



Edisi 1

Tahun 2019

**PANDUAN
ASUHAN KEPERAWATAN**
RS. Mata Undaan Surabaya

Jl. Undaan Kulon No. 17 - 19 Surabaya
Telp. 031 5343 806, 5319 619
Fax. 031 - 5317 503

DAFTAR ISI

	Halaman
DAFTAR ISI	i
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 615/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL : 15 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	ii
LAMPIRAN PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN NOMOR : 615/PER/DIR/RSMU/IV/2019 TANGGAL : 15 APRIL 2019 TENTANG PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA	1
BAB I PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Tujuan	1
1.3 Batasan Operasional	2
BAB II RUANG LINGKUP.....	3
BAB III TATA LAKSANA.....	4
3.1 Fungsi Asuhan Keperawatan	4
3.2 Tempat Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	4
3.3 Kewenangan Proses Pelaksanaan Asuhan Keperawatan	4
3.4 Dokumentasi Asuhan Keperawatan di Rekam Medis	4
3.5 Standar Prosedur Operasional.....	5
BAB IV DOKUMENTASI	6

**PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 615/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 15 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA**

DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN

- Menimbang** :
- a. Bahwa dalam rangka proses asuhan keperawatan terhadap pasien di lingkungan Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
 - b. Bahwa dalam rangka melaksanakan asuhan keperawatan yang terstruktur dan terintegrasi di rumah sakit;
 - c. Bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud huruf (a) dan (b) maka perlu ditetapkan dengan Peraturan Direktur.
- Mengingat** :
1. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan;
 2. Undang-Undang Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit;
 3. Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2014 tentang Tenaga Kesehatan;
 4. Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan;
 5. Permenkes Nomor 17 Tahun 2013 tentang Izin dan Penyelenggaraan Praktik Perawat;
 6. Permenkes Nomor 40 Tahun 2017 tentang Pengembangan Jenjang Karir Profesional Perawat Klinis;
 7. Peraturan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor 029/P4MU/IV/2018 Tentang Peraturan Internal Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
 8. Keputusan Perhimpunan Perawatan Penderita Penyakit Mata (P4M) Undaan Nomor: 035/P4M/SK/VII/2017 tentang Pengangkatan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya;
 9. Peraturan Direktur Rumah Sakit Mata Undaan Nomor 176/RSMU/PER/V/2015 Tanggal 15 Mei 2015 tentang Peraturan Internal Staf Keperawatan (*Nursing Staf Bylaws*) Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

MEMUTUSKAN

- Menetapkan** :
- Kesatu** : Menetapkan dan memberlakukan Panduan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.
- Kedua** : Panduan Asuhan Keperawatan ini digunakan sebagai acuan dalam proses asuhan keperawatan terhadap pasien di Rumah Sakit Mata Undaan Surabaya.

- Ketiga : Panduan Asuhan Keperawatan di Rumah Sakit Mata Undaan sesuai pada Lampiran Peraturan Direktur ini.
- Keempat : Peraturan Direktur ini berlaku sejak tanggal ditetapkannya dan akan dievaluasi secara berkala bila diperlukan.
- Kelima : Apabila di kemudian hari terdapat kekeliruan dalam peraturan ini akan diadakan perbaikan sebagaimana mestinya.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 April 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, Sp.M (K)

LAMPIRAN
PERATURAN DIREKTUR RUMAH SAKIT MATA UNDAAN
NOMOR : 615/PER/DIR/RSMU/IV/2019
TANGGAL : 15 APRIL 2019
TENTANG
PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN
RUMAH SAKIT MATA UNDAAN SURABAYA

BAB I
PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Sesuai Undang – undang nomor 38 tahun 2014 tentang keperawatan, yang dimaksud keperawatan adalah kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik dalam keadaan sakit maupun sehat. Sedangkan pelayanan keperawatan adalah suatu bentuk pelayanan profesional yang merupakan bagian integral dari pelayanan kesehatan yang didasarkan pada ilmu dan kiat keperawatan ditujukan kepada individu, keluarga, kelompok, atau masyarakat, baik sehat maupun sakit. Dengan pengertian diatas dapat disimpulkan seorang perawat dalam melaksanakan tugas di rumah sakit harus mempunyai kompetensi sesuai unit kerjanya, sehingga tanggung jawab masing –masing perawat yang diberikan dapat menghasilkan kinerja yang bermutu dan profesional.

Dalam pemberian asuhan keperawatan harus dilakukan oleh tenaga perawat profesional yang telah lulus uji kompetensi dan sudah mempunyai Surat Ijin Registrasi (STR) yang masih berlaku, sehingga dalam melaksanakan praktek profesionalnya dapat dipertanggungjawabkan. Dengan adanya Panduan Asuhan Keperawatan (PAK) ini di harapkan menjadi acuan bagi perawat untuk memberikan asuhan keperawatan secara benar di unit pelayanan masing- masing.

1.2 Tujuan

a. Bagi pasien

1. Membantu individu untuk mandiri.
2. Mengajak individu atau masyarakat berpartisipasi dalam bidang kesehatan.
3. Membantu individu mengembangkan potensi untuk memelihara kesehatan secara optimal agar tidak tergantung pada orang lain dalam memelihara kesehatannya.
4. Membantu individu memperoleh derajat kesehatan yang optimal.

b. Bagi perawat adalah

1. Membantu perawat dalam melaksanakan proses asuhan keperawatan.
2. Membantu perawat dalam melaksanakan pengkajian, membuat diagnosa keperawatan, merencanakan dan melaksanakan tindakan keperawatan, serta mengevaluasi tindakan yang telah di berikan.
3. Membantu perawat dalam mendokumentasikan di dalam rekam medis pasien.

1.3 Batasan Operasional

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, ada beberapa definisi yang perlu di pahami, meliputi :

1. Asuhan keperawatan

Merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/ pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi yang berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan, bersifat humanistik, dan berdasarkan pada kebutuhan objektif klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien.

2. Pengkajian adalah proses pengumpulan data pada pasien dan keluarga secara sistematis, menyeluruh, akurat dan berkesinambungan (Bio,Psiko, sosio, dan spiritual).
3. Diagnosa keperawatan
Diagnosa keperawatan merupakan keputusan klinis perawat tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan yang aktual, risiko maupun potensial dan dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian.
4. Perencanaan Keperawatan
Merupakan keputusan klinis perawat mata tentang respon pasien terhadap masalah kesehatan yang aktual, risiko maupun potensial dan dirumuskan berdasarkan hasil pengkajian.
5. Implementasi keperawatan
Perawat mata melakukan tindakan keperawatan berdasarkan rencana asuhan keperawatan mata dengan menerapkan kode etik.
6. Evaluasi Asuhan Keperawatan
Evaluasi merupakan kegiatan menilai tingkat keberhasilan dalam mencapai tujuan berdasarkan respon pasien.

BAB II RUANG LINGKUP

Dalam pembahasan ruang lingkup panduan asuhan keperawatan di rumah sakit meliputi, meliputi :

1. Undang – Undang no. 38 tahun 2014 tentang keperawatan;
2. Undang – Undang no 44 tahun 2009 tentang rumah sakit;
3. Undang – Undang no. 36 tahun 2009 tentang kesehatan;
4. Peraturan Menteri Kesehatan no. 10 tahun 2015 tentang Standar Pelayanan Keperawatan di Rumah Sakit Khusus.

BAB III TATA LAKSANA

Dalam tata laksana asuhan keperawatan ada beberapa pembahasan yang perlu dilaksanakan, antara lain :

3.1 Fungsi Asuhan Keperawatan

1. Memberikan pedoman dan bimbingan yang sistematis dan ilmiah bagi tenaga keperawatan dalam memecahkan masalah klien melalui asuhan keperawatan.
2. Memberi ciri profesionalisasi asuhan keperawatan melalui pendekatan pemecahan masalah dan pendekatan komunikasi yang efektif dan efisien.
3. Memberi kebebasan pada klien untuk mendapat pelayanan yang optimal sesuai dengan kebutuhannya dalam kemandiriannya di bidang kesehatan.

3.2 Tempat pelaksanaan pelayanan asuhan keperawatan

Pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit, dilaksanakan di beberapa unit kerja, meliputi :

1. Instalasi Rawat Inap
2. Instalasi Rawat Jalan
3. Instalasi Kamar Operasi
4. IGD

3.3 Kewenangan melakukan Proses Asuhan Keperawatan

Tenaga perawat di masing – masing unit pelayanan melaksanakan proses asuhan keperawatan, adapun kewenangan dari masing perawat, meliputi :

1. Pengkajian keperawatan dilakukan oleh Perawat Klinik II (PK II) di bantu perawat Klinik I (PK I).
2. Diagnosa keperawatan dirumuskan oleh Perawat Klinik II (PK II).
3. Rencana tindakan keperawatan dilakukan oleh minimal perawat dengan kompetensi PK II.
4. Tindakan keperawatan dilakukan oleh perawat sesuai kompetensi dan kewenangan klinisnya.
5. Evaluasi dilakukan minimal oleh perawat dengan kompetensi PK II.

3.4 Dokumentasi Asuhan Keperawatan di rekam medis

1. Struktur Data

Struktur data merupakan cara menyajikan data yang relevan, akurat, tepat dan komprehensif mengenai kondisi pasien dalam bentuk dokumentasi keperawatan sebagai alat komunikasi antar anggota tim kesehatan yang menangani pasien.

Indikator :

Adanya dokumentasi struktur data pasien yang akurat dan lengkap minimal meliputi

- a. Adanya data pasien yang nama, umur, jenis kelamin, status perkawinan, agama.
- b. Adanya nomor pendaftaran dan atau nomor Rekam Medik.
- c. Adanya tanggal dan waktu masuk dan keluar.
- d. Adanya data tentang penggunaan alat bantu pada waktu masuk/ keluar rumah sakit (kursi roda, brankard, dan lain-lain).
- e. Adanya data tentang asal pasien : rumah, kiriman rumah sakit, fasilitas pelayanan kesehatan lain.
- f. Adanya data tentang dokter yang bertugas, tenaga kesehatan yang mengirim jika ada.
- g. Adanya informasi tentang bahasa yang digunakan pasien.
- h. Adanya data tindak lanjut pelayanan.
- i. Adanya data tentang sumber pembiayaan kesehatan pasien.

2. Data Klinik

Data klinik merupakan data yang dikumpulkan perawat selama pemberian asuhan keperawatan yang ditulis secara sistematis dan komprehensif mengenai kondisi pasien gangguan mata.

Indikator:

- a. Adanya dokumentasi keperawatan relevan, akurat dan lengkap meliputi :
 - 1) Pengkajian fisik terutama pada mata.
 - 2) Riwayat kesehatan.
 - 3) Data psikologis, sosial, spiritual dan ekonomi.
- b. Adanya dokumentasi masalah dan kebutuhan kesehatan aktual maupun risiko.
- c. Adanya intervensi diagnostik dan terapeutik.
- d. Adanya manajemen farmakologi.

3. Bentuk dan Prinsip Dokumentasi Keperawatan

Dokumentasi Keperawatan merupakan bukti yang legal mengenai data pasien, meliputi tahapan pengkajian, rencana tindakan, implementasi, evaluasi dan *discharge planning* yang ditulis atau dalam bentuk elektronik.

Indikator:

- a. Ada format dokumentasi keperawatan yang disepakati.
- b. Ada catatan mengenai hasil pengkajian, keputusan, tindakan keperawatan dan respon pasien dengan gangguan mata terhadap tindakan keperawatan.
- c. Ada rencana keperawatan dan perubahannya yang mencerminkan kebutuhan dan tujuan pasien.
- d. Ada catatan mengenai informed consent dan konsultasi pasien dengan tim kesehatan lainnya meliputi nama konsultan, alasan konsultan dan hasilnya.
- e. Ada catatan untuk setiap perubahan kondisi pasien dengan gangguan kesehatan mata.
- f. Ada identitas perawat dengan jelas dalam setiap melakukan pendokumentasian.
- g. Ada keamanan dalam menyimpan dokumentasi keperawatan.
- h. Ada bukti perawat bertindak melindungi dokumentasi keperawatan dalam sisi kerahasiaan dan akses untuk informasi.

3.5 Standar Prosedur Operasional (SPO)

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan, perlu disiapkan beberapa SPO, antara lain :

1. Adanya SPO tata kelola pasien rawat inap, meliputi :
 - a. SPO Penerimaan Pasien Baru (terlampir)
 - b. SPO Asesmen pasien Rawat Inap (terlampir)
 - c. SPO Identifikasi Pasien (terlampir)
 - d. SPO Pendidikan tentang Hak dan Kewajiban pasien dan keluarga (terlampir)
 - e. SPO Pemberian Edukasi (Terlampir)
 - f. SPO pengkajian Nyeri (terlampir)
 - g. SPO Penanganan pasien resiko jatuh (terlampir)
 - h. SPO pasien pulang (terlampir)
 - i. SPO pasien di ruang gawat darurat
 - j. SPO pemeriksaan diagnostik
 - k. SPO pasien untuk konsultasi ke bagian penyakit dalam dan bedah
 - l. SPO pelayanan di ruang subspecialistik
 - m. SPO pasien untuk Onc Day Care (ODC)
 - n. SPO Pemulangan Pasien/ Discharge Planning
 - o. SPO Serah Terima Pasien
2. Adanya SPO tentang manajemen pasien intra operasi.
3. Adanya SPO tentang tilik keselamatan pasien operasi.
4. Adanya SPO tentang serah terima pasien.
5. Adanya SPO tentang identifikasi pasien.

6. Adanya SPO tentang asuhan keperawatan pasien peri operatif.
7. Adanya SPO tentang monitoring pasien.
8. Adanya prosedur tilik keselamatan pasien : posisi operasi, identifikasi pasien yang dilakukan oleh perawat yang kompeten.
9. Asuhan keperawatan pasien peri operatif diberikan oleh perawat yang kompeten dengan mengutamakan keselamatan pasien.
10. Adanya dokumentasi asuhan keperawatan/ laporan selama fase perioperatif: posisi operasi, jenis operasi, kateter uretra, desinfeksi kulit, area insisi, pemeriksaan sebelum operasi dan sesudah operasi, penggunaan unit pemanas, irigasi luka, jumlah kassa, penggunaan tampon, *roll* kassa dan jarum yang digunakan sebelum dan sesudah operasi, jumlah dan nomor bisturi yang digunakan sebelum dan sesudah operasi, jumlah cairan yang masuk dan keluar.
11. Adanya dokumentasi asuhan keperawatan/laporan keperawatan anastesi.

**BAB IV
DOKUMENTASI**

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN KATARAK	
1. Pengertian	Kekeruhan pada lensa mata.
2. Asesmen Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan 2. Nyeri post operasi 3. Resiko sekunder infeksi post operasi 4. Cemas
3. Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d degenerasi lensa / penurunan tajam penglihatan 2. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d terputusnya inkontinuitas jaringan post operasi 3. Resiko terjadinya infeksi post operasi b.d pasca tindakan pembedahan 4. Ansietas b.d defisit pengetahuan tentang prosedur operatif
4. Intervensi	<ol style="list-style-type: none"> a. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang tindakan operatif dan penyakit serta cara perawatan post operasi b. Observasi visus, tanda tanda vital, skala nyeri, dan adanya tanda tanda infeksi serta tingkat kecemasan pasien c. Orientasikan pasien dengan lingkungan sekitar d. Ajakan pasien tehnik pengendalian nyeri, perawatan setelah dilakukan operasi, pemberian obat topikal pada mata dengan benar dan cuci tangan sebelum melakukan perawatan e. Berikan obat sesuai program perioperatif dan Kolaborasi dalam pemberian analgesik dan antibiotika
5. Edukasi & Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat topikal tetes atau salep pada mata 3. Perawatan post operasi
6. <i>Discharge Planning</i>	Pulang atas ijin dokter
7. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus dan TIO 2. Skala nyeri 3. Tanda tanda vital 4. Tanda adanya infeksi 5. Tingkat kecemasan pasien
8. <i>Evidence based nursing practice</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Perawatan post operasi 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Perawatan darurat yang mengharuskan segera ke RS
9. Penelaahan Kritis	Penyakit Dalam (DM dan HT)
10. Indikator <i>outcome</i> keperawatan	Pulang sistem One Day Care atau 2 jam post operasi
11. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian / SMF Ilmu Kesehatan Mata, RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2006 2. Smelter, Bare, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN GLAUKOMA	
1. Pengertian	Kelainan mata yang terjadi karena Tekanan Intra okuler (TIO) meningkat.
2. Asesmen Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Nyeri 3. Cemas
3. Diagnosis Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d Penurunan tajam penglihatan 2. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d peningkatan TIO 3. Ansietas b.d defisit pengetahuan tentang penyakit
4. Intervensi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang penyakit dan cara perawatan 2. Observasi visus, TIO, tanda-tanda vital, skala nyeri dan tingkat kecemasan pasien 3. Orientasikan pasien dengan lingkungan sekitar 4. Ajarkan pasien tehnik pengendalian nyeri, perawatan dan pemberian obat tropikal pada mata dengan benar serta cuci tangan sebelum melakukan perawatan 5. Berikan obat sesuai program terapi dan Kolaborasi dalam pemberian analgesik dan obat pengontrol TIO
5. Edukasi & Informasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat tropikal tetes atau salep pada mata 3. Tindakan perawatan
6. <i>Discharge Planning</i>	Pulang atas ijin dokter
7. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus tidak bertambah buruk 2. TIO normal 15 - 20 3. Nyeri berkurang sampai hilang 4. Pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan tindakan perawatan
8. <i>Evidence based nursing practice</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan perawatan 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Kondisi darurat yang mengharuskan segera ke RS
9. Penelahan Kritis	Penyakit Dalam
10. Indikator outcome keperawatan	Pulang atas ijin dokter
11. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian / SMF Ilmu Kesehatan Mata, Devisi Glaucoma RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2006 2. Smelter, Bare, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ULCUS CORNEA	
1. Pengertian	Keradangan pada kornea yang timbul akibat infeksi kuman/ bakteri
2. Masalah Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Nyeri 3. Infeksi 4. Cemas
3. Diagnose Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan adanya hipopion 2. Gangguan rasa nyaman nyeri adanya proses infeksi 3. Resiko tinggi perluasan infeksi <i>deficit</i> pengetahuan tentang cara perawatan 4. <i>Anxietas deficit</i> pengetahuan tentang penyakit
4. Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang penyakit serta cara perawatan. 2. Observasi visus, tanda-tanda visus, skala nyeri, dan adanya tanda-tanda infeksi serta tingkat kecemasan pasien 3. Ajarkan pasien teknik pengendalian nyeri, perawatan dan pemberian obat topikal pada mata dengan benar dan cuci tangan sebelum melakukan perawatan 4. Berikan obat sesuai program terapi dan kolaborasi dalam pemberian analgesic dan antibiotika
5. Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus 2. Skala nyeri 3. Tanda-tanda vital 4. Tanda adanya infeksi 5. Tingkat kecemasan pasien
6. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus tidak bertambah buruk 2. Nyeri berkurang sampai hilang 3. Tanda-tanda infeksi berkurang 4. Pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan tingkat perawatan
7. Informasi & Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat topical tetes atau salep pada mata 3. Tindakan perawatan
8. <i>Discharge Planning</i>	Pulang atas ijin dokter
9. Nasehat pulang/ Instruksi kontrol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan perawatan 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Kondisi darurat yang mengharuskan segera ke RS
10. Prognosis	Tergantung luas dan lokasi serta virulensi kuman
11. Penelaan Kritis	Penyakit dalam
12. Indikator	Pulang sesuai dengan hari rawat yang ditentukan
13. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian/ SMF Ilmu Kesehatan Mata, RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2006. 2. Smelter, Bare Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN STRABISMUS	
1. Pengertian	Penyimpangan posisi bola mata (juling)
2. Masalah Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Gangguan <i>Body Image</i> 3. Risiko terjadinya post operasi 4. Cemas
3. Diagnose Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d penyimpangan posisi bola mata 2. Gangguan <i>Body Image</i> b.d kurang beradaptasi perubahan posisi bola mata 3. Risiko terjadinya post operasi b.d pasca tindakan pembedahan 4. Ansietas b.d deficit pengetahuan tentang penyakit
4. Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang penyakit serta cara perawatan. 2. Observasi visus, tanda-tanda vital, adanya tanda-tanda infeksi, kemampuan pasien dalam meningkatkan harga diri sesuai dengan kondisinya dan tingkat kecemasan pasien 3. Orientasikan pasien dengan lingkungan sekitar dan dorong pasien berinteraksi dengan lingkungan sekitar 4. Ajarkan pasien dan keluarga dalam perawatan dan pemberian obat topikal pada mata dengan benar serta cuci tangan sebelum melakukan perawatan 5. Berikan obat sesuai program perioperatif dan kolaborasi dalam pemberian antibiotika
5. Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus 2. Tanda-tanda vital 3. Interaksi pasien 4. Tanda adanya infeksi 5. Tingkat kecemasan pasien
6. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus tidak bertambah buruk 2. Pasien mampu beradaptasi dan berinteraksi 3. Tidak adanya tanda infeksi 4. Pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit dan tingkat perawatan
7. Informasi & Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat topical tetes atau salep pada mata 3. Tindakan perawatan
8. <i>Discharge Planning</i>	Pulang atas ijin dokter
9. Nasehat pulang/ Instruksi kontrol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan perawatan 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Kondisi darurat yang mengharuskan segera ke RS
10. Prognosis	Tergantung ada atau tidaknya penyulit, kontraktor otot.
11. Penelaan Kritis	Hipertemi
12. Indikator	Pulang sesuai dengan hari rawat yang ditentukan
13. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Mata, RSU Dr. Soetomo Surabaya, 2006. 2. Smelter, Bare Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN HYFEMA	
1. Pengertian	Pendarahan dalam Bilik Mata Depan (BMD) yang berasal dari pecahnya pembuluh darah pada iris atau badan silier akibat rudapaksa tumpul.
2. Masalah Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Nyeri 3. Risiko terjadinya post operasi 4. Cemas
3. Diagnose Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d penurunan tajam penglihatan /adanya hyfema 2. Gangguan rasa nyaman nyeri b.d peningkatan TIO/ post rudapaksa tumpul 3. Risiko kurang perawatan diri b.d bedrest total 4. Ansietas b.d deficit pengetahuan tentang penyakit
4. Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang penyakit, cara perawatan dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri. 2. Observasi visus dan TIO, skala nyeri, tanda-tanda vital, tanda hyfema dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri serta tingkat kecemasan pasien 3. Orientasikan pasien dengan lingkungan sekitar dan ajak serta keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien. 4. Ajarkan pasien teknik pengendalian nyeri, perawatan dan pemberian obat topikal pada mata dengan benar serta cuci tangan sebelum melakukan perawatan 5. Berikan obat sesuai program terapi dan kolaborasi dalam pemberian antibiotika dan pencegah pendarahan
5. Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus dan TIO 2. Tanda-tanda vital 3. Adanya hyfema 4. Kebutuhan perawatan diri 5. Tingkat kecemasan pasien
6. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus membaik dari sebelumnya 2. TIO normal 15-20 3. Nyeri berkurang sampai hilang 4. Mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri 5. Pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit
7. Informasi & Edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat topical tetes atau salep pada mata 3. Tindakan perawatan
8. <i>Discharge Planning</i>	Pulang atas ijin dokter
9. Nasehat pulang/ Instruksi kontrol	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan perawatan 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Kondisi darurat yang mengharuskan segera ke RS
10. Prognosis	Bila tanpa penyulit dan komplikasi prognosis akan baik.
11. Penelaan Kritis	Penyakit dalam (DM dan HT)
12. Indikator	Pulang sesuai dengan hari rawat yang ditentukan
13. Kepustakaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Mata, RSU Dr. Soetomo Surabaya, 2006. 2. Smelter, Bare Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

PANDUAN ASUHAN KEPERAWATAN (PAK)	
ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN DENGAN ABLASIO RETINA	
1. Pengertian	Lepasnya retina sensoris darip epitel pigmen retina
2. Masalah keparawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan penglihatan 2. Risiko terjadinya infeksi post operasi 3. Risiko kurang perawatan diri 4. Risiko konstipasi 5. Cemas
3. Diagnosa keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gangguan persepsi sensori penglihatan b.d pelepasan retina 2. Risiko terjadinya infeksi post operasi b.d pasca tindakan pembedahan 3. Risiko kurang perawatan diri b.d bedrest total 4. Resiko konstipasi b.d bedrest total 5. Ansietas b.d defisit pengetahuan tentang penyakit
4. Intervensi Keperawatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji sejauh mana pasien mengalami gangguan penglihatan, pengetahuan pasien tentang tindakan operatif dan penyakit serta perawatan post operasi dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri 2. Observasi visus dan TIO, tanda-tanda vital, adanya tanda-tanda infeksi dan pemenuhan kebutuhan perawatan diri serta tingkat kecemasan pasien 3. Orientasikan pasien dengan lingkungan dan ajak serta keluarga dalam pemenuhan kebutuhan perawatan diri pasien 4. Ajarkan pasien perawatan dan pemberian obat topikal pada mata dengan benar serta cuci tangan sebelum melakukan perawatan 5. Berikan obat sesuai program perioperatif dan kolaborasi dalam pemberian antibiotikan dan pencegah konstipasi
5. Observasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus dan TIO 2. Tanda-tanda vital 3. Tanda adanya infeksi 4. Kebutuhan perawatan diri 5. Frekuensi BAB 6. Tingkat kecemasan pasien
6. Evaluasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Visus membaik dari sebelumnya 2. TIO normal 15-20 3. Tidak adanya tanda infeksi post operasi 4. Mampu memenuhi kebutuhan perawatan diri 5. Pengetahuan pasien bertambah tentang penyakit, tindakan operatif dan perawatan post operatif 6. Tidak adanya konstipasi
7. Informasi dan edukasi	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cuci tangan 2. Pemberian obat topikal tetes atau salep pada mata 3. Perawatan post operasi
8. <i>Discharge planning</i>	Pulang atas ijin dokter
9. Nasihat pulang / instruksi dokter	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tindakan perawatan 2. Pemberian obat secara benar 3. Kontrol ke dokter spesialis mata 4. Kondisi darurat yang mengahruskan segera ke RS
10. Prognosis	Keberhasilan tindakan bergantung pada lama penyakit, luas detachment dan ada tidaknya proliveratis retinopati (PVR).

11. Telaah kritis	Penyakit dalam (DM dan HT)
12. Indikator	Pulang sesuai dengan hari rawat yang ditentukan
13. Kepustakaan	1. Pedoman Diagnosis dan Terapi Bagian/SMF Ilmu Kesehatan Mata, RSUD Dr. Soetomo Surabaya, 2006. 2. Smelter, Bare Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah. Brunner & Suddart, Edisi 8 Jakarta, 2002.

Ditetapkan di Surabaya
Pada tanggal 15 April 2019
Direktur,


dr. Sudjarno, Sp.M (K)