

BAB III

TINJAUAN KASUS

Untuk lebih memahami asuhan keperawatan pada klien dengan ulkus kornea pada mata maka penulis melakukan asuhan keperawatan dengan melakukan proses perawatan yang meliputi .

A. Pengkajian

1. Pengumpulan Data

a. Identitas klien

Nama Ny. K umur 21 tahun, jenis kelamin perempuan, agama islam, suku jawa, pendidikan SMA, pekerjaan sebagai ibu rumah tangga, alamat jalan kedung tarukan 3A/20 surabaya. masuk rumah sakit 1 April 2001 dengan diagnosa medis ulkus kornea pada mata, nomer register 10029493.

b. Keluhan utama

Klien mengatakan mata kanannya cekot – cekot, terasa ada benda asing, mata ngeres dan sering keluar cairan.

c. Riwayat Kesehatan

1. Riwayat kesehatan lalu

Klien mengatakan sebelumnya ia tidak pernah menderita ulkus kornea pada matanya . Tidak pernah dioperasi pada mata juga tidak mempunyai penyakit kronis (DM ,Hipertensi)

2. Riwayat kesehatan sekarang

Sejak 3 minggu sebelum masuk rumah sakit, klien mengeluh mata kanannya merah dan terasa nyeri setelah melihat TV, juga diikuti pandangan mata kanan kabur, lama kelamaan mata dirasakan bertambah sakit dan merah, kemudian klien membeli obat tetes mata visine, tapi tidak sembuh, lalu klien memeriksakan matanya dirumah sakit mata di undaan tapi tidak sembuh sehingga pada tanggal 1 April 2001 klien dibawa kerumah sakit Dr.Soetomo surabaya, jam 14.00 WIB klien dinyatakan terkena bakteri dan selanjutnya dirawat diruang penyakit mata dengan diagnosa medis ulkus kornea .

3. Riwayat kesehatan keluarga

Klien mengatakan bahwa didalam anggota keluarganya tidak ada yang pernah mengalami ulkus kornea pada mata, ataupun penyakit keturunan seperti DM, Hipertensi .

d. Pola-pola fungsi kesehatan

1. Pola persepsi dan tatalaksana kesehatan

Sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan bila sakit langsung beli obat yang di jual bebas dan apabila tidak sembuh klien berobat ke puskesmas dan klien menjaga kesehatan dengan

mandi tiga kali sehari, gosok gigi tiga kali sehari dan keramas tiga kali dalam seminggu .

Selama di rumah sakit klien selalu minum obat sesuai resep dokter secara teratur, kebersihan klien cukup, mandi dan gosok gigi dua kali sehari .

2. Pola nutrisi dan metabolisme

Sebelum masuk rumah sakit kebiasaan makan klien teratur tiga kali sehari

Dengan nasi, lauk pauk, sayur dan buah-buahan . klien minum dalam sehari dua sampai tiga liter .

Selama di rumah sakit klien makan tiga kali sehari, satu porsi habis, yang terdiri dari nasi, lauk ,sayur dan buah serta minum dua sampai tiga liter sehari .

3. Pola aktifitas dan latihan

Sebelum masuk rumah sakit klien mengatakan mampu melaksanakan aktifitasnya yaitu sebagai ibu rumah tangga, dan melakukan pekerjaan rumah tanpa ada gangguan .

Selama di rumah sakit klien tidak dapat melakukan kebiasaannya tersebut, keperluan makan minum dan mandi di bantu karena klien harus banyak istirahat ditempat tidur .

4. Pola eliminasi

Sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam buang air besar dan buang air kecil . Klien buang air besar satu kali sehari dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari .

Selama dirumah sakit tidak mengalami gangguan buang air kecil dan buang air besar, klien buang air besar satu kali sehari dan buang air kecil tiga sampai empat kali sehari .

5. Pola tidur dan istirahat

Sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan tidak mengalami gangguan dalam tidur, klien tidur enam sampai tujuh jam sehari , kebiasaan tidur dengan bantal dan selimut .

Selama dirumah sakit klien mengalami gangguan tidur karena rasa nyeri pada mata kananya, tetapi klien mampu mencukupi kebutuhan tidurnya kurang lebih enam jam sehari, kebiasaan tidur dengan bantal dan selimut .

6. Pola sensorik dan kognitif

Sebelum masuk rumah sakit, penglihatan, pendengaran, penciuman, perabaan, dan rasa tidak ada gangguan. Proses berfikir lancar, isi pikiran mudah dimengerti .

Selama masuk rumah sakit, pendengaran, penciuman, daya rasa, perabaan dan proses berfikir tidak mengalami gangguan, hanya

7. Pola persepsi diri

Klien seorang ibu rumah tangga yang baik, sebelum sakit setiap hari klien selalu melakukan pekerjaan di rumah .

Selama masuk rumah sakit klien menganggap sakitnya sebagai sakit mata biasa dan klien optimis sakitnya cepat sembuh serta klien tidak merasa rendah diri dengan keadaannya.

8. Pola hubungan dan peran

Sebelum masuk rumah sakit, hubungan klien dan keluarga tetap baik, klien sering mengikuti kegiatan dikampungnya .

Selama dirumah sakit, hubungan dengan keluarga tetap baik, klien berkomunikasi dengan klien lain dan petugas kesehatan dengan baik

9. Pola reproduksi dan sexual

Klien seorang wanita berumur 21 tahun dan sudah menikah serta mempunyai satu orang anak, klien sedang hamil empat bulan, sebelum masuk rumah sakit tidak pernah mengalami gangguan sexualitas .

Selama masuk rumah sakit klien tidak pernah berhubungan sex dengan suaminya, klien selalu dijaga oleh suaminya .

10. Pola penanggulangan stres

Sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan bila ada masalah selalu dibicarakan dengan suaminya .

10. Pola penanggulangan stres

Sebelum masuk rumah sakit, klien mengatakan bila ada masalah selalu dibicarakan dengan suaminya .

Selama dirumah sakit klien membicarakan masalahnya dengan suami dan tim dokter .

11. Pola tata nilai dan kepercayaan

Sebelum masuk rumah sakit , klien mampu melaksanakan ibadah dengan tekun sesuai dengan agama islam tanpa mengalami gangguan.

Selama dirumah sakit, klien tidak mengalami gangguan dalam beribadah, melaksanakan sholat seperti biasanya .

e. Pemeriksaan fisik

1. Keadaan umum

Klien istirahat / bedrest di tempat tidur, terpasang bebat mata, tingkat kesadaran kompos mentis, GCS 4/5/6 .

2. Sistem Kepala dan Leher

a. Kepala

Tidak ada penonjolan, bentuk simetris tidak ada sikatrik, rambut tertata rapi warna hitam lurus, kebersihan cukup .

b. Mata

Bentuk mata simetris, tidak ada strabismus, bentuk alis normal, kelopak mata tidak odem, visus mata kiri 6/6, mata kanan

terdapat ulkus kornea dengan visus 4/6, perikornea hiperemi, iris ireguler, pupil midriasis diameter bulat 3 mm, lensa mata jernih, banyak keluar air mata, kotoran mata .

c. Telinga

Bentuk telinga simetris, tidak ada nyeri telinga, pendengaran baik, kebersihan cukup .

d. Hidung

Bentuk hidung normal, tidak ada penonjolan, sekret, polip hidung, daya penciuman baik, tidak ada pernafasan cuping hidung .

e. Mulut

Mukosa mulut lembab, bibir tidak sumbing, tidak ada stomatitis

3. Sistem Respirasi

Bentuk thorak normal, pergerakan pada waktu bernafas teratur . Pada abdomen tidak acites, nyeri tekan, benjolan, umbilikus masuk merata

Tidak ada suara nafas tambahan, RR 24 kali per menit, tidak pergerakan cuping hidung, gerakan saat inspirasi dan ekspirasi ekspansi dada seimbang .

4. Sistem kardiovaskuler

Tidak ada pulsasi apikal, tidak ada sianosis dan palpitasi.
tekanan darah 110/80 mmhg dan nadi 88 / menit.

5. Sistem genetoria

Klien tidak mengalami gangguan buang air kecil, frekuensi buang air kecil 3-4 kali sehari, urine berwarna kuning jernih.

6. Sistem Gastrointestinal

Klien buang air besar 1x/hari, tidak mengalami mual dan muntah serta tidak mengalami kesulitan waktu BAB.

Abdomen bentuk simetris tidak acites, bising usus terdengar, tidak kembung maupun nyeri tekan.

7. Sistem Muskuluskletal

Tidak ada edema pada ekstremitas, tidak atropi maupun hipertropi, tidak ada kontraktur sendi dan klien tidak mengalami kelemahan gerak.

8. Sistem Persyarafan

GCS 4,5,6 kesadaran kompos mentis, klien tidak mengalami paralise/ kelumpuhan tidak ada.

g. Pemeriksaan Diagnostik

1). Pemeriksaan visus dan tajam penglihatan.

Dengan menggunakan kartu snellen didapatkan visus mata kiri (VOS) 6/6 dan visus mata kanan (VOD) 4/6.

2) Pemeriksaan tekanan bola mata

Dengan menggunakan tonometer di dapatkan tekanan bola mata kanan 12,2 mmHg, tekananbola mata kiri 17,3 mmHg.

3) Pmeriksaan fluoesin test

Didapatkan hasil positif.

4) Pemeriksaan laboratorium

Pada pemeriksaan mikroskopis di dapatkan kuman batang gram negatif.

2. Analisa data

Setelah dilakukan pengumpulan data, kemudian dikelompokkan sehingga di dapatkan analisa data/ suatu masalah sebagai berikut:

a. Tanggal 2 april 2001

1. Data subyektif

Klien mengatakan mata kanan kabur untuk melihat, mata terasa silau, banyak keluar kotoran mata .

2. Data obyektif

Klien dengan ulkus kornea pada mata kanan, konjungtiva hiperemi, pupil midriasis, terdapat cairan kental (hipopion) pada bilik mata depan, VOD 4/6, VOS 6/6.

3. Masalah : persepsi sensori penglihatan

4. Kemungkinan penyebab

Kerusakan penglihatan.

b. Tanggal 2 april 2001

1. Data subyektif

Klien mengatakan mata terasa nyeri,terasa gatal,pandangan mata kanan kabur.

2. Data obyektif

Terdapat ulkus kornea pada mata kanan ,ekspresi wajah klien menyeringai kesakitran, klien sering memegang matanya yang sakit,klien sering terbangun dari tidurnya karena nyeri.

3. Masalah : Raa nyaman (nyeri)

4. Kemungkinan penyebab

Luka pada kornea

c. Tanggal,2 april 2001

1. Data subyektif

Klien mengatakan khawatir dengan penglihatannya yang kabur, mata kanan kabur untuk melihat, klien bertanya kapan sakitnya akan sembuh.

2. Data obyektif

klien sering bertanya tentang penyakitnya, kspresi wajah gelisah, pernafasan 20 kali permenit.

3. Masalah : Cemas

4. Kemungkinan penyebab

Menurunnya tajam penglihatan

3. Diagnosa keperawatan

Dari analisa data di atas dapat disimpulkan diagnosa keperawatan sebagai berikut:

- a. Gangguan persepsi sensori penglihatan sehubungan dengan kerusakan penglihatan yang di tandai dengan klien mengeluh mata kanan kabur.
- b. Gangguan rasa nyaman (nyeri) sehubungan dengan adanya luka pada kornea yang di tandai dengan klien mengeluh mata kanan terasa sakit /nyeri
- c. Cemas sehubungan dengan penurunan tajam penglihatan ditandai dengan klien mengeluh khawatir dengan penglihatannya yang kabur.

(Susan Martin C , 1998:645)

B. Perencanaan

Dari diagnosa keprawatan di atas, maka dapat di buat rencana tindakan yang disusun berdasarkan prioritas sebagai berikut:

1. Diagnosa keperawatan pertama

Gangguan persepsi sensori penglihatan sehubungan dengan kerusakan penglihatan di tandai dengan klien mengeluh mata kanan kabur.

a. Tujuan

Tidak terjadi penurunan tajam penglihatan dan dapat melihat dalam waktu 2x 24 jam.

b. Kriteria hasil

- 1) Klien dapat mengungkapkan keadaan obyek yang dilihat sesuai dengan yang sebenarnya .
- 2) Klien tidak mengeluh penglihatan mengalami penurunan lebih lanjut
- 3) Klien mengungkapkan penglihatan mulai membaik.
- 4) Hasil pemeriksaan visus mata kanan 6/6

c. Rencana tindakan

- 1) Kaji tajam penglihatan klien dengan pemeriksaan visus.
- 2) Orientasikan klien dengan keadaan ruangan ,perkenalkan pada pegawai dan klien lain dalam ruangan .
- 3) Ciptakan komunikasi yang efektif dengan klien.
- 4) Dorong dan bantu klien dalam kemandirian.
- 5) Kaji jenis dan jumlah rangsangan penglihatan yang di senangi klien.
- 6) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat injeksi disekain 0,5 cc, ciprofloxacin 1 tetes dan atropin 1% 2x1 tete

d. Rasional

- 1) Dalam mengkaji tajam penglihatan untuk mengetahui sejauh mana klien mam pu melihat dengan baik.

- 2) Dengan memberikan orientasi untuk meningkatkan rasa kekeluargaan dan mengurangi disorientasi.
- 3) Dengan komunikasi yang efektif akan membantu klien mengidentifikasi diri dan lingkungannya .
- 4) Dengan membantu klien dalam kemandirian akan menumbuhkan percaya diri klien dan mengurangi ketergantungan pada orang lain.
- 5) Dengan mengkaji rangsangan penglihatan yang di senangi klien akan membantu memulihkan persepsi penglihatan klien.
- 6) Dengan dilakukan kolaborasi mencegah perluasan luka kornea lebih lanjut dan mempercepat proses penyembuhan.

2. Diagnosa keperawatan kedua

Gangguan rasa nyaman (nyeri) sehubungan dengan adanya luka pada kornea yang ditandai dengan klien mengeluh mata kanan terasa sakit/nyeri.

a. Tujuan

Nyeri berkurang dalam waktu 2 hari

b. Kriteria hasil

- 1) Klien mengungkapkan rasa nyeri berkurang.
- 2) Ekspresi wajah klien tenang/rileks
- 3) Klien dapat istirahat dengan tenang tanpa adanya nyeri

c. Rencana tindakan

- 1) Bina hubungan baik dengan memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab terjadinya nyeri.
- 2) Alihkan perhatian klien pada saat nyeri timbul dengan hal-hal yang menyenangkan .
- 3) Berikan posisi miring ke arah mata yang sehat.
- 4) Kolaborasi dengan dokter dalam pemberian analgesik yaitu antalgin 3X500mg sehari.

d. Rasional

- 1) Dengan membina hubungan baik dan penjelasan yang adekuat , klien kooperatif, mengerti dan memahami sehingga dapat mengurangi perasaan terhadap nyeri.
- 2) Dengan mengalihkan perhatian diharapkan klien tidak berfokus pada rasanyerinya sehingga nyeri tersebut berkurang
- 3) Posisi miring kearah mata yang sehat dapat menurunkan ketegangan sehingga mengurangi nyeri.
- 4) Dengan pemberian analgesik mengubah persepsi dan interpersepsi nyeri dengan menekan syaraf di hipotalamus.

3. Diagnosa keperawatan ketiga

Cemas sehubungan dengan penurunan tajam penglihatan di tandai klien mengeluh khawatir dengan penglihatannya yang kabur.

a. Tujuan

Cemas berkurang dalam waktu 1 hari.

b. Kriteria hasil

- 1) Klien mengungkapkan cemas berkurang, tidak gelisah
- 2) Klien tenang dan kooperatif, tidak pucat
- 3) Klien dapat menggunakan sumber-sumber dengan efektif
- 4) Klien dapat istirahat / tidur dengan tenang
- 5) Frekuensi nadi klien 80 kali permenit.

c. Rencana tindakan

- 1) Berikan penjelasan pada klien tentang penyakitnya.
- 2) Berikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya .
- 3) Berikan tentang hal-hal yang dapat menyebabkan penurunan penglihatan.
- 4) Berikan dorongan pada klien untuk mendekati diri pada tuhan YME.
- 5) Identifikasi sumber-sumber bantuan.

d. Rasional

- 1) Dengan penjelasan yang adekuat di harapkan klien mengerti dan kooperatif.
- 2) Dengan mengungkapkan perasaan secara verbal dapat mengurangi intensitas dan lama cemas.
- 3) Dengan informasi yang adekuat akan mengurangi kecemasan klien.

- 4) Sumber rasa aman yang di kenal dapat menghilangkan rasa tertekan yang menyertai cemas.
- 5) Memberikan bantuan bahwa klien tidak sendirian dalam menghadapi masalah.

C. Pelaksanaan

Pelaksanaan dari rencana tindakan perawatan di atas tanggal 2 April 2001 adalah sebagai berikut :

1. Diagnosa Keperawatan Pertama

Gangguan persepsi sensori penglihatan sehubungan dengan kerusakan penglihatan yang ditandaidengan klien mengeluh mata kanan kabur.

- a. Mengkaji tajam penglihatan dengan pemeriksaan visus, hasilnya visus mata kanan (VOD) 4/6, visus mata kiri (VOD) 6/6.
- b. Memperkenalkan klien dengan keadaan ruangan, pegawai dan klien lain dalam ruangan.
- c. Menciptakan komunikasi yang efektif dengan klien, melalui penjelasan tujuan atas kunjungan yang berulang kali.
- d. Mendorong dan membantu klien dalam kemandirian dengan mengurangi bantuan setiap saat.
- e. Mengkaji jenis dan jumlah rangsangan penglihatan yang disenangi klien.
- f. Melaksanakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian terapi obat – obatan.

2. Diagnosa Keperawatan Kedua

Gangguan rasa nyaman (nyeri) sehubungan dengan adanya luka pada kornea ditandai dengan klien mengeluh mata kanan terasa sakit/nyeri.

- a. Membina hubungan baik dalam memberikan penjelasan pada klien tentang penyebab terjadinya nyeri.
- b. Memberikan masage halus pada daerah sekitar mata yang saki
- c. Mengalihkan perhatian klien pada saat nyeri timbul dengan hal- hal yang menyenangkan sesuai dengan keinginan.
- d. Memberikan posisi miring ke arah mata yang sehat.
- e. Melaksanakan kolaborasi dengan dokter dalam pemberian antalgi 3 x 500 mg sehari.
- f. Mengkaji respon klien terhadap pemberian antalgin, tidak ada efek samping yang terjadi pada klien.

3. Diagnosa Keperawatan Ketiga

Cemas sehubungan dengan penurunan penglihatan yang ditandai dengan klien mengeluh khawatir dengan penglihatannya yang kabur.

- a. Mengkaji faktor penyebab kecemasan klien.
- b. Memberikan kesempatan pada klien untuk mengungkapkan perasaannya.

- c. Memberikan penjelasan tentang hal – hal yang dapat menyebabkan penurunan penglihatan, bahwa penurunan tajam penglihatan bersifat sementara.
- d. Memberikan dorongan pada klien untuk mendekatkan diri pada Tuhan YME.
- e. Mengidentifikasi sumber – sumber bantuan.

D. Evaluasi

Sebelum evaluasi akhir selanjutnya penulis sampaikan perkembangan dari penilaian sebagai berikut :

1. Diagnosa keperawatan pertama (tanggal 3 april 2001)

Subyektif : Klien mengatakan mata kanan kabur, terasa silau, banyak keluar kotoran mata

Obyektif : Terdapat ulkus kornea pada mata kanan, konjungtiva hiperemi, pupil midriasis, terdapat cairan kental pada bilik mata depan, VOD 4/6, VOS 6/6.

Assesment : Masalah perubahan persepsi sensori penglihatan belum teratasi

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan.(3,4,5,6)

2. Diagnosa Keperawatan Pertama (tanggal 4 april 2001)

Subyektif : Klien mengatakan pandangan mata kanan mulai membaik, silau berkurang.

Obyektif : Tidak ada kotoran mata, identifikasi obyek baik, penglihatan optimal membaik.

Assesment : Masalah persepsi sensori penglihatan teratasi.

Planning : Rencana tindakan dihentikan.

3. Dianosa Keperawatan Kedua (tanggal 3 April 2001)

Subyektif : Klien mengatakan mata kanan terasa sakit/ nyeri, pandangan mata kanan kabur.

Obyektif : Terdapat ulkus kornea pada mata kanan, ekspresi wajah klien menyeringai kesakitan, klien sering memegang mata yang sakit, klien sering terbangun dari tidurnya karena nyeri.

Assesment : Masalah nyeri klien belum teratasi.

Planning : Rencana tindakan dilanjutkan (2,3,4,5,6)

4. Diagnosa Keperawatan kedua (tanggal 4 April 2001)

Subyektif : Klien mengatakan nyeri berkurang dan sudah dapat istirahat dengan tenang

Obyektif : Luka kornea membaik dan tidak meluas, ekspresi wajah klien tenang/rileks, klien dapat istirahat.

Assesment : Masalah nyeri teratasi.

Planning : Rencana tindakan dihentikan.

5. Diagnosa keperawatan ketiga (tanggal 3 April 2001)

Subyektif : Klien mengatakan rasa cemas/ khawatir sudah berkurang

Obyektif : Klien bersikap kooperatif, ekspresi wajah klien tenang, klien mampu

Assesment : Masalah cemas teratasi

Planning : Rencana tindakan dihentikan.

Pada tanggal 5 juli 2001 keaddan umum klien sudah baik, rasa nyeri sudah berkurang, pandangan mata membaik dan tidak silau, sudah tidak ada cairan kental pada bilik mata depan. Klien tidak cemas dengan keadaannya dan klien mengerti tentang masalah dan penanggulangan dari penyakitnya.