**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS KATARAK DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN PERSEPSI
 SENSORI DI UPTD GRIYA WREDA
JAMBANGAN
SURABAYA**

****

**Oleh :**

**AYU DEWI KARTIKA, S.Kep
NIM. 2230018**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2023**

**KARYA ILMIAH AKHIR**

**ASUHAN KEPERAWATAN GERONTIK PADA NY. S DENGAN DIAGNOSIS MEDIS KATARAK DENGAN MASALAH
KEPERAWATAN UTAMA GANGGUAN PERSEPSI
 SENSORI DI UPTD GRIYA WREDA
JAMBANGAN
SURABAYA**

**Karya Ilmiah Akhir ini diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners**

****

**Oleh :**

**AYU DEWI KARTIKA, S.Kep
NIM. 2230018**

**PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

**SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN HANG TUAH**

**SURABAYA**

**2023**

**SURAT PERNYATAAN KEASLIAN LAPORAN**

Saya bertanda tangan di bawah ini dengan sebenarmya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa melakukan plagiat sesuai dengan peraturan yang berlaku di Stikes Hang Tuah Surabaya. Berdasarkan pengetahuan dan keyakinan penulis, semua sumber baik yang dikutip maupun di rujuk, saya nyatakan dengan benar. Bila ditemukan adanya plagiasi, maka saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Stikes Hang Tuah Surabaya.

Surabaya, 20 Januari 2023

Penulis,

Ayu Dewi Kartika

NIM. 2230018

**BAB I
PENDAHULUAN**

1. **Latar Belakang**

Lansia atau lanjut usia adalah seseorang yang dikategorikan dengan usia dari 60 ke atas (Kemenkes RI, 2019). Mata merupakan bentuk dari indra yang paling penting untuk menyerap informasi visual untuk melihat berbagai kegiatan. Banyak yang terjadi pada lansia kebutaan karena terjadinya katarak atau adanya kekeruhan pada lensa mata (Studi et al., 2020). Proses penuaan merupakan siklus kehidupan yang ditandai dengan menurunnya berbagai fungsi organ pada tubuh dimana tubuh akan sering terserang penyakit (Akbar,2020). Katarak adalah dimana tidak dapat tembus cahaya pada lensa karena seiringnya bertambah usia maka ada gangguan pada struktur lensa dan akumulasi pigmen yang akan menyebabkan penglihatan menjadi gelap dan buram (Aini et al., 2018). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa banyak perubahan atau penurunan fungsi pada lansia yaitu pada fungsi penglihatan yang di sebabkan oleh katarak. Lansia sebagai populasi yang rentan dimana keadaan seorang bisa menjadi rentan yang berakibat dari faktor internal dan eksternal karena kondisi kesehatan yang buruk. Untuk lansia sebagai beresiko dimana kondisi seseorang menjadi sehat atau sakit (Stanhop dan Lanchaster, 2004).

Saat ini kita mulai memasuki periode aging population, dimana terjadi peningkatan umur harapan hidup yang diikuti dengan peningkatan jumlah lansia. Indonesia mengalami peningkatan jumlah penduduk lansia dari 18 juta jiwa (7,56%) pada tahun 2010, menjadi 25,9 juta jiwa (9,7%) pada tahun 2019, dan diperkirakan akan terus meningkat dimana tahun 2035 menjadi 48,2 juta jiwa (15,77%) (Kemenkes, 2019). Katarak menjadi salah satu penyebab terbanyak kebutaan di Indonesia. Dirjen Pencegahan dan Pengendalian Penyakit dr. Achmad Yurianto menyebut katarak merupakan penyebab tertinggi kebutaan sekitar 81% (Kemenkes, 2020). Untuk prevalensi katarak di Jawa Timur mencapai 81%. Berdasarkan data kejadia dilakukan pada bulan Desember 2022 di UPTD Griya Werda Jambangan Surabaya didapatkan kasus berdasarkan diagnosa penyakit pada katarak jumlah kasus untuk Pre operasi sebanyak 5 lansia dan Post operasi sebanyak 20 lansia.

Katarak adalah penyakit yang menyebabkan kekeruhan pada lensa mata sehingga menganggu pada penglihatan seperti buram atau gelap, namun pada penyakit katarak ini tidak hanya disebabkan pada usia tua tetapi pada usia muda yang berusia 35 – 40 tahun yang disebabkan kurangnya gizi dan nutrisi yang dibutuhkan oleh tubuh (Syafei & Suryadi, 2018). Faktor resiko pada penyakit katarak disebabkan oleh kelainan bawaan karena adanya gangguan proses perkembangan embrio dan bisa juga kelainan pada kromosom secara genetik yang dapat menimbulkan kekeruhan pada kontak lensa, proses penunaan dengan seiringnya bertambahnya usia maka lensa mata akan mengalami perubahan pada mata, adanya trauma juga akan mengganggu struktur pada lensa dan penyebab glaukoma juga bisa menyebabkan ganguan keseimbangan elektrolit yang bisa mempengaruhi kekeruhan pada lensa (Budiono, 2019). Tanda dan gejala pada katarak yaitu ada pandangan kabur pada umumnya penderita katarak keluhan lensa menjadi kabur dan gelap pada tahap awal kekeruhan klien dapat melihat bentuk tetapi tidak jelas, katarak juga bisa menyebabkan penglihatan menajdi silau akibat dari struktur dan indeks bisa lensa, adanya gangguan penglihatan pada katarak seperti lensa bewarna kuning atau kecokletan. Pada kasus katarak ini lebih banyak yang terkena katarak adalah prempuan daripada laki – laki dikarenakan turunya kadar estrogen pada saat menopause. Dan jika masalah katarak tidak diselesaikan atau klien menolak dalam tindakan maka akan terjadi komplikasi seperti uveitis karena masa lensa merupakan benda asing dan glaucoma yaitu terjadi karena masa lensa menumbat pada sudut bilik mata sehingga cairan bilik mata depan menjadi terganggu.

Prevalensi pada katarak ini semakin tinggi maka pentingnya memerlukan adanya penanggulangan terhadap penyakit katarak untuk lansia yaitu dengan cara pembedahan yang dilakukan untuk membersihkan katarak di mata. Tidak hanya dilakukan operasi tetapi bisa dilakukan penanggulangan terhadap katarak yaitu dengan cara meningkatkan kualitas dan cakupan deteksi dini dan operasi katarak setelah dilakukan untuk cara meningkatkan kualitas dilakukan mendorong pelaksanaan untuk penanggulangan katarak secara komprehensif dan inklusif. Untuk penanganan paling efektif dengan penyakit katarak yaitu dengan penanganan melakukan operasi katarak pada mata (Biomedika et al., 2021).

* 1. **Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang masalah, maka penulis berniat membuat karya ilmiah akhir tentang Katarak, untuk itu penulis merumuskan permasalahan sebagai berikut “Bagaimanakah pelaksanaan Asuhan Keperawatan Pada Ny. S dengan Diagnosa Medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya?”.

* 1. **Tujuan Penelitian**
		1. **Tujuan umum**

Mengkaji individu secara mendalam yang dihubungkan dengan penyakitnya melalui asuhan keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis katarak di UPTD Griya Wreda Surabaya.

* + 1. **Tujuan Khusus**
1. Mampu melakukan pengkajian keperawatan pada Ny. S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
2. Mampu melakukan analisa masalah, prioritas dan menegakkan diagnose keperawatan pada Ny S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya
3. Mampu menyusun rencana asuhan keperawatan pada masing – masing diagnosa keperawatan Ny S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
4. Mampu melaksanakan tindakan asuhan keperawatan pada Ny S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
5. Mampu melakukan evaluasi asuhan keperawatan pada Ny S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
	1. **Manfaat**

Berdasarkan tujuan umum maupun tujuan khusus maka karya ilmiah akhir ini diharapkan bisa memberi manfaat baik bagi kepentingan pengembangan program maupun bagi kepentingan ilmu pengetahuan, adapun manfaat untuk karya ilmiah akhir secara teoritis maupun praktis yaitu :

1. Manfaat Teoritis

Dengan pemberian asuhan keperawatan secara tepat dan efisien akan menghasilkan ilmu pengetahuan yang baik, menurunkan penyakit pada klien dengan Katarak.

1. Manfaat Praktis
2. Bagi Lahan Praktik

 Dapat sebagai masukkan untuk menyusun kebijakan dan pedoman pelaksanaan klien dengan Katarak sehingga penatalaksanaan dini bisa dilakukan dengan menghasilkan klinis yang baik bagi klien dan dapat asuhan keperawatan di institusi yang bersangkutan.

1. Bagi Klien

 Sebagai bahan penyuluhan kepada klien tentang deteksi dini dan pengendalian penyakit dengan Katarak sehingga klien mampu melaksanakan penatalaksanaan yang tepat untuk mengurangi tanda dan gejala akibat penyakit dan terjadi penurunan pada penyakit Katarak.

1. Bagi penulis selanjutnya

 Bahan penulisan ini bisa dipergunakan sebagai perbandingan tentang asuhan keperawatan pada klien dengan diagnosa medis Katarak sehingga penulis selanjutnya mampu mengembangkan ilmu pengetahuan teknologi yang terbaru.

* 1. **Metode Penulisan**
1. Metode

 Studi kasus yaitu metode yang memusatkan perhatian pada satu obyek tertentu yang diangkat sebagai kasus untuk dikaji secara mendalam sehingga mampu membongkar realita dibalik fenomena.

1. Teknik pengumpulan data
2. Wawancara

 Data diambil melalui percakapan baik dengan klien dan tim kesehatan lain.

1. Observasi

 Data yang diambil melalui pengamatan secara langsung terhadap keadaan, reaksi sikap dan perilaku klien yang dapat diamati.

1. Pemeriksaan

 Meliputi pemeriksaan fisik serta pemeriksaan penunjang lainnya yang dapat menenggakan diagnosa dan penanganan selanjutnya.

1. Sumber data
2. Data primer

Data yang diperoleh oleh klien

1. Data sekunder

 Data yang diperoleh dari orang terdekat dengan klien, catatan medis perawat, hasil – hasil pemeriksaan dan tim kesehatan lain.

1. Studi kepustakaan

 Mempelajari jurnal sumber yang berhubungan dengan judul karya tulis dan masalah yang dibahas.

* 1. **Sistematika Penulisan**

Dalam studi kasus secara keseluruhan dibagi dalam 3 bagian, yaitu :

1. Bagian awal, memuat halam judul, persetujuan pembimbing, pengesahan, abstrak, motto dan persembahan, kata pengantar, daftar isi, daftar tabel, daftar gambar dan lampiran.
2. Bagian inti terdiri dari lima bab yang masing – masing terdiri dari sub bab sebagai berikut :

**BAB 1** : Pendahuluan,berisi mengenai latar belakang, rumusan masalah, tujuan, manfaat penelitian,metode penulisan dan sistematika penulisan.

**BAB 2** : Tinjauan pustaka, berisi mengenai konsep penyakit dari sudut medis dan asuhan keperawatan klien dengan diagnosa medis Katarak

**BAB 3** : Tinjauan kasus, berisi mengenai deskripsi data hasil pengkajian, diagnosa medis, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi.

**BAB 4** : Pembahasan berisi mengenai perbandingan antar teori dengan kenyataan yang ada di lapangan

**BAB 5** : Penutup berisi mengenai kesimpulan dan saran

1. Bagian akhir, terdiri daftar pustaka dan lampiran

**BAB 2
TINJAUAN PUSTAKA**

1. **Konsep Lansia**
	* 1. **Pengertian Lansia**

Lanjut usia atau lansia adalah prose salami yang tidak bisa dihindari, pada lansia ada proses menua yang di sebabkan oleh faktor biologi sacara alamiah dan berkelanjutan yang bisa menyebabkan perubahan proses anatomis, fisiologis dan biokemis pada jaringan tubuh dan mempengaruhi fungsi tubuh (Syarli & Arini, 2018).

*World Health Organization* (WHO)mengatakan pada lansia banyak yang dipengaruhi oleh masalah fisik yang akan terus menerus berubah, psikososial juga akan memengaruhi lansia, spiritual dikarenakan keterbatasan gerak pada lansia akan sedikit berubah dan masalah ekonomi yang sedikit mulai berkurang karena lansia mengalami keterbatasan usia yang akan memengaruhi ekonomi akan berkurang dan sedikitnya penghasilan (Santi Susilawati, 2018).

* + 1. **Batasan Usia Lanjut**

Menurut WHO dalam Wisoedhanie (2021), batasan lansia meliputi :

1. Usia pertengahan (*middle age*), yaitu kelompok usia antara 45-59 tahun
2. Lanjut usia (*elderly)*, yaitu kelompok usia antara 60-74 tahun
3. Lanjut usia tua (*old)*, yaitu kelompok usia antara 75-90 tahun
4. Usia sangat tua (*Very old*), yaitu kelompok usia diatas 90 tahun
	* 1. **Klasifikasi Lanjut Usia**

Menurut Departemen Kesehatan RI (2013), klasifikasi lansia meliputi :

1. Pralansia (prasenilis), seseorang yang berada pada usia antara 45-59 tahun
2. Lansia, seseorang yang berusia 60 tahun lebih
3. Lansia yang beresiko tinggi, seseorang yang berusia 70 tahun atau lebih, atau seseorang lansia yang berusia 60 tahun atau lebih yang memiliki masalah kesehatan
4. Lansia potensial, lansia yang masih mampu melakukan pekerjaan atau melakukan kegiatan yang menghasilkan barang atau jasa
5. Lansia tidak potensial, lansia yang tidak berdaya atau tidak bisa mencari nafkah sehingga dalam kehidupannya bergantung pada orang lain.
	* 1. **Perubahan Yang Terjadi Pada Lansia**

Seiring bertambahnya usia pada lansia maka akan terjadi proses penunaan secara degenerative yang akan berdampak pada perubahan yang terjadi pada lansia, tidak hanya fisik tetapi juga kognitif, perasaan, sosial, dan sexsual (Pancawati, 2018) meliputi :

1. Sistem Indra

Sistem pendengaran menurun atau bisa terjadinya gangguan pendengaran pada telinga dalam terhadap kepekaan suara yang tinggi maupun nada – nada yang tidak jelas dan sulit untuk dimengerti, biasanya akan terjadi pada usia diatas 60 tahun.

1. Sel

Jumlah berkurang, ukuran membesar, cairan tubuh dan cairan intraseluler menurun.

1. Kardiovaskuler

Katup jantung menebal dan kaku, penurunan kemampuan darah (penurunan kontraksi dan volume), penurunan elastisitas pembuluh darah, peningkatan resistensi pembuluh darah perifer yang mengakibatkan tekanan darah meningkat.

1. Respirasi

Kekakuan dan penurunan kekuatan otot – otot pernafasan, penurunan elastisitas paru, peningkatan kapasitas residu yang mengakibatkan bernafas menjadi lebih berat, pelebaran dan penurunan jumlah alveoli, penurunan kemampuan batuk dan penyempitan pada bronkus .

1. Persyarafan

Persyarafan pada panca indera mengecil sehingga menjadikan fungsi menjadi turun dan lambat dalam merespon ataupun bereaksi khususnya yang berhubungan dengan stress. Berkurang atau bahkan hilangnya lapisan myelin akson yang menjadikan respon motorik dan reflek menurun.

1. Muskoloskeletal

Cairan tulang menurun sehingga muda rapuh, bungkuk, persendian membesar dan menjadi kaku, kram, tremor serta tendon mengkerut dan mengalami sklerosis.

1. Gastrointenstinal

Esophagus melebar, asam lambung menurun, penurunan peristaltic yang menyebabkan daya absorbs juga menurun. Ukuran lambung mengecil serta menurunnya fungsi organ aksesori yang menjadikan produksi hormone dan enzim pencernaan berkurang .

1. Penglihatan

Penurunan respon terhadap sinar, adaptasi terhadap gelap menurun, akomodasi menurun, lapang pandang menurun dan katarak.

1. Kulit

Elastisitas menurun, vaskularisasi menurun, kelenjar keringat menurun dan rambut memutih.

1. Kemampuan daya ingat (memori)

Penurunan daya ingat akibat menurunnya proses penerimaan informasi yang didapat. Daya ingat memori jangka panjang tidak mengalami perubahan yang signifikan, namun terjadi penurunan memori jangka pendek.

* + 1. **Tugas Perkembangan Lansia**

Kesiapan lansia juga memerlukan adaptasi dan menyesuaikan diri terhadap perkembangan pada usia lanjut dan dapat dipengaruhi oleh pertumbuhan pada tahap sebelumnya. Pada usia lanjut ia dapat tetap melakukan aktivitas ringan yang bisa dilakukan misalnya olahraga ataupun mengembangkan hobi (Dewi, 2014). Berikut beberapa tugas perkembangan lansia :

1. Memepersiapkan diri terhadap penurunan kondisi tubuh
2. Mempersiapkan diri untuk pensiun
3. Menciptakan hubungan yang baik dengan orang lain seusianya
4. Mempersiapkan kehidupan baru
5. Melakukan penyesuaian terhadap kehidupan sosial masyarakat secara santai
6. Mempersiapkan diri untuk kematian diri sendiri dan pasangan
	* 1. **Masalah Yang Terjadi Pada Lansia**

Masalah yang terjadi pada lansia merupakan kumpulan gejala mengenai kesehatan yan sering di dapatkan pada lansia atau mereka yang berusia 60 tahun. Pada umumnya masalah pada lansia dikenal dengan istilah 14 (i) yaitu :

1. *Immobility* (kurang bergerak)

Imobilisasi merupakan gambaran dari berkurangnya kemampuan bergerak yang merupakan sindrom penurunan fungsi fisik akibat dari penurunan aktivitas atau adanya penyakit penyerta yang lain. Beberapa penyakit penyerta yang dimaksud fraktur femur, penurunan kesadaran dan sakit berat lain yang menjadikan pasien harus mengalami imobilisasi lama. Komplikasi lain juga dapat menimbulkan keaadan tersebut seperti ulkus dekubitus, trombosisi vena, infeksi saluran kemih, pneumonia,kekakuan sendi,hipotrofi otot dan sebagainya.

1. *Instability Postural* (Instabilitas Postural)

Perubahan cara berjalan dan berkurangnya keseimbangan seringkali menyertai proses penuaan. Instabilitas postural dapat meningkatkan resiko jatuh yang selanjutnya dapat mengakibatkan cedera fisik maupun psikis. Hal – hal yang dapat menyebabkan jatuh dapat berupa terpleset, kehilangan kesadaran mendadak, vertigo,ipotensi ortostatik, proses penyakit dan sebagainya. Kejadian jatuh tersebuth dapat menyebabkan cedera kepala, cedera jaringan lunak dan sampai patah tulang yang menimbulkan imobilisasi.

1. *Incontinence* (Beser BAB dan BAK)

Inkontiensia urin merupakan keluarnya urin yang tidak dikehendaki dan tidak terkendali pada saat yang tidak tepat. Inkontinensia urin dapat terjadi akibat sindrom delirium, imobilisasi, poliuria, infeksi, inflamasi, impaksi feses ataupun pengaruh dari obat – obatan. Inkontinensia urin dapat berujung masalah kesehatan seperti dehidrasi, jatuh dan fraktur akibat terpleset karena urin yang berceceran, luka lecet sampai menimbulkan ulkus diabetik akibat penggunaan diapers yang membuat pantat menjadi lembab atau basah. Sedangkan inkontinensia fekal sendiri merupakan ketidakmampuan dalam mengendalikan pengeluaran feses melalui anus yang disebabkan oleh cedera pangul. Operasi anus, tumor dan sebagainya. Perasaan malu dan depresi juga bisa menimbulkan inkontinensia tersebyut.

1. *Intelectual Impairement* ( Gangguan Intelektual atau Demensia)

Demensia adalah gangguan fungsi kognitif yang merupakan penurunan kapasitas intelektual untuk usia dan tingkat pendidikan seseorang tersebut. Demensia tidak hanya gangguan memori. Gangguan fungsi kognitif tersebut dapat disebabkan oleh penyakit otak yang tidak berhubungan dengan gangguan tingkat kesadaran sehingga memengaruhi aktivitas.demensia meliputi kurangnya kemampuan untuk mengenal, berpikir, menyimpan atau mengingat pelayanan yang lalu. Sindrom delirium akut adalah sindrom mental organic yang ditandai dengan gangguan kesadaran dan atensi serta perubahan kognitif atau gangguan persepsi yang timbul dalam jangka pendek dan berfluktuasi. Gejala pada sindrom ini mengalami gangguan memori jangka pendek, gangguan persepsi, gangguan proses pikir, gangguan siklus tidur.

1. *Infection* (Infeksi)

Perubahan fisik, menurunnya daya tahan/imunitas terhdap infeksi,sirkulasi yang terganggu dan beberapa penyebab infeksi pada lansia. Ciri utama pada semua penyakit infeksi biasanya ditandai dengan meningkatnya temperature badan dan hal ini sering tidak dijumpai pada lansia, kondisi suhu badan yang rendah lebih sering dijumpai. Keluhan dan gejala infeksi semakin tidak khas antara lain berupa konfusi/delirium sampai koma, adanya penurunan nafsu makan tiba- tiba, badan menjadi lemas dan adanya perubahan tingkah laku sering terjadi pada pasien lansia.

1. *Impairement Of Sensel* (Gangguan Fungsi Indera)

Gangguan pendengaran sangat umum ditemui pada lansia dan menyebabkan pasien sulit untuk diajak komunikasi. Gangguan penglihatan bisa disebabkan gangguan refraksi, katarak atau komplikasi dari penyakit lain misalnya DM, HT dll.

1. *Isolation*

Isolasi penyebab utama nya depresi pada lansia adalah kehilangan seseorang yang disayangi, pasangan hidup, anak, bahkan binatang peliharaan. Selain itu kecenderungan untuk menarik diri dari lingkungan menyebabkan dirinya terisolasi dan menjadi depresi. Keluarga yang mulai mengacuhkan karena merasa direpotkan menyebabkan pasien akan meras hidup sendiri. Beberapa orang dapat melakukan usaha bunuh diri akibat depresi yang berkepanjangan.

1. *Inanition* (Malnutrisi)

Anoreksia dipengaruhi oleh faktor biologis (perubahan rasa kecap, pembauan, sulit mengunyah, gangguan usus dll), psikologis (depresi dan demensia) dan sosial (hidup dan makan sendiri) yang berpengaruh pada nafsu makan dan asupan makanan. Kurangnya asupan pada lansia dapat menyebabkan lansia mengalami kekurangan zat gizi yang berakibat pada gangguan imunitas, menghambat penyembuhan luka, penurunan status fungsional hingga meningkatkan kasus mortilitas.

1. *Impercunity* (Kemiskinan)

Semakin bertambahnya usia maka kemampuan fisik dan mental akan berkurang secara berlahan – lahan, yang menyebabkan ketidakmampuan tubuh dalam mengerjalan atau menyelesaikan pekerjaan sehingga tidak dapat memberikan penghasilan. Usia pensiun dimana sebagian dari lansia hanya mengandalkan hidup dari tunjangan hari tua nya. Keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan dan pemenuhan kebutuhan nutrisi.

1. *Iatrogenic* (Menderita penyakit pengaruh obat-obatan)

Lansia sering menderita penyakit lebih dari satu jenis sehingga membutuhkan obat yang banyak, apalagi sebagian lansia sering mengunakan obat dalam waktu jangka waktu yang lama tanpa pengawasan dokter sehinggan dapat menimbulkan efek samping obat yang dapat mengancam jiwa.

1. *Insomnia* (Sulit Tidur)

Berbagai keluhan gangguan tidur yang sering dilaporkan oleh lansia yaitu sulit untuk masuk kedalam proses tidur, tidur nya tidak mudah terbangun, jika terbangun maka sulit untuk tidur kembali, terbangun dini hari, lesu setelah bangun di pagi hari. Kondisi insomnia tersebut dapat terjadi karena gangguan cemas, depresi,delirium,demensia hingga perasaan tertekan.

1. *Immun-Defficiency* (Penurunan sistem kekebalan tubuh)

Penurunan daya tahan tubuh disebabkan oleh proses penunaan akibat penurunan fungsi organ tubuh, dan dapat disebabkan penyakit yang di derit, pengguna obat-obatan, keadaan gizi yang menurun. Masalah kesehatan yang dapat terjadi akibat penurunan sistem imunitas tubuh ialah tuberculosis yang meningkat kasusnya pada lansia.

1. *Impotence* (Gangguan seksual)

Impotensi atau ketidakmampuan melakukan aktivitas fisik secara seksual pada lansia terutama disebabkan oleh gangguan organic seperti gangguan hormone, syaraf, pembuluh darah, dan depresi. Salah satunya gangguan pada ereksi pada laki-laki juga dapat disebabkan oleh obat-obatan antihipertensi, diabetes mellitus, merokok dan hipertensi yang kronis

1. *Impaction* (Sulit buang air besar)

Faktor yang mempengaruhi kesulitan buang air besar atau kostipasi pada lansia meliputi kurangny gerak fisik, makanan yang kurang megandung serat, kurang minum, karena obat- obatan tertentu dan lain-lain. Akibatnya pengosongan usus menjadi sulit atau isi usus mejadi tertahan, kotoran yang ada di dalam usus menjadi keras dan kering. Pada keadaan yang berat terjadi penyumbatan di dalam usus dan perut menjadi sakit.

* + 1. **Lansia sebagai populasi rentan dan beresiko**

Pada lansia adalah proses alami pada manusia yang sertai dengan penurunan fisik, psikologis maupun sosial yang saling berinteraksi satu sama lain. Penyakit kronis yang di derita oleh lansia juga akan menyebabkan kerentanan dan dapat memperburuk dengan kemiskinan, kurangnya sumber pelayanan yang tidak adekuat bagi lansia. Pada lansia ada populasi rentan dan beresiko sebagai berikut :

1. Kerentanan

 Keadaan seseorang akan menjadi sangat rentan karena bisa jadi dari faktor internal maupun eksternal yang bisa mengalami kondisi menjadi buruk. Pada kelompok rentan yaitu populasi yang mudah untuk mengalami masalah kesehatan akibat terpajan resiko daripada kesluruhan populasi

1. Beresiko

Kondisi ini mempengaruhi seseorang menjadi sakit atau sehat (Stanhop & Lanchaster, 2004)

* 1. **Konsep Katarak**
		1. **Definisi Katarak**

Katarak adalah dimana kondisi apda mata mengalami kekeruhan yang bisa mengakibatkan gangguan penglihatan (Syafei & Suryadi, 2018). Katarak ini mempunyai 2 faktor yaitu faktor intrisik yang berasal dari faktor usia dan jenis kelamin sedangkan untuk faktor ekstrinsik yaitu yang berasal dari diabetes mellitus, karena minum alkohol, rendah asupan nutrisi, dan merokok (Anindiya, 2022).

* + 1. **Etiologi Katarak**

Adapun etiologi katarak (Budiono, 2019) antara lain :

1. Kelainan bawaan

Adanya gangguan proses perkembangan embrio saat dalam kandungan dan kelainan pada kromosom secara genetic dapat menimbulkan kekeruhan pada kontak lensa tetapi juga pada bagian tubuh yang lain.

1. Proses penunaan

Seiring dengan bertambahnya usia, lensa mata akan mengalami perubahan dengan pertambahan berat dan ketebalannya

1. Penyakit sistemik

Adanya kelainan sistemik yang tersering menyebabkan katarak adalah diabetes mellitus. Teori akumulasi sorbitol yang terbentuk dari aktivitasi alur polyol pada keadaan hiperglikemia yang mana akumulasi sorbitol dalam lensa akan menarik air ke dalam lensa sehingga terjadi hidrasi lensa yang merupakan dasar patofisiologi terbentuknya katarak.

1. Trauma

Adanya trauma akan mengganggu struktur pada lensa baik secara makroskopis maupun mikroskops

1. Penyakit mata lainnya

Adanya glukoma dan uveitis menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit yang menyebabkan kekeruhan pada lensa.

* + 1. **Manifestasi Klinis Katarak**

Adapun etiologi katarak (Budiono, 2019), antara lain :

1. Pandangan kabur

Penderita umumnya datang saat kekeruha lensa sudah terjadi pada mata meski derajat kedua mata berbeda tetapi kekaburan yang dirasakan bersifat perlahan dan penderita akan melihat seperti kaca buram. Pada twahap awal kekeruhan lensa pasien dapat melihat bentuk akan tetapi tidak dapat melihat detail

1. Silau

Katarak bisa menyebabkan gangguan pembiasaan lensa akibat perubahan bentuk, struktur dan indkes bias lensa. Segala jenis katarak pada umumnya akan mengeluh silau akan tetapi terbanyak pada katarak sub kapsular posterior.

1. Gangguan penglihatan

Lensa yang bertambah kuning atau kecoklatan akan menyebabkan gangguan diskriminas warna, terutama pada spectrum cahaya biru.

* + 1. **Jenis – Jenis Katarak**

Jenis – jenis katarak Haryanti et al, 2021 ) sebagai berikut :

1. Katarak Nuklir

Jenis katarak ini mempengaruhi pusat lensa dan dapat menyebabkan rabun jauh atau bahkan perubahan dalam penglihatan selama membaca.

1. Katarak Kortikal

Katarak yang mempengaruhi tepi lensa dimulai dengan bercak putih dan kekeruhan berbentuk goresan di tepi luar korteks lensa. Saat perlahan – lahan berkembang, garis- garis kemudian meluas ke tengah dan mengganggu cahaya yang melewati pusat lensa.

1. Katarak Subkapsular Posterior

Terjadi di bagian belakang lensa dalam kondisi ini biasanya diawali dengan area kecil dan buram yang biasanya terbentuk di sekitar bagian belakang lensa dan tepat di jalur cahaya.

1. Katarak bawaan

Kondisi terjadi akibat bawaan lahir dan disebut dengan katarak *congenital* mungkin bersifat genetik atau terkait dengan infeksi atau trauma intrauterine (trauma dalam rahim).

* + 1. **Patofisiologi Katarak**

 Katarak senilis memperlihatkan bukti adanya agregasi protein, cedera oksdatif dan peningkatan pigmentasi di bagian tengah lensa, selain itu pada katarak traumatika dapat terjadi inflamasi atau fagositosis lensa ketika lensa mata mengalai rupture.Secara kimiawi pembentukan katarak ditandai dengan berkurangnya ambilan oksigen dan bertambahnya kandungan air yang kemudian diikuti degan dehidrasi.Kandungan natrium dan kalsium bertambah, sedangkat asam askorbat serta protein menjadi berkurang.Lensa mata berisi 65% ar, sisanya berupa protein dan mineral penting.Katarakn terjadi pada saat penurunan ambilan oksigen dan penurnan air.Dilain sisi terjadi peningkatan kada kalsium dan berubhanya protein larut menjadi tidak dapat larut. Pada kondisi tersebut akan menyebabkan gangguan metabolisme ini akan mengakibatkan perubahan kandungan bahan-bahan yang ada di dalam lensa. Perubahan inilah yang pada akhirnya menyebabkan kekeruhan lensa. Kekeruhan dapat berkembang sampai di berbagai bagian lensa atau kapsulnya (Suprapto et al., 2022).

* + 1. **WOC KATARAK**

Katarak

Katarak traumatik

Katarak senilis

Katarak kongenital

Katarak juvenile

Katarak komplikasi

Katarak trauma

Otot (distrofi miotnik)

Katarak metabolic

Gambar 2.1 WOC Katarak

Akomodasi menurun

Prolapas iris

Post operasi

Gangguan Rasa Nyaman Nyeri

Nyeri

Glaukoma

Resiko Infeksi

Peradangan

Gangguan Persepsi Sensori Visual

Perdarahan

Pengelolaan : kacamata apakia, lensa kontak, lensa tanam intra okuler

pembedahan

Komplikasi

Sumber : pathwaypatofisiologi.blogspot.com

* + 1. **Komplikasi Katarak**

Pada hordeolum yang besar dapat disertai selulitis dari palpebral atau orbita sehingga keadaan umumnya terganggu (Istiqomah, 2012).

1. Uveitis : terjadi karena masa lensa merupakan benda asing, sehingga menimbulkan reaksi alergi
2. Glaucoma : terjadi karena masa lensa meyumbat sudu bilik mata sehingga terjadi aliran cairan bilik mata depan menjadi terganggu.
	* 1. **Pemeriksaan Penunjang**

Uji laboratorium kultur dan smear kornea atau konjungtiva dapat digunakan untuk mendiagnosa tentang infeksi. Slitlamp memungkinkan dapat digunakan untuk pemeriksaan struktur anterior mata dalam gambaran mikroskopis.Dalam pemeriksaan mata yang komprehensif perlu dilakukan pengkajian TIO (Tekanan Intra Okuler).Alat yang dapat digunakan untuk mengukur TIO yaitu tonometer schiotz.Pengukuran ini hanya dilakukan pada pasien yang berusia lebih dari 40 tahun. Oftalmoskopi juga dapat digunakan untuk pemeriksaan mata bagian dalam (Suprapto et al., 2022).

* + 1. **Penatalaksanaan Katarak**
1. *Intra Capsular Cataract Extraction* (ICCE)

Teknik bedah yang digunakan sebelum adanya bedah katarak ektrakapsular. Seluruh lensa bersama dengan pembungkus atau kapsulnya dikeluarkan diperlukan sayatan yang cukup luas dan jahitan yang banyak (14-15 mm). prosedur tersebut relative beresiko tinggi disebabkan oleh insisi yang lebar dan tekanan pada badan vitreus. Metode ini sekarang sudah ditinggalkan kerugian tindakan ini antara lain, angka kejadian cystoid macular edemadan retinal detacthment setelah operasi lebih tinggi, insisi yang sangat lebar dan astigmatisma yang tinggi. Resiko kehilangan vitreus selama oerasi sangat besar.

1. *Ekstra Capsular Cataract Extraction* (ECCE)

Operasi katarak dengan melakukan pengangkatan nucleus dan korteks melalui pembukaan kapsul anterior yang lebar 9-10 mm, dan meingkalkan kapsul posterior (Suprapto et al., 2022).

* + 1. **Katarak Pada Lansia**

Katarak adalah dimana mata mengalami kekeruhan pada lensa yang bisa mengakibatkan pada gangguan penglihatan. Katarak pada lansia juga hal sama yaitu adanya kekeruhan pada lensa mata yang mengakibatkan ada nya warna putih, kuning atau kecoklatan. Katarak pada lansia ini juga paling banyak di dapatkan karena ada beberapa faktor yang memengaruhi faktor pada lansia yaitu ada faktor usia yang biasanya memangmuncul pada usia 60 tahun ke atas dan jenis kelamin juga mempengaruhi pada lansia karena katarak pada lansia paling banyak yaitu yang di alami oleh prempuan daripada laki – laki (Detty et al., 2021).

* 1. **Konsep Asuhan Keperawatan Pada Pasien Katarak**
		1. **Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian adalah tahapan dimana seorang perawat mengambil informasi dengan akurat sebanyak – banyaknya terhadap pasien yang akan dibina. Pengkajian tahap awal dari proses keperawtaan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan.

* + - 1. Identitas
1. Umur dan Jenis Kelamin

 Penderita katarak ini lebih banyak prempuan dari pada laki- laki. Pada katarak ini muncul pada usia 60 tahun ke atas, untuk resiko pada penderita katarak juga sama dengan prempuan dan laki- laki.

1. Pendidikan

Pasien yang mengalami katarak ini tidak memandang pada kalangan pada pendidikan yang rendah maupun pendidikan yang atas. Karena pada proses katarak ini tidak bias dicegah dan kebanyakan akan terlihat pada usia 60 tahun ke atas.

* + - 1. Riwayat Kesehatan
1. Keluhan Utama

 Keluhan utama adalah keluhan yang paling dirasakan oleh pasien yaitu dengan mata yang terlihat buram dan gelap, adanya gangguan penglihatan karena adanya kekeruhan pada lensa.

1. Status Kesehatan Sekarang

 Pada pasien yang menderita katarak saat melakukan aktivitas yaitu adanya gangguan penglihatan seperti gelap dan buram.

1. Riwayat Kesehatan Dahulu

 Riwayat penyakit dahulu yang dikaji pada lansia biasanya katarak, hipertensi, diabetes mellitus, penyakit jantun koroner.

1. Riwayat Kesehatan Keluarga

 Tanyakan pada pasien apakah ada riwayat penyakit pada keluarga seperti diabetes mellitus, hipertensi, stroke dan penyakit jantung.

1. Pengkajian Konsep Diri
2. Ideal diri
3. Harga diri
4. Gambaran diri
5. Identitas diri
6. Genogram

 Pada genogram keluarga meliputi tiga generasi, yaitu kakek, orang tua, anak, saudara kandung, tante, paman, sepupu yang pertama. Laki-laki diletakkan pada sebelah kiri dengan tanda kotak dan prempuan disebelah kanan dengan tanda lingkaran.

* + - 1. Pemeriksaan Fisik Head To Toe
1. Keadaan Umum

 Pada pasien yang menderita katarak biasanya mengalami adanya gangguan penglihatan pada salah satu mata yang terjadinya katarak, penglihatan menjadi gelap atau buram. Lansia yang menderita katarak akan mengalami penurunan penglihatan dan merasa tidak nyaman.

1. Integument

 Pada lansia dengan katarak tidak terdapat lesi, perubahan pigmen dan memar, untuk integument lansia lembab.

1. Hemopoietik

 Pada pasien katarak tidak mengalami perdarahan / memar abnormal, tidak mengalami pembengkakan kelenjar limfa, tidak anemia dan tidak ada riwayat transfusi darah.

1. Kepala

 Pasien dengan katarak tidak mengalami sakit kepala/ pusing, tidak ada gatal pada kulit kepala, tidak ada rambut rontok.

1. Mata

 Pada pasien dengan katarak ada perubahan dan adanya gangguan penglihatan menjadi pandangan kabur, konjungtiva an anemis, sclera an ikterik, tidak memakai kacamata, tidak ada strabismus, tidak ada kekeringan mata, tidak ada nyeri pada mata, tidak ada gatal pada mata, terdapat cairan bewarna putih di mata sebelah kanan tidak ada riwayat infeksi dan ada riwayat untuk penyakit katarak.

1. Telinga

 Pada pasien menderita katarak tidak ada penurunan pendengaran, tidak ada discharge, tidak da tinnitus dan tidak mengalami vertigo, pada lansia biasanya terjadi sensivitas pendengaran terutama suara atau nada- nada.

1. Hidung Sinus

 Pada penderita katarak tidak ada rhinorrhea, tidak ada epistaksis, tidak ada obstruksi di hidung, tidak ada snoring, dan tidak riwayat alergi, tidak ada gangguan penciuman, bentuk hidung simetris.

1. Mulut / Tenggorokan

 Pada pasien menderita katarak tidak ada gangguan nyeri telan, tidak ada lesi maupun perdarahan gusi, pada lansia biasanya ada caries gigi karena kurang terawat pada gigi, dan ada beberapa lansia yang memakai gigi palsu, tidak ada riwayat infeksi, mukosa menjadi lembab, dan pola sikat gigi 2x sehari (pagi dan malam).

1. Leher

 Pada pasien lansia biasanya ada yang menderita kekakuan pada leher, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran pada leher dan kelenjar thyroid.

1. Pernafasan

 Pada lansia biasanya ada batuk dan nafas pendek pada saat melakuka aktivitas berat, beberapa ada yang wheezing dan mempunyai riwayat penyakit asma, tidak ada retraksi.

1. Kardiovaskuler

 Pada penderita katarak tidak ada *chest pain,* tidak ada palpitasi, tidak ada sesak nafas, tidak ada mur mur, dan tidak ada edema.

1. Gastrointestinal

Pada lansia biasanya ada penurunan nafsu makan,tidak ada disphagia, tidak ada hematemesis, tidak ada jaundice, tidak ada perubahan pola BAB, tidak ada melena, tidak daa hemorhoid, pola BAB 2x sehari.

1. Perkemihan

Pada lansia umumnya sering ditemui yang mengalami inkontinensia urin

Frekuensi urin mengalami perubahan. Tidak ditemukan disuria, hematuria, poluria,oliguria dan nokturia.

1. Reproduksi Prempuan

Pada pemeriksaan genital prempuan pada pasien wanita yang menderita katarak tidak ditemukan lesi, tidak ada nyeri pelvis, tidak ada prolap. Kaji riwayat menopause dan riwayat menstruasi.

1. Muskoskletal

Pada lansia secara umum mengalami nyeri pada persendian, kram, kelemahan otot, nyeri punggung, masalah dengan cara berjalan dan jarang berolahraga, ada beberapa lansia yang menggunakan alat bantu.

1. Persyarafan

 Pada lansia biasanya didapatkan sakit pada kepala, tidak ditemukan data kejang, tidak ditemukan paralysis, tidak ada ditemukan paresis, dan adanya gangguan memori.

* + - 1. Diagnosis Keperawatan
1. Gangguan persepsi sensori b.d gangguan penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190).
2. Ansietas b.d kebutuhan tidak terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)
3. Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (SDKI D.0083 Hal 186).
4. Defisit pengetahuan b.d Kurang terpapar informasi (SDKI D.0111 Hal 246)
5. Resiko Jatuh b.d Gangguan penglihatan (SDKI D.0143 Hal 306)
	* + 1. **Intervensi Keperawatan**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| NO | Diagnosa Keperawatan | Tujuan & Kriteria Hasil | Intervensi Keperawatan |
| 1. 2.3.4.5. | Gangguan persepsi sensori b.d gangguan penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190).Ansietas b.d kebutuhan tidak terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)Gangguan citra tubuh b.d perubahan fungsi tubuh (SDKI D.0083 Hal 186). Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111 Hal 246)Resiko Jatuh  | Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.. jam, maka diharapkan persepsi sensori membaik dengan kiteria hasil : 1. Menarik diri menurun
2. Perilaku halusinasi membaik
3. Melamun membaik

(SIKI L.09083 Hal 93)Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.. jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kiteria hasil : 1. Perilaku gelisah menurun
2. Perilaku tegang menurun

(SIKI L.09093 Hal 132)Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama.. jam, maka diharapkan citra tubuh meningkat dengan kiteria hasil : 1. Respon non verbal pada perubahan tubuh meningkat
2. Hubungan social meningkat

(SLKI L.09067 Hal 19)Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat dengan kiteria hasil : 1. Perilaku sesuai anjuran meningkat
2. Pertanyaan tentang masalah yang dihadapi meningkat

(SLKI L.12111 Hal 146)Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat jatuh menurun dengan kiteria hasil : 1. Jatuh saat berjalan menurun
2. Jatuh saat di kamar mandi menurun

(SLKI L.14138 Hal 140) | **Manajemen Stress****Observasi** 1. Identifikasi tingkat stress
2. Identifikasi stressor

**Edukasi**1. Anjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress
2. Anjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan
3. Ajarkan teknik menurunkan stress

 (SIKI 1.09293 Hal 220)**Terapi Relaksasi****Observasi** 1. Identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan
2. Identifikasi kesedian, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya
3. Monitor respons terhadap terapi relaksasi

**Terapeutik**1. Ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman
2. Berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi

**Edukasi**1. Jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia
2. Anjurkan mengambil posisi nyaman
3. Anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih

**Manajemen Stress****Observasi** 1. Identifikasi tingkat stress
2. Identifikasi stressor

**Edukasi**1. Anjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress
2. Anjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan
3. Ajarkan teknik menurunkan stress

 (SIKI 1.09293 Hal 220)**Edukasi Kesehatan****Observasi :** 1. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi

**Terapeutik :** 1. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
2. Berikan kesempatan untuk bertanya

**Edukasi :** 1. Jelaskan factor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan
2. Ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat

(SIKI 1.12383 hal 65)**Pencegahan jatuh** **Observasi :** 1. Identifikasi faktor resiko jatuh
2. Identifikasi risiko jatuh

**Terapeutik :** 1. Tempatkan pasien beresiko tinggi jatuh dekat dengan pemantauan perawat

**Edukasi :** 1. Anjurkan memanggil perawat jika membutuhkan bantuan
2. Anjurkan berkonsentasi untuk menjaga keseimbangan tubuh

(SIKI Hal 279) |

**BAB 3**

**TINJAUAN KASUS**

 Untuk melihat gambaran tentang pelaksanaan asuhan keperawatan pada Ny S dengan diagnose medis Katarak, maka penulis menyajikan suatu kasus yang penulis amati mulai tanggal 20 Desember 2022 Asuhan keperawatan ini dilakukan dari pengkajian, diagnose keperawatn, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**
		1. **Identitas**

Ny S berjenis kelamin perempuan, usia 61 tahun, beragama Islam, dari suku Jawa, Asal tempat tinggal Surabaya. Pasien berstatus janda, suami meninggal dunia. Riwayat pekerjaan tidak bekerja. Ny S masuk ke UPTD Griya Wreda pada tanggal 19 Agustus 2021 Pasien sudah tinggal di UPTD Griya Wreda selama 2 tahun dan keluarga banyak yang bertempat tinggal di Ponorogo. Pengkajian dilakukan pada tanggal 20 Desember 2022.

* + 1. **Riwayat Kesehatan**
1. Keluhan Utama : Keluhan utama yang dirasakan pada Ny S adalah mata sebelah kanan mengalami buram dan tidak jelas untuk melihat, dan pasien merasakan mata yang buram sudah 1 tahun yang lalu..
2. Keluhan yang dirasakan tiga bulan terakhir : Selama 3 bulan terakhir pasien mengatakan mata sebelah kanan sudah tidak bisa untuk melihat dan hanya mengandalkan penglihatan untuk mata sebelah kiri.
3. Penyakit saat ini : Katarak
4. Riwayat Alergi : pasien menatakan tidak memiliki alergi makanan atau obat-obatan tertentu
	* 1. **Status Fisiologis**

Ny S mengalami perubahan status fisiologis antara lain yaitu adanya gangguan penglihatan pada mata sebelah kanan menjadi penglihatan tidak jelas dan buram. Keadaan umum baik, Tekanan darah 110/75mmHg, Nadi 88x/mnt, RR 20x/mnt,Suhu 36,3 C.Berat badan 50kg dan Tinggi badan150cm.

* + 1. **Pemeriksaan Fisik**
1. Kondisi Umum

Ny S tidak merasa kelelahan jika beraktivitas ringan tetapi jika melakukan aktivitas berat maka akan sedikit merasakan kelelahan, tidak ada perubahan BB dan nafsu makan sangat baik, untuk tidur Ny S tidak ada masalah dengan tidur. Berat badan nya 50 kg dan tinggi badan 150cm.

1. Integumen

Pada Ny S tidak ada luka di area kulitnya, tidak ada perubahan pigmen maupun memar, untuk kulit Ny S terasa lembab.

1. Hematopoetic

Ny S tidak mengalami perdarahan abnormal dan tidak ada pembengkakan limfe, Ny S tidak mengalami anemia.

1. Kepala

Ny S mengatakan tidak ada pusing, tidak ada gatal pada kulit kepala, bentuk kepalasimetris, kulit kepala bersih, tidak terdapat benjolan, tidak terdapat luka, rambut pendek dan bewarna putih.

1. Mata

Ny S pada mata sebelah kanan mengalami gangguan penglihatan terlihatjelas danburam, fungsi penglihatan pada sebelah kanan mengalami penurunan dan buram terjadi pada 1 tahun yang lalu, konjungtiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak menggunakan alat bantu kacamata, tidak ada strabismus, tidak ada kekeringan pada mata, tidak ada nyeri, tidak ada gatal, terdapat cairan bewarna putih di mata sebelah kanan, tidak ada photobia, tidak ada diplopia dan tidak ada riwayat infeksi,Ny S mempunyai riwayat katarak.

1. Telinga

Ny S tidak terjadi penurunan pendengaran, tidak ada discharge berlebih, tidak adatinitus, tidak ada vertigo, tidak ada alat bantu dengar, tidak ada riwayat infeksi, kebiasaann membersihkan telinga.

1. Hidung Sinus

Ny S bentuk hidung simetris,tidak ada rhinorrhea, tidak ada discharge, tidak ada epistaksis, tidak ada riwayat obstruksi,tidak ada snoring, tidak ada alergi, tidak ada riwayat infeksi dan tidak ada gangguan pada fungsi penciuman.

1. Mulut, Tenggorokan

Ny S tidak ada nyeri telan, tidak ada kesulitan menelan/mengunyah, tidak ada lesi, tidak ada perdarahan gusi, tidak ada karies, tidak ada perubahan rasa, tidak ada gigi palsu, tidak ada riwayat infeksi, mukosa bibir lembab dan sikat gigi 2x sehari menggunakan pasta gigi.

1. Leher

Ny S tidak ditemukan adanya kekakuan, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada pembesaran thyroid.

1. Pernafasan

Ny S tidak ditemukan adanya batuk, tidak terlihat retraksi dada, tidak terdapat ronchi dan wheezing dan tidak riwayat asma.

1. Kardiovaskuler

Ny S bentuk dada normochest, tidak ada *chest pain*, tidak ada palpitasi, tidak ada mur – mur dan tidak ada edema.

1. Gastrointestinal

Ny S tidak ada perubahan pola makan, bentuk perut normal, tidak ada nyeri tekan, tidak ada massa, tidak ada distensi abdomen, tidak ada nausea dan vomiting, tidak ada hematemesis dan melena, tidak ada hemorrhoid, bising usu 18x/mnt dan pola BAB 1x sehari.

1. Perkemihan

Ny S tidak ada dysuria, tidak ada inkontinesia, tidak ada hematuria, tidak ada nyeri saat berkemih dan pola 4-6 kali sehari.

1. Reproduksi Wanita

Pada reproduksi Ny S tidak ada lesi, tidak ada discharge, tidak ada poscoital bleeding, tidak ada nyeri pelvis, tidak ada prolap, pernah menstruasi, aktivitas seksual saat ini tidak pernah dan tidak pernah pap smear.

1. Musculoskeletal

Ny S tidak ada nyeri sendi,tidak ada bengkak, tidak ada kaku sendi, tidak ada deformitas, tidak ada spasme, tidak ada kram, tidak ada kelemahan otot, tidak ada masalah pada gaya berjalan, tidak ada nyeri punggung, tidak ada pembungkukan, ekstermitas rentang gerak dan kekuatan otot baik dan tidak ada tremor serta edema kaki, tidak menggunakan alat bantu jalan.

1. Persyarafan

Ny S tidak ada headache, tidak ada seizures, tidak ada syncope, tidak ada tremor,tidak ada paralysis, tidak ada paresis dan tidak ada masalah dengan masalah memori.

* + 1. **Pengkajian Psikososial dan Spiritual**
1. Pengkajian Psikososial

Hubungan Ny S dengan lansia yang tinggal sekamar baik, kebiasaan pada Ny S berinteraksi dan berbicang dengan lansia di sebelah tempat tidurnya, kamar tidur pasien rapi dan bersih.

1. Spiritual

Ny S beragama islam dan beribadah dengan cara berdoa dan melakukan ibadah tanpa adanya hambatan. Ny S berharap selalu diberikan kekuatan untuk hidup mengatakan sudah pasrah dalam keadaan yang diberikan oleh Allah. Ny S tinggal di Surabaya sendiri karena anak dan cucunya hidup di Ponorogo.

* + 1. **Pengkajian Lingkungan**
1. Pemukiman

Pada pemukiman Griya Wreda Jambangan Surabaya luas bangunan sekitar 2.887 m2dengan bentuk bangunan asrama permanen dan memiliki atap genting., diding tembok,lantai keramik dan kebersihan lantai. Panti terbagi menjadi 3 blok yaitu Blok A khusus dengan pasien laki – laki, Blok B dan C khusus untuk pasien prempuan terdapat meja perawat yang terdapat di setiap blok nya. Panti memiliki perabotan yang cukup baik dan lengkap, tempat tidur yang diatur dengan rapi dan setiap kamar tidur ada kamar mandi dan WC. Pengelolaan jamban dilakukan bersama dengan jenis jamban duduk pada masing – masing kamar. Sarana pembuangan air limbah lancar dan ada petugas yang bertugas membersihkan ruang kamar membuang sampah setiap hari.

1. Fasilitas

Fasilitas yang tersedia di Griya Wreda Jambangan Surabaya antara lain terdapat pos jaga didepan, bangunan kamar yang dibagi menjadi Blok A, B dan C, taman dan lahan untuk fasilitas olahraga luasnya 20 m2 dengan gazebo kecil di tengah blok A dan B, ruang makan/pertemuan, sarana hiburan berupaTV, *soundsytem,* VCD dan mushola.

1. Keamanan dan Transportasi

Terdapat pos keamanan yang terletak dihalaman depan, sistem keamanan berupa APAR untuk penanggulangan kebakaran, memiliki kendaraan mobil ambulance dan minibus.

1. Komunikasi

Terdapat sarana komunikasi telepon dan juga penyebaran informasi secara langsung.

* + 1. **Pengkajian Negative Functional Consequences**
1. Kemampuan ADL (Activity Daily Living)

 Pada tingkat kemandirian dalam kehidupan sehari hari (Indeks Barthel), pada pemeliharan kesehatan diri skor yang didapat yaitu 5, mandi didapatkan skor dengan 5, makan didapatkan skor 10, toilet (Aktivitas BAB & BAK didapatkan skor 10, naik/ turun tangga skor yang didapat yaitu 10, berpakaian didapatkan skor 10, kontrol BAB didapatkan 10, kontrol BAK didapatkan 10, ambulasi di dapatkan dengan skor 15, transfer kurso / bed didapatkan skor 10. Interprestasi pada Ny S didapatkan kemampuan ADL yaitu 100 dan termasuk dalam kategori mandiri, dimana Ny S bisa melakukan secara mandiri untuk semua kegiatan.

1. Aspek Kognitif

 Pada MMSE (Mini Mental Status Exam) orientasi bisa menyebutkan tahun 2022, hari selasa, musim hujan, bulan desember dan tanggal 20 skor yang didapatkan yaitu 5, orientasi kedua klien bisa menyebutkan Negara Indonesia, provinsi jawa timur, kota Surabaya dan tinggal di panti wreda skor yang didapat 5,registrasi klien menyebutkan meja dari 3 pertanyaan dan skor yang didapat 3, perhatian dan kalkulasi menjawab hasil yaitu 65 skor yang didapatkan 5, mengingat klien bisa menyebutkan semua dan mengingatnya skor yang didapat yaitu 3, pada bahasa klien bisa menunjukkan benda seperti meja, al quran, menyuruh klien mengulangi kata tidak ada, dan, jika, atau tetapi klien menjawab tidak ada, dan klien bisa mengikuri perintah yang disuruh oleh perawat dan didapatkan skor 9.

 Interprestasi hasil : Total MMSE pada Ny S didapatkan bahwa pasien mampu menjawab 30 pertanyaan dengan perintah baik sehingga termasuk dalam kategori tidak ada gangguan kognitif

1. Tingkat Kerusakan Intelektual

 Pada tingkat kerusakan intelektual perawat mengajukan pertanyaan pada dan klien harus bisa menjawab pertanyaan pertama klien bisa menyebutkan taggal dengan benar, klien bisa menyebutkan hari apa sekarang dengan benar, klien bisa menjawab di tempat panti wreda dengan benar, klien mampu menjawab alamat yang ada di Surabaya dengan benar, klien salah waktu penyebutan umur, klien mampu menjawab kapan klien lahir dengan benar, klien mampu menyebutkan presiden Indonesia dengan benar, klien menjwab dengan salah pada saat pertanyaan siapa presiden Indonesia sebelumnya, klien mampu menjawab dengan benar pada pertanyaan siapa nama ibu nya, dank lien mampu menjawab dengan benar pda pertanyaan kurang 3 dari 20 dan tetap pengurangan 3 dari setiap angka baru, secara menurun.

Interprestasi hasil : Ny S didapatkan 10 pertanyaan yang menjawab benar hanya ada 8 pertanyaan dan 2 pertanyaan yang salah dengan hasil mempunyai fungsi intelektual utuh.

1. Test keseimbangan

 Pada tes keseimbangan Ny S dilakukan test *Time Up Go Test* pada tanggal 20 Desember 2022 hasil TUG (detik) didapatkan klien bisa mengangkat satu kaki pada waktu 3 detik, tanggal 21 Desember 2022 hasil TUG (detik) klien berjalan dari tempat tidur sampai ke pintu kamar hanya wktu 10 detik.

Interprestasi hasil menunjukkan bahwa Ny S di dapatkan total untuk test keseimbangan waktunya hanya 13 detik yang dimana hasil dari test tersebut menunjukkan tidak terjadi resiko jatuh

1. Pengkajian Kecemasan, GDS Pengkajian Depresi

 Pada pengkajian cemas klien akan diajukan pertanyaan pertama anda puas dengan kehidupan anda saat ini hasil yang didapat 0 (ya), anda merasa bosan dengan berbagai aktivitas dan kesenangan hasil yang didapat 0 (tidak), anda merasa bahwa hidup anda hampa/ kosong hasil yang didapat 0 (tidak), anda sering merasa bosan hasil yang didapat 0 (tidak), anda memiliki motivasi yang baik sepanjang waktu dengan hasil 0 (ya), anda takut ada sesuatu yang buruk terjadi pada anda 1 (ya), anda merasa lebih bahagia di sepanjang waktu hasil yang didapat 0 (ya), anda lebih senang tinggal di rumah daripada keluar melakukan sesuatu hal hasil yang didapat 1 (ya), anda merasa memiliki banyak masalah dengan ingatan anda hasil yang didapat 0 (tidak), anda menemukan bahwa hidup ini sangat luar biasa hasil yang didapat 0 (ya), anda tertarik dengan jalan hidup anda hasil yang didapat 0 (tidak), anda merasa diri anda sangat energik / bersemangat hasil yang didapat 0 (ya), ada merasa tidak punya harapan hasil yang didapat 0 (tidak), anda berfikir bahwa orang lain lebih baik dari diri anda hasil yang didapat 0 (tidak).

Interprestasi hasil Ny S didapatkan bahwa pasien memiliki hasil dengan total 2 termasuk kategori tidak depresi.

* + 1. **Pengkajian Perilaku Terhadap Kesehatan**

 Pada Ny S ditemukan data bahwa pasien mengeluh bahwa mata sebelah kanan mengalami buram dan tidak bisa melihat dengan jelas karena di mata sebelah kanan ada katarak. Pada Ny S ini untuk nafsu makan sangat baik dengan 3x kali sehari makan dengan 1 porsi selalu dihabiskan. Untuk mengisi waktu luang biasanya pasien duduk- duduk di depan kamar dan berbincang – bincang dengan satu kamar, pasien juga aktif dalam mengikuti kegiatan senam yang dilakukan pagi hari pada pukul 09.00 WIB. Untuk pola tidur Ny S tidak ada gangguan untuk tidur dan rajin untuk beribadah serta mengikuti kegiataan keagamaan. Ny S ini untuk frekuensi minum > 3 gelas sehari pasien meminum air putih ataupun teh yang sudah disiapkan dari UPTD Panti Wreda Jambangan Surabaya. Untuk frekuensi BAB 2x sehari dan konsistensi lembek, tidak ada gangguan untuk BAB, untuk frekuensi BAK sekitar 4- 6 kali sehari dengan warna urine putih jernih, tidak ada gangguan pada BAK. Ny S mandi 3x sehari dengan sabun dan sikat gigi 2x sehari menggunakan pasta gigi serta Ny S ini juga selalu ganti baju >1x sehari dengan mandiri.

* 1. **Analisa Data Keperawatan**

Hasil pengkajian klien didapatkan diagnose keperawatan yaitu

1. **Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan Gangguan penglihatan**

Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan dengan subjektif klien mengatakan mata kanan buram dan gelap sejak satu tahun yang lalu, klien juga mengatakan kesal tidak bisa membaca al quran dengan jelas karena penglihatannya kabur dan gelap. Dan pada data objektif didapatkan klien terlihat sering menyendiri, klien sering melamun, tampak mata bewarna putih di sebelah kanan.

Rasional : masalah ini diangkat karena adanya mata berwarna putih atau muncul seperti kerak berwarna kuning atau kecoklatan yang bisa mengakibatkan adanya gangguan penglihatan pada mata kanan menjadi buram dan gelap.

1. **Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi**

Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi dengan subjektif klien mengatakan bahwa khawatir dengan kondisi penglihatannya dan data objektif yang didapatkan bahwa klien tampak gelisah, klien tampak sedih, klien juga tampak cemas.

Rasional : diagnosa ini diangkat karena klien mengalami gelisah dan cemas akibat dari kebutuhan yang tidak terpenuhi karena klien ingin membaca al quran tetapi mata kanan tidak bisa membaca dengan jelas dan kebutuhan spiritual sedikit berkurang untuk klien.

1. **Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi**

Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi dengan subjektif klien bertanya mengapa mata kanan menjadi buram, gelap dan bewarna putih dan data objektif yang ditemukan yaitu tampak tidak paham terhadap mengapa mata kanan menjadi buram dan tampak perilaku agitasi seperti cemas, gelisah dan jengkel.

Rasional : masalah yang diangkat pada defisit pengetahuan ini karena klien masih belum tau apa penyakit yang di derita dan kurang nya terpapar informasi juga menyebabkan pengetahuan kurang pada penyakit yang di derita nya sehingga akan menimbulkan perasaan jengkel adanya gangguan penglihatan.

* 1. **Intervensi Keperawatan**
1. **Gangguan persespsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan persepsi sensori membaik, tujuan keperawatan : identifikasi tingkat stress, identifikasi stressor, anjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress, anjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan dan ajarkan teknik menurunkan stress.

1. **Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi**

Setelah dilakukan asuhan keperawataan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat ansietas menurun, tujuan keperawatan : identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan , identifikasi kesedia, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, monitor respons terhadap terapi relaksasi, menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.

1. **Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi**

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama 3x24 jam maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat, tujuan keperawatan : identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menjelaskan faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

* 1. **Implementasi Keperawatan**
1. **Gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan**

 Pelaksanaan rencana asuhan keperawatan yang telah di buat di implementasikan pada pasien sesuai kondisi pasien, implementasi dilakukan sejak tanggal 20-22 Desember 2022. Implementasi untuk manajemen stress adalah 1). Mengidentifikasi tingkat stress, 2). mengidentifikasi stressor, 3). Menganjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress, 4). Menganjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan, 5). Mengajarkan teknik menurunkan stress.

 Evaluasi pada tanggal 21 Desember 2022 didapatkan keluhan peglihatan masih gelap dan buram . dari data perilaku tampak klien suka melamun, sudah mau bersosialisasi, masih halusinasi, tampak mata bewarna putih keruh.

 Evaluasi pada tanggal 22 Desember 2022 didapatkan data kesadaran compos mentis, keluhan klien masih mengatakan bahwa penglihatan masih gelap dan buram, data perilaku didapatkan masih tampak mata bewarna putih keruh, sudah mau bersosialisasi, TTV : TD 117/80 mmHg, N:75x/mnt, RR : 20 x/mnt, S: 36,3 C

 Dari data di atas disimpulkan bahwa gangguan penglihatan pada katarak masih belum bisa diatasi.

1. **Ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi**

 Implementasi untuk terapi relaksasi adalah 1). Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, 2). Mengidentifikasi kesedian, kemampuan, dan penggunaan teknik sebelumnya, 3). Memonitor respons terhadap terapi relaksasi, 4). Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia, 5). Menganjurkan mengambil posisi nyaman, 6). Menganjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.

 Evaluasi pada tanggal 21 Desember 2022 didapatkan keluhan bahwa klien masih gelisah karena mata kanan tidak bisa melihat dengan jelas dan tegang menunggu untuk operasi katarak. Data perilaku yang didapatkan klien masih tampak tegang, tampak gelisah, tampak merasakan khawatir

 Evaluasi pada tanggal 22 Desember 2022 didapatkan keluhan masih elisah dan tegang karena akan menunggu giliran operasi, sudah merasa rileks, tampak masih khawatir, gelisah menjadi berkurang

 Dari data di atas menyimpulkan bahwa ansietas pada Ny S masih teratasi sebagian karena belum ada tindakan pembedahan pada klien.

1. **Defisit pengetahuan berhubungan dengan kurang nya terpapar informasi**.

 Implementasi untuk edukasi kesehatan adalah 1). Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, 2). Menjelaskan faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan, 3). Mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

 Evaluasi pada tanggal 21 Desember 2022 didapatkan bahwa klien sudah paham mengatap mata kanan menjadi buram dan bewarna putih, data perilaku menunjukkan bahwa menunjukkan raut wajah yang paham, sudah mau menerima penyakit yang di derita.

 Evaluasi pada tanggal 22 Desember 2022 klien mengatakan sudah paham mengapa mata menjadi gelap dan bewarna putih. Data perilaku menunjukkan klien menggangguk dan sudah paham apa yang dijelaskan

 Dari data diatas atas menyimpulkan mengambil diagnosa ini karena klien kurang pengetahuan terhadap penyakit katarak yang membuat pasien menjadi cemas akibat dari penyakit yang di deritanya, dan perawat member edukasi terhadap klien bagaimana member pengetahuan terhadap penyakit katarak dan tindakan yang akan dilakukan.

**BAB 4**

**PEMBAHASAN**

Pada bab 4 akan dilakukan pembahasan mengenai asuhan keperawatan pada pasien Ny S dengan diagnosa medis Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya yang dilaksanakan pada tanggal 20 Desember – 22 Desember 2022. Untuk melakukan studi kasus pada kesenjangan antara teori dan praktek di lapangan . pembahasan terhadap asuhan keperawatan dimulai dari pengkajian, rumusan masalah, perencanaan asuhan keperawatan, pelaksanaan dan evaluasi.

* 1. **Pengkajian**

Penulis melakukan pengkajian pada Ny S dengan melakukan anamnesa pada pasien, melakukan pemeriksaan fisik dan mendapatkan data. Pembahasan akan dimulai dari :

* + 1. Identitas

 Data yang didapatkan Ny S berjenis kelamin prempuan dengan usia 61 tahun. Lansia yang mengalami penyakit katarak sering menyerang pada usia 60 tahun ke atas dikarenakan katarak termasuk dari dimana pengembangan keadaan tidak tembus pada lensa atau adanya gangguan penglihatan karena terjadi kekeruhan pada lensa dan bisa mengakibatkan penurunan ketajaman pada lensa yang progresif. Pada penyakit katarak ada 2 faktor yang mempengaruhi timbul katarak yang pertama faktor intrisik yaitu jenis kelamin, usia dan mempunyai riwayat keluarga yang mempunyai katarak. Untuk faktor ekstrinsik bisa dari penyakit diabetes mellitus, hipertensi, asam urat, trauma mata dan bisa juga dari gaya hidup seperti merokok, minum alkohol, paparan sinar matahari dan status gizi (Aini et al., 2018).

 Pada tinjauan pustaka didapatkan bahwa pekerjaan tidak memengaruhi dari penyakit katarak karena penyakit katarak hanya di dapatkan dari faktor intrinsik dan ekstrinsik. Pada lansia katarak disebabkan oleh usia yang banyak didapatkan pada usia 60 tahun ke atas dan bisa juga karena penyakit diabetes mellitus karena kelebihan kadar sorbitol (Biomedika et al., 2021). Pada tinjauan kasus didapatkan bahwa pasien tidak bekerja dan untuk penyakit katarak didaptkan dari faktor intrinsik yaitu usia, pasien tidak mempunyai penyakit diabetes mellitus. Didapatkan tinjauan pustaka dan tinjauan ada kesenjangan bahwa pekerjaan tidak menyebabkan munculnya penyakit katarak, hal tersebut bisa di sembuhkan dengan operasi pada lensa yang mengalami kekeruhan.

* + 1. Riwayat Sakit dan Kesehatan

 Pada keluhan utama pasien dengan penyakit katarak yaitu mengeluhkan seperti adanya gangguan penglihatan seperti mata menjadi gelap dan buram dan jika sudah parah sudah tidak bisa untuk melihat karena adanya kekeruhan pada lensa. Katarak adalah kekeruhan pada lensa yang bisa menghalangi memengaruhi sinar cahaya yang masuk ke mata yang menyebabkan penurunan gangguan penglihatan (Biomedika et al., 2021).

Riwayat penyakit dahulu pasien tidak mempunyai penyakit diabetes mellitus maupun hipertensi. Pasien terkena katarak karena sudah termasuk usia karena di batasan lanjut usia pada Ny S ini termasuk dalam lanjut usia.

Pada penyakit katarak ini yang merupakan faktor resiko seperti usia, jenis kelamin, penyakit diabetes mellitus, hipertensi atau bisa terkena trauma benda tumpul dan juga bisa dari gaya hidup seperti merokok, minum alkohol atau status gizi juga bisa. Pada penyakit katarak ini yang lebih banyak terjadi pada prempuan daripada laki – laki karena menurunnya kadar ekstrogen pada saat menopause.

Pasien mengalami penyakit katarak ini selama 2 tahun terakhir dari tahun 2021 yang memicu katarak muncul pada Ny S yaitu karena faktor usia dan jenis kelamin, untuk dilakukan agar bisa menyembuhkan katarak yaitu dengan cara operasi pada mata.

* + 1. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik didapatkan beberapa masalah yang bisa dipergunakan sebagai data dalam menegakkan diagnose keperawatan yang actual maupun yang masih dalam tahap resiko. Adapun pemeriksaan yang dilakukan berdasarkan di bawah ini :

1. Sistem Pernapasan

 Pada saat pengkajian pada Ny S tidak ditemukan batuk, tidak ditemukan nafas pendek, tidak ada hemoptisis, tidak ditemukan wheezing, ronchi dan asma. Tetapi jika pasien katarak yang disebabkan faktor dari merokok itu juga akan menyebabkan ada gangguan dari sistem pernafasan seperti mengi atau wheezing karena dari terpapar dari merokok (Aini et al., 2018).

1. Sistem kardiovaskuler

 Pada sistem kardiovaskuler tidak ditemukan chest pain, tidak ada palpitasi, tidak ada dispnea, tidak ada paroximal nocturnal, tidak ada orthopnea, tidak ada mur mur dan edema.

1. Sistem Persyarafan

 Pada pengkajian sistem persyarafan tidak ada headache, tidak ada seizures, tidak ada syncope, tidak ditemukan tremor, dan tidak ada paralysis, tidak ada paresis dan tidak ditemukan masalah memori, tidak ada kelemahan pada otot dengan kekuatan otot 5555/5555. Pada data lansia biasanya di temukan adanya kekuatan otot menurun, tremor, dan adanya masalah memori dan susah untuk diajak untuk berkoordinasi (Yusuf, 2018).

1. Sistem Perkemihan

 Pada sistem perkemihan didapatkan bahwa lansia biasanya mengalami gangguan pada sistem perkemihan seperti mengalami nokturia dan inkontenensi urin. Biasanya lansia mengatakan bahwa sering BAK, hematuria poliuria, oliguria, batu dan infeksi (Yusuf, 2018). Pada pengkajian yang didapatkan pada Ny S tidak ditemukan dysuria, tidak ada hematuria, tiak ada hesitancy, tidak ada poluria, tidak ada oliguria, tidak ditemukan inkontinesia urine dan nokturia, tidak ada nyeri berkemih, untuk pola BAK biasanya 4-6x sehari.

1. Sistem pencernaan

 Pada sistem pencernaan yang biasanya didapatkan pada lansia yaitu mengalami perubahan nafsu makan, disfagia, tidak dapat mencerna, mual/ muntah akibat telat makan, diare/ konstipasi, melena, hemoroid, tidak terjadi hematemesis (Yusuf, 2018). Pada saat pengkajian pada Ny S didapatkan bahwa tidak ada perubahan nafsu makan, tidak ada disfagia, tidak menggalami gangguan mencerna, mual/ muntah jika asam lambung naik saja, tidak ada diare/ konstipasi, tidak ditemukan hemoroid, tidak ada melena dan tidak ada hematemesis.

1. Sistem Muskuloskletal

 Pada sisem musculoskeletal yang dialami pada lansia pada umumnya didapatkan nyeri pada persendian, kram, kelemahan otot, nyeri punggung, masalah berjalan dan jarang berolahraga (Yusuf, 2018). Pada pengkajian Ny S tidak ditemukan nyeri sendi, tidak ada bengkak, tidak ada kaku sendi, tidak ada deformitas, kadang merasakan kram tapi hanya sebentar, tidak ada kelemahan otot untuk kekuatan otot baik, tidak ada masalah pada gaya berjalan, nyeri punggung hanya sebentar saja saat melakukan aktivitas yang berat, tidak menggunakan alat bantu untuk berjalan maupun beraktivitas.

1. Sistem Penginderaan

 Pada sistem penginderaan pada lansia ditemukan adanya pada gangguan pada indera mata karena katarak, ada perubahan pada sensasi raba, sensasi nyeri. Pada saat pengkajian Ny S ditemukan bahwa ada gangguan pada sistem penginderaan pada mata yaitu adanya perubahan penglihatan seperti kabur dan gelap, konjuntiva tidak anemis, sclera tidak ikterik, tidak memakai kacamata, tidak ada strabismus, tidak ada nyeri maupun gatal, pasien memiliki riwayat katarak dengan mata sebelah kanan yang terjadinya gangguan penglihatan dan masih menungu untuk dilakukan tindaka operasi, tidak ada riwayat infeksi.

* 1. **Diagnosa Keperawatan**

Pada kasus diagnosa keperawatan yang muncul pada tanggal 20 Desember 2022 pada Ny S dengan diagnosis Katarak sebagai berikut :

1. **Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190)**

 Pada pengkajian data yang diambil dengan diagnose tersebut dengan keluhan mata kanan dan buram dan gelap sejak 2 tahun yang lalu dan pasien mengatakan merasa kesal tidak bisa membaca al quran dengan jelas karena penglihatanya kabur dan gelap, tampak terlihat sering menyendiri, tampak sering melamun.

 Gangguan persepsi sensori merupakan dari terjadi progresifitas kekeruhan pada lensa kristalin oleh karena itu menyebabkan kerusakan protein dan sel lensa, sebagian besar katarak ini di temukan dengan tanda- tanda penunaan seperti usia yang biasanya ke dalam 60 tahun ke atas dan jenis kelamin yang lebih banyak mengalami katarak yaitu prempuan karena hormone estrogen menurun dari pada saat menopause (Studi et al., 2020). Tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan.

1. **Ansietas b.d kebutuhan tidak terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)**

 Pada saat pengkajian data yang di temukan dengan diagnosa tersebut dengan keluhan pasien tampak khawatir dengan kondisi penglihatannya pada mata kanan yang semakin gelap dan buram , dan sudah tidak jelas lagi untuk penglihatan, tampak gelisah dengan raut wajah yang sedih.

 Ansietas merupakan suatu perasaan subjektif yang dirasakan seseorang yang berhubungan ketidaknyamanan dan berhubungan dengan perasaan yang dapat memengaruhi fungsi fisik maupun psikologis. Dampak kecemasan pada pasien yang akan melakukan pre operasi seperti cemas, gelisah, perubahan tanda – tanda vital, menanyakan hal yang sama bahwa bisa sering melakukan BAK, banyak masalah yang akan timbul pada pasien yang akan melakukan operasi dan setelah operasi hal ini akan memicu rasa takut pada pasien (Pandiangan et al., 2020). Maka, tinjauan teori dan tinjauan kasus tidak ada kesenjangan.

1. **Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111 Hal 246)**

 Pada saat pengkajian didapatkan bahwa data pasien bahwa tidak tau mengapa mata kanan mengalami gelap dan buram serta ada cairan bewarna putih sehingga adanya gangguan penglihatan, kurangnya pengetahuan juga akan menyebabkan agitasi atau perasaan gelisah karena ada perubahan pada mata.

 Defisit pengetahuan merupakan kurangnya informasi kognitif yang berkaitan dengan topic tertentu. Disertai tanda mayor meliputi menanyakan masalah yang dihadapi, menunjukkan perilaku yang tidak sesuai anjuran, menunjukkan persepsi yang keliru terhadap masalah, disertai tanda dan gejala minor meliputi menjalani pemeriksaan yang tepat, menunjukkan perilaku yang berlebihan (PPNI, T. P. 2017).

 Maka tinjauan kasus dan tinjauan teori tidak ada kesenjangan.

* 1. **Intervensi Keperawatan**

Intervensi keperawatan dibuat berdasarkan dengan diagnosa keperawatan yang muncul setiap diagnosa keperawatan yang muncul memiliki tujuan dan kriteria hasil yang diharapkan sebagai penilaian keberhasilan implementasi yang telah diberikan.

1. **Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190)**

 Tujuan dan kriteria hasil yang ingin penulis capai dalam intervensi Gangguan Persepsi Sensori setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan persepsi sensori membaik dengan kriteri hasil : menarik diri menurun, perilaku halusinasi membaik dan melamun membaik. Intervensi yang diberikan yaitu Observasi : identifikasi tingkat stress, identifikasi stressor. Edukasi : anjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress, anjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan, ajarkan teknik menurunkan stress.

1. **Ansietas b.d Kebutuhan Tidak Terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)**

 Tujuan dan kriteria hasil yang ingin penulis capai dalam intervensi ansietas setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3x24 jam, maka diharapkan tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : perilaku gelisah menurun, perilaku tegang menurun. Intervensi yang diberikan yaitu Observasi : identifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, identifikasi kesedian, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, monitor respons terhadap terapi relakasi. Terapeutik : ciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, berikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi. Edukasi : jelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia, anjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.

1. **Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111 Hal 246)**

 Tujuan dan kriteria hasil yang ingin penulis capai dalam intervensi Gangguan Citra Tubuh setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 x 24 jam, maka diharapkan tingkat pengetahuan meningkat. Intervensi yang diberikan yaitu Observasi : identifikasi kesiapaan dan kemampuan menerima informasi. Terapeutik : sediakan materi dan media pendidikan kesehatan, berikan kesempatan untuk bertanya. Edukasi : jelaskan faktor resiko yang dapat memegaruhi kesehatan dan ajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

* 1. **Implementasi Keperawatan**

Implementasi adalah pengelolaan dan perwujudan dari rencana (intervensi) keperawatan yang telah disusun mencakup tindakan mandiri dan kolaborasi. Tindakan mandiri merupakan tindakan keperawatan berdasarkan analisis dan kesimpulan perawat, bukan atas petunjuk dari tenaga medis lainnya. Tindakan kolaborasi adalah tindakan keperawatan yang didasarkan oleh hasil keputusan bersama dengan dokter atau petugas kesehatan lainnya. Implementasi dilakukan selama 3x24 jam dan evaluasi dilakukan setiap pergantian shift jaga dengan SOAP didokumentasikan dengan sesuai kriteria hasil yang telah ditetapkan dalam intervensi keperawatan.

1. **Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190)**

 Mengidentifikasi tingkat stress, Mengidentifikasi stressor, Menganjurkan mengatur waktu untuk mengurangi kejadian stress, Menganjurkan memenuhi kebutuhan prioritas dan dapat diselesaikan, Mengajarkan teknik menurunkan stress.

1. **Ansietas b.d Kebutuhan Tidak Terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)**

Mengidentifikasi teknik relaksasi yang pernah efektif digunakan, Mengidentifikasi kesedian, kemampuan dan penggunaan teknik sebelumnya, Memonitor respons terhadap terapi relakasi, Menciptakan lingkungan tenang dan tanpa gangguan dengan pencahayaan dan suhu ruang nyaman, Memberikan informasi tertulis tentang persiapan dan prosedur teknik relaksasi. Menjelaskan tujuan, manfaat, batasan dan jenis relaksasi yang tersedia, Menganjurkan mengambil posisi nyaman, anjurkan sering mengulangi atau melatih teknik yang dipilih.

1. **Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111 Hal 246)**

 Mengidentifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi, menjelaskan faktor resiko yang dapat memengaruhi kesehatan, mengajarkan perilaku hidup bersih dan sehat.

* 1. **Evaluasi Keperawatan**
1. **Gangguan Persepsi Sensori b.d Gangguan Penglihatan (SDKI D.0085 Hal 190)**

 Evaluasi pada tanggal 20 Desember 2022 Ny S mengatakan bahwa adanya gangguan penglihatan menjadi gelap dan buram pada mata sebelah kanan, pasien sering melamun, sering menarik diri, terkadang sering berhalusinasi, tanda- tanda vital TD : 110/75 mmHg, N: 88x/mnt, RR : 20x/mnt, S:36 C

 Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2022 pasien mengatakan bahwa mata masih merasa gelap dan buram, pasien masih melamun, sudah mau bersosialisasi, masih terkadang berhalusinasi. Untuk tanda- tanda vital TD : 130/80 mmHg, N: 92 x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 36 C

 Evaluasi pada hari ketiga pada tanggal 22 Desember 2022 pasien mengatakan bahwa penglihatannya masih buram dan gelap, pasien masih melamun dan sudah mau bersosialisasi. Untuk tanda – tanda vital TD: 117/90 mmHg, N: 75x/mnt, RR: 20x/mnt, S: 36,3 C.

1. **Ansietas b.d Kebutuhan Tidak Terpenuhi (SDKI D.0080 Hal 180)**

 Evaluasi hari pertama pada tanggal 20 Desember 2022 Ny S mengatakan bahwa gelisah karena mata kanan tidak bisa melihat dengan jelas dan tegang karena menunggu untuk operasi. Pasien tampak gelisah dan masih dengan tampak tegang

 Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2022 pasien mengatakan bahwa masih gelisah karena mata kanan tidak bisa melihat dengan jelas dan tegang karena menungu operasi katarak. Pasien masih tampak gelisah, masih tampak tegang dan masih merasakan khawatir

 Evaluasi hari ketiga pada tanggal 22 Desember 202 pasien mengatakan bahwa masih gelisah karena mata kanan tidak bisa melihat dengan jelas dan tegang karena menungu operasi katarak. Pasien masih tampak gelisah, masih tampak tegang dan masih merasakan khawatir .

1. **Defisit Pengetahuan b.d Kurang Terpapar Informasi (SDKI D.0111 Hal 246)**

 Evaluasi hari pertama pada tanggal 20 Desember 2022 Ny S mengatakan bahwa mengapa mata kanan menjadi buram, gelap dan bewarna putih, tampak tidak paham terhadap mengapa mata kanan menjadi buram, tampak perilaku agitsi.

 Evaluasi hari kedua pada tanggal 21 Desember 2022 pasien mengatakan bahwa pasien sudah paham mengapa mata menjadi buram dan putih, menunjukka raut wajah paham, sudah mau menerima penyakit yang di derita

 Evaluasi hari ketiga pada tanggal 22 Desember 2022 pasien mengatakan bahwa sudah paham mengapat mata menjadi buram dan putih, sudah paham apa yang jelaskan

**BAB 5**

**PENUTUP**

 Setelah penulis melakukan pengamatan dan melaksanakan asuhan keperawatan secara langsung pada pasien dengan kasus Katarak di UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya, maka penulis dapat menarik beberapa kesimpulan dan saran yang dapat bermanfaat dalam meningkatkan mutu asuhan keperawatan dengan pasien Katarak.

* 1. **Simpulan**
1. Pada saat pengkajian didapatkan pasien mengeluh bahwa mata sebelah kanan mengalami gelap dan buram sejak 2 tahun lalu dan pasien mengatakan bahwa merasa kesal karena tidak bisa membaca al quran akibat dari adanya gangguan penglihatan
2. Berdasarkan analisa data didapatkan dignosa keperawatan yang diangkat yaitu gangguan persepsi sensori berhubungan dengan gangguan penglihatan, ansietas berhubungan dengan kebutuhan tidak terpenuhi, gangguan citra tubuh berhubungan dengan perubahan fungsi tubuh.
3. Perencanaan keperawatan pada Ny S disesuikan dengan diagnosa keperawatan dengan tujuan utama persepsi sensori yang membaik, tingkat ansietas menurun dan citra tubuh meningkat.
4. Pelaksanaan tindakan keperawatan dilakukan adalah manajemen stress, terapi relaksasi dan manajemen stress, melakukan terapi berdzikir.
5. Hasil evaluasi pada tanggal 22 Desember 2022, Ny S mengatakan bahwa mata kanan masih gelap dan buram, hubungan sosial membaik, sudah mau kooperatif, dan terkadang masih melamun dan biasanya mengalihkan aktivitas yang di selenggarakan oleh UPTD Griya Wreda Jambangan Surabaya.
	1. **Saran**

Berdasarkan dari simpulan di atas penulis memberikan beberapa saran sebagai berikut :

1. Bagi Lahan Praktik

 Sebagai bahan masukan untuk pengembangan ilmu keperawatan dan sebagai pertimbangan untuk waktu yang akan datang dan sebagai informasi kepustakaan pada ilmu keperawatan

1. Bagi Perawat

 Sebagai petugas pelayanan kesehatan hendaknya mempunyai pengetahuan dan ketrampilan yang cukup yang dapat berkontribusi dengan tim tenaga kesehatan lainnya dalam memberikan asuhan keperawatan

1. Bagi penulis

 Penulis mampu berfikir secara kritis dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif pada pasien. Penulis juga harus mampu melakukan komunikasi terapeutik yang baik lagi, tindakan dan evaluasi agar terjalin dengan kerja sama yang baik.

**DAFTAR PUSTAKA**

Aini, A. N., Dyah, Y., Santik, P., Biostatistika, E., Ilmu, J., & Masyarakat, K. (2018). *HIGEIA JOURNAL OF PUBLIC HEALTH*. *2*(2), 295–306.

Biomedika, J., Callista, T., Pangestu, M., & Kartadinata, E. (2021). *Indeks massa tubuh berhubungan dengan angka kejadian katarak*. *4*(4), 170–177. https://doi.org/10.18051/JBiomedKes.2021.v4.170-177

Detty, A. U., Artini, I., Yulian, V. R., Ilmu, D., Fakultas, M., & Universitas, K. (2021). *Pendahuluan Metode*. *10*, 12–17.

Kecamatan, P., & Baru, K. (2022). *NUSANTARA : Jurnal Ilmu Pengetahuan Sosial*. *9*(1), 22–28.

Pandiangan, E., Sri, I., & Wulandari, M. (2020). *Abstrac: the Relationship Family Support With Anxiety Levels Pre Operative Patients*. *2*, 469–479.

Santi Susilawati, Agus Setyo Utomo, N. H. (2018). Konsep Diri Pada Lansia Di Panti Werdha Pangesti Lawang. *Jurnal Keperawatan Malang (JKM)*, *3*(2013), 16–25.

Studi, P., Keperawatan, S., Pahlawan, U., Tambusai, T., & Kunci, K. (2020). *JURNAL NERS Research & Learning in Nursing Science Gusman Virgo*. *4*, 73–82.

Suprapto, Hariati, Ningsih, O. S., Solehudin, Faizah, A., Achmad, V. S., Sugiharno, R. tribahari, Yofa Anggriani Utama, Wasilah, H., Tondok, S. B., Kismiyati, & Rahmatillah, N. (2022). *Keperawatan Medikal Bedah*. Global Eksekutif Teknologi.

Syafei, A., & Suryadi, Y. (2018). *Pengaruh Pemberian Terapi Audio Murottal Qur ’ an Surat Ar -Rahman terhadap Tingkat Kecemasan pada Pasien Pre-Operasi Katarak Senilis*. *9*(April), 126–130.