang sudah timbul pada saat

pembentukan lensa. Kekeruhan sudah terdapat pada waktu bayi lahir. Katarak ini sering ditemukan pada bayi yang dilahirkan oleh ibu yang menderita rubella, diabetes mellitus, toksoplasmosis, hipoparatiroidisme, galaktosemia. Ada pula yang menyertai kelainan bawaan pada mata itu sendiri seperti mikroftalmus, aniridia, koloboma, keratokonus, ektopia lentis, megalokornea, heterokronia iris. Kekeruhan dapat dijumpai dalam bentuk arteri hialoidea yang persisten, katarak Polaris anterior, posterior, katarak aksialis, katarak zonularis, katarak stelata, katarak totalis, dan katarak kongineta membranasea. (Istiqomah, 2012)

2) Katarak Juvenil : katarak yang terjadi sesudah usia 1 tahun.

3) Katarak Senil : Katarak setelah usia 50 tahun. (Tamsuri, 2011), dibagi menjadi 4 stadium:

a) Stadium insipient

Jenis katarak ini adalah stadium paling dini. Visus belum terganggu, dengan koreksi masih bisa 5/5 – 5/6. Kekeruhan terutama terdapat pada bagian perifer berupa bercak-bercak seperti jari-jari roda (Istiqomah, 2012).

Katarak stadium awal katarak yaitu kekeruhan lensa masih berbentuk bercak-bercak kekeruhan yang tidak teratur. Klien mengeluh gangguan penglihatan seperti melihat ganda pada penglihatan satu mata. Pada stadium ini, proses degenerasi belum menyerap cairan sehingga bilik mata depan memiliki kedalaman normal. Iris dalam posisi biasa disertai kekeruhan ringan pada lensa. Belum terjadi gangguan tajam penglihatan (Tamsuri, 2011).

b.) Stadium Imatur

Kekeruhan belum meneganl seluruh lapisan lensa, terutama dibagian posterior dan bagian belakang nucleus lensa. Shadows test positif. Saat ini mungkin terjadi hidrasi korteks yang menyebabkan lensa menjadi cembung sehingga indeks refraksi berubah dan mata menjadi miopia. Keadaan ini disebut intumesensi. Cembungnya lensa akan mendorong iris ke depan menjadi sempit dan menimbulkan komplikasi glaukoma (Istiqomah, 2012).

c.) Stadium Matur

Pada stadium ini terjadi pengeluaran air sehingga lensa akan berukuran normal kembali. Saat ini lensa telah keruh seluruhnya sehingga semua sinar yang masuk pupil dipantulkan kembali. Shadow test negatif. Di pupil tampak lensa seperti mutiara (Istiqomah, 2012). Tajam penglihatan sudah menurun dan hanya tinggal proyeksi sinar positif. Proses ini merupakan proses degenerasi lanjut lensa (Tamsuri, 2011).

d.) Stadium Hiper matur

Korteks lensa yang seperti bubur telah mencair sehingga nucleus lensa turun karena daya beratnya. Melalui pupil, nucleus terbayang sebagai setengah lingkaran di bagian bawah dengan warna berbeda dari yang di atasnya yaitu keclokatan. Saat ini juga terjadi kerusakan kapsul lensa yang menjadi lebih permeabel sehingga isi korteks dapat keluar dan lensa menjadi kempis yang dibawahnya terdapat nucleus lensa. Keadaan ini disebut *katarak Morgagni* (Istiqomah, 2012).

b. Berdasarkan penyebabnya, katarak dapat dibedakan menjadi :

1) Katarak traumatika

Katarak terjadi akibat rudapaksa atau trauma baik karena trauma tumpul maupun tajam. Rudapaksa ini dapat mengakibatkan katarak pada satu mata (katarak monocular). Penyebab katarak ini antara lain karena radiasi sinar-X, radioaktif, dan benda asing.

2) Katarak toksika

Merupakan katarak yang terjadi akibat adanya pajanan dengan bahan kimia tertentu. Selain itu, katarak ini dapat juga terjadi karena penggunaan obat seperti kortikosteroid dan chlorpromazine.

3) Katarak komplikata

Katarak terjadi akibat gangguan sistemik seperti diabetes mellitus, hipoparatiroidisme, atau akibat kelainan lokal seperti uveitis, glaukoma, dan miopia atau proses degenerasi pada satu mata lainnya (Tamsuri, 2011). Katarak

jenis ini terjadi sekunder atau sebagai komplikasi dari penyakit lain. Penyebab katarak jenis ini adalah:

- a) Gangguan okuler, karena retinitis pigmentosa, glaukoma, ablasio retina yang sudah lama, uveitis, miopia maligna.
- b) Penyakit sistemik, diabetes mellitus, hipoparatiroid, sindrom Down, dermatitis atopik.
- c) Trauma, trauma tumpul, pukulan, benda asing di dalam mata terpajan panas yang berlebihan, sinar-X, radioaktif, terpajan matahari, toksik kimia. Merokok meningkatkan resiko berkembangnya katarak, demikian pula dengan peminum berat. Kadang-kadang katarak terjadi lagi setelah operasi jika kapsul lensa ditinggalkan utuh selama operasi katarak (Istiqomah, 2012).

### 2.1.3 Etiologi

Katarak disebabkan oleh berbagai faktor seperti:

#### a. Fisik

Bekerja ditempat berbahaya seperti pemagangan dan pembakaran kaca, ruda paksa, trauma listrik

#### b. Kimia

Pemakai steroid tetes mata atau pemakaian lama, perokok. Merokok merupakan faktor yang paling berbahaya untuk katarak dan penggunaan alkohol dalam jangka waktu panjang juga dapat menyebabkan katarak karena alkohol mengakibatkan kekurangan vitamin, dimana kekurangan vitamin C dan E mempunyai hubungan dengan pertumbuhan katarak

#### c. Penyakit predisposisi

Pasien diabetes seiring dengan meningkatnya kadar glukosa darah maka terjadi pula peningkatan glukosa pada akuos humor, cairan yang mengisi ruangan di depan lensa mata. Glukosa yang berlebihan akan berdifusi masuk ke dalam lensa, dan terjadilah peningkatan kadar glukosa dalam lensa mata. Sebagian dari glukosa tersebut diubah oleh enzim aldosa reduktase menjadi sorbitol. Sorbitol tidak dapat berdifusi keluar dari lensa sehingga terakumulasi di dalam lensa, menyebabkan kekeruhan di dalam lensa dan terbentuklah katarak.

d. Genetik dan gangguan perkembangan

Kurang gizi, Diare, Malnutrisi.

e. Infeksi virus di masa pertumbuhan janin

Sering ditemukan pada bayi yang lahir dari ibu yang menderita penyakit Rubella, Diabetes mellitus, Toksoplasmosis : infeksi yang diakibatkan oleh sejenis parasit *Toxoplasma gondii* yang biasa terdapat pada bulu kucing dan hewan peliharaan rumah lainnya. Parasit ini dapat menginfeksi kandungan, jika Ibu hamil mengkonsumsi daging setengah matang, buah-buahan atau sayuran yang tercemar tinja hewan peliharaan misalnya kucing yang mengandung *oosit*. Selain melalui kandungan, virus ini dapat menular lewat transfuse darah dan transplantasi organ.

f. Usia

Sebagian besar katarak terjadi karena proses degeneratif atau bertambahnya usia seseorang. Usia rata-rata terjadinya katarak adalah pada usia 60 tahun keatas (Utama, 2014)

#### 2.1.4 Patofisiologi

Lensa berisi 65% air, 35% protein dan mineral penting. Katarak merupakan kondisi penurunan ambilan oksigen, penurunan air, peningkatan kandungan kalsium dan berubahnya protein yang dapat larut menjadi tidak dapat larut. Pada proses penuaan, lensa secara bertahap kehilangan air dan mengalami peningkatan dalam ukuran dan densitasnya. Peningkatan densitas diakibatkan oleh kompresi sentral serat lensa yang lebih tua. Saat serat lensa yang baru diproduksi di korteks, serat lensa ditekan menuju sentral. Serat-serat lensa yang padat lama – lama menyebabkan hilangnya transparansi lensa yang tidak terasa nyeri dan sering bilateral. Selain itu, berbagai penyebab katarak diatas menyebabkan gangguan metabolisme pada lensa mata. Gangguan metabolisme ini, menyebabkan perubahan kandungan bahan-bahan yang ada di dalam lensa yang ada didalam lensa yang pada akhirnya menyebabkan kekeruhan lensa. Kekeruhan dapat berkembang di berbagai bagian lensa atau kapsulnya. Pada gangguan ini sinar yang masuk melalui kornea dihalangi oleh lensa yang keruh / buram. Kondisi ini

mengaburkan bayangan semu yang sampai pada retina. Akibatnya otak menginterpretasikan sebagai bayangan yang berkabut. Pada katarak yang tidak diterapi, lensa mata menjadi putih susu, kemudian berubah kuning, bahkan menjadi cokelat atau hitam dan klien mengalami kesulitan dalam membedakan warna (Istiqomah, 2012).

#### 2.1.5 Manifestasi Klinis

Katarak dapat ditemukan dalam keadaan tanpa adanya kelainan mata atau sistemik atau kelainan (katarak senil, juvenil, herediter) atau kelainan konginetal mata. Lensa yang sedang dalam proses pembentukan katarak ditandai adanya sembab lensa, perubahan protein, nekrosis, dan terganggunya kesinambungan normal serabut-serabut lensa. Pada umumnya, terjadinya perubahan lensa sesuai dengan tahap perkembangan tahap. Kekeruhan lensa pada katarak imatur (insipient) tipis. Akan tetapi, pada katarak matur, (perkembangan agak lanjut) kekeruhan lensa sudah sempurna dan agak sembab. Jika kandungan airnya maksimal dan kapsul lensa teregang, katarak ini dinamakan intumesens (sembap). Katarak hiper matur (katarak lanjut) ditandai keluarnya air meninggalkan lensa yang relative mengalami dehidrasi, sangat keruh, dan kapsulnya keriput. Sebagian besar katarak tidak dapat dilihat oleh pengamat yang awam sampai kekeruhannya sudah cukup padat (matur atau hiper matur) yang menyebabkan kebutaan. Walaupun demikian, katarak stadium dini dapat dipantau dengan oftalmoskop, lup, atau, lampu celah dengan pupil yang telah dilebarkan. Semakin padat kekeruhan lensa, semakin sulit memantau fundus okuli, sampai akhirnya reflex fundus negatif. Pada tahap ini katarak sudah masak dan pupilnya tampak putih.

Tingkatan klinis terjadinya katarak dengan asumsi tidak adanya penyakit lain, ditentukan oleh tajam penglihatan secara langsung sebanding dengan kepadatan katarak. Pada beberapa orang, secara klinis ditemukan katarak yang bermakna, jika diperiksa memakai oftalmoskop atau lampu celah, tetapi yang bersangkutan masih dapat melihat cukup baik untuk kerja sehari-hari. Pada kasus lain, penurunan tajam penglihatan tidak sebanding dengan derajat kekeruhan

lensa. Hal ini disebabkan oleh adanya distorsi bayangan karena kekeruhan sebagian lensa.

Klien katarak mengeluh penglihatan seperti berasap dan tajam penglihatan menurun secara progresif. Kekeruhan lensa ini mengakibatkan lensa tidak transparan sehingga pupil akan berwarna putih atau abu-abu. Pada mata, akan tampak kekeruhan lensa dalam beragam bentuk dan tingkat. Kekeruhan ini juga ditemukan pada berbagai lokasi di lensa seperti korteks dan nucleus. (Tamsuri, 2011)

#### 2.1.6 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan pada klien katarak adalah pemeriksaan dengan lampu celah (splitlamp), funduskopi pada kedua mata bila mungkin, dan tonometer selain pemeriksaan prabedah yang diperlukan lainnya (Tamsuri, 2011) Keratometri, Pemeriksaan lampu slit, Oftalmoskopis, A-scan ultrasound (echography), Penghitungan sel endotel penting untuk fakoemulsifikasi & implantasi.

#### 2.1.7 Penatalaksanaan

##### a. Operasi Katarak

Operasi katarak / pengangkatan katarak adalah pengangkatan melalui bedah terhadap lensa yang telah mengalami opak akibat perubahan degeneratifsenil, trauma atau penyakit sistemik (diabetes) atau lensa opak konginetal. Operasi katarak dibedakan dalam operasi katarak ekstrakapsular dan operasi katarak intrakapsular.

Operasi katarak ekstrakapsular atau ekstraksi katarak ekstrakapsular (EKEK) merupakan tindakan pembedahan pada lensa katarak, yaitu melakukan pengeluaran isi lensa dengan memecah atau merobek kapsul lensa anterior sehingga massa lensa dan korteks lensa dapat keluar melalui robekan tersebut. Operasi katarak intrakapsular atau ekstraksi katarak intrakapsular (EKIK) adalah pembedahan dengan mengeluarkan seluruh seluruh lensa bersama kapsul. Pembedahan ini dapat dilakukan ini dapat dilakukan pada zonuli zinii yang telah

rapuh atau berdegenerasi dan mudah diputus. Katarak ekstraksi intrakapsular ini tidak boleh dilakukan atau merupakan kontraindikasi pada klien berusia kurang dari 40 tahun yang masih mempunyai ligamen hialoidea kapsular. Penyulit yang dapat terjadi pada pembedahan ini antara lain astigmatisme, glaukoma, uveitis, endoftalmitis, dan perdarahan (Tamsuri, 2011).

Tindakan operasi mengembalikan pandangan pada kurang lebih 95% klien (Springhouse). Tanpa pembedahan, katarak yang terjadi dapat menyebabkan kehilangan pandangan komplet. Katarak terbagi menjadi jenis menurut perkembangannya (katarak konginetal) dan menurut proses degeneratif (katarak primer dan katarak komplikata) (Istiqomah, 2012).

b. Indikasi operasi katarak :

- 1) Pada bayi (< 1 tahun) , jika fundus tidak terlihat.
- 2) Pada umur lanjut:
  - a) Indikasi klinis: Jika timbul komplikasi glaukoma atau uveitis, meskipun visus masih baik untuk bekerja. Operasi dilakukan setelah keadaan tenang.
  - b) Indikasi visual: Katarak matur dengan visus 1/300 atau 1/~ dengan catatan LP baik segala arah. Operasi untuk perbaikan visus.
- 3) Indikasi sosial: Pekerjaan. (Istiqomah, 2012)

c. Intervensi Bedah

Jenis pembedahan untuk katarak mencakup extracapsular cataract extractie (ECCE) dan intracapsular cataract extractie (ICCE).

1) *Extracapsular cataract extractie* (ECCE)

Korteks dan nucleus diangkat, kapsul posterior ditinggalkan untuk mencegah prolapse vitreus, untuk melindungi retina dari sinar ultraviolet dan memberikan sokongan untuk implantasi lensa intraokuler. ECCE paling sering dilakukan karena memungkinkan dimasukkannya lensa intraokuler kedalam kapsul yang tersisa. Setelah pembedahan diperlukan koreksi visus lebih lanjut. Visus biasanya pulih dalm 3 bulan setelah pembedahan. Tehnik yang sering digunakan dalam ECCE adalah fakoemulsifikasi, jaringan dihancurkan dan debris diangkat melalui pengisapan (suction).

2) *Intracapsular cataract extractie* (ICCE).

Pada pembedahan jenis ini lensa diangkat seluruhnya. Keuntungan dari prosedur adalah kemudahan prosedur ini dilakukan, sedangkan kerugiannya mata berisiko tinggi mengalami *retinal detachment* dan mengangkat struktur penyongkong untuk penanaman lensa intraokuler. Salah satu tehnik ICCE adalah menggunakan *cryosurgery*, lensa dibekukan dengan probe superdingin dan kemudian diangkat (Istiqomah, 2012).

d. Penyulit bedah katarak (Utama, 2014):

- 1) Infeksi (endophthalmis)
- 2) Perdarahan (hyphema)
- 3) Sembab kornea
- 4) Detachment retina
- 5) Glaukoma
- 6) Kebocoran.

e. Perawatan Preoperasi

- 1) Perawatan Preoperasi Rutin (Istiqomah, 2012).
  - a) Fungsi retina harus baik yang diperiksa dengan tes proyeksi sinar.
  - b) Tidak boleh ada infeksi pada mata / jaringan sekitar.
  - c) Tidak boleh ada glaukoma. Pada keadaan glaukoma, pembuluh darah retina telah menyesuaikan diri dengan TIO yang tinggi. Jika dilakukan operasi, pada waktu kornea dipotong, TIO menurun, pembuluh darah pecah dan menimbulkan perdarahan hebat. Juga dapat menyebabkan prolapse dari isi bulbus okuli seperti iris, badan kaca dan lensa.
  - d) Periksa visus.
  - e) Keadaan umum harus baik : tidak ada hipertensi, tidak diabetes mellitus (kadar gula darah <150 mg/dl) , tidak ada batuk menahun dan penyakit jantung seperti dekompensasi kordis.
  - f) 2-3 hari sebelum operasi, mata dietetsi homotropin 3x1 tetes.
  - g) Sore hari bulu mata dicukur, yakinkan klien bahwa bulu mata akan tumbuh lagi. Kerjakan *transchanal spoeling* (uji Anel). Uji Anel negatif merupakan

kontraindikasi mutlak untuk operasi intraokuler karena kuman dapat masuk kedalam mata.

- h) Beri salep antibiotic, jika perlu luminal tablet.
- i) Anjurkan mandi dan keramas sebelum operasi.
- j) Kirim ke kamar operasi dengan pakaian operasi.
- k) Premedikasi di kamar operasi.
- l) Injeksi luminal dan mata ditetesi pantokain tiap menit selama 5 menit.
- m) Beri kesempatan klien yang cemas untuk menceritakan kehilangan pandangan
- n) Review prosedur anestesi lokal dan retrobulbar yang biasanya sering digunakan
- o) Berikan Premedikasi sesuai program
  - (1) Asetazolamid / metazolamid untuk menurunkan TIO.
  - (2) Obat – obat simpatomimetik, misalnya fenilefrin untuk vasokonstriksi dan midriasis.
  - (3) Parasimpatolitik untuk menyebabkan paralisis dan menyebabkan otot siliaris tidak dapat menggerakkan lensa

f. Perawatan Pascaoperasi (Istiqomah, 2012)

Pascaoperasi boleh minum saja, 2 jam pascaoperasi makan makanan lunak. Pertahankan posisi semifowler atau sesuai advis. Enam jam pascaoperasi kepala baru boleh bergerak dan tidur miring ke arah mata yang tidak dioperasi.

Laporkan adanya drainase pada balutan kepada dokter bedah / dokter mata. Lakukan kompres dingin jika mata gagal. Kurangi / batasi klien untuk batuk, membungkuk, bersin, mengangkat benda bert lebih dari 7,5 kg dan tidur / berbaring pada sisi operatif (karena akan meningkatkan TIO). Rekomendasikan kacamata pada siang hari dan pelindung mata pada malam hari.

Antibiotik seperti gentamisin sesuai program, yang diberikan segera setelah pembedahan subkonjungtiva, demikian juga salep antibiotic dan steroid; keduanya digunakan untuk beberapa hari setelah operasi. Berikan analgesik sesuai program.

Lakukan observasi dan melaporkan komplikasi pembedahan, yaitu :

- 1) Peningkatan TIO, ditandai nyeri parah, mual muntah.
- 2) Infeksi.
- 3) Perdarahan ruang mata anterior ditandai dengan perubahan pandangan.
- 4) Terbentuknya membrane sekunder atau katarak sekunder, ditandai dengan lensa belakang menjadi keruh.
- 5) Retinal detachment, ditandai dengan tampaknya titik hitam, peningkatan jumlah floaters atau sinar kilat dan hilangnya sebagian / seluruh lapang pandang.

g. Pilihan Rehabilitasi (Istiqomah, 2012)

Pilihan rehabilitasi bergantung pada keparahan masalah, umur klien dan jenis pembedahan. Pilihan rehabilitasi meliputi sebagai berikut.

1.) Kacamata (*aphakic spectacles*)

Setelah ekstraksi katarak, mata klien tak mempunyai lensa yang disebut afakia dengan tanda COA dalam, iris tremulans, pupil hitam. Keadaan ini harus dikoreksi dengan lensa sferis (+) 10D supaya dapat melihat jauh. Koreksi ini harus diberikan 3 bulan pascaoperasi sebab sebelum 3 bulan keadaan refraksi masih berubah-ubah karena keadaan luka belum tenang dan astigmatismenya tidak tetap. Lensa mengubah bayangan sebanyak 25-33% dan menyebabkan distorsi sehingga garis vertical seperti pintu tampak melengkung, menyebabkan pandangan perifer hilang, kedua hanya satu mata yang dioperasi, dan merupakan pilihan yang tidak mahal.

2.) Lensa Kontak

Keuntungan pilihan ini adalah ukuran bayangan hanya 7% lebih besar daripada ukuran normal, sehingga kedua berfungsi bersama. Lapang pandang tidak berubah / kontriksi. Kerugiannya dapat terjadi lakrimasi, perlu ketrampilan untuk memasang dan melepas, potensial infeksi dan abrasi kornea, implantasi kornea, implantasi lensa intraokuler, distorsi bayangan minimal 1-3%, segera kembali ke binokuler vision. Kerugiannya risiko tinggi komplikasi, kemungkinan penolakan lensa dan biaya mahal.

#### h. Penanganan rutin pascaoperasi

Pasien menggunakan tetes mata steroid dan antibiotic empat kali sehari selama 2-4 minggu setelah pembedahan. Selama waktu tersebut ia dapat membaca, melakukan aktivitas ringan, berbelanja, mandi, keramas secara hati-hati. Implan yang dimasukkan pada pembedahan secara normal memberi pasien penglihatan jelas untuk jarak jauh (misalnya TV, bis) tetapi perlu menggunakan kacamata baca (kira-kira +2,5D); kacamata ini dapat diresepkan mulai 2-4 minggu setelah pembedahan pacho-katarak. Beberapa pasien mendapatkan implant multifokal yang dimasukkan sehingga kurang bergantung pada kacamata saat membaca. (Olver & Cassidy, 2011)

#### i. Risiko Komplikasi Pascaoperasi

Satu komplikasi pascaoperasi yang utama adalah peningkatan tekanan intraocular yang diperlukan untuk menguatkan kembali beberapa aktivitas selama periode pascaoperasi dan harus menerangkan hal ini pada klien serta keluarganya. Aktivitas tersebut dapat terjadi secara tiba – tiba dengan meningkatnya tekanan intraocular yang ditandai dengan batuk – batuk, bengkakan pada pinggang, muntah, bersin, dan kemerahan pada mata, mual, dan selalu tidur atau cemas serta lemah pada saat operasi. Terjadinya konstipasi berat, pusing, dan gejala panas seharusnya ditangani dengan pengobatan yang efektif dan sesuai, guna menghindari hal – hal yang membahayakan dalam proses pengobatan.

Penyebab kedua komplikasi yang utama yaitu infeksi. Perawat mengobservasi klien tentang adanya peningkatan kemerahan pada mata, penglihatan tajam, pengeluaran air mata, fotofobia. Cairan tersebut dapat berbentuk krim yang berwarna putih, kering, dan pekat. Jika pada saat cairan tersebut, kemungkinan kontak dengan adanya oftalmologis.

Perdarahan juga terjadi pada mata bagian depan dan terjadi setiap hari setelah dilakukan pembedahan. Darah juga datang akibat insisi, dari iris atau dari tubuh yang bersilia. Hal ini disebabkan oleh adanya pengeluaran darah dari intraocular akibat tidak sempurnanya pengobatan hingga melukai jaringan tersebut, ketidakadekuatan jahitan luka, adanya trauma, dan meningkatnya

tekanan intraocular. Sering terjadi banyak kerusakan penglihatan yang harus dilpaorkan klien.

Setelah pembedahan katarak, bagian belakang kapsula mungkin akan terasa dingin. Kaca lensa mempunyai kapsula pada bagian depannya yang berfungsi untuk mencegah sinar agar tidak sampai ke retina dan penglihatan kembali gelap. Pada membrane kedua atau katarak kedua, seharusnya sinar diubah agar kembali mencapai retina. Pembedahan diulangi lagi jika setelah pemeriksaan, ditemukan keggalan.

Ablasio retina dapat terjadi setelah pembedahan katarak. Kejadian atau insidens yang menjadi masalah adalah meningkatnya ekstraksi katarak intrakapsular, yaitu kembalinya bagian belakang kapsula. Hal tersebut bisa mengakibatkan klien melakukan gerakan secara tiba – tiba, vitreus (sejenis kaca) dapat bergerak ke depan dan naik menuju ke retina, akibatnya terjadi perubahan strukutr.

Gejala yang sering terjadi yaitu ketika melihat adanya bintik / tempat yang gelap, adanya benda asing yang mengapung, melihat sinar terang atau kabur pada saat melihat. Oleh karena itu, klien diinstruksikan untuk melaporkan adanya gejala tersebut guna memperoleh pengobatan mata sesegera mungkin (Tamsuri, 2011).

#### 2.1.8 Prognosis

Prognosis penglihatan pasien katarak anak – anak yang memerlukan pembedahan tidak sebaik prognosis pasien katarak terkait usia. Adanya amblyopia dan terkadang anomaly pada nervus opticus atau retina membatasi tingkat pencapaian penglihatan pada kelompok pasien tersebut. Prognosis untuk perbaikan ketajaman penglihatan pascaoperasi paling buruk pada katarak konginetal unilateral dan paling baik pada katarak konginetal bilateral inkomplit yang progresif lambat. (Vaughan & Asbury, 2015)

#### 2.1.9 Komplikasi katarak (Istiqomah, 2012)

Pada hordeolum yang besar dapat disertai selulitis dari palpebral atau orbita sehingga keadaan umumnya lebih tertanggung.

- a. Uveitis, terjadi karena masa lensa merupakan benda asing untuk jaringan uvea, sehingga menimbulkan reaksi radang/alergi.
- b. Glaukoma, terjadi karena masa lensa menyumbat sudut bilik mata sehingga mengganggu aliran cairan bilik mata depan.

## 2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Keluarga

Asuhan keperawatan keluarga merupakan proses yang kompleks dengan menggunakan pendekatan sistematis untuk bekerja sama dengan keluarga dan individu-individu sebagai anggota keluarga (Padila, 2012).

### 2.2.1 Pengkajian Keluarga

Pengkajian yang dilakukan terhadap keluarga meliputi menurut Padila (2012) :

#### a. Pengkajian Data Umum Keluarga

- 1) Nama Kepala Keluarga (KK)
- 2) Umur dan Jenis Kelamin (KK)
- 3) Pendidikan (KK)

Pendidikan seseorang semakin tinggi maka semakin rendah angka ketidakpatuhan dan ketidaktahuan seseorang itu mengenai sesuatu dikarenakan ilmu yang didapatkan dijadikan acuan.

#### 4) Pekerjaan (KK)

Diisi dengan pekerjaan pokok kepala keluarga.

#### 5) Alamat dan nomor telepon

Alamat dan nomor telepon klien juga perlu dicatat terutama jika klien harus menjalani perawatan tindak lanjut.

#### b. Komposisi keluarga yang berisi mengenai riwayat anggota keluarga.

Prevalensi pada usia 55-64 tahun sebesar 1,1%, usia 65-74 tahun sebesar 3,5% dan usia 75 tahun ke atas sebesar 8,4%. Meskipun pada semua kelompok umur sepertinya prevalensi di Indonesia tidak tinggi, namun di usia lanjut masih jauh di atas 0,5%. Prevalensi pada laki-laki adalah 0,3% sedangkan pada perempuan 0,5% (Kemenkes, 2014).

Prevalensi tertinggi didapatkan pada kelompok tidak bekerja dan petani/nelayan/buruh. Terdapat kemungkinan orang yang menderita kebutaan akhirnya tidak dapat bekerja dan sebaliknya orang yang tidak bekerja memiliki akses kesehatan yang lebih rendah. Sedangkan tingginya prevalensi pada kelompok petani/nelayan/buruh dapat berkorelasi dengan risiko yang lebih besar untuk menderita katarak akibat bekerja di bawah sinar matahari/ultraviolet langsung dan ditambah keterbatasan akses kesehatan untuk mendapatkan penanganan yang baik (Kemenkes,2014).

Pada klien katarak yang bekerja di lingkungan industri, tanyakan tentang penggunaan kacamata pelindung. Individu yang terekspos uap/asap kimia dapat mengeluhkan iritasi mata jika tidak ada ventilasi yang cukup. Jika intensitas sinar inframerah atau ultraviolet lebih besar dari normal (Istiqomah, 2012).

Prevalensi kebutaan yang lebih tinggi didapatkan pada pendidikan rendah, yaitu kelompok yang tidak sekolah, diikuti tidak tamat SD dan tamat SD. Sedangkan yang berpendidikan tamat SMP, SMA dan pendidikan tinggi prevalensinya lebih rendah (Kemenkes,2014).

### c. Genogram/Silsilah Keluarga

Adalah simbol-simbol yang dipakai dalam pembuatan genogram untuk menggambarkan susunan keluarga. Aturan pembuatan genogram adalah sebagai berikut (ADP, 2013) ;

- 1) Anggota keluarga yang lebih tua berada di sebelah kiri.
- 2) Umur anggota keluarga ditulis pada simbol laki-laki atau perempuan.
- 3) Tahun dan penyebab kematian ditulis di sebelah simbol laki-laki dan perempuan.
- 4) Disusun tiga generasi.
- 5) Aturan simbol seperti gambar berikut

Riwayat penyakit keturunan yang dialami oleh anggota keluarga adalah diabetes melitus, katarak, dan lain-lain (Tamsuri, 2011)

Keterangan :

	: Laki-laki		: Cerai
	: Perempuan		
 	: Meninggal		: Klien

#### d. Tipe Keluarga

Menjelaskan mengenai jenis tipe keluarga saat ini berdasarkan tipe pembagian keluarga tradisional dan non tradisional beserta kendala atau masalah yang terjadi dengan jenis tipe keluarga tersebut (ADP, 2013).

- 1) Keluarga inti (*Nuclear family*): keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi atau keduanya.
- 2) Keluarga besar (*Extended family*): keluarga inti ditambah anggota keluarga lain yang masih mempunyai hubungan darah.
- 3) Orang tua tunggal (*Single parent family*): keluarga yang terdiri dari salah satu orang tua dengan anak-anak akibat perceraian atau ditinggal pasangannya.
- 4) *The Single adult living alone*: orang dewasa yang tinggal sendiri tanpa pernah menikah.
- 5) Keluarga usila (*Middle age/Aging couple*): suami sebagai pencari uang, istri dirumah atau kedua-keduanya bekerja atau tinggal di rumah, anak-anaknya sudah meninggalkan rumah karena sekolah / perkawinan / meniti karir (ADP, 2013).
- 6) *Nuclear dyed*: keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri tanpa anak, tinggal dalam satu rumah yang sama.
- 7) *Three generation family*: keluarga yang terdiri dari tiga generasi yaitu kakek, nenek, bapak, ibu, dan anak dalam satu rumah.
- 8) *Eldery couple* : keluarga yang terdiri dari sepasang suami istri paruh baya (Ali, 2010).

#### e. Suku Bangsa

- 1) Latar belakang etnis keluarga atau anggota keluarga. Dikaji asal usul bangsa keluarga tersebut serta mengidentifikasi budaya suku bangsa tersebut terkait dengan kesehatan.
- 2) Tempat tinggal keluarga (bagian dari sebuah lingkungan yang secara etnis bersifat homogen).
- 3) Kegiatan-kegiatan keagamaan, sosial, budaya, rekreasi, pendidikan (apakah kegiatan-kegiatan ini berada dalam kelompok kultur atau budaya keluarga).
- 4) Kebiasaan-kebiasaan diet dan berbusana (tradisional atau modern)
- 5) Struktur kekuasaan keluarga tradisional atau modern
- 6) Penggunaan jasa-jasa perawatan kesehatan keluarga dan praktisi. Dikaji apakah keluarga mengunjungi pelayanan praktik-praktik pelayanan kesehatan tradisional, atau memiliki kepercayaan tradisional asli dalam bidang kesehatan.
- 7) Penggunaan bahasa sehari-hari di rumah (ADP, 2013).

#### f. Agama dan Kepercayaan yang mempengaruhi kesehatan

- 1) Apakah anggota keluarga berbeda dalam praktik keyakinan beragama mereka.
- 2) Seberapa aktif keluarga tersebut terlibat dalam kegiatan agama atau organisasi-organisasi keagamaan lain.
- 3) Agama yang dianut keluarga (ADP, 2013).

#### g. Status Sosial Ekonomi Keluarga

Status ekonomi keluarga ditentukan oleh pendapatan baik dari kepala keluarga maupun anggota keluarga lainnya. Selain itu status sosial ekonomi keluarga ditentukan pula oleh kebutuhan-kebutuhan yang dikeluarkan oleh keluarga serta barang-barang yang dimiliki oleh keluarga (ADP, 2013).

#### h. Aktivitas Rekreasi Keluarga

Rekreasi keluarga tidak hanya untuk mengunjungi tempat rekreasi tertentu, namun dengan menonton TV dan mendengarkan radio juga merupakan aktivitas rekreasi (ADP, 2013).

#### i. Riwayat dan Tahap Perkembangan Keluarga

##### 1) Tahap perkembangan keluarga saat ini

Tahap perkembangan keluarga adalah mengkaji keluarga berdasarkan tahap kehidupan keluarga berdasarkan duvall, ditentukan anak tertua dari keluarga inti dan mengkaji sejauh mana keluarga melaksanakan tugas sesuai tahapan perkembangan.

a) Katarak Kongenital (di bawah usia 1 tahun) dapat terjadi pada keluarga:

##### (1) Tahap 1 : pasangan baru atau keluarga baru (beginning family)

Keluarga baru dimulai pada saat masing-masing individu yaitu suami dan istri membentuk keluarga melalui perkawinan yang sah dan meninggalkan keluarga masing-masing dalam arti secara psikologis keluarga tersebut sudah memiliki keluarga baru. Dua orang yaitu suami dan istri yang membentuk keluarga baru tersebut perlu mempersiapkan kehidupan yang baru karena keduanya membutuhkan penyesuaian peran dan fungsi sehari-hari. Masing-masing pasangan menghadapi perpisahan dengan keluarga orang tuanya dan mulai membina hubungan baru dengan keluarga dan kelompok sosial pasangan masing-masing. Masing-masing belajar hidup bersama serta beradaptasi dengan kebiasaan sendiri dan pasangannya. Hal lain yang perlu diputuskan adalah kapan waktu yang tepat untuk mempunyai anak dan jumlah anak yang diharapkan.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

- (a) Membina hubungan intim dan kepuasan bersama.
- (b) Menetapkan tujuan bersama.
- (c) Membina hubungan dengan keluarga lain, teman dan kelompok sosial.

(d) Merencanakan anak-KB.

(e) Menyesuaikan diri dengan kehamilan dan mempersiapkan diri untuk menjadi orang tua.

Fungsi perawat :

Selain melakukan kegiatan asuhan keperawatan juga melakukan konsultasi, misalnya : tentang KB, perawatan pre natal dan komunikasi. Kurangnya informasi tentang berbagai hal tersebut dapat menimbulkan masalah seksual, emosional, rasa takut atau cemas, rasa bersalah, kehamilan yang tidak direncanakan.

(2) Tahap 2 : keluarga kelahiran anak pertama (child bearing family)

Keluarga yang menantikan kelahiran dimulai dari kehamilan sampai kelahiran anak pertama dan berlanjut sampai anak pertama berusia 30 bulan (3,2 tahun). Kehamilan dan kelahiran bayi perlu dipersiapkan oleh pasangan suami istri melalui beberapa tugas perkembangan yang penting. Kelahiran bayi pertama memberi perubahan yang besar dalam keluarga, sehingga pasangan harus beradaptasi dengan perannya untuk memenuhi kebutuhan bayi, Sering terjadi dengan kelahiran bayi, pasangan merasa diabaikan karena fokus perhatian kedua pasangan tertuju pada bayi. Suami merasa belum siap menjadi ayah atau sebaliknya istri belum siap menjadi ibu. (Wahit, 2004)

Tugas perkembangan pada tahap ini :

(a) Persiapan menjadi orang tua.

(b) Membagi peran dan tanggung jawab.

(c) Menata ruang untuk anak atau mengembangkan suasana rumah yang menyenangkan.

(d) Mempersiapkan biaya atau dana child bearing.

(e) Memfasilitasi role learning anggota keluarga.

(f) Bertanggung jawab memenuhi kebutuhan bayi sampai balita.

(g) Mengadakan kebiasaan keagamaan secara rutin.

Fungsi perawat :

Melakukan perawatan dan konsultasi terutama bagaimana merawat bayi, mengenali gangguan kesehatan bayi secara dini dan cara mengatasinya, imunisasi, tumbuh kembang anak, interaksi keluarga, keluarga berencana, pemenuhan kebutuhan anak terutama pada ibu yang bekerja.

b.) Katarak Juvenile (katarak yang terjadi sesudah usia 1 tahun) dapat terjadi pada keluarga:

(1) Tahap 3 : keluarga dengan anak pra sekolah (families with preschool)

Tahap ini dimulai saat kelahiran anak berusia 2,5 tahun dan berakhir saat anak berusia 5 tahun. Pada tahap ini orang tua beradaptasi terhadap kebutuhan-kebutuhan dan minat dari anak pra sekolah dalam meningkatkan pertumbuhannya. Kehidupan keluarga pada tahap ini sangat sibuk dan anak sangat tergantung pada orangtua. Kedua orangtua harus mengatur waktunya sedemikian rupa sehingga kebutuhan anak, suami istri dan pekerjaan dapat terpenuhi. Orangtua menjadi arsitek keluarga dalam merancang dan mengarahkan perkembangan keluarga agar kehidupan perkawinan tetap utuh dan langgeng dengan cara menguatkan kerjasama antar suami-istri. Orangtua mempunyai peran untuk menstimulasi perkembangan individual anak khususnya kemandirian anak agar tugas perkembangan anak pada fase ini tercapai.

Tugas perkembangan keluarga :

- (a) Memenuhi kebutuhan anggota keluarga, seperti kebutuhan tempat tinggal, privasi dan rasa aman.
- (b) Membantu anak untuk bersosialisasi.
- (c) Beradaptasi dengan anak yang baru lahir, di dalam maupun di luar keluarga (keluarga lain dan lingkungan sekitar).
- (d) Pembagian waktu untuk individu, pasangan, dan anak.
- (e) Pembagian tanggung jawab anggota keluarga.
- (f) Kegiatan dan waktu untuk stimulasi tumbuh kembang anak.

Fungsi Perawat :

Melakukan perawatan dan penyuluhan kepada orangtua tentang penyakit dan kecelakaan yang biasanya terjadi pada anak-anak, sibling rivalry tumbuh kembang anak, keluarga berencana, peningkatan kesehatan dan mensosialisasikan anak.

(2) Tahap 4 : keluarga dengan anak usia sekolah (families with school children)

Tahap ini dimulai pada saat anak tertua memasuki sekolah pada usia 6 tahun dan berakhir pada usia 12 tahun. Pada fase ini umumnya keluarga mencapai jumlah anggota keluarga maksimal, sehingga keluarga sangat sibuk. Selain aktivitas di sekolah, masing-masing anak memiliki aktifitas dan minat sendiri. Demikian pula orangtua yang mempunyai aktifitas berbeda dengan anak. Untuk itu, keluarga perlu bekerja sama untuk mencapai tugas perkembangan. Pada tahap ini keluarga (orangtua) perlu belajar berpisah dengan anak, memberi kesempatan pada anak untuk bersosialisasi, baik aktifitas disekolah maupun diluar sekolah.

Tugas perkembangan pada tahap ini adalah :

- (a) Memberikan perhatian tentang kegiatan sosial anak, pendidikan dan semangat belajar.
- (b) Tetap mempertahankan hubungan yang harmonis dalam perkawinan.
- (c) Mendorong anak untuk mencapai pengembangan daya intelektual.
- (d) Menyediakan aktivitas untuk anak.
- (e) Menyesuaikan pada aktivitas komunitas dengan mengikutsertakan anak.

Fungsi Perawat :

Melakukan perawatan dan konsultasi baik dalam keluarga maupun disekolah. Misalnya anak yang mengalami gangguan kesehatan, maka perawat bekerja sama dengan guru sekolah dan orang tua anak.

(3) Tahap 5 : keluarga dengan anak remaja (families with teenagers)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama berusia 13 tahun dan biasanya berakhir sampai pada usia 19-20 tahun, pada saat anak meninggalkan rumah orangtuanya. Tujuannya adalah melepas anak remaja dan memberi tanggung jawab serta kebebasan yang lebih besar untuk mempersiapkan diri menjadi lebih dewasa.

Tahap ini merupakan tahapan yang paling sulit, karena orangtua melepas otoritas dan membimbing anak untuk bertanggung jawab. Anak harus mempunyai otoritas tersendiri yang berkaitan dengan peran dan fungsinya. Seringkali muncul konflik antara orang tua dan remaja karena anak menginginkan kebebasan untuk melakukan aktivitasnya, sementara orangtua perlu menciptakan komunikasi yang terbuka, kecurigaan, dan permusuhan sehingga hubungan orangtua dan remaja tetap harmonis.

Tugas perkembangan keluarga pada tahap ini adalah :

- (a) Memberikan kebebasan yang seimbang dengan tanggung jawab mengingat remaja yang sudah bertambah dan meningkat otonominya.
- (b) Mempertahankan hubungan yang intim dengan keluarga .
- (c) Mempertahankan komunikasi terbuka antara anak dan orangtua, hindari perdebatan, kecurigaan dan permusuhan.
- (d) Perubahan sistem peran dan peraturan untuk tumbuh kembang keluarga.

Fungsi perawat :

Mengarahkan keluarga pada peningkatan dan pencegahan penyakit, serta membantu terciptanya komunikasi yang lebih efektif antara orangtua dengan anak remajanya.

(4) Tahap 6 : keluarga dengan anak dewasa atau pelepasan (launching center families)

Tahap ini dimulai pada saat anak pertama meninggalkan rumah. Lamanya tahap ini tergantung jumlah anak dalam keluarga atau jika

anak yang belum berkeluarga dan tetap tinggal bersama orangtua. Tujuan utama pada tahap ini adalah mengorganisasi kembali keluarga untuk sendiri. Keluarga mempersiapkan anaknya yang tertua untuk membentuk keluarga sendiri dan tetap membantu anak terakhir untuk lebih mandiri. Pada saat semua anak meninggalkan rumah, pasangan perlu menata ulang dan membina hubungan suami-istri seperti pada fase awal. Orangtua akan merasa kehilangan peran dalam merawat anak dan merasa kosong karena anak-anak sudah tidak tinggal serumah lagi. Untuk mengatasi keadaan ini orangtua perlu melakukan aktivitas kerja, meningkatkan peran sebagai pasangan dan tetap memelihara hubungan dengan anak.

Tugas perkembangan keluarga :

- (a)Memperluas keluarga inti menjadi keluarga besar.
- (b)Mempertahankan keintiman pasangan.
- (c)Membantu orangtua suami atau istri yang sedang sakit dan memasuki masa tua.
- (d)Mempersiapkan anak untuk hidup mandiri dan menerima kepergian anaknya.
- (e)Menata kembali fasilitas dan sumber yang ada pada keluarga.
- (f) Berperan suami-istri kakek dan nenek.
- (g)Menciptakan lingkungan rumah yang dapat menjadi contoh bagi anak-anaknya.

Fungsi perawat :

Memberi konsultasi penyakit-penyakit yang dapat timbul, misal penyakit kronis atau faktor-faktor predisposisi misalnya kolesterol tinggi, obesitas, problem menopause, juga peningkatan kesehatan serta pola hidup sehat perlu diperhatikan.

c) Pada Katarak Senile (Katarak setelah usia 50 tahun) dapat terjadi pada tahap keluarga:

(1) Tahap 7 : keluarga usia pertengahan (middle age families)

Tahapan ini dimulai pada saat anak yang terakhir meninggalkan rumah dan berakhir saat pensiun atau salah satu pasangan meninggal. Pada beberapa pasangan pada fase ini dirasakan sulit karena masalah lanjut usia. Perpisahan dengan anak dan perasaan gagal sebagai orangtua. Pada tahap ini semua anak meninggalkan rumah, maka pasangan berfokus untuk mempertahankan kesehatan dengan berbagai aktivitas. Pola hidup sehat, diet seimbang, olahraga rutin, menikmati hidup dan mengisi waktu dengan pekerjaan. Pasangan juga mempertahankan hubungan dengan teman sebaya dan keluarga anaknya dengan cara mengadakan pertemuan keluarga antar generasi atau anak cucu, sehingga pasangan dapat merasakan kebahagiaan sebagai kakek nenek. Hubungan antar pasangan perlu semakin dieratkan dengan memperhatikan ketergantungan dan kemandirian pasangan masing-masing pasangan.

Tugas perkembangan keluarga :

- (a) Mempertahankan kesehatan.
- (b) Mempunyai lebih banyak waktu dan kebebasan dalam arti mengolah minat sosial dan waktu santai.
- (c) Memulihkan hubungan antara generasi muda tua.
- (d) Keakraban dengan pasangan.
- (e) Memelihara hubungan / kontak dengan anak dan keluarga.
- (f) Persiapan masa tua atau pensiun dan meningkatkan keakraban pasangan.

Fungsi perawat :

Melaksanakan perawatan dan konsultasi yang terkait dengan upaya peningkatan kesehatan seperti : kebutuhan istirahat yang cukup, aktivitas ringan sesuai kemampuan, nutrisi yang baik, berat badan sesuai dan lain sebagainya.

## (2) Tahap 8 : keluarga lanjut usia

Tahap terakhir perkembangan keluarga ini adalah dimulai pada saat salah satu pasangan pensiun berlanjut salah satu pasangan meninggal sampai keduanya meninggal. Proses lanjut usia dan pensiun merupakan realita yang tidak dapat dihindari karena berbagai proses stressor dan kehilangan yang harus dialami keluarga. Stresor tersebut adalah berkurangnya pendapatan, kehilangan berbagai hubungan sosial, kehilangan pekerjaan serta perasaan menurunnya produktivitas dan fungsi kesehatan. Mempertahankan penataan kehidupan yang memuaskan merupakan tugas utama keluarga pada tahap ini. Lanjut usia umumnya lebih dapat beradaptasi tinggal di rumah sendiri daripada tinggal bersama anaknya. Hasil riset Day and Day, 1933 wanita yang tinggal dengan pasangan-pasangannya memperlihatkan adaptasi lebih positif dalam memasuki masa tuanya dibandingkan wanita yang tinggal dengan teman-teman sebayanya. Orangtua juga perlu melakukan “file review” dengan mengenang pengalaman hidup dan keberhasilan di masa lalu agar orangtua merasakan bahwa hidupnya berkualitas dan berarti.

Tugas perkembangan keluarga :

- (a) Mempertahankan suasana rumah yang menyenangkan.
- (b) Adaptasi dengan perubahan kehilangan pasangan, teman, kekuatan fisik dan pendapatan.
- (c) Mempertahankan keakraban suami istri dan saling merawat.
- (d) Mempertahankan hubungan dengan anak dan sosial masyarakat.
- (e) Menerima kematian pasangan, kawan dan mempersiapkan kematian.

Fungsi perawat :

Melakukan perawatan pada orangtua terutama terhadap penyakit-penyakit kronis dari fase akut sampai rehabilitasi. Memperhatikan peningkatan kesehatan seperti : Nutrisi, aktivitas, istirahat, pemeriksaan mata, gigi dan pencegahan kecelakaan di rumah.

(ADP, 2013)

## 2) Tahap perkembangan keluarga yang belum terpenuhi

Tahap ini ditentukan sampai dimana perkembangan keluarga saat ini dan tahap apa yang belum dilakukan oleh keluarga serta kendalanya.

## 3) Riwayat kesehatan keluarga

### a) Riwayat kesehatan keluarga saat ini

Menjelaskan mengenai riwayat kesehatan pada keluarga inti.

### b) Riwayat penyakit keturunan

Menjelaskan mengenai riwayat penyakit keturunan yang dialami oleh anggota keluarga seperti diabetes melitus, katarak, dan lain-lain (Tamsuri, 2011).

### c) Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga

Riwayat kesehatan masing-masing anggota keluarga dapat ditulis dalam sebuah tabel seperti dibawah ini :

#### (1) Sumber pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan

Dikaji mengenai sumber pelayanan kesehatan yang digunakan saat salah satu anggota keluarga sakit.

#### (2) Riwayat kesehatan keluarga sebelumnya

Diuraikan mengenai riwayat kesehatan keluarga dan kepala keluarga sebelum membentuk keluarga sampai saat ini (ADP, 2013). Seperti riwayat trauma, trauma tembus ataupun tidak tembus dapat merusak kapsul lensa, riwayat penggunaan obat-obatan seperti konsumsi obat-obatan kortikostreoid, riwayat penyakit/masalah kesehatan yang ada: beberapa jenis katarak komplikata terjadi akibat penyakit mata yang lain dan penyakit sistemik (Istiqomah, 2012).

## j. Pengkajian Lingkungan

### 1) Karakteristik Rumah

Menjelaskan mengenai gambaran tipe tempat tinggal (rumah apartemen, sewa kamar dll), kepemilikan rumah atau tempat tinggal, gambarkan kondisi rumah, dapur, amati suplai air minum, sanitasi, kondisi ventilasi, pengaturan tidur dalam

rumah, keberadaan sampah dan pembuangannya, serta gambaran denah dari rumah (ADP, 2013).

Termasuk dalam pengkajian karakteristik rumah adalah pengkajian kondisi lantai dengan benda-benda berbahaya yang berserakan misal peniti, pensil, atau jarum di area yang mungkin sering dilewati pasien untuk ambulasi, kurang tertatanya benda-benda yang mudah jatuh (seperti tempat sampah, tisu, kursi tanpa sandaran) dan pencahayaan yang kurang dapat mencetuskan terjadinya risiko cedera.

#### 2) Karakteristik Tetangga dan Komunitas RW

Menjelaskan mengenai karakteristik tetangga dan komunitas setempat yang meliputi kebiasaan, lingkungan fisik, ataupun aturan kesepakatan penduduk setempat, budaya yang mempengaruhi kesehatan.

#### 3) Mobilitas Geografis Keluarga

Mobilitas geografis keluarga yang ditentukan dengan kebiasaan keluarga berpindah tempat. Sudah berapa lama keluarga tinggal di daerah ini dan apakah sering berpindah-pindah tempat tinggal.

#### 4) Perkumpulan Keluarga dan Interaksi Dengan Masyarakat

Menjelaskan mengenai waktu yang digunakan keluarga untuk berkumpul serta perkumpulan keluarga yang ada.

#### 5) Sistem Pendukung Keluarga

Sistem pendukung adalah jumlah anggota keluarga yang sehat, fasilitas yang dimiliki keluarga untuk menunjang kesehatan yang meliputi fasilitas fisik, psikologis atau dukungan dari keluarga dan fasilitas sosial atau dukungan masyarakat setempat dengan mengkaji siapa menolong keluarga pada saat keluarga membutuhkan pertolongan, dukungan konseling aktivitas-aktivitas keluarga (ADP, 2013).

### k. Struktur Keluarga

#### 1) Pola atau cara komunikasi keluarga

Menjelaskan mengenai cara berkomunikasi antar anggota keluarga, bahasa yang digunakan dalam keluarga, frekuensi dan kualitas komunikasi yang

berlangsung dalam keluarga dan mungkin ada masalah dalam keluarga yang tertutup untuk didiskusikan.

a) Struktur kekuatan keluarga

Kemampuan anggota keluarga mengendalikan dan mempengaruhi orang lain untuk mengubah perilaku diantaranya yang perlu dikaji adalah sebagai berikut :

- (1.) Siapa yang membuat keputusan dalam keluarga
- (2.) Cara keluarga dalam mengambil keputusan (otoriter, musyawarah, atau diserahkan pada masing-masing individu)
- (3.) Apakah keluarga merasa puas dengan pola yang diterapkan
- (4.) Siapa pengambil keputusan tersebut

b) Struktur peran

Menjelaskan peran dari masing-masing anggota keluarga baik secara formal maupun informal dan siapa yang menjadi model peran dalam keluarga dan apakah ada konflik dalam pengaturan peran yang selama ini dijalani.

c) Nilai dan norma keluarga

Menjelaskan mengenai nilai norma yang dianut keluarga yang berhubungan dengan kesehatan (ADP, 2013).

1. Fungsi Keluarga (ADP, 2013)

1) Fungsi afektif

Mengkaji gambaran diri keluarga, perasaan memiliki dan dimiliki keluarga, dukungan keluarga terhadap anggota keluarga lainnya, kehangatan kepala keluarga dan keluarga mengembangkan sikap saling menghargai.

2) Fungsi sosial

Menjelaskan mengenai interaksi atau hubungan dalam keluarga dan sejauh mana anggota keluarga belajar disiplin, norma, atau budaya dan perilaku.

3) Fungsi perawatan keluarga

Sejauh mana keluarga menyiapkan makanan, pakaian dan perlindungan terhadap anggota keluarga yang sakit. Pengetahuan keluarga mengenai sehat-sakit, kesanggupan keluarga melakukan pemenuhan tugas perawatan keluarga

yang meliputi, mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan mengenai tindakan kesehatan yang tepat, merawat anggota keluarga yang sakit, memelihara lingkungan rumah yang sehat dan menggunakan fasilitas atau pelayanan kesehatan di masyarakat.

Pada pasien pascaoperasi katarak maka perlu peran keluarga untuk melakukan perawatan sesuai seperti apakah pasien boleh miring pada satu atau kedua sisi mata ataukah harus mempertahankan kelurusan punggung, selalu mencuci tangan sebelum memberikan obat mata, cek label pada botol obat secara seksama untuk memastikan ketepatan medikasi, cegah kontaminasi pada botol obat, ganti balutan minimal satu kali sehari, pertahankan posisi kepala yang ditentukan dan batasi aktivitas, sarankan keluarga dan pasien bila ada tanda – tanda komplikasi, anjurkan pasien menggunakan pelindung mata saat siang hari atau saat keluar rumah serta anjurkan pasien menggunakan shield mata protektif pada malam hari. Selain itu, berikan pencahayaan yang adekuat, pasang pengaman tempat tidur, singkirkan benda-benda yang mudah jatuh (seperti tempat sampah, tisu, kursi tanpa sandaran) atau benda berbahaya dari area yang dilewati pasien untuk ambulasi, dan anjurkan pasien untuk tidak mengejan, batuk, bersin, membungkuk dan mengangkat beban lebih dari 7,5 kg (Istiqomah, 2012)

#### 4) Fungsi reproduksi

Mengkaji jumlah anak, perencanaan jumlah anggota keluarga, metode apa yang digunakan keluarga dalam mengendalikan jumlah anggota keluarga.

#### 5) Fungsi ekonomi

Mengkaji sejauh mana keluarga memenuhi kebutuhan sandang, pangan, dan papan, dan memanfaatkan sumber yang ada di masyarakat dalam upaya meningkatkan status kesehatan keluarga.

### m. Stres dan koping keluarga

#### 1) Stressor jangka pendek

Stressor jangka pendek yaitu yang dialami keluarga yang memerlukan penyelesaian dalam waktu  $\pm$  6 bulan.

## 2) Stressor jangka panjang

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

## 3) Respon keluarga terhadap situasi

Mengkaji sejauh mana keluarga berespon terhadap situasi atau stressor.

## 4) Strategi koping

Strategi koping apa yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan.

## 5) Strategi adaptasi disfungsional

Dijelaskan mengenai adaptasi disfungsional yang digunakan keluarga bila menghadapi permasalahan (ADP, 2013).

## n. Pengkajian khusus mata (Tamsuri, 2011)

- 1) Dengan pelebaran pupil, ditemukan gambaran kekeruhan lensa (berkas putih) pada lensa.
- 2) Keluhan terdapat diplopia, pandangan berkabut.
- 3) Penurunan tajam penglihatan (miopia).
- 4) Bilik mata depan menyempit.
- 5) Tanda glaukoma (akibat komplikasi).

## o. Pemeriksaan Fisik

Pemfis dilakukan pada seluruh anggota keluarga. Pada anggota keluarga yang mengalami katarak akan didapatkan data sebagai berikut:

- 1) Klien mengeluhkan penurunan pandangan bertahap dan tidak nyeri.
- 2) Pandangan kabur, berkabut atau pandangan ganda.
- 3) Klien juga melaporkan melihat glare/halo disekitar sinar lampu saat berkendara di malam hari, kesulitan dengan pandangan malam, kesulitan untuk membaca, sering memerlukan perubahan kacamata dan gangguan yang menyilaukan serta penurunan pandangan pada cuaca cerah. Klien juga memberikan keluhan bahwa warna menjadi kabur atau tampak kekuningan atau kecoklatan. Perlu peningkatan cahaya untuk membaca.

- 4) Jika klien mengalami kekeruhan sentral, klien mungkin melaporkan dapat melihat dengan baik pada cahaya suram daripada terang, karena katarak yang terjadi ditengah dan pada saat pupil dilatasi klien dapat melihat melalui daerah disekitar kekeruhan.
- 5) Jika nucleus lensa terkena, kemampuan refraksi mata (kemampuan memfokuskan bayangan pada retina) meningkat. Kemampuan ini disebut *second sight*, yang memungkinkan klien membaca tanpa lensa.
- 6) Katarak hipermatur dapat membocorkan protein lensa ke bola mata, yang menyebabkan peningkatan. Tekanan intraokuler dan kemerahan pada mata.
- 7) Kaji visus, terdapat penurunan signifikan.
- 8) Inspeksi dengan penlight menunjukkan pupil putih susu dan pada katarak lanjut terdapat area putih keabu-abuan di belakang pupil (Istiqomah, 2012).

#### 2.2.2 Diagnosis Keperawatan Keluarga

Diagnosis keperawatan keluarga yang muncul dapat bersifat aktual, risiko dan sejahtera dengan penjabaran sebagai berikut:

##### a. Aktual (terjadi defisit/gangguan kesehatan)

Menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai data yang ditemukan yaitu dengan ciri dari pengkajian tanda dan gejala dari gangguan kesehatan seperti : Perubahan status nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan keluarga merawat anggota keluarga yang sakit.

##### b. Resiko (Ancaman Kesehatan)

Sudah ada data yang menunjangtapi belum terjadi gangguan, misalnya lingkungan rumah kurang bersih, pola makan yang tidak adekuat, stimulasi tumbuh kembang yang tidak adekuat seperti : Resiko terjadi konflik pada keluarga berhubungan dengan ketidaktahuan keluarga mengenal masalah komunikasi.

##### c. *Wellness* (Keadaan sejahtera)

Suatu keadaan dimana keluarga dalam keadaan sejahtera sehingga kesehatan keluarga dapat ditingkatkan. Khusus untuk diagnosa keperawatan potensial (sejahtera) boleh tidak menggunakan etiologi (ADP, 2013).

Diagnosis keperawatan keluarga yang dikembangkan adalah diagnosis tunggal yang hampir serupa dengan diagnosis keperawatan di rumah sakit. Diagnosis keperawatan keluarga terdiri dari tiga komponen, yaitu masalah, etiologi, serta tanda dan gejala.

a. *Problem/Masalah*

Merupakan gambaran keadaan klien dimana tindakan keperawatan dapat diberikan karena adanya kesenjangan atau penyimpangan dari keadaan normal yang seharusnya tidak terjadi. Masalah keperawatan yang diangkat merujuk pada NANDA. Masalah keperawatan yang dapat diambil pada pasien katarak adalah resiko cedera.

**Konsep Taksonomi Diagnosa Keperawatan yang diangkat**

Taksonomi NANDA-I, Diagnosa Resiko Cedera

Domain 11 : Keamanan / Perlindungan

Kelas 2 : Cedera Fisik

Kode Diagnosa : 00035

1) Definisi

Resiko Cedera adalah Rentan mengalami cedera fisik akibat kondisi lingkungan yang berinteraksi dengan sumber adaptif dan sumber defensif individu, yang dapat mengganggu kesehatan ( Risiko Cedera, NANDA 2016).

2) Faktor Resiko Cidera

Tabel 2.1 Faktor Resiko

Risiko cedera	
1.)	Eksternal :
(1.)	Agens nosocomial
(2.)	Gangguan fungsi kognitif
(3.)	Gangguan fungsi psikomotor
(4.)	Hambatan fisik (misal desain struktur, pengaturan komunitas, pembangunan, peralatan)
(5.)	Hambatan sumber nutrisi (misal vitamin, tipe makanan)
(6.)	Moda transportasi tidak aman
(7.)	Pajanan pada kimia toksis
(8.)	Pajanan pada pathogen
(9.)	Tingkat imunisasi komunitas
2.)	Internal
(1.)	Disfungsi biokimia
(2.)	Disfungsi efektor
(3.)	Disfungsi Imun
(4.)	Disfungsi intergrasi sensori

---

Risiko cedera

---

- (5.) Gangguan mekanisme pertahanan primer (misal kulit robek)
  - (6.) Gangguan orientasi afektif
  - (7.) Gangguan sensasi (akibat dari cedera medulla spinalis, diabetes mellitus, dll.)
  - (8.) Hipoksia jaringan
  - (9.) Malnutrisi
  - (10.) Profil darah yang abnormal
  - (11.) Usia ekstrem
- 

#### b. Etiologi

Etiologi untuk diagnosis keperawatan keluarga adalah salah satu dari lima tugas keluarga yang paling dominan menyebabkan masalah keperawatan tersebut. Tugas keluarga dalam bidang kesehatan adalah kemampuan mengenal masalah kesehatan, kemampuan mengambil keputusan untuk mengatasi masalah kesehatan, kemampuan merawat anggota keluarga yang sakit, kemampuan memodifikasi lingkungan untuk keluarga agar tetap sehat dan optimal, kemampuan memanfaatkan sarana kesehatan yang tersedia di lingkungan.

#### c. Tanda dan gejala

Pada pengumpulan data keluarga dan pasien pasca operasi katarak tidak didapatkan adanya tanda dan gejala pasien beresiko cedera, namun dapat ditemukan dari pernyataan atau perilaku yang mengarah ke resiko cedera. Pada pasien pasca operasi katarak dapat terjadi resiko cedera meliputi adanya inflamasi dan kerusakan sel endotel kornea ditandai dengan adanya manipulasi intraokuler seperti mual muntah, penurunan penglihatan, dan nyeri kepala hebat.

#### d. Menentukan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga

Masalah perlu diprioritaskan karena pertimbangan berikut ini:

- 1) Masalah keperawatan keluarga yang dijumpai lebih dari 1
- 2) Sumber daya yang dimiliki keluarga dan komunitas terbatas
- 3) Keterbatasan IPTEK keperawatan yang dikuasai perawat keluarga
- 4) Berat dan menonjolnya masalah yang dirasakan oleh keluarga berbeda-beda
- 5) Waktu yang dimiliki terbatas
- 6) Mengatasi masalah prioritas dapat mengatasi masalah lain yang ditimbulkan akibat masalah inti tersebut

Tabel 2.2 Penentuan Prioritas Masalah Keperawatan Keluarga :

No	Kriteria	Skor	Bobot	Scoring	Pembenaran
1	Sifat masalah a) Aktual (Tidak/kurang sehat) b) Ancaman kesehatan c) Keadaan sejahtera	3 2 1	1		
2	Kemungkinan masalah dapat diubah a) Mudah b) Sebagian c) Tidak dapat	2 1 0	2		
3	Potensi masalah untuk dicegah a) Tinggi b) Sedang c) Rendah	3 2 1	1		
4	Menonjolnya masalah a) Masalah berat, harus segera ditangani b) Ada masalah, tetapi tidak perlu segera ditangani c) Masalah tidak dirasakan	2 1 0	1		

Scoring : 
$$\frac{\text{Skor}}{\text{Angka tertinggi}} \times \text{Bobot}$$

Catatan : Skor dihitung bersama dengan keluarga

Nilai bobot di atas (1 – 2 – 1- 1) merupakan sebuah ketetapan, jadi tidak bisa diganti dengan angka 3, 4 ataupun angka lainnya. Scoring maksimal adalah 5 (bobot maksimal = 1+2+1+1=5)

(1) Kriteria 1

Sifat masalah; bobot yang lebih berat diberikan pada tidak/kurang sehat karena yang pertama memerlukan tindakan segera dan biasanya disadari dan dirasakan oleh keluarga

(2) Kriteria 2

Kemungkinan masalah dapat diubah, perawat perlu memperhatikan terjangkaunya faktor-faktor sebagai berikut :

(a) Pengetahuan yang ada sekarang, teknologi dan tindakan untuk menangani masalah

- (b) Sumber daya keluarga dalam bentuk fisik, keuangan dan tenaga
- (c) Sumber daya perawat dalam bentuk pengetahuan, keterampilan dan waktu.
- (d) Sumber daya masyarakat dalam bentuk fasilitas, organisasi dalam masyarakat dan dukungan masyarakat

(3.) Kriteria 3

Potensi masalah dapat dicegah, faktor-faktor yang perlu diperhatikan :

- (a) Kepelikan dari masalah yang berhubungan dengan penyakit atau masalah
- (b) Lamanya masalah, yang berhubungan dengan jangka waktu masalah itu ada
- (c) Tindakan yang sedang dijalankan adalah tindakan-tindakan yang tepat dalam memperbaiki masalah.
- (d) Adanya kelompok ‘high risk’ atau kelompok yang sangat peka menambah potensi untuk mencegah masalah.

(4) Kriteria 4

Menonjolnya masalah, perawat perlu menilai persepsi atau bagaimana keluarga melihat masalah kesehatan tersebut. Nilai skor tertinggi yang terlebih dahulu dilakukan intervensi keperawatan keluarga (ADP, 2013).

### 2.2.3 Perencanaan Keperawatan Keluarga

Intervensi adalah suatu proses merumuskan tujuan yang diharapkan sesuai prioritas masalah keperawatan keluarga, memilih strategi keperawatan yang tepat, dan mengembangkan rencana asuhan keperawatan keluarga sesuai dengan kebutuhan klien. Perawat perlu menyeleksi sumber-sumber dalam keluarga yang dapat dimanfaatkan, serta memprioritaskannya (Sudiharto, 2007).

a. Penetapan tujuan (ADP, 2013)

1) Tujuan jangka panjang

Menekankan pada perubahan perilaku dan mengarah pada kemandirian klien (Mengatasi problem NANDA). Dalam masalah risiko cedera ini, tujuan jangka panjangnya adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan resiko cedera dapat dicegah.

2) Tujuan jangka pendek

Ditekankan pada keadaan yang bisa dicapai setiap harinya yang dihubungkan dengan keadaan yang mengancam kehidupannya (mengatasi 5 tugas kesehatan keluarga). Dalam masalah risiko cedera ini, tujuan jangka pendeknya adalah Setelah dilakukan tindakan keperawatan diharapkan :

- a) Keluarga menghindari cedera fisik
- b) Keluarga mampu mempersiapkan lingkungan yang aman
- c) Keluarga mampu mengidentifikasi resiko yang meningkatkan cedera

b. Penetapan Kriteria dan Standart

1) Kriteria

Merupakan gambaran faktor petunjuk tercapainya tujuan dalam tiga domain kognitif pengetahuan, sikap, dan psikomotor.

2) Standart

Merupakan tingkat pelaksanaan yang diinginkan untuk membandingkan dengan pelaksanaan sebenarnya yang berfokus pada keluarga, singkat dan jelas, dapat diobservasi dan diukur, realistis, dan ditentukan oleh perawat serta keluarga. Dalam masalah risiko cedera ini diharapkan Keluarga dapat mendemonstrasikan, menjelaskan, menunjukkan cara mengurangi dan mencegah terjadinya resiko dengan cara :

- a) Keluarga mampu mengidentifikasi dan menyingkirkan benda-benda berbahaya dari lingkungan.
- b) Keluarga klien melaporkan tidak mengalami cedera (jatuh).
- c) Keluarga mampu mencegah aktifitas yang meningkatkan risiko cedera.
- d) Klien mampu menggunakan peralatan untuk mencegah cedera.

## c. Perencanaan Keperawatan

Tabel 2.3 Intervensi keperawatan

Intervensi	Rasional
Beritahukan klien bahwa penutupan mata dengan bebat dan/atau shield menyebabkan pandangan monokuler, yang akan mengubah kedalaman persepsi dan mempersempit lapang pandang	Meningkatkan kepatuhan klien. Klien akan lebih mungkin melakukan inervensi jika rasional diberikan
Kurangi risiko bahaya dari lingkungan klien. 1.) Kunci roda brankar atau tempat tidur. 2.) Berikan pencahayaan yang adekuat. 3.) Turun dari tempat tidur dari sisi mata yang tidak sakit dan tempat tidur berada dalam posisi rendah. 4.) Pasang pengaman tempat tidur. 5.) Singkirkan benda-benda yang mudah jatuh (seperti tempat sampah, tisu, kursi tanpa sandaran) atau benda berbahaya dari area yang dilewati klien untuk ambulasi. 6.) Letakkan alat-alat seperti bel pemanggil, tisu, telepon atau pengontrol di tempat yang mudah dijangkau klien pada sisi yang tidak terpengaruh. 7.) Dorong klien untuk menggunakan pegangan kamar mandi jika mungkin. 8.) Bersihkan lantai dari objek kecil seperti peniti, pensil, jarum.	Mencegah cedera
Beritahu klien untuk mengubah posisi secara perlahan	Mencegah pusing
Beritahu klien agar tidak meraih benda untuk stabilitas saat ambulasi	Mencegah jatuh akibat perubahan kedalaman persepsi. Benda/objek mungkin tidak terletak ditempat seperti yang dilihat klien. Meraih yang berlebihan akan mengubah pusat gravitasi yang akan menyebabkan klien jatuh
Dorong klien untuk menggunakan peralatan adaptif (tongkat, walker) untuk ambulasi sesuai kebutuhan.	Memberikan sumber stabilitas
Beritahu klien untuk naik dan turun 1 kali dalam satu waktu.	Meningkatkan rasa keseimbangan
Tekankan pentingnya menggunakan pelindung mata saat melakukan aktivitas berisiko tinggi seperti ambulasi pada malam hari dan saat berada di tengah anak-anak atau binatang peliharaan	Mencegah cedera
(Istiqomah, 2012)	
(NANDA NIC-NOC) :	
1) Kaji faktor yang mempengaruhi kebutuhan keamanan, seperti status mental, keletihan, deficit motoric sensorik	
2) Kaji faktor lingkungan yang memungkinkan resiko terjatuh	
3) Berikan materi edukasi yang berhubungan dengan strategi dan tindakan untuk mencegah cedera	
4) Rujuk ke kelas pendidikan dalam komunitas	
5) Orientasikan kembali pasien terhadap realitas dan lingkungan saat ini bila dibutuhkan	

- 
- 6) Ajarkan pasien untuk meminta bantuan dengan gerakan, bila perlu
  - 7) Jauhi bahaya lingkungan.
- 

#### 2.2.4 Implementasi Keperawatan Keluarga

Implementasi keperawatan keluarga adalah suatu proses aktualisasi rencana atau intervensi yang memanfaatkan berbagai sumber di dalam keluarga dan memandirikan keluarga dalam bidang kesehatan. Keluarga dididik untuk dapat menilai potensi yang dimiliki mereka dan mengembangkannya melalui implementasi yang bersifat memungkinkan keluarga untuk mengenal masalah kesehatan, mengambil keputusan berkaitan dengan persoalan kesehatan yang dihadapi, merawat dan membina anggota keluarga sesuai kondisi kesehatannya, memodifikasi lingkungan yang sehat bagi setiap anggota keluarga, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan terdekat (Sudiharto, 2007).

Tindakan keperawatan terhadap keluarga mencakup hal-hal di bawah ini:

- a. Menstimulasi kesadaran atau penerimaan keluarga mengenai masalah dan kebutuhan kesehatan dengan cara :
  - 1) Memberikan informasi
  - 2) Mengidentifikasi kebutuhan dan harapan tentang kesehatan
  - 3) Mendorong sikap emosi yang sehat terhadap masalah
- b. Menstimulasi keluarga untuk memutuskan cara perawatan yang tepat dengan cara :
  - 1) Mengidentifikasi konsekuensi tidak melakukan tindakan
  - 2) Mengidentifikasi sumber-sumber yang dimiliki keluarga
  - 3) Mendiskusikan tentang konsekuensi tiap tindakan
- c. Memberikan kepercayaan diri dalam merawat anggota keluarga yang sakit dengan cara :
  - 1) Mendemonstrasikan cara perawatan
  - 2) Menggunakan alat dan fasilitas yang ada di rumah
  - 3) Mengawasi keluarga melakukan perawatan

- d. Membantu keluarga untuk menemukan cara bagaimana membuat lingkungan menjadi sehat, dengan cara:
  - 1) Menemukan sumber-sumber yang dapat digunakan keluarga
  - 2) Melakukan perubahan lingkungan dengan seoptimal mungkin
- e. Memotivasi keluarga untuk memanfaatkan fasilitas kesehatan yang ada dengan cara :
  - 1) Memperkenalkan fasilitas kesehatan yang ada di lingkungan keluarga
  - 2) Membantu keluarga menggunakan fasilitas kesehatan yang ada

#### 2.2.5 Evaluasi Keperawatan Keluarga

Evaluasi adalah suatu proses menilai diagnosis keperawatan keluarga yang teratasi, teratasi sebagian, atau timbul masalah baru. Melalui kegiatan evaluasi, kita dapat menilai pencapaian tujuan yang diharapkan dan tujuan yang telah dicapai oleh keluarga. Bila tercapai sebagian atau timbul masalah keperawatan baru, kita perlu melakukan pengkajian lebih lanjut, memodifikasi rencana, atau mengganti dengan rencana yang lebih sesuai dengan kemampuan keluarga (Sudiharto, 2007).

##### a. Tahapan Evaluasi

Evaluasi disusun menggunakan SOAP secara operasional dengan tahapan dengan sumatif dan formatif.

##### b. Evaluasi berjalan (formatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dalam bentuk pengisian format catatan perkembangan dengan berorientasi kepada masalah yang dialami oleh keluarga.

##### c. Evaluasi Akhir (sumatif)

Evaluasi jenis ini dikerjakan dengan cara membandingkan antara tujuan yang akan dicapai. Bila terdapat kesenjangan diantara keduanya, mungkin semua tahap dalam proses keperawatan perlu ditinjau kembali, agar didapat data-data, masalah atau rencana yang perlu dimodifikasi.

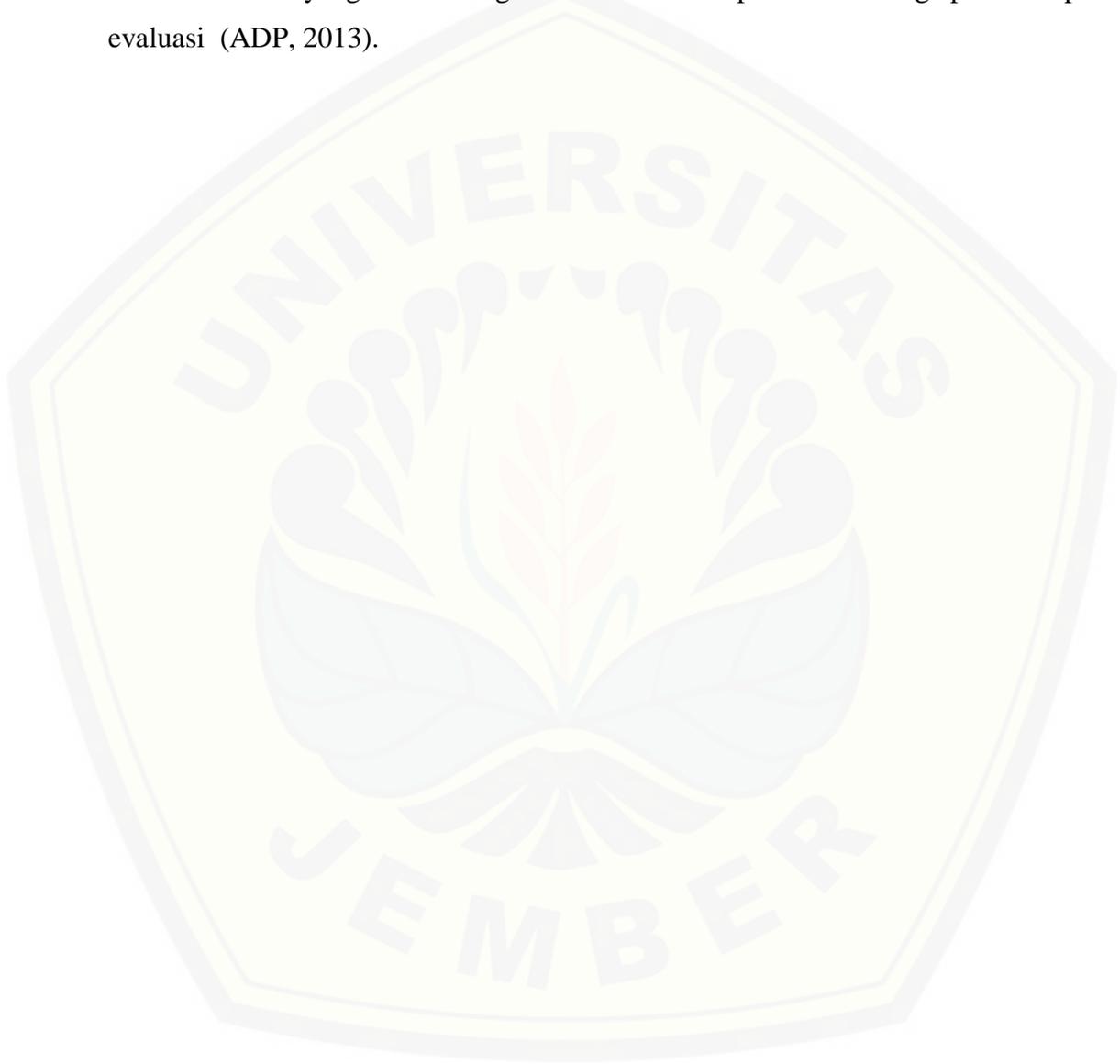
Evaluasi disusun dengan menggunakan SOAP secara operasional :

S : Hal-hal yang dikemukakan oleh keluarga secara subjektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

O : Hal-hal yang ditemui oleh perawat secara objektif setelah dilakukan intervensi keperawatan.

A : Analisa dari hasil yang telah dicapai dengan mengacu kepada tujuan terkait dengan diagnosa keperawatan.

P : Perencanaan yang akan datang setelah melihat respon dari keluarga pada tahap evaluasi (ADP, 2013).



## BAB 3. METODOLOGI PENELITIAN

### 3.1. Desain Penelitian

Desain penelitian adalah rencana atau rancangan yang dibuat oleh peneliti, sebagai ancar-ancar kegiatan, yang akan dilaksanakan (Arikunto, 2014).

Desain penelitian ditulis secara naratif untuk mendeskripsikan pengalaman medis dan keperawatan seseorang atau beberapa orang pasien secara rinci untuk tujuan peningkatan capaian pengobatan.

Pada desain dalam penelitian ini bertujuan untuk mengetahui Asuhan keperawatan keluarga pada pasien pasca operasi katarak dengan resiko cedera di Desa Jatiroto tahun 2018.

### 3.2. Batasan istilah

Batasan istilah adalah pernyataan yang menjelaskan istilah-istilah kunci yang menjadi fokus studi kasus. Batasan istilah dalam studi kasus ini adalah :

3.2.1 Asuhan keperawatan keluarga merupakan suatu penatalaksanaan keperawatan yang dilakukan dalam lingkungan keluarga yang melalui 5 proses keperawatan yaitu pengkajian, merumuskan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi dengan pendekatan pada salah satu anggota keluarga.

3.2.2 Katarak adalah suatu penyakit yang diderita oleh 2 keluarga yang sudah menjalani operasi katarak berdasarkan data rekam medis Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang.

3.2.3 Risiko cedera adalah suatu perilaku yang dapat mengganggu kesehatan pasien akibat adanya kurang pengetahuan, dukungan, dan ketidakpatuhan keluarga dan pasien dalam mencegah terjadinya cedera atau komplikasi dari penyakit yang diderita.

### **3.3. Partisipan**

Partisipan dalam penyusunan studi kasus ini adalah 2 (dua) keluarga yang memenuhi kriteria berikut:

3.3.1 Bertempat tinggal di Desa Jatiroto

3.3.2 Memiliki anggota keluarga pasca operasi katarak maksimal hari ke-2

3.3.3 Bersedia menjadi responden dengan menandatangani informed consent

3.3.4 Mengalami masalah keperawatan resiko cedera dengan berperilaku yang dapat mengganggu kesehatan pasien akibat adanya kurang pengetahuan, dukungan, dan ketidakpatuhan keluarga dan pasien dalam mencegah terjadinya cedera atau komplikasi.

### **3.4. Lokasi dan Waktu**

Penelitian dilakukan di Desa Jatiroto pada tanggal 26-30 Maret 2018 selama 3 (tiga) kali kunjungan dalam 2 (dua) minggu terhadap 2 (dua) keluarga yang menjalani perawatan pasca operasi Katarak dengan masalah keperawatan resiko cedera.

### **3.5 Pengumpulan Data**

#### **3.5.1 Proses Pengumpulan Data**

Proses diawali dari permohonan ijin pengambilan data penulis kepada coordinator program studi D3 keperawatan Universitas Jember kampus Lumajang untuk dilaksanakan proses pengambilan data ( Lampiran 3.3 surat permohonan ijin pengambilan data). Setelah mendapatkan ijin, penulis melanjutkan meminta ijin kepada Bakesbangpol (Badan Kesatuan Bangsa dan Politik) Kabupaten Lumajang sebagai Badan yang bertanggungjawab terhadap penyelenggaraan pengambilan data laporan kasus di Kabupaten Lumajang. Ijin yang dikeluarkan oleh Bakesbangpol terdiri dari 8 tembusan (Lampiran 3.4 Surat Ijin Penelitian Bakesbangpol).

#### **3.5.2 Tehnik Pengumpulan Data**

##### **a. Wawancara**

Wawancara adalah metode pengumpulan data yang dilakukan dengan cara berinteraksi, bertanya dan mendengarkan apa yang disampaikan secara lisan oleh

responden atau partisipan. Metode ini sering digunakan untuk mengetahui pendapat, pandangan, pengalaman atau persepsi responden atau partisipan tentang suatu permasalahan (Dharma, 2011). Anamnesa pada keluarga yang menjalani perawatan pasca operasi katarak dengan keluhan nyeri kepala hebat, penurunan penglihatan, mual muntah serta kegagalan baik dalam hal pengurangan resiko maupun pelaksanaan terapi pencegahan cedera.

#### b. Observasi

Observasi adalah kegiatan pengumpulan data melalui pengamatan langsung terhadap aktivitas responden atau partisipan yang terencana, dilakukan aktif dan sistematis (Dharma, 2011). Observasi merupakan cara pengumpulan data dengan mengadakan melakukan pengamatan secara langsung kepada responden penelitian untuk mencari perubahan atau hal-hal yang akan diteliti (Hidayat, 2009). Pengumpulan data yang dilakukan dengan mengamati pasien untuk memperoleh data tentang masalah kesehatan keperawatan klien. Observasi dilakukan dengan menggunakan penglihatan yaitu tentang bagaimana kondisi lingkungan, pengaturan tata ruang, peran antar keluarga berkaitan dengan 5 tugas perkembangan keluarga dan pemeriksaan fisik secara langsung data yang menyeluruh dari ujung rambut sampai ujung kaki atau dikenal head to toe. Pemeriksaan fisik sangat berguna untuk mendukung pengkajian anamnesis.

#### c. Studi dokumentasi

Peneliti menggunakan pengumpulan data dengan metode studi dokumen karena dokumen dapat memberi informasi tentang situasi yang tidak dapat diperoleh langsung melalui observasi langsung atau wawancara. Media yang termasuk studi dokumentasi, antara lain yaitu buku harian pribadi, surat, otobiografi dan biografi serta dokumen dan berbagai laporan dinas. Sumber dokumen bisa dari yang informal sampai formal. Penelitian keperawatan bisa menggunakan jadwal, laporan, dan catatan kasus, standar asuhan dan lainnya sebagai sumber. Peneliti memperlakukan sumber tersebut layaknya transkrip wawancara atau hasil catatan hasil observasi, yang nanti dapat dianalisis dengan memberikan kode dan kategori (Afiyanti & Rachmawati, 2014). Studi ini

dilakukan dengan menelusuri data rekam medik Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang.

### **3.6 Uji Keabsahan Data**

Uji keabsahan data dari klien pasca operasi katarak dimaksudkan untuk menguji kualitas data atau informasi yang diperoleh dari Rumah Sakit Islam Lumajang sehingga menghasilkan data dengan validitas tinggi. Disamping integritas penulis (karena penulis menjadi instrument utama), uji keabsahan data dilakukan yaitu dengan: 1) Memperpanjang waktu pengamatan/tindakan, dan 2) Sumber informasi tambahan menggunakan triangulasi dari tiga sumber data utama yaitu klien, perawat dan keluarga klien yang berkaitan dengan masalah yang diteliti.

### **3.7 Analisis Data**

Analisis data pada pendekatan kualitatif merupakan analisis yang bersifat subjektif karena peneliti adalah instrumen utama untuk pengambilan data dan analisis data penelitiannya. Secara umum kegiatan analisis data pada pendekatan kualitatif memiliki empat tahapan, yaitu sebagai berikut (Afiyanti & Rachmawati, 2014) :

#### **3.7.1 Pengumpulan data**

Data dikumpulkan dari hasil WOD (wawancara, observasi dan dokumen). Hasil ditulis dalam bentuk catatan lapangan, kemudian disalin dalam bentuk transkrip (catatan terstruktur).

#### **3.7.2 Mereduksi data**

Dari hasil wawancara yang terkumpul dalam bentuk catatan lapangan dijadikan satu dalam bentuk transkrip dan dikelompokkan menjadi data subjektif dan objektif, dianalisis berdasarkan hasil pemeriksaan diagnostik kemudian dibandingkan dengan nilai normal.

#### **3.7.3 Penyajian data**

Penyajian data dapat dilakukan dalam bentuk tabel, gambar, bagan dan teks naratif. Kerahasiaan klien dijaga dengan cara mengaburkan identitas dari klien.

#### 3.7.4 Kesimpulan

Dari data yang disajikan, kemudian data dibahas dan dibandingkan dengan hasil-hasil penulisan terdahulu dan secara teoritis dengan perilaku kesehatan. Penarikan kesimpulan dilakukan dengan cara induksi. Data yang dikumpulkan terkait dengan data pengkajian, diagnosa, perencanaan, tindakan dan evaluasi.

### **3.8 Etika penulisan**

#### 3.8.1 Lembar Persetujuan

Informed consent atau lembar persetujuan merupakan bentuk persetujuan antara peneliti dengan responden penelitian dengan memberikan lembar persetujuan. Informed consent tersebut diberikan sebelum penelitian dilakukan dengan memberikan lembar persetujuan untuk menjadi responden. Tujuan informed consent adalah agar subjek mengerti maksud dan tujuan penelitian dan mengetahui dampaknya. Beberapa informasi yang harus ada dalam informed consent tersebut antara lain: partisipasi pasien, tujuan dilakukannya tindakan, jenis data yang dibutuhkan, komitmen, prosedur pelaksanaan, potensial masalah yang akan terjadi, manfaat, kerahasiaan, informasi yang mudah dihubungi, dan lain-lain.

#### 3.8.2 Tanpa Nama

Masalah etika keperawatan merupakan masalah yang memberikan jaminan dalam penggunaan subjek penelitian dengan cara tidak memberikan atau mencantumkan nama responden pada lembar alat ukur dan hanya menuliskan kode pada lembar pengumpulan data atau hasil penelitian yang akan disajikan.

#### 3.8.3 Kerahasiaan

Masalah ini merupakan masalah etika dengan memberikan jaminan kerahasiaan hasil penelitian, baik informasi maupun masalah-masalah lainnya. Semua informasi yang telah dikumpulkan dijamin kerahasiaannya oleh peneliti (Hidayat, 2009).

## BAB 5. KESIMPULAN DAN SARAN

### 5.1 Kesimpulan

#### 5.1.1 Pengkajian Keperawatan

Data yang muncul pada klien pascaoperasi katarak dengan masalah keperawatan keluarga adalah klien pascaoperasi hari pertama dengan adanya gejala atau kondisi yang mengarah kepada terjadinya resiko cedera pascaoperasi katarak, seperti klien mengeluh kembung dan pusing sejak setelah operasi katarak, klien merasa lemah, sebagian lantai rumah tampak licin, pencahayaan dan ventilasi kurang memadai, ruangan dan barang-barang kurang tertata rapi, klien kurang mengetahui tentang perawatan pascaoperasi yang benar, klien mengatakan cemas akan gejala yang dirasakan dapat berpengaruh pada proses penyembuhan klien, kurang adanya sumber dukungan untuk melakukan perawatan pascaoperasi dan kurang adanya pengetahuan pada klien dan keluarga.

#### 5.1.2 Diagnosa Keperawatan

Masalah keperawatan yang ditemukan pada kedua klien adalah resiko cedera, dimana didapatkan perilaku kedua klien yang menuju kearah perilaku dan kondisi yang beresiko sehingga dapat menyebabkan cedera. Faktor resiko dari diagnosa keperawatan resiko cedera menurut NANDA tahun 2015 berjumlah 11 faktor resiko.

#### 5.1.3 Intervensi Keperawatan

Intervensi disusun berdasarkan pada teori menurut Istiqomah (2012) adalah 6 intervensi keperawatan mandiri dan 7 intervensi dari NANDA-1 2015 tentang masalah keperawatan resiko cidera. Pada intervensi diatas merupakan intervensi keperawatan klinis, tetapi penulis memodifikasi aspek keluarga dengan intervensi keluarga, dimana tujuan dibagi 2 yaitu tujuan umum yang merupakan tujuan jangka panjang yaitu resiko dapat dicegah dan tujuan khusus yang merupakan tujuan jangka pendek yaitu pasien tahu, mampu dan mau mengenal

masalah kesehatan dan merawat klien pascaoperasi katarak. Evaluasi dibagi 2 yaitu kriteria evaluasi dan standart evaluasi.

Intervensi yang lebih difokuskan adalah Health Education (HE), karena etiologi dari masalah kedua klien adalah klien dan keluarga kurang pengetahuan sehingga penulis melakukan HE untuk menambah pengetahuan klien akan resiko dan perawatan pascaoperasi katarak yang tepat.

#### 5.1.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi yang dilakukan pada klien pascaoperasi katarak dengan masalah keperawatan resiko cedera adalah mengkaji pengetahuan klien akan resiko dan perawatan pascaoperasi katarak yang benar, memberikan pendidikan kesehatan dan membantu klien dalam melakukan perawatan pascaoperasi katarak yang benar. Semua Intervensi dapat dilakukan dalam 3 kali kunjungan namun tidak dihadiri dan atau tidak didampingi oleh anggota keluarga yang lain.

#### 5.1.5 Evaluasi Keperawatan

Kriteria hasil tercapai dalam 3 kali kunjungan terhadap keluarga pascaoperasi katarak dengan masalah keperawatan risiko cedera antara lain risiko cedera dapat dicegah dibuktikan dengan tidak ada tanda-tanda berisiko cedera seperti peningkatan TIO (ditandai dengan pasien merasa pusing, mual, batuk, dan lain-lain), perdarahan, dan resiko infeksi, keluarga dan klien dapat menyebutkan kembali dan menjelaskan pentingnya perawatan dan resiko pascaoperasi katarak, keluarga dan klien mau belajar dan memerhatikan perawatan pascaoperasi katarak dengan benar, klien dan keluarga mampu mengidentifikasi dan menyingkirkan benda-benda berbahaya dari lingkungan, dapat melaporkan tidak mengalami cedera (jatuh), mampu mencegah aktifitas yang meningkatkan risiko cedera, dan mampu menggunakan peralatan untuk mencegah cedera.

## 5.2 Saran

### 5.2.1 Bagi Keluarga

Keluarga diharapkan dapat melakukan pembatasan aktifitas dan pengaturan rumah agar residu cedera dapat diminimalkan terutama pada hari-hari pertama operasi.

### 5.2.2 Bagi Puskesmas Jatiroto

Puskesmas diharapkan setelah merujuk pasien preoperasi katarak untuk menindaklanjuti perawatan pascaoperasi dengan cara melakukan kunjungan rumah pada klien tersebut.

### 5.2.3 Bagi Penulis Selanjutnya

Keluarga diharapkan untuk melakukan asuhan keperawatan lebih dari 1 minggu dengan cara memperpanjang jarak antara kunjungan 1 dan 2 sehingga kunjungan ketiga sampai pada batas minggu yang diindikasikan tidak terjadi cedera yaitu satu minggu pasca operasi katarak.

## DAFTAR PUSTAKA

- Aliqa Citra Septiani, Y. S. (2012). Perbandingan Peningkatan Tekanan Intraokular pada Pasien Post Operasi Ekstraksi Katarak Ekstrakapsular dibandingkan dengan Fakoemulsifikasi di AMC Yogyakarta pada Tahun 2011 -2012. 4.
- Astria, M., Sefti, R., & Jeavery, B. (2015). e-Journal Keperawatan (eKp) volume 3. *Faktor-faktor yang berhubungan dengan kejadian penyakit katarak di Poli mata P Prof. Dr.R.D.Kandau Manado*, 1.
- Delfi. (2012). perbandingan efektivitas tets mata natrium diklofenak dan dexamethason dalam menekan inflamasi pasca bedah katarak. *repository USU*, 2-5.
- Depkes. (2008, Desember 1). *litbang.depkes.go.id*. Retrieved february 15, 2017, from *litbang.depkes.go.id*: [www.terbitan.litbang.depkes.go.id](http://www.terbitan.litbang.depkes.go.id).
- Istiqomah, I. N. (2012). *Asuhan Keperawatan Klien Gangguan Mata*. Jakarta: EGC.
- Joseph, N. (2017). Yang boleh dan tak boleh dilakukan setelah operasi katarak. *Hallo Sehat*.
- Kemenkes. (2010, maret 11). *RI*. Retrieved february 15, 2017, from *puskom.depkes.go.id*: [www.depkes.go.id/article/print/845/gangguan-penglihatan-masih-menjadi-masalah-kesehatan.html](http://www.depkes.go.id/article/print/845/gangguan-penglihatan-masih-menjadi-masalah-kesehatan.html)
- Kemenkes. (2015, mei 31). *kemkes.go.id*. Retrieved february 15, 2017, from *kemkes.go.id*: [www.depkes.go.id/article/view/15060300002/katarak-dapat-disembuhkan.html](http://www.depkes.go.id/article/view/15060300002/katarak-dapat-disembuhkan.html)
- Kemenkes. (2016). Infodatin pusat data dan informasi kementerian kesehatan RI. *situasi dan analisis glaukoma*, 5.

Kemenkes. (2016, januari 9). *RI*. Retrieved february 15, 2017, from depkes.go.id: [www.depkes.go.id/article/view/1601110003/katarak-sebabkan-50-kebutaan.html](http://www.depkes.go.id/article/view/1601110003/katarak-sebabkan-50-kebutaan.html)

Lusianawaty Tana, L. R. (2007). Puslitbang Biomedis dan Farmasi Jakarta. *Peranan pekerjaan terhadap kejadian katarak pada masyarakat Indonesia: riset kesehatan dasar 2007*, 77.

NANDA, N. (2013, Januari 16). *Risiko untuk cedera - Rencana Pengobatan Katarak Pasca Operasi*. Retrieved Februari 7, 2018, from NCP NANDA: [www.ncpnanda.top](http://www.ncpnanda.top)

Rosiyatin, R. N. (2016). KARYA TULIS ILMIAH ASUHAN KEPERAWATAN PRA DAN PASCA OPERASI KATARAK OKULI SINISTRA PADA Ny. U DI RUANG DAHLIA RSUD BATANG. 5-7.

Suandari, Y. D. (2015). kehilangan sel endotel kornea pasca fakoemulsifikasi pada pasien katarak senilis dengan diabetes melitus. *unud open repository*, 2-4.

Tamsuri, A. (2011). *Klien Gangguan Mata dan Penglihatan Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.

Rekam Medik Poli Mata Rumah Sakit Islam Lumajang tahun 2018.

Indah. (2018, Maret 22). *halomata.com*. Retrieved Mei 22, 2018, from [halomata.com: https://halomata.com/](https://halomata.com/)

Susanto, T. (2012). *Buku Ajar Keperawatan Keluarga : Aplikasi Teori Pada Praktik Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.

Achjar, K. A. (2012). *Aplikasi Praktis Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Agung Seto.

ADP, S. G. (2013). *Asuhan Keperawatan Keluarga*. Jakarta: CV Trans Info Media.

Ali, H. Z. (2010). *Pengantar Keperawatan Keluarga*. Jakarta: EGC.

- Olver, J., & Cassidy, L. (2011). *At a Glance Oftalmologi*. Surabaya: Erlangga.
- Padila. (2012). *Keperawatan Keluarga*. Yogyakarta: Nuha Medika.
- Vaughan, & Asbury. (2015). *Oftalmologi Umum Edisi 17*. Jakarta: EGC.
- Wilkinson, M. J. (2015). *Buku Saku Diagnosis Keperawatan Edisi 9*. Jakarta: EGC.
- Utama, H. (2014). *Ikhtisar Ilmu Penyakit Mata*. Jakarta: FKUI.
- Afiyanti, Y., & Rachmawati, I. N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif Dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Arikunto, S. (2014). *Prosedur Penelitian Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: Rineka Cipta.
- Dharma, K. K. (2011). *Metodologi Penelitian Keperawatan (Pedoman Melaksanakan dan Menerapkan Hasil Penelitian)*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Hidayat, A. A. (2007). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Hidayat, A. A. (2009). *Metode Penelitian Keperawatan dan Teknik Analisis Data*. Jakarta: Salemba Medika.
- Jannah, B. P. (2010). *Metode Penelitian Kuantitatif : Teori dan Aplikasi*. Jakarta: Rajawali Pers.
- Sarwajana, I. K. (2015). *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV. ANDI OFFSET.
- Saukah, A., & sukarnyana, I. W. (2012). *Pedoman penulisan karya ilmiah*. Malang: Universitas Negeri Malang.

Lampiran 1

## JADWAL PENYELENGGARAAN PROPOSAL DAN KARYA TULIS ILMIAH : LAPORAN KASUS

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																			
	JULI				AGST				SEP				OKT				NOV				DES				JAN				FEB				MAR			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4				
Informasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Penelitian	■	■	■	■																																
Konfirmasi Judul	■	■	■	■																																
Penyusunan Proposal Studi Kasus					■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
Sidang Proposal																					■	■														
Revisi																					■	■	■	■												
Pengumpulan Data																									■	■	■	■	■	■	■	■				
Analisa Data																									■	■	■	■	■	■	■	■				
Konsul Penyusunan Data																																				
Ujian Sidang																																				
Revisi																																				
Pengumpulan Studi Kasus																																				

KETERANGAN	TAHUN AKADEMIK 2017/2018																																		
	FEB				MAR				APR				MEI				JUN				JUL				AGST				SEPT				OKT		
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3
Informasi Penelitian																																			
Konfirmasi Penelitian																																			
Konfirmasi Judul																																			
Penyusunan Proposal Studi Kasus																																			
Sidang Proposal																																			
Revisi																																			
Pengumpulan Data																																			
Analisa Data																																			
Konsul Penyusunan Data																																			
Ujian Sidang																																			
Revisi																																			
Pengumpulan Studi Kasus																																			

**Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan**  
**(Informed Consent)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS NEGERI JEMBER KAMPUS LUMAJANG
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ny. J

Umur : 58 tahun

Jenis Kelamin : Perempuan

Alamat : Jln. Ranupakis rt 2 rw 13 kaliboto kidul, Jatiroto.

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini berjudul :

**“Asuhan Keperawatan Keluarga pada salah satu anggota keluarga Pasca  
Operasi Katarak dengan masalah keperawatan Resiko Cidera di Desa  
Jatiroto tahun 2018”.**

Dengan sukarela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Mengetahui

Penanggung jawab Penelitian



**Esti Warih Prasetyaningrum**

**NIM. 1523030101006**

Lumajang, Maret 2018

Yang Menyetujui  
Peserta Penelitian



**( Ny. J )**

**Formulir Persetujuan Setelah Penjelasan**  
**(Informed Consent)**

Surat Persetujuan Responden Penelitian :

Nama Institusi : D3 KEPERAWATAN UNIVERSITAS NEGERI JEMBER KAMPUS LUMAJANG
--

Surat Persetujuan Peserta Penelitian

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Tn. J

Umur : 64 tahun

Jenis Kelamin : Laki-laki

Alamat : Jln. Rojopolo Krajan Gang 2 rt 1 rw 1 Rojopolo, Jatiroto.

Setelah mendapatkan keterangan secukupnya serta menyadari manfaat dan resiko penelitian tersebut di bawah ini berjudul :

**“Asuhan Keperawatan Keluarga pada salah satu anggota keluarga Pasca  
Operasi Katarak dengan masalah keperawatan Resiko Cidera di Desa  
Jatiroto tahun 2018”.**

Dengan sukarela menyetujui diikutsertakan dalam penelitian di atas dengan catatan bila suatu waktu merasa dirugikan dalam bentuk apapun, berhak membatalkan persetujuan ini.

Lumajang, Maret 2018

Mengetahui

Yang Menyetujui

Penanggung Jawab Penelitian

Peserta Penelitian



**Esti Warih Prasetyaningrum**

**( Tn. Y )**

**NIM. 1523030101006**



**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id  
LUMAJANG - 67313

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**

Nomor : 072/324/427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;  
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 115/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 14 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ESTI WARIH PRASETYANINGRUM.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ESTI WARIH PRASETYANINGRUM
2. Alamat : Jl. Bondoyudo No 54 RT 1 RW 5 Kec. Jatiroto Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101006
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Salah Satu Anggota Keluarga Pasca Operasi Katarak Dengan Masalah Keperawatan Resiko Cidera di Desa Jatiroto Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 22 Februari 2018 s/d 30 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Islam Lumajang dan Puskesmas Jatiroto

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 19 Februari 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSI Lumajang,
6. Sdr. Ka. PKM Jatiroto
7. Sdr. Koor. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang
8. Sdr. Yang Bersangkutan.





**PEMERINTAH KABUPATEN LUMAJANG  
BADAN KESATUAN BANGSA DAN POLITIK**

Jalan : Arif Rahman Hakim No. 1 Telp./Fax. (0334) 881586 e-mail : kesbangpol@lumajang.go.id

LUMAJANG - 67313

**SURAT PEMBERITAHUAN UNTUK MELAKUKAN PENELITIAN/SURVEY/KKN/PKL/KEGIATAN**

Nomor : 072/ 324 /427.75/2018

- Dasar** : 1. Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 tentang Pedoman Penerbitan Rekomendasi Penelitian, sebagaimana telah diubah dengan Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 7 Tahun 2014 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Dalam Negeri Nomor 64 Tahun 2011 ;
2. Peraturan Daerah Kabupaten Lumajang Nomor 20 Tahun 2007 tentang Susunan Organisasi dan Tata Kerja Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kabupaten Lumajang.
- Menimbang** : Surat dari Koordinator Prodi D3 Keperawatan UNEJ Lumajang Nomor: 115/UN25.1.14.2/LT/2018 tanggal 14 Februari 2018 perihal Permohonan Ijin Pengambilan Data atas nama ESTI WARIH PRASETYANINGRUM.

Atas nama Bupati Lumajang, memberikan rekomendasi kepada :

1. Nama : ESTI WARIH PRASETYANINGRUM
2. Alamat : Jl. Bondoyudo No 54 RT 1 RW 5 Kec. Jatiroto Kab. Lumajang
3. Pekerjaan/Jabatan : Mahasiswa
4. Instansi/NIM : Universitas Jember Kampus Lumajang / 152303101006
5. Kebangsaan : Indonesia

Untuk melakukan Penelitian/Survey/KKN/PKL/Kegiatan:

1. Judul Proposal : Asuhan Keperawatan Keluarga Pada Salah Satu Anggota Keluarga Pasca Operasi Katarak Dengan Masalah Keperawatan Resiko Cidera di Desa Jatiroto Tahun 2018
2. Tujuan : Pengambilan Data
3. Bidang Penelitian : D3 Keperawatan
4. Penanggungjawab : Nurul Hayati, S.Kep.Ners.MM
5. Anggota/Peserta : -
6. Waktu Penelitian : 22 Februari 2018 s/d 30 Mei 2018
7. Lokasi Penelitian : Rumah Sakit Islam Lumajang dan Puskesmas Jatiroto

- Dengan ketentuan** :
1. Berkewajiban menghormati dan mentaati peraturan dan tata tertib di daerah setempat/lokasi penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  2. Pelaksanaan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan agar tidak disalahgunakan untuk tujuan tertentu yang dapat mengganggu kestabilan keamanan dan ketertiban di daerah/lokasi setempat;
  3. Wajib melaporkan hasil penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan dan sejenisnya kepada Bupati Lumajang melalui Badan Kesatuan Bangsa dan Politik Kab. Lumajang setelah melaksanakan penelitian/survey/KKN/PKL/Kegiatan;
  4. Surat Pemberitahuan ini akan dicabut dan dinyatakan tidak syah/tidak berlaku lagi apabila ternyata pemegang Surat Pemberitahuan ini tidak mematuhi ketentuan tersebut di atas.

Lumajang, 19 Februari 2018

Tembusan Yth. :

1. Plt. Bupati Lumajang (sebagai laporan).
2. Sdr. Ka. Polres Lumajang,
3. Sdr. Ka. BAPPEDA Kab. Lumajang,
4. Sdr. Ka. Dinas Kesehatan Kab. Lumajang,
5. Sdr. Direktur RSI Lumajang,
6. Sdr. Ka. PKM Jatiroto
7. Sdr. Koor. Prodi Keperawatan UNEJ Kam. Lumajang
8. Sdr. Yang Bersangkutan.



	<b>FORMULIR</b>	No. Dok. :
	LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL MAHASISWA	Berlaku Sejak : Revisi :

**LOG BOOK PENYUSUNAN PROPOSAL KTI  
MAHASISWA D3 KEPERAWATAN UNEJ KAMPUS LUMAJANG**

NAMA MAHASISWA : Esti Warh P.  
 NIM : 152303101006  
 PROGRAM STUDI : D3 Keperawatan  
 JUDUL KARYA TULIS ILMIAH :

**TAHAP PENULISAN PROPOSAL**

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	20/2/2017 Senin	3 Konsul judul proposal "Gambutan keperawatan pd p x ds resto cadera post-op satevati"	4	5	6
1.	14/3/17 Selasa.	3 Konsul judul proposal "Asuhan keperawatan pd pasien post-op bawabody masalah keperawatan restorasi cadera"			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
2.	16 04 2019 <del>15</del> Senin	Konsul BAB I proposal	- Revisi BAB I - Latar Belakang harus notes		
4.	16 05 2019 Rabu	- Konsul BAB I Revisi - ACC BAB I proposal	- ACC Bab I		
5.	7 9 2019 Kamis	- Konsul BAB II proposal	- Penulisan harus benar - Diagnosis <del>us</del> harus ditulis semua mengenai kasus prioritas		
6.	18 09 2019 Senin	- Konsul BAB II proposal - ACC BAB II proposal	- ACC Bab II		
7.	8 11 2019 Rabu	- Konsul BAB III proposal	- Partisipan yang dibutuhkan /separat partisipan - Revisi BAB III		
8.	21 11 2019 Selasa	- Konsul BAB III Revisi	- Pengumpulan data kasus fokus - Revisi BAB III		
9.	29 11 2019	- Konsul BAB III Revisi - ACC BAB III	ACC bab III		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2 1 2018	3 - konsultasi BAB I Revisi Proposal	4	5	6
1	24 1 2018	- konsultasi Revisi Proposal			
3	31 1 2018	- konsultasi BAB I			
4	5 1 2018	- konsultasi Revisi Proposal BAB I, II, dan BAB III			
5	6 2 2018	konsultasi Revisi Proposal BAB II dan III	Bab 1 membahas literature the risk ceder Bab 2 membahas karakter lightning Bab 3 krit-partisifa. Ci 2 aae.		
6	9 2 2018	konsultasi BAB III	Acc revisi		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
1.	<del>12</del> <sup>18</sup> 4 Kamis	Konsul Bab 4			
2.	<del>16</del> <sup>18</sup> 4 Senin	Konsul Bab 4			
3.	<del>19</del> <sup>18</sup> 4 Kamis	Konsul Bab 4			
4.	<del>23</del> <sup>18</sup> 4 Senin	Konsul Bab 4			
5.	<del>27</del> <sup>18</sup> 4 Jumat	Konsul Bab 4 dan 5			
6.	<del>29</del> <sup>18</sup> 4 Senin	Konsul Bab 4 dan 5			
7.	<del>16</del> <sup>18</sup> 5 Rabu	Konsul Bab 4 dan 5			

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
8.	18/5 Jumat	Konsul Bab 4 dan 5			
9.	21/5 Senin	Konsul Bab 4 dan 5			
10.	22/5 Selasa	Konsul bab 4 dan 5			
11.	23/5 Rabu	Konsul Bab 4 dan 5			
12.	24/5 Kamis	Konsul bab 5	Ace - mag blog		

NO.	TANGGAL	KEGIATAN	HASIL KEGIATAN	TANDA TANGAN MAHASISWA	TANDA TANGAN DOSEN
1	2	3	4	5	6
	4/2018 4/6	Revisi Tugas Akhir (Penguji 1)	- Revisi bab 4 & 2 - Revisi bab 3 & 4 - Revisi bab 5		
	5/2018 5/6	Revisi Tugas Akhir (Penguji 2)	- Revisi bab 4 - Revisi bab 5		
	7/2018 7/6	Revisi tugas akhir (Penguji 1)	- Revisi bab 4 - Revisi bab 5		
	2/2019 2/7	Revisi tugas akhir (Penguji 1)	- Revisi bab 4 Tipe Eolurna - Revisi bab 5 - Ace Revisi		
	5/2018 5/7	Revisi Tugas Akhir (Penguji 2)	- Revisi BAB 4 - Revisi		
	6/2018 6/7	Revisi Tugas Akhir (Penguji 2)	ACC revisi ngr k71		