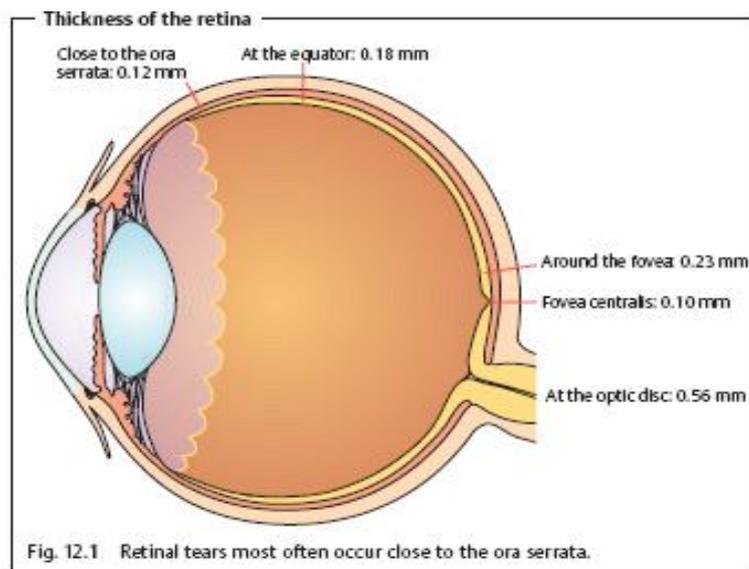


BAB 2

TINJAUAN TEORITIS

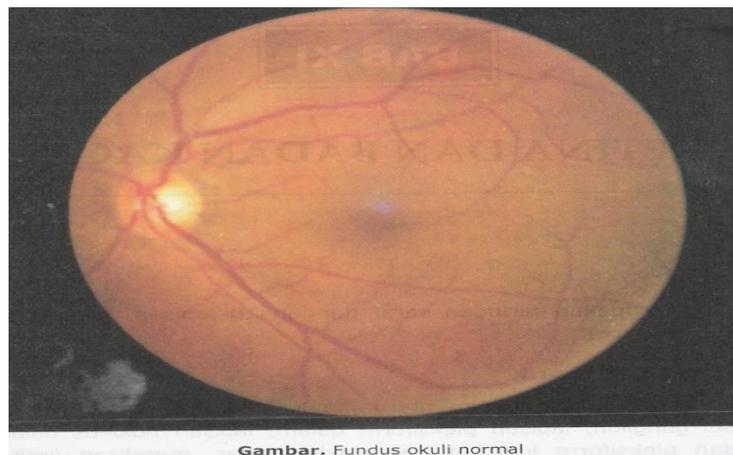
2.1 Tinjauan Teoritis Ablasio Retina

2.1.1 Anatomi Retina

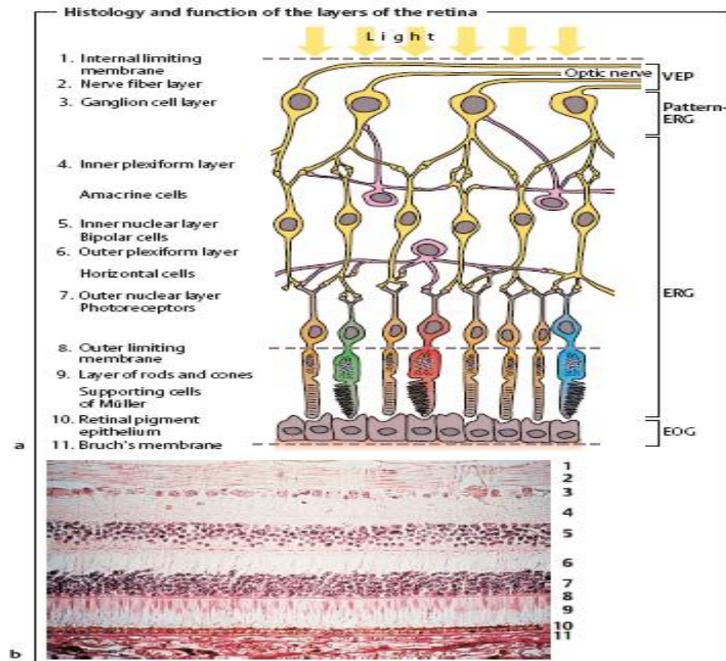


Gambar 2.1. Bola mata

Sumber : Martini (2011)



Gambar 2.2 Fundus Okuli Normal (Ilyas, 2011)



Gambar 2.3 Lapisan retina

Sumber : Martini, (2011)

2.1.1.1 Bola Mata

Bola mata berbentuk bulat dengan panjang maksimal 24 mm. Bola mata dibagian depan (kornea) mempunyai kelengkungan yang lebih tajam sehingga terdapat bentuk dengan 2 kelengkungan yang berbeda.

Bola mata dibungkus oleh 3 lapisan jaringan, yaitu :

1. Sklera adalah merupakan jaringan ikat yang kenyal dan memberikan bentuk pada mata, merupakan bagian terluar yang melindungi bola mata. Bagian terdepan sklera disebut disebut kornea yang bersifat transparan yang memudahkan sinar masuk ke dalam bola mata. Kelengkungan kornea lebih besar disbanding sclera.
2. Jaringan uvea merupakan jaringan vascular. Jaringan sclera dan uvea dibatasi oleh ruang yang potensial

mudah dimasuki darah bila terjadi perdarahan pada ruda paksa yang disebut perdarahan suprakoroid. Jaringan uvea ini terdiri atas iris, badan siliar, dan koroid. Pada iris didapatkan pupil yang oleh 3 susunan otot dapat mengatur jumlah sinar masuk ke dalam bola mata. Otot dilatator terdiri atas jaringan ikat jarang yang tersusun dalam bentuk yang dapat berkonsentrasi yang disebut sebagai sel mioepitel. Sel ini dirangsang oleh system saraf simpatetik yang mengakibatkan sel berkontraksi yang akan melebarkan pupil sehingga lebih banyak cahaya masuk. Otot dilatators pupil bekerja berlawanan dengan otot konstriktor yang mengecilkan pupil dan mengakibatkan cahaya kurang masuk kedalam mata. Sedang sfingter iris dan otot siliar di persarafi oleh parasimpatis. Otot siliar yang terletak di badan siliar mengatur bentuk lensa untuk kebutuhan akomodasi. Badan siliar yang terletak di belakang iris menghasilkan cairan bilik mata (*akuos humor*), yang dikeluarkan melalui trabekulum yang terletak pada pangkal iris di batas kornea dan skelera.

3. Retina yang terletak paling dalam dan mempunyai susunan lapis sebanyak 10 lapis yang merupakan lapis membaran neurosensoris yang akan merubah sinar menjadi ransangan pada saat optik dan diteruskan ke otak. Terdapat rongga yang potensial antara retina dan koroid sehingga retina dapat terlepas dai koroid yang disebut ablasi retina. Badan kaca mengisi rongga di dalam bola mata dan bersifat gelatin yang hanya menempel papil saraf optik, makula dan pars plana. Bila terdapat jaringan ikat di dalam badan kaca disertai dengan tarikan pada retina, maka akan robek dan

terjadi ablasi retina. Lensa terletak di belakang pupil yang dipegang di daerah ekuator nya pada badan siliar melalui Zonula Zinn. Lensa mata mempunyai peranan pada akomodasi atau melihat dekat sehingga sinar dapat difokuskan di daerah makula lutea.

2.1.1.2 Fundus Okuli

Menurut Iiyas (2011) Secara klinis, makula dapat didefinisikan sebagai daerah pigmentasi kekuningan yang disebabkan oleh pigmen luteal atau xantofil. Definisi alternatif secara histologis adalah bagian retina yang lapisan ganglionnya mempunyai lebih dari satu lapis sel. Di tengah makula sekitar 3,5 mm disebelah lateral diskus optikus, terdapat fovea yang secara klinis merupakan suatu cekungan yang memberikan pantulan khusus bila dilihat dengan oftalmoskop. Fovea merupakan zona avaskuler di retina. Secara histologis, fovea ditandai dengan menipisnya lapisan inti luar dan tidak adanya lapisan-lapisan parenkim karena akson-akson sel fotoreseptor (lapisan serat Henle) berjalan oblik dan penggeseran secara sentrifugal lapisan retina yang lebih dekat ke permukaan dalam retina. Foveola adalah bagian paling tengah pada fovea, disini fotoreseptornya adalah kerucut, dan bagian retina yang paling tipis.

Substrat metabolisme dan oksigen dikirim ke retina dicapai melalui 2 sistem vaskuler terpisah, yaitu : sistem retina dan koroid. Metabolisme retina secara menyeluruh tergantung pada sirkulasi koroid. Pembuluh darah retina dan koroid semuanya berasal dari arteri oftalmik yang merupakan cabang dari arteri karotis interna.

Sirkulasi retina adalah sebuah sistem end-arteri tanpa anastomose. Arteri sentralis retina keluar pada optic disk yang dibagi menjadi dua cabang besar. Arteri ini berbelok dan terbagi menjadi arteriole di sepanjang sisi luar optic disk. Arterioli ini terdiri dari cabang yang banyak pada retina perifer.

Sistem vena ditemukan banyak kesamaan dengan susunan arterioli. Vena retina sentralis meninggalkan mata melalui nervus optikus yang mengalirkan darah vena ke sistem kavemosus. Retina menerima darah dari dua sumber : khoriokapilaris yang berada tepat di luar membrana Bruch, yang mendarahi sepertiga luar retina, termasuk lapisan fleksiformis luar dan lapisan inti luar, fotoreseptor, dan lapisan epitel pigmen retina; serta cabang-cabang dari sentralis retina, yang mendarahi 2/3 sebelah dalam. Fovea sepenuhnya diperdarahi oleh khoriokapilaria dan mudah terkena kerusakan yang tak dapat diperbaiki bila retina mengalami ablasi. Pembuluh darah retina mempunyai lapisan endotel yang tidak berlubang, yang membentuk sawar darah-retina. Lapisan endotel pembuluh koroid dapat ditembus. Sawar darah retina sebelah luar terletak setinggi lapisan epitel pigmen retina.

2.1.1.3 Lapisan Retina

Menurut Martini (2011). Lapisan-lapisan retina, mulai dari sisi dalamnya, adalah sebagai berikut :

- a. Membran limitans interna, merupakan membran hialin antara retina dan badan kaca
- b. Lapisan serat saraf, merupakan lapis akson sel ganglion menuju ke arah saraf optik. Di dalam

lapisan-lapisan ini terletak sebagian besar pembuluh darah retina

- c. Lapisan sel ganglion, merupakan lapisan badan sel dari neuron kedua
- d. Lapisan pleksiformis dalam, merupakan lapisan aseluler tempat sinaps sel bipolar, sel amakrin dengan sel ganglion
- e. Lapisan inti dalam, merupakan tubuh sel bipolar, sel horizontal, dan sel Muller. Lapis ini mendapat metabolisme dari arteri retina sentral
- f. Lapisan pleksiformis luar, merupakan lapisan aseluler dan tempat sinaps sel fotoreseptor dengan sel bipolar dan sel horizontal
- g. Lapisan inti luar, merupakan susunan lapis inti sel batang dan sel kerucut

Membran limitans eksternal, merupakan membran ilusi. Lapisan sel kerucut dan sel batang (fotoreseptor), merupakan lapisan terluar retina, terdiri atas sel batang yang mempunyai bentuk ramping dan sel kerucut. Epitelium pigmen retina merupakan lapisan kubik tunggal dari sel epithelial. Retina menerima darah dari dua sumber yaitu korikapilaria yang berada tepat diluar membrane Brunch's yang memperdarahi sepertiga luar retina, termasuk lapisan pleksiform luar dan lapisan inti luar, fotoreseptor dan lapisan pigmen retina serta cabang-cabang dari arteri sentralis retina yang memperdarahi dua pertiga sebelah dalam. Fungsi retina pada dasarnya ialah menerima bayangan visual yang dikirim ke otak. Bagian sentral retina atau daerah makula mengandung lebih banyak sel fotoreseptor kerucut dari pada bagian perifer

retina yang memiliki banyak sel batang. Fotoreseptor kerucut berfungsi untuk sensasi terang, bentuk serta warna. Fovea hanya mengandung fotoreseptor kerucut. Apabila daerah fovea atau daerah makula mengalami gangguan, maka visus sentral dan tajam penglihatan akan terganggu. Fotoreseptor batang berfungsi untuk melihat dalam suasana gelap atau remang-remang. Apabila bagian perifer retina mengalami gangguan maka penglihatan malam, adaptasi gelap dan penglihatan samping akan terganggu.

2.1.2 Fisiologi Penglihatan

Mata adalah organ dari indra yang memiliki reseptor peka cahaya yang disebut *fotoreseptor*. setiap mata mempunyai lapisan reseptor, sistem lensa dan system saraf, indra penglihatan yang terletak pada mata (organ visus) yang terdiri dari organ okuli assoria (alat bantu mata) dan oculus (bola mata). Saraf dari indra penglihatan, saraf optikus (urat saraf kranial kedua) muncul dari sel-sel ganglion dalam retina, bergabung membentuk saraf optikus. Mekanisme melihat mulai dari cahaya masuk ke dalam mata melalui pupil kemudian lensa mata memfokuskan cahaya sehingga bayangan benda yang dimaksud jatuh tepat di retina mata, kemudian ujung saraf penglihatan di retina menyampaikan bayangan benda tersebut ke otak lalu otak pun memproses bayangan benda tersebut sehingga kita dapat melihat benda tersebut.

2.1.3 Pengertian

Menurut Ilyas (2015) ablasi retina adalah suatu keadaan terpisahnya sel kerucut dan batang retina dari sel epitel pigmen retina. Pada keadaan ini sel epitel pigmen masih melekat erat dengan membrane Bruch. Sesungguhnya anatara sel kerucut dan sel batang retina tidak terdapat suatu perlekatan struktur dengan koroid atau pigmen epitel, sehingga merupakan titik lemah yang potensial untuk lepas secara embriologis.

Menurut Ilyas (2015) Ablasi retina (*retinal detachment*) adalah pemisahan retina sensorik, yakni lapisan fotoreseptor (sel kerucut dan batang) dan jaringan bagian dalam, epitel pigmen retina dibawahnya.

Menurut Tamsuri (2011) ablasio retina atau *retinal detachment* adalah lepasnya retina sensoris dari epitel pigmen yang terdiri dari nonregmatogen (tanpa robekan retina) dan regmatogen (dengan robekan retina atau "*break: tear & hole*")

Retinal detachment occurs when neurosensory retinal separation occurs from the retinal pigmented epithelial layer beneath it because the neurosensory retina, the rod and conic part of the retina, is exfoliated from the nutritious pigmented epithelium, the photosensitive cell is unable to perform its visual functioning activity and result in loss of vision. (Smelzer, 2002)

Jadi ablasio retina adalah suatu keadaan terpisah atau terlepas nya epitel pigmen dan retina sensorik dalam retina.

2.1.4 Klasifikasi

2.1.3.1 *Rhegmatogenous Retina Detachment (RRD)*: Diawali dengan adanya robekan (*break*) pada retina yang menyebabkan masuknya cairan yang berasal dari vitreus yang mencair (*liquefaction*) di antara lapisan sensoris retina & RPE. (Budiono, 2013)

2.1.3.2 *Non Rhegmatogenous Retinal Detachment*

1. *Traction Retinal Detachment*: terlepasnya lapisan sensoris dari RPE akibat dari tarikan oleh membran vitreoretina. Membran tersebut terbentuk pada kasus-kasus: *Proliferative Diabetic Retinopathy; Retinopathy of Prematurity; Sickle Cell Retinopathy & penetrating posterior segment trauma*.
2. *Exudative Retinal Detachment*: masuknya cairan yang berasal dari *choriocapillary* ke rongga subretina dengan cara menembus/melewati lapisan RPE yang rusak. Pada umumnya terjadi pada kasus-kasus : *severe hypertension; choroidal tumor; neovaskularisasi subretina; retinoblastoma* dan lain-lain. (Budiono, 2013)

2.1.5 Etiologi

Ablasio retina dapat terjadi secara spontan atau sekunder setelah trauma, akibat adanya robekan pada retina, cairan masuk kebelakang dan mendorong retina (rhematogen) atau terjadi penimbunan eksekudat dibawah retina sehinggakan retina terangkat (non rhematogen), atau tarikan jaringan parut pada badan kaca (traksi). Penimbunan eksekudat terjadi akibat penyakit koroid, misalnya skleritis, koroditis, tumor retrobulbar, uveitis dan toksemia gravidarum. Jaringan parut pada badan kaca dapat disebabkan DM, proliferasi, trauma, infeksi atau pasca bedah. (John, 2015)

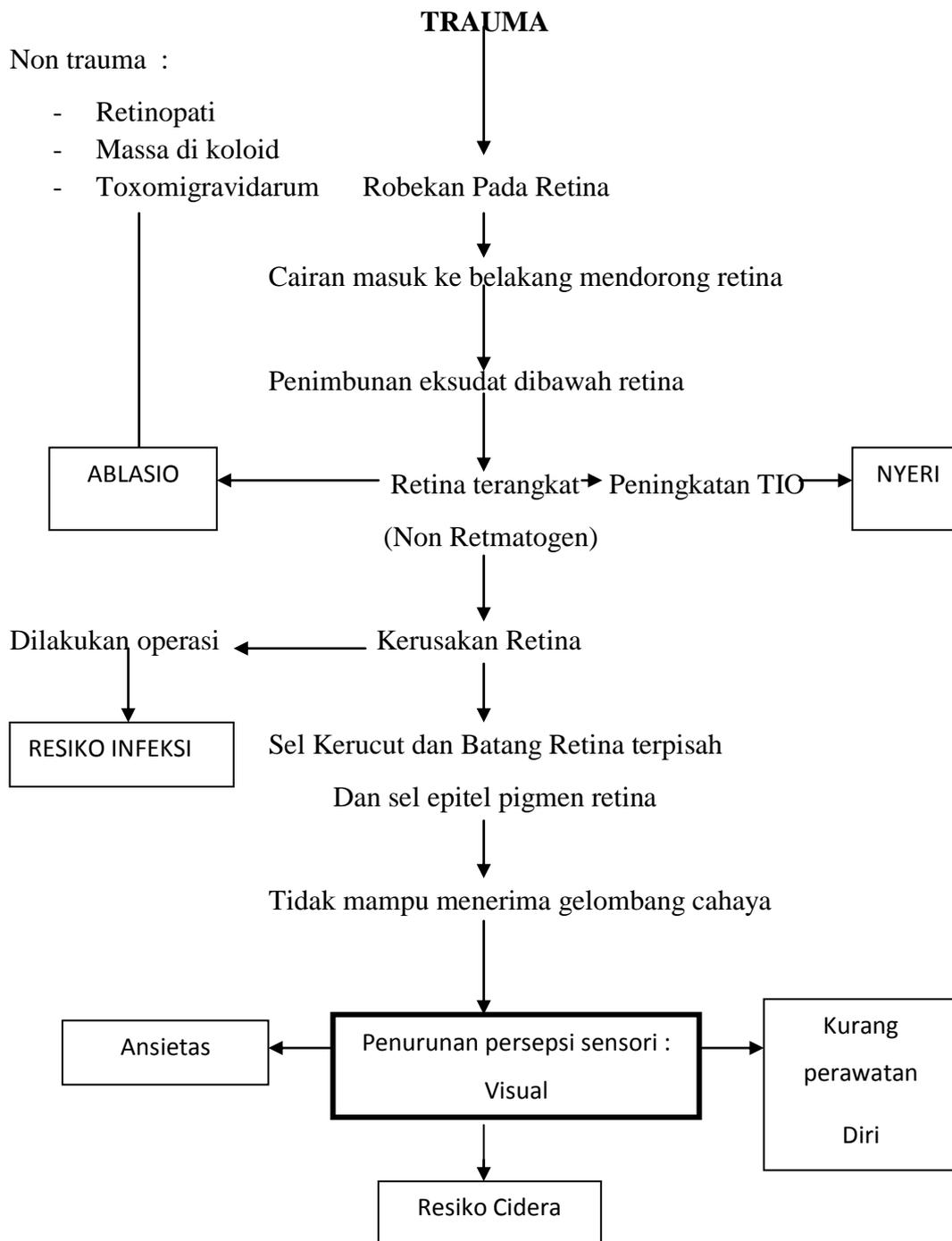
2.1.6 Patofisiologi

Menurut Budiono (2013) Longgarnya perlekatan antara epitel pigmen dan retina menyebabkan keduanya bisa terlepas satu terhadap yang lain, sehingga cairan bisa terkumpul diantaranya.

Cairan tersebut biasanya berasal dari bagian badan kaca yang cair yang dengan bebas melewati lubang di retina menuju kedalam rongga yang terbentuk karena terlepasnya epitel pigmen dari retina tersebut. Penyebab ablasio retina pada orang muda yang matanya tampak sehat dan refraksi lensanya normal adalah karena adanya kelemahan perlekatan bagi retina untuk melekat dengan lapisan dibawahnya. Kelemahan yang biasanya tidak terdiagnosis letaknya dipinggir bawah retina. Kadang-kadang ditempat yang sama terdapat kista retina kecil. Jika pinggiran retina terlepas dari perlekatannya maka akan terbentuk suatu lubang seperti yang disebutkan diatas. Pada ablasio retina, bagian luar retina yang sebelumnya mendapat nutrisi yang baik dari koroid. Akibatnya akan terjadi degenerasi dan atropi sel reseptor retina. Pada saat degenerasi retina terjadi kompensasi sel epitel pigmen yang melakukan serbukuan sel ke daerah degenerasi. Akibat reaksi kompensasi akan terlihat sel epitel pigmen di depan retina. Selain itu juga akan terjadi penghancuran sel kerucut dan sel batang retina. Bila degenerasi berlangsung lama, maka sel pigmen akan bermigrasi ke dalam cairan sub retina dan ke dalam sel reseptor kerucut dan batang.

Bila pada retina terdapat ruptur besar maka badan kaca akan masuk ke dalam cairan sub retina. Apabila terjadi kontak langsung antara badan kaca dan koroid. Apabila terjadi degenerasi sel reseptor maka keadaan ini akan berlanjut ke dalam jaringan yang lebih dalam, yang kemudian jaringan ini diganti dengan jaringan glia.

PATHWAY ABLASIO RETINA



Gambar 2.4 Pathway Ablasio Retina

Sumber : Jhon (2015)

2.1.7 Manifestasi Klinis

Menurut Tamsuri (2011) tanda dan gejala dari Ablasio retina adalah :

- 2.1.6.1 Gejala dini : floaters dan fotopsia (kilatan halilintar kecil pada lapangan pandang)
- 2.1.6.2 Gangguan lapang pandang
- 2.1.6.3 Pandangan seperti tertutup tirai
- 2.1.6.4 Visus menurun tanpa disertai rasa sakit
- 2.1.6.5 Visus menurun
- 2.1.6.6 Gangguan lapang pandang
- 2.1.6.7 Pada pemeriksaan fundus okuli, tampak retina yang terlepas berwarna pucat dengan pembuluh darah retina yang berkelok-kelok disertai atau tanpa robekan retina

2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

- 2.1.7.1 Pemeriksaan Laboratorium, Dilakukan untuk mengetahui adanya penyakit penyerta antara lain glaukoma, diabetes mellitus, maupun kelainan darah.
- 2.1.7.2 Pemeriksaan Ultrasonografi, yaitu ocular B-Scan ultrasoografi juga digunakan untuk mendiagnosis ablasio retina dan keadaan patologis lain yang menyertainya seperti proliverative vitreoretinopati, benda asing intraokuler. Selain itu ultrasonografi juga digunakan untuk mengetahui kelainan yang menyebabkan ablasio retina eksekudatif misalnya tumor dan posterior skleritis
- 2.1.7.3 Scleral indentation
- 2.1.7.4 Fundus drawing
- 2.1.7.5 Goldmann triple-mirror
- 2.1.7.6 Indirect slit lamp biomicroscopy

2.1.9 Komplikasi

Menurut Tamsuri (2011) komplikasi ablasio retina dibagi menjadi 2 :

- 2.1.8.1 Komplikasi awal setelah pembedahan : Peningkatan TIO, Glaukoma, Infeksi, Ablasio koroid, Kegagalan pelekatan retina, Ablasio retina berulang
- 2.1.8.2 Komplikasi lanjut : Infeksi, lepasnya bahan buckling melalui konjungtiva atau erosi melalui bola mata, Vitreo retinapati proliveratif (jaringan parut yang mengenai retina), Diplopia, Kesalahan refraksi, astigmatisme

2.1.10 Penatalaksanaan

Menurut Tamsuri (2011) penatalaksanaan dari ablasio retina yaitu :

- 2.1.9.1 Penderita tirah baring
- 2.1.9.2 Mata yang sakit ditutup dengan bebat mata
- 2.1.9.3 Pada penderita dengan ablasio retina nonregmatogen, bila penyakit primernya sudah diobati, tetapi masih terdapat ablasio retina, dapat dilakukan operasi *cerclage*.
- 2.1.9.4 Pada ablasio retina rematogen:
 - a. Fotokoagulasi retina: bila terdapat robekan retina dan belum terjadi separasi retina.
 - b. *Plombage* local: dengan spons silicon dijahatkan pada episklera didaerah robekan retina (dikontrol dengan oftalmoskop indirek binuclear)
 - c. Membuat radang steril pada koroid dan epitel pigmen pada daerah robekan retina dengan jalan:
 - Diatermi
 - Pendinginan
 - Operasi *cerclage*

- Operasi ini dikerjakan untuk mengurangi tarikan badan kaca pada keadaan cairan subretina dapat dilakukan fungsi lewat sclera

2.2 Tinjauan Teoritis Keperawatan Ablasio Retina

2.2.1 Pengkajian khusus pada klien dengan diagnosa ablasio retina

Menurut Tamsuri (2011) pengkajian pada ablasio retina

2.2.1.1 Identitas atau biodata klien

Meliputi nama, umur, agama, jenis kelamin, alamat, suku bangsa, status perkawinan, pekerjaan, pendidikan, tanggal masuk rumah sakit, no. RM dan diagnose keperawatan.

2.2.1.2 Keluhan utama

Diisi tentang keluhan yang dirasakan klien pada saat dilakukan nya pengkajian pertama kali dengan klien.

2.2.1.3 Riwayat

- a. Riwayat penyakit : trauma mata, riwayat inflamasi (koroiditis), riwayat myopia, retinitis.
- b. Psikososial : kemampuan beraktivitas, gangguan membaca, resiko jatuh, berkendara.

2.2.1.4 Pengkajuan umum

- a. Usia
- b. Gejala penyakit sistemik : diabetes mellitus, hipotiroid
- c. Gejala penyakit mata : nyeri mata, penurunan ketajaman penglihatan, kemeng bagian belakang mata (koroiditis) retinitis)

2.2.1.5 Pengkajian khusus mata

- a. Fotopsia (seperti melihat halilintar kecil), terutama pada tempat gelap; merupakan keluhan dini ablasio retina

- b. Bayangan titik-titik pada penglihatan hingga terjadi kehilangan penglihatan.
- c. Kehilangan lapang pandang; gambaran kehilangan penglihatan menunjukkan kerusakan pada area yang berlawanan. Jika kehilangan pada area inferior, kerusakan (ablasi) terjadi pada area superior.
- d. Sensasi mata tertutup (jika robekan luas).
- e. Pemeriksaan fundus okuli dengan oftalmoskop didapatkan gambaran tampak retina yang terlepas berwarna pucat dengan pembuluh darah retina yang berkelok-kelok disertai atau tanpa robekan retina.

2.2.2 Diagnosa Keperawatan Preoperasi

Menurut Tamsuri (2011) diagnose keperawatan untuk ablasi retina yaitu :

2.2.2.1 Penurunan persepsi sensori : penglihatan yang berhubungan dengan penurunan ketajaman dan kejelasan penglihatan.

Subjektif :

- a. Melaporkan adanya penglihatan seperti kilatan cahaya
- b. Melaporkan pandangan kabur
- c. Melaporkan penurunan lapang pandang
- d. Menyatakan riwayat trauma

Objektif :

Pada pemeriksaan ditemukan penurunan lapang pandang

Tujuan :

Klien melaporkan kemampuan yang lebih baik untuk proses rangsangan penglihatan dan mengomunikasikan perubahan visual.

Kriteria hasil :

- a. Klien mengidentifikasi faktor-faktor yang memengaruhi fungsi penglihatan
- b. Klien mengidentifikasi dan menunjukkan pola-pola alternatif untuk meningkatkan penerimaan rangsangan penglihatan

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji ketajaman penglihatan klien
Rasional : Mengidentifikasi kemampuan visual klien
2. Identifikasi alternative untuk optimalisasi sumber rangsangan
Rasional : Memberikan keakuratan penglihatan dan perawatannya
3. Sesuaikan lingkungan untuk optimalisasi penglihatan
Rasional : Meningkatkan kemampuan persepsi sensori
4. Anjurkan penggunaan alternative rangsangan lingkungan yang dapat diterima : audiotorik, taktil
Rasional : Meningkatkan kemampuan respons terhadap stimulus lingkungan

2.2.2.2 Resiko perluasan cedera yang berhubungan dengan peningkatan aktivitas, kurangnya pengetahuan.

Subjektif :

Menyatakan pernah mengalami trauma

Objektif :

Perilaku tubuh yang tidak terkontrol

Tujuan :

Kehilangan penglihatan tidak berlanjut.

Kriteria hasil :

- a. Klien menyebutkan faktor resiko meluasnya kehilangan penglihatan
- b. Klien memeragakan penurunan aktivitas total

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji lapang pandang klien pada mata yang sakit dan sehat setiap hari
Rasional : Mengidentifikasi perkembangan kerusakan (pelepasan retina)
2. Instruksikan klien untuk melakukan tirah baring total dengan posisi khusus sesuai penyakit
Rasional : Tirah baring preoperasi dilakukan dalam posisi telentang atau miring sesuai dengan lokasi kerusakan dengan mengusahakan rongga retina dalam posisi posisi menggantung.
3. Terangkan pada klien untuk meminimalkan pergerakan, menghindari pergerakan tiba-tiba serta melindungi mata dari cedera (terbentur benda)
Rasional : Gerakan tiba-tiba dan trauma dapat memicu kerusakan berlanjut.
4. Anjurkan klien untuk segera melaporkan pada petugas bila terjadi gangguan lapang pandang yang meluas dengan tiba-tiba
Rasional : Perluasan kehilangan lapang pandang secara masif mungkin terjadi akibat perluasan pelepasan retina.

2.2.2.3 Ansietas yang berhubungan dengan kurang pengetahuan tentang kejadian operasi.

Subjektif :

Menyatakan takut/khawatir dengan penyakitnya.

Objektif :

Murung, menyendiri, ekspresi wajah tegang.

Tujuan :

Tidak terjadi kecemasan.

Kriteria hasil :

- a. Klien mengungkapkan kecemasan minimal atau hilang
- b. Klien berpartisipasi dalam persiapan operasi

Intervensi dan Rasional :

1. Jelaskan gambaran kejadian pre- dan pascaoperasi, manfaat operasi, dan sikap yang harus dilakukan klien selama masa operasi

Rasional : Meningkatkan pemahaman tentang gambaran operasi untuk menurunkan ansietas

2. Jawab pertanyaan khusus tentang pembedahan. Berikan waktu untuk mengekspresikan perasaan. Informasikan bahwa perbaikan penglihatan tidak terjadi secara langsung, tetapi bertahap sesuai penurunan bengkak pada mata dan perbaikan kornea. Perbaikan penglihatan memerlukan waktu enam bulan atau lebih.

Rasional : Meningkatkan kepercayaan dan kerja sama. Berbagi perasaan membantu menurunkan ketegangan. Informasi tentang perbaikan penglihatan bertahap diperlukan untukantisipasi depresi atau kekecewaan setelah fase operasi dan memberikan harapan akan hasil operasi

2.2.3 Diagnosa keperawatan pascaoperasi

2.2.3.1 Resiko cedera berhubungan dengan peningkatan TIO, berdarahan, kehilangan vitreus, pelepasan *buckling*, kegagalan pelekatan retina

Subjektif :

Menyatakan nyeri, rasa tidak nyaman pada mata.

Objektif :

Perilaku tubuh tidak terkontrol.

Tujuan :

Tidak terjadi cedera mata pascaoperasi.

Kriteria hasil :

- a. Klien menyebutkan faktor yang menyebabkan cedera
- b. Klien tidak melakukan aktivitas yang meningkatkan resiko cedera

Intervensi dan Rasion :

1. Diskusikan tentang rasa sakit, pembatasan aktivitas dan pembalutan mata.

Rasional : Meningkatkan kerja sama dan pembatasan yang diperlukan

2. Tempatkan klien pada tempat tidur yang lebih rendah dan anjurkan untuk membatasi pergerakan mendadak/tiba-tiba serta menggerakkan kepala berlebih.

Rasional : Istirahat ditempat tidur diperlukan selama 3-7 hari pascaoperasi, bergantung pada kondisi dan jenis operasi yang di jalani.

3. Ajarkan klien untuk menghindari tindakan yang dapat menyebabkan cedera.

Rasional : Mencegah/menurunkan resiko komplikasi cidera.

4. Bantu aktivitas selama istirahat, ambulasi dilakukan berhati-hati.

Rasional : Tindakan yang dapat meningkatkan TIO dan menimbulkan kerusakan struktur mata pascaoperasi : mengejan, menggerakkan kepala mendadak, membungkuk terlalu lama dan batuk.

5. Amati kondisi mata : luka menonjol, bilik mata depan menonjol, nyeri mendadak, nyeri yang tidak berkurang dengan pengobatan, mual dan muntah. Dilakukan setiap 6 jam pada awal operasi atau seperlunya.

Rasional : Kondisi seperti luka menonjol, bilik mata dengan menonjol, nyeri mendadak, hipertermia dan apabila pandangan melihat benda mengapung (*floater*) atau pandangan terasa gelap mungkin menunjukkan ablasio retina.

2.2.3.2 Nyeri yang berhubungan dengan luka pascaoperasi.

Subjektif :

Menyatakan nyeri

Objektif :

Meringis, wajah tegang

Tujuan :

Nyeri berkurang, hilang dan terkontrol.

Kriteria hasil :

- a. Klien mendemonstrasikan teknik penurunan nyeri
- b. Melaporkan nyeri berkurang atau hilang

Intervensi dan Rasional :

1. Kaji derajat nyeri setiap hari.

Rasional : Normalnya, nyeri terjadi dalam waktu kurang dari lima hari setelah operasi dan berangsur menghilang. Nyeri dapat meningkat karena peningkatan TIO 2-3 hari pascaoperasi. Nyeri mendadak menunjukkan peningkatan TIO masif.

2. Anjurkan untuk melaporkan perkembangan nyeri setiap hari atau segera saat terjadi peningkatan nyeri mendadak

Rasional : Meningkatkan kolaborasi; memberikan rasa aman untuk peningkatan dukungan psikologis.

3. Anjurkan pada klien untuk tidak melakukan gerakan tiba-tiba yang dapat memprovokasi nyeri

Rasional : Beberapa kegiatan klien dapat meningkatkan nyeri, seperti gerakan tiba-tiba, membungkuk, mengucek mata, batuk dan mengejan.

4. Ajarkan teknik distraksi dan relaksasi

Rasional : Menurunkan ketegangan dan mengurangi nyeri

5. Lakukan tindakan kolaborasi dalam pemberian analgesic topical sistemik

Rasional : Mengurangi nyeri dengan meningkatkan ambang nyeri

- 2.2.3.3 Gangguan perawatan diri yang berhubungan dengan penurunan penglihatan, pembatasan aktivitas pascaoperasi.

Subjektif :

Menyatakan penurunan kemampuan penglihatan

Objektif :

Klien banyak istirahat di tempat tidur

Tujuan :

Kebutuhan perawatan diri klien terpenuhi

Kriteria hasil :

- a. Klien mendapatkan bantuan parsial dalam pemenuhan kebutuhan diri
- b. Klien memeragakan perilaku perawatan diri secara bertahap.

Intervensi dan Rasional :

1. Terangkan pentingnya perawatan diri dan pembatasan aktivitas selama fase pascaoperasi

Rasional : Klien dianjurkan untuk istirahat ditempat tidur pada 2-3 jam pertama pascaoperasi atau 12 jam, jika ada komplikasi. Selama fase ini, bantuan total diperlukan bagi klien

2. Bantu klien untuk memenuhi kebutuhan perawatan diri

Rasional : Memenuhi kebutuhan perawatan diri

3. Secara bertahap, libatkan klien dalam memenuhi kebutuhan diri

Rasional : Perlibatan klien dalam aktivitas perawatan dirinya dilakukan bertahap dengan berpedoman pada prinsip bahwa aktivitas tidak memicu peningkatan TIO dan menyebabkan cedera mata.