

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Penyakit Kanker Buli

2.1.1 Definisi Kanker Buli

Bladder cancer atau kanker buli adalah keganasan yang sebagian besar berasal dari mukosa buli atau kandung kemih (urotelium) (Hasan et al., 2020). *Bladder cancer* juga merupakan keganasan pada lapisan epitel bersifat heterogen yang paling sering muncul sebagai tumor terbatas pada mukosa. *Bladder cancer* yaitu semua jenis tumor maligna yang mengenai jaringan buli – buli atau vesika urinaria (Rahmi, 2022)

2.1.2 Etiologi dan Faktor Resiko

Menurut (Rahmi, 2022) faktor risiko *bladder cancer* sebagai berikut :

a. Jenis kelamin

Laki – laki memiliki 2,5 kali lebih tinggi berisiko daripada wanita karena laki – laki lebih mudah mengalami gangguan perkemihan seperti retensi urine atau residu. Residu ini membuat komponen urine yang mengandung zat karsinogen lebih lama terpapar di jaringan buli – buli.

b. Umur

Usia 60 – 70 tahun risiko terkena *bladder cancer* semakin meningkat dikarenakan proses degenerasi dengan pertumbuhan sel yang tidak terkontrol. Secara epidemiologi, rata – rata terkena *bladder cancer* terjadi pada umur 50 tahun.

c. Ras

Kasus bladder cancer lebih sering ditemukan pada ras kulit putih

d. Perokok

Kurang lebih 30 – 40 kasus bladder cancer adalah perokok. Zat karsinogen yang terkandung yaitu 4-aminobiphenyl (4ABP) dan 2-naphthylamine.

e. Inflamasi dinding vesika urinaria (VU)

Riwayat inflamasi pada jaringan VU seperti pada kasus trauma, batu saluran kemih, dan infeksi saluran kemih cukup signifikan dalam proses terjadinya bladder cancer.

f. Obat Obat phenacitin dan cyclophosphamide

g. Pelvic radioterapi

Paparan zat radioaktif saat pemeriksaan dapat menyebabkan mutasi sel kanker pelvis termasuk bladder cancer

h. Pekerjaan

Kontak langsung dengan zat karsinogen diantaranya : mebel, tukang cat, konstruksi kabel listrik, tekstil, sopir, pabrik zat kimia, dan sebagainya.

2.1.3 Tanda Dan Gejala

Menurut (Rahmi, 2022), tanda dan gejala yang muncul yaitu : terasa massa di suprapubik, adanya hematuria tanpa rasa nyeri, gross hematuria, mikroskopik hematuria, nyeri suprapubik, urgensi, demam (jika diikuti infeksi saluran kemih), nyeri pinggang, penurunan berat badan, anoreksia, dan pucat.

Menurut Prisnamurti et al., (2022) dalam jurnal yang berjudul ‘Characteristics of Bladder Cancer in Dr. Sardjito General Hospital Yogyakarta: a 5-Year Report’ ditemukan keluhan utama pada sebagian besar pasien bladder cancer adalah hematuria intermiten yang berat, tidak nyeri (84%), retensi urine (8,3%), dan disuria kronis (7,7%).

Menurut National Health Service UK (2021) gejala yang muncul selain yang disebutkan oleh Zhu et al., (2019) juga terdapat pembengkakan kaki. American Cancer Society (2020) mengemukakan terkadang ketika gejala pertama kanker kandung kemih muncul, kanker telah menyebar ke bagian tubuh lain. Situasi tersebut, gejalanya tergantung dimana kanker telah menyebar. Misalnya, kanker yang telah menyebar ke paru – paru dapat menyebabkan batuk atau sesak napas, menyebar ke hati dapat menyebabkan sakit perut atau penyakit kuning (menguningnya kulit dan bagian putih mata), dan menyebar ke tulang dapat menyebabkan nyeri tulang.

2.1.4 Komplikasi Kanker Buli

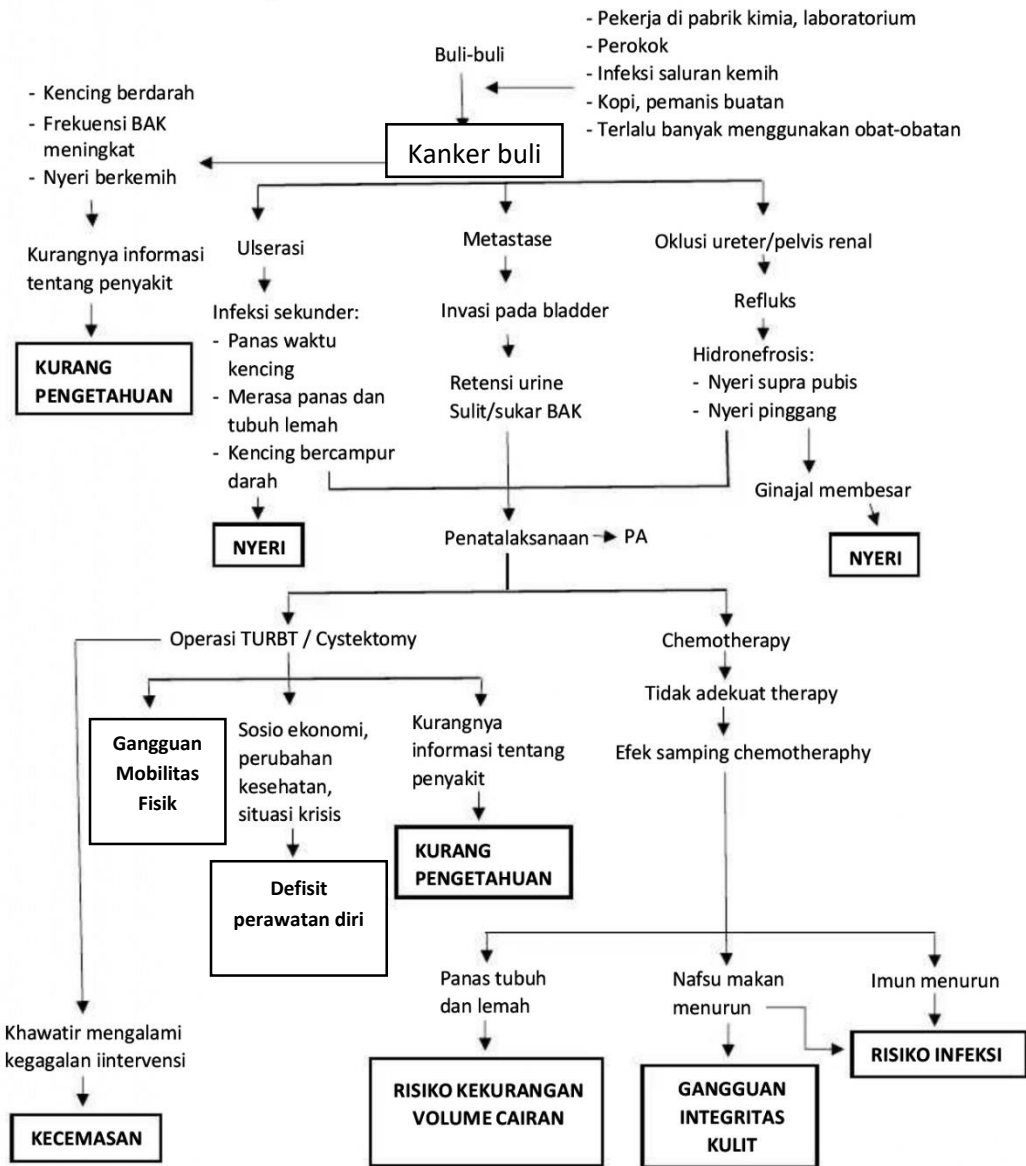
Infeksi adalah salah satu komplikasi yang paling umum dari kanker dan pengobatan kanker. Ini karena pengobatan kanker dan kanker dapat melemahkan sistem kekebalan tubuh untuk jangka waktu tertentu. Sistem kekebalan adalah sekelompok organ, jaringan, dan sel yang bekerja sama untuk melawan infeksi. Beberapa infeksi dapat menyebar ke bagian lain dari tubuh dan dapat mengancam jiwa jika tidak terdeteksi secara dini. Infeksi disebabkan oleh kuman yang masuk ke dalam tubuh, berkembang biak, dan menimbulkan bahaya atau penyakit. Jenis utama kuman yang

dapat menyebabkan infeksi adalah bakteri, virus, protozoa (beberapa di antaranya bertindak sebagai parasit), dan organisme jamur.

Beberapa jenis kanker itu sendiri dapat meningkatkan risiko terkena infeksi. Begitu juga jenis pengobatan kanker tertentu. Setelah sel kanker diobati dan pengobatan selesai, risiko infeksi biasanya turun kembali. Sebagian besar risiko terkena infeksi hanya berlangsung untuk waktu yang terbatas. Tetapi setiap pasien berbeda dan efek samping perawatan juga sangat berbeda. Jadi, risiko infeksi tergantung pada jenis kanker dan perawatan yang didapatkan.

Bagian tubuh yang sering mengalami infeksi yaitu : kulit dan selaput lendir (lapisan lunak, seperti : mulut, vagina, dan usus), sistem pencernaan (mulut, kerongkongan, lambung, dan usus), paru – paru dan saluran pernapasan (sinus dan tenggorokan), sistem perkemihan (kandung kemih dan ginjal), sistem saraf (otak dan sumsum tulang belakang), serta kulit dan jaringan di sekitar kateter vena sentral (CVC).

2.1.5 Pathway Kanker Buli



(Sera Adhe, 2020)

2.1.6 Penatalaksanaan

Menurut (Rahmi, 2022) penatalaksanaan kanker buli dapat berupa : konservatif dengan pemberian obat untuk meredakan gejala : analgesik, antiemetik, dan antiinflamasi; Surgical dengan pembedaan untuk mengambil jaringan tumor, dapat melalui suprapubik maupun uretra : transurethral resection of bladder tumor (TURBT, transurethral cystodiathermy or laser, radical cystectomy); kemoterapi; radiasi; dan paliatif.

Menurut Ouzaid et al., (2019) Transurethral Resection of Bladder Tumor (TURBT) merupakan penatalaksanaan yang bertujuan untuk mendiagnosis dengan tepat, menghilangkan semua lesi makroskopik, menetapkan stadium dan derajat patologis serta mengidentifikasi faktor prognostik yang signifikan. Langkah pertama TURBT yaitu sistoskopi menyeluruh. Sistoskopi dilakukan untuk menilai jumlah, lokasi, dan aspek dari semua lesi yang mencurigakan.

2.2 Konsep Operasi *Transurethral Resection of Bladder* (TUR-B)

2.2.1 Definisi *Transurethral Resection of Bladder* (TUR-B)

Transurethral Resection of Bladder Tumor (TUR-B) adalah prosedur endoskopik yang digunakan untuk diagnosis dan terapi awal kanker kandung kemih, terutama *non-muscle invasive bladder cancer* (NMIBC). Prosedur ini dilakukan dengan memasukkan resektoskop melalui uretra untuk mengangkat tumor kandung kemih ([Babjuk et al., 2022]

2.2.2 Indikasi Operasi *Transurethral Resection of Bladder* (TUR-B)

1. **Diagnosis dan staging** tumor kandung kemih.

2. **Pengobatan awal NMIBC.**
3. **Evaluasi residu tumor** pasca operasi awal (re-TURB)

2.2.3 Teknik Operasi *Transurethral Resection of Bladder* (TUR-B)

1. **Reseksi Konvensional (piecemeal):** Tumor diangkat sebagian demi sebagian menggunakan resektoskop dengan loop elektrokauter. Teknik ini umum digunakan, namun dapat menyebabkan penyebaran sel tumor dan kehilangan otot detrusor pada spesimen.
2. ***En Bloc Resection:*** Tumor diangkat dalam satu potongan utuh, memungkinkan pengambilan otot detrusor dan meningkatkan akurasi diagnosis histopatologi. Beberapa studi menunjukkan bahwa en bloc TUR-B dapat mengurangi tingkat kekambuhan dan progresi kanker dibandingkan dengan teknik konvensional.
3. **Sistem Bipolar:** Menggunakan dua elektroda untuk menghasilkan arus listrik, mengurangi risiko refleks saraf obturator dan perdarahan dibandingkan dengan sistem monopolar.
4. **Laser Ablasi:** Menggunakan laser (seperti holmium atau thulium) untuk menguapkan tumor, efektif pada lesi datar dan dapat dilakukan dengan anestesi lokal.
5. ***Water-Jet Enucleation:*** Menggunakan aliran air bertekanan tinggi untuk memisahkan tumor dari jaringan sekitarnya, mengurangi perdarahan dan meningkatkan kualitas reseksi.

2.2.4 Komplikasi *Transurethral Resection of Bladder* (TUR-B)

Komplikasi yang dapat terjadi pasca TUR-B meliputi:

1. Perdarahan: Dapat terjadi selama atau setelah prosedur.
2. Infeksi Saluran Kemih (ISK): Risiko meningkat pasca prosedur.
3. Perforasi Kandung Kemih: Cedera pada dinding kandung kemih.
4. Refleks Saraf Obturator: Kontraksi mendadak pada kaki, dapat diminimalkan dengan teknik bipolar.
5. Sindrom TUR: Akumulasi cairan dalam tubuh akibat penyerapannya selama prosedur.

2.3 Konsep Spinal Anestesi

2.3.1 Definisi spinal anestesi

Spinal anestesi/ subarachnoid block merupakan metode penerapan anestesi lokal yang menghasilkan analgesia setinggi dermatom tertentu yang dilakukan dengan menyuntikkan anestesi lokal ke dalam ruang subarachnoid dan anestesi lokal akan bercampur dengan cairan serebrospinal (Morgan & Mikhail, 2018). Obat spinal anestesi disuntikkan dengan jarum di tengah punggung bagian bawah, untuk mematikan saraf dari pinggang hingga jari kaki selama dua hingga tiga jam. Obat lain dapat juga disuntikkan secara bersamaan untuk memperpanjang waktu penghilang rasa.

2.3.2 Indikasi spinal anestesi

Spinal anestesi digunakan untuk prosedur operasi di bawah umbilikus seperti, bedah ortopedi di ekstremitas bawah pada sendi atau tulang kaki, hernioraphy, hemoroidektomi, perbaikan pembuluh darah di kaki, bedah

ginekologi termasuk histerektomi, operasi caesar, pembedahan urologi seperti operasi prostat, operasi kandung kemih dan operasi genital (The Royal College of Anaesthetists, 2014).

2.3.3 Kontraindikasi spinal anestesi

Menurut (Morgan & Mikhail, 2018) kontraindikasi pada spinal anestesi dibagi menjadi dua meliputi:

Kontraindikasi relatif

- a. Sepsis
- b. Pasien tidak kooperatif
- c. Terdapat kelainan fungsional
- d. Katup jantung kaku, menebal atau saling menempel, tidak dapat terbuka dengan baik
- e. Gangguan otot jantung genetik
- f. Perubahan/kelainan tulang belakang

Kontraindikasi absolut

- a. Pasien menolak/ tidak ada persetujuan dari pasien
- b. Terjadi infeksi di tempat penyuntikan
- c. Pola perdarahan yang abnormal
- d. Hipovolemia berat
- e. Tekanan intrakranial meningkat

2.3.4 Keuntungan dan kerugian spinal anestesi

Keuntungan spinal anestesi adalah biaya yang murah, sederhana, penggunaan alat yang minimal, tidak mudah meledak karena tidak mengandung bahan kimia yang mudah terbakar, pasien terjaga selama

operasi, tidak ada atau sedikit reaksi stress pada daerah pembedahan, perdarahan yang sedikit dan dibandingkan dengan anestesi umum setelah operasi pasien tampak lebih segar dan rileks (Morgan & Mikhail, 2018). Kerugian dari spinal anestesi yaitu waktu induksi dan penyembuhan yang lebih lamban, resiko efektivitas blok saraf menurun yang mengharuskan pasien untuk menyuntikkan kembali atau ganti dengan anestesi umum, pasien mendengar serangkaian suara di ruang operasi dan selalu ada kemungkinan masalah neurologis dan ketidakstabilan hemodinamik (Morgan & Mikhail, 2018).

2.3.5 Efek Samping Spinal Anestesi

Umumnya efek samping yang terjadi menurut (The Royal College of Anaesthetists, 2014) antara lain :

a. Penurunan tekanan darah

Reaksi dari spinal anestesi dapat menyebabkan tekanan darah turun dan bahkan pingsan.

b. Rasa gatal

Penggabungan anestesi lokal dengan obat-obatan seperti morfin dalam spinal anestesi dapat menyebabkan rasa gatal.

c. Retensi urin

Reaksi dari anestesi mengakibatkan tubuh sulit untuk buang air kecil. Setelah efek anestesi hilang, fungsi kandung kemih akan kembali normal.

d. Nyeri pada lokasi penyuntikkan

e. Sakit kepala

2.3.6 Komplikasi spinal anestesi

Spinal anestesi sering menyebabkan komplikasi seperti hipotensi, bradikardi, mual, dan muntah yang terkait dengan adanya penyumbatan saraf simpatis (Pramono, 2015). Hipotensi terjadi akibat blokade simpatis pada serabut saraf efferent vasomotor preganglionic di saraf simpatis yang mengakibatkan hilangnya tonus vena (Purnawan et al., 2017). Blok simpatis ini mengakibatkan dinding vena atau katup vena kaki tidak berfungsi secara efektif, sehingga darah sulit untuk mengalir kembali dari tungkai ke jantung (Latief et al., 2009). Hipotensi yang terjadi disebabkan tergantung pada tingkat/ ketinggian blok yang dicapai (A. Hasanin, Aiyad, et al., 2017). Derajat hipotensi lebih berat dan lebih sering terjadi pada ketinggian blok setinggi vertebra servikal dibandingkan dengan ketinggian vertebra torakal (Sukmaningtyas & Suryani, 2021). Pasca spinal anestesi biasanya terjadi pada 15-30 menit pertama dan terjadi hingga 2-4 jam pasca operasi (Fikran et al., 2016; Liem et al., 2020; Sinaga et al., 2022).

Komplikasi lain yang mungkin terjadi adalah trauma mekanis yang diakibatkan oleh tusukan jarum spinal, ketidaknyamanan punggung yang disebabkan robeknya jaringan serta hematoma postdural puncture headache (Pramono, 2015). Komplikasi yang jarang dari spinal anestesi adalah kerusakan saraf, yang ditandai dengan kehilangan rasa/sensasi sementara, kesemutan, dan bahkan kelemahan otot dapat berlangsung selama sehari-hari atau berminggu-minggu, tetapi hampir semuanya pulih sepenuhnya seiring berjalannya waktu. Spinal anestesi dapat menyebabkan cedera saraf

ireversibel pada sekitar 1 dari 50.000 pasien (The Royal College of Anaesthetists, 2020). Komplikasi pasca spinal anestesi lainnya yang sangat serius yaitu spinal epidural abscess (SEA) yang ditandai dengan nyeri punggung, demam, dan defisit neurologis. Spinal epidural abscess terjadi sekitar 0.18-1.96 : 10.000 rumah sakit (Mallik et al., 2020).

2.4 Konsep Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri

2.4.1 Pengertian Perawatan Diri dan Defisit Perawatan Diri

Perawatan Diri adalah kebersihan dan kesehatan perorangan yang bertujuan untuk mencegah timbulnya penyakit pada diri sendiri dan orang lain baik secara fisik maupun psikologis (Basuki, 2019). Perawatan diri merupakan salah satu kemampuan dasar manusia dalam memenuhi kebutuhannya guna mempertahankan kehidupan. Pasien dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak melakukan perawatan diri. dinyatakan terganggu keperawatan dirinya jika tidak melakukan perawatan diri.

Defisit perawatan diri adalah kondisi ketika individu mengalami suatu kerusakan fungsi motorik atau fungsi kognitif, yang menyebabkan penurunan kemampuan untuk melakukan masing-masing dari kelima aktivitas perawatan diri (Basuki, 2019). Defisit perawatan diri merupakan suatu kondisi dimana seseorang mengalami ketidakmampuan dalam melakukan atau melengkapi aktivitas perawatan diri secara mandiri seperti mandi, gosok gigi, hygiene, dan toileting (Reptiana, 2020). Sedangkan V. A. S. Laia & Pardede (2022) berpendapat bahwa defisit perawatan diri merupakan ketidakmampuan seseorang dalam melakukan perawatan diri

secara adekuat sehingga dibutuhkan sistem yang dapat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan perawatan dirinya.

2.4.2 Tujuan Perawatan Diri

1. Meningkatkan derajat kesehatan seseorang
2. Meningkatkan percaya diri seseorang
3. Memelihara kebersihan diri seseorang
4. Memperbaiki perawatan diri yang kurang
5. Pencegahan penyakit
6. Menciptakan keindahan (Reptiana, 2020)

2.4.3 Macam - Macam Defisit Perawatan Diri

Menurut (Bangun et al., 2024) defisit perawatan diri meliputi:

1. Defisit Perawatan Diri Makan Kondisi ketika individu mengalami kegagalan pada kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas makan untuk diri sendiri.
2. Defisit Perawatan Diri Mandi
Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melaksanakan atau menyelesaikan mandi/aktivitas kebersihan untuk diri sendiri
3. Defisit Perawatan Diri Eliminasi
Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melakukan atau menyelesaikan aktivitas eliminasi.
4. Defisit Perawatan Diri Berpakaian

Kondisi ketika individu mengalami kegagalan kemampuan untuk melakukan aktivitas mengenakan pakaian dan berhias untuk diri sendiri.

2.4.4 Faktor Penyebab Defisit Perawatan Diri

Beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya defisit perawatan diri menurut Jalil (2020) diantaranya :

a. Faktor Predisposisi

1. Faktor biologis

Beberapa penyakit kronis dapat menyebabkan seseorang tidak mampu melakukan perawatan diri secara mandiri. Seperti seseorang yang sedang mengalami gangguan jiwa, mayoritas seseorang dengan gangguan jiwa tidak memiliki keinginan untuk melakukan perawatan diri. Disamping itu, penyakit kronis dengan kelemahan ekstremitas maupun otot juga dapat menyebabkan seseorang tidak mampu melakukan aktivitas perawatan diri secara mandiri contohnya pada seseorang dengan CVA.

2. Faktor psikologis

Perbedaan perlakuan dari keluarga dapat menimbulkan terjadinya defisit perawatan diri. Misalnya saja, kekerasan fisik, kondisi keluarga yang tidak baik (sikap orangtua), dapat menjadi stresor psikologis yang dapat menimbulkan terjadinya defisit perawatan diri

3. Faktor sosial budaya

Faktor sosial yang dapat mempengaruhi adanya defisit perawatan diri diantaranya dukungan dan latihan dalam merawat diri yang kurang, situasi lingkungan yang mempengaruhi latihan dalam kemampuan merawat diri,

dan kemampuan realitas yang kurang sehingga adanya ketidak pedulian pada dirinya sendiri dan lingkungan termasuk perawatan diri.

b. Faktor Presipitasi

Faktor presipitasi dari defisit perawatan diri adalah kurangnya atau menurunnya motivasi, kerusakan kognisi atau perseptual, cemas, lelah atau lemah yang dialami individu yang menyebabkan munculnya ketidak pedulian terhadap perawatan diri.

2.4.5 Penatalaksanaan Defisit Perawatan Diri

Beberapa penatalaksanaan yang dapat dilakukan untuk mengatasi adanya defisit perawat diri menurut Ndaha (2021) yaitu :

1. Meningkatkan kesadaran dan kepercayaan diri
2. Membimbing dan menolong pasien merawat diri
3. Menciptakan lingkungan yang mendukung

2.5 Konsep Mobilisasi Dini

2.5.1 Pengertian Mobilisasi

Mobilisasi merupakan kemampuan individu untuk bergerak secara bebas, mudah, dan teratur dengan tujuan untuk memenuhi aktifitas guna mempertahankan kesehatannya (B & Adiwijaya, 2022). Mobilisasi adalah suatu kebutuhan dasar manusia yang diperlakukan oleh individu untuk melakukan aktivitas sehari – hari yang berupa pergerakan sendi, sikap, gayabejalan, latihan mauounkemampuan aktivitas. Mobilisasi dini merupakan kemampuan bergerak seseorang, mobilisasi terbatas harus dilakukan setiap 2 jam. Latihan ditempat tidur dimulai sesegera mungkin setelah pembedahan, lebih baik dalam 24 jam pertama setelah operasi dan

dilakukan dibawah pengawasan untuk memastikan bahwa latihan tersebut dilakukan dengan tepat dan dengan cara yang aman (B & Adiwijaya, 2022).

2.5.2 Tujuan Mobilisasi

Tujuan latihan mobilisasi ini untuk meningkatkan sirkulasi dan mencegah terjadinya kontraktur untuk memungkinkan pasien kembali secara penuh ke fungsi fisiologisnya. Tujuan mobilisasi secara umum untuk mengekspresikan emosi dengan gerakan nonverbal, pertahanan diri, pemenuhan kebutuhan dasar, aktivitas hidup sehari - hari dan kegiatan rekreasi. Dalam mempertahankan mobilisasi fisik secara optimal maka sistem saraf, otot dan skeletal harus tetap utuh dan berfungsi dengan baik.

2.5.3 Manfaat Mobilisasi Dini

Manfaat Mobilisasi menurut (Berkanis et al., 2020), keuntungan yang dapat diperoleh dari mobilisasi bagi sistem tubuh adalah sebagai berikut :

1. Sistem Kardiovaskular

Dengan melakukan latihan atau mobilisasi yang adekuat dapat meningkatkan denyut jantung (heart rate), menguatkan kontraksi otot jantung, dan menyuplai darah ke jantung dan otot. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (cardiac output) meningkat karena aliran balik (venous return) dari aliran darah. Meningkatnya aliran balik dari aliran darah dapat meningkatkan preload ventrikel. Jumlah darah yang dipompa oleh jantung (cardiac output) normal adalah 5 liter/menit, dengan mobilisasi dapat meningkatkan cardiac output sampai 30 liter/ menit (Berkanis et al., 2020)

2. Sistem Muskuloskeletal

Ukuran, bentuk, tonus, dan kekuatan rangka dan otot jantung dapat dipertahankan dengan melakukan latihan yang ringan dan dapat ditingkatkan dengan melakukan latihan yang berat.

2.5.4 Jenis Mobilisasi Dini

Jenis Mobilisasi menurut (Arif et al., 2021), jenis mobilisasi dibagi menjadi dua, yaitu :

1. Mobilisasi Penuh, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak secara penuh dan bebas sehingga dapat melakukan interaksi social dan menjalankan peran sehari – hari. Mobilisasi penuh ini merupakan fungsi saraf motorik volunter dan sensorik untuk dapat mengontrol seluruh area tubuh seseorang.
2. Mobilisasi sebagian, merupakan kemampuan seseorang untuk bergerak dengan batasan jelas dan tidak mampu bergerak secara bebas karena dipengaruhi oleh gangguan saraf motorik dan sensorik pada area tubuhnya. Hal ini dapat dijumpai pada kasus cedera atau patah tulang dengan pemasangan traksi. Pasien paraplegi dapat mengalami mobilisasi sebagian pada ekstremitas bawah karena kehilangan control motorik dan sensorik.

Mobilisasi sebagian ini dibagi menjadi dua, yaitu:

- a. Mobilisasi sebagian temporer, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya sementara. Hal tersebut dapat disebabkan oleh trauma reversible pada sistem musculoskeletal, contohnya adalah adanya dislokasi sendi dan tulang.
- b. Mobilisasi sebagian permanen, merupakan kemampuan individu untuk bergerak dengan batasan yang sifatnya menetap. Hal tersebut

25 disebabkan oleh rusaknya sistem saraf yang reversible, contohnya terjadinya hemiplegia karena stroke, paraplegi karena cedera tulang belakang, poliomyelitis karena terganggunya sistem saraf motoric dan sensorik.

2.5.5 Tahap Mobilisasi Dini

Tahap – tahap mobilisasi dini menurut (Berkanis et al., 2020) dilakukan secara beberapa tahap, berikut ini tahapan mobilisasi dini:

1. Setelah operasi, pada 6 jam pertama pasien harus tirah baring terlebih dahulu. Mobilisasi dini yang bisa dilakukan adalah menggerakkan kaki, mengangkat tumit, menegangkan otot betis serta menekuk dan menggeser kaki. Bertujuan untuk memperlancar aliran darah.
2. Setelah 6 – 10 jam, pasien diharuskan untuk dapat miring ke kiri dan ke kanan mencegah thrombosis dan tromboli emboli.
3. Setelah 24 jam pasien dianjurkan untuk dapat mulai belajar untuk duduk
4. Setelah pasien dapat duduk, dianjurkan pasien belajar berjalan

Menurut Emily et al (2015) mobilisasi dini pasca operasi di bagi menjadi 4 level terapi, sebagai berikut:

1. Level pertama dirancang untuk pasien tidak sadar dimana terapi yang dilakukan adalah latihan rentang gerak pasif. Latihan rentang gerak pasif pada ekstremitas atas dan bawah selama 3 kali sehari.
2. Level kedua dirancang untuk pasien yang menggapi dan mengikuti perintah dimana tetapi yang dilakukan adalah latihan gerak pasif.
3. Level ketiga dan keempat dirancang untuk pasien yang waspada dan dapat berpartisipasi secara aktif. Terapi yang dilakukan adalah membantu pasien

keluar dari tempat tidur dan ke kursi, menjuntai kaki di sisi tempat tidur, berdiri disamping tempat tidur, dan ambulasi.

2.5.6 Prosedur Mobilisasi

Prosedur latihan rentang gerak pasif menurut (Harni, 2023) ialah:

2. Latihan Bahu

a. Abduksi bahu.

Gerakan lengan dari sisi tubuh ke arah kepala. Kemudian kembalikan lengan ke sisi tubuh posisi netral (aduksi).

b. Rotasi internal bahu.

Dengan lengan pada ketinggian bahu, siku ditekuk pada sudut 90 derajat, dan telapak tangan mengarah ke kaki, putar lengan atas hingga telapak dan lengan bawah menghadap ke arah belakang.

c. Rotasi eksternal bahu.

Dengan lengan setinggi bahu, siku ditekuk dengan sudut 90 derajat, dan telapak tangan mengarah ke kaki, putar lengan atas hingga telapak dan lengan atas mengarah kedepan.

d. Fleksi bahu ke arah atas.

Gerakkan lengan ke arah atas dan bawah hingga lengan sejajar dengan kepala.

3. Latihan Lengan Bawah

a. Pronasi lengan bawah.

Dengan siku setinggi pinggang dan ditekuk dengan sudut 90 derajat, balik lengan sehingga telapak tangan menghadap bawah.

b. Supinasi lengan bawah.

Dengan siku setinggi pinggang dan lengan ditekuk pada sudut 90 derajat, putar lengan sehingga telapak tangan menghadap ke atas.

c. Fleksi siku.

Tekuk siku, arahkan lengan bawah dan tangan ke arah bahu. Kemudian kembalikan lengan bawah dan tangan ke posisi netral (lengan lurus).

1. Latihan Pergelangan dan Jari Tangan

a. Ekstensi pergelangan tangan.

b. Fleksi pergelangan tangan.

Tekuk pergelangan tangan sehingga telapak tangan mengarah lengan bawah. Luruskan keposisi netral.

c. Deviasi ulnar.

Gerakan tangan ke arah samping sisi lengan yang sejajar dengan letak jari kelingking gerakkan ke arah lengan bawah.

d. Deviasi radial.

Gerakkan tang ke arah samping sehingga bagian sisi lengan yang sejajar dengan letak ibu jari digerakkan ke arah lengan bawah.

e. Oposisi ibu jari.

Gerakkan ibu jari ke luar dan memutar hingga menyentuh jari kelingking.

f. Ekstensi jari – jari

5. Latihan Panggul

- a. Abduksi-aduksi panggul. Gerakkan tungkai ke arah luar dari tubuh. Lembalikan ke posisi semula.

- b. Fleksi lutut dan rotasi internal eksternal panggul. Tekuk lutut dan putar tungkai dengan gerakan kedalam keluar.
 - c. Untuk meregangkan otot – otot hamstring, luruskan tungkai.
6. Latihan Kaki
- a. Dorsofleksi kaki. Gerakkan kaki ke atas dan kearah tungkai. Kemudian gerakkan kaki kebawah dan menjauh dari tungkai (fleksi plantar).
 - b. Inversi dan eversi kaki. Gerakkan sehingga telapak kaki menghadap keluar (everssi). Kemudian gerakkan kaki sehingga telapak kaki menghadap ke dalam (inversi)
 - c. Fleksi ibu jari kaki. Tekuk ibu jari kaki kearah bola kaki.
 - d. Ekstensi ibu jari kakiluruskan ibu jari kaki dan tarik kearah tungkai sejauh mungkin.

2.6 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien dengan Kanker Buli

2.6.1 Pengkajian keperawatan

Menurut Diyono & Mulyanti (2019) dalam bukunya yang berjudul ‘Keperawatan Medikal Bedah Sistem Urologi’ Asuhan Keperawatan Tumor Saluran Kemih halaman 142 pengkajian pada pasien kanker buli meliputi:

- a. Riwayat genetik
Merupakan faktor utama terjadinya keganasan sel.
- b. Pola persepsi dan manajemen kesehatan Penerimaan terhadap penyakit memberikan peran penting dalam proses perawatan pasien.
Pasien yang paham mampu berpikir positif sehingga mampu

mengambil keputusan yang tepat dan konstruktif terhadap pengobatan.

c. Pola nutrisi dan metabolik

Secara patologi, terkait pertumbuhan sel yang tidak terkendali akan mengambil banyak nutrisi yang masuk sehingga terjadi penurunan status nutrisi. Selain itu, pengobatan tumor juga diikuti efek samping : mual, muntah, anoreksia, gangguan absorpsi sehingga nutrisi sel akan menurun drastis.

d. Pola persepsi sensori

Nyeri merupakan masalah umum pada kasus tumor sehingga perlu mengidentifikasi karakteristik nyeri : pencetus, lama/ onset, efek negatif seperti gangguan tidur dan aktivitas sehari – hari, serta koping.

e. Pola persepsi konsep diri

Perubahan fisik, pengobatan yang lama, dan biaya yang tidak sedikit sering membuat perubahan peran dalam keluarga serta membuat pasien mengalami kemerosotan percaya diri.

f. Pola nilai dan kepercayaan

Persepsi penyakit berdasarkan nilai budaya dan keyakinan sangat mempengaruhi koping pasien.

Menurut Kardiyudiani & Susanti (2019) dalam bukunya yang berjudul ‘Keperawatan Medikal Bedah 1’ halaman 201 pengkajian keperawatan pada pasien dengan gangguan sistem perkemihan adalah sebagai berikut.

a. Riwayat kesehatan, keluarga, dan psikososial

Pria berusia lanjut berisiko mengalami pembesaran prostat, yang menyebabkan obstruksi uretra dan dapat menyebabkan infeksi saluran kemih, serta gagal ginjal. Pemeriksaan kesehatan yang ditanyakan sebagai berikut.

1. Lokasi, karakter, durasi rasa sakit, dan hubungannya dengan berkemih; serta faktor yang memicu rasa sakit dan yang meredakan rasa sakit tersebut
2. Riwayat infeksi saluran kemih, termasuk pengobatan di masa lalu atau rawat inap untuk infeksi saluran kemih
3. Apakah pasien mengalami demam atau menggigil
4. Tes diagnostik ginjal atau riwayat hasil tes diagnostik ginjal atau penggunaan kateter urine menetap
5. Apakah pasien mengalami disuria ketika dan selama berkemih
6. Perasaan ragu-ragu, mengejan, atau nyeri selama atau setelah buang air kecil
7. Inkontinensia urine (inkontinensia stres, inkontinensia urgensi, inkontinensia overflow, atau inkontinensia fungsional).
8. Hematuria atau perubahan warna dan volume urine
9. Nokturia dan tanggal onsetnya
10. Batu ginjal (batu ginjal), bagian batu atau kerikil dalam air kencing
11. Riwayat anuria (penurunan produksi urine) atau masalah ginjal lainnya
12. Riwayat adanya lesi genital atau penyakit menular seksual
13. Penggunaan tembakau, alkohol, atau narkoba

14. Obat resep dan obat bebas apa pun (termasuk yang diresepkan untuk masalah ginjal atau saluran kencing)

b. Pemeriksaan fisik sistem perkemihan

1. Inspeksi

Massa yang terlihat di daerah perut bagian atas mungkin sulit untuk dipalpasi jika lunak, seperti pada kasus hidronefrosis. Kepenuhan dalam sudut kostovertebral biasanya konsisten dengan kanker atau infeksi perinefrik.

2. Palpasi

Massa ginjal yang membesar menunjukkan kompensasi hipertrofi, hidronefrosis, tumor, kista, atau penyakit polikistik. Selain itu massa di daerah ini juga dapat mewakili tumor retroperitoneal, limpa, lesi usus (misalnya, tumor, abses), lesi kandung empedu, atau kista pancreas.

3. Genetalia dan rektal

- a. Pria : terdapat lesi, radang meatus uretra, dan pembengkakan skrotum
- b. Miksi : muncul hematuria, sering mengompol, disuria (B.A.K. nyeri), urgensi, dan inkontinensia.

2.6.2 Diagnosis Keperawatan

Menurut Diyono & Mulyanti (2019) dalam bukunya yang berjudul 'Keperawatan Medikal Bedah Sistem Urologi' Asuhan Keperawatan Tumor Saluran Kemih halaman 144 diagnosa keperawatan pada pasien kanker buli sebagai berikut:

- a. Nyeri akut atau kronis yang berhubungan dengan agen injury fisik dan biologis.

- b. Nutrisi tidak seimbang : kurang dari kebutuhan tubuh yang berhubungan dengan proses patologi penyakit, gangguan ingesti, gangguan absorpsi, dan gangguan metabolisme.
- c. Harga diri rendah akut / kronis yang berhubungan dengan kehilangan peran, perubahan fisik.
- d. Gangguan body image yang berhubungan dengan perubahan fisik dan penampilan.
- e. Kecemasan yang berhubungan dengan perubahan status kesehatan.

Menurut PPNI (2016) dengan buku yang berjudul 'Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1' diagnosis keperawatan yang muncul sebagai berikut :

- a. Pre operatif
 - 1. Risiko perdarahan dibuktikan dengan proses keganasan
 - 2. Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan keganasan
 - 3. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kelemahan
 - 4. Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
 - 5. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih
 - 6. Risiko inkontinensia urine urgensi dibuktikan dengan kapasitas kandung kemih kecil
 - 7. Risiko disfungsi seksual dibuktikan dengan faktor biologis : gangguan urologi, keganasan
 - 8. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor
 - 9. Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

b. Post operatif

1. Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan
2. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnosti
3. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
4. Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi
5. Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

2.6.3 Intervensi keperawatan

Segala perawatan yang dilakukan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai hasil yang diharapkan dikenal sebagai intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Langkah-langkah menyusun perencanaan keperawatan menurut (Bismar, 2020) adalah menentukan urutan prioritas masalah, merumuskan tujuan keperawatan yang akan dicapai, menentukan kriteria hasil dan menentukan rencana tindakan keperawatan.

Tabel 2.1 Intervensi Keperawatan

| Diagnosa Keperawatan | Luaran Keperawatan | Intervensi Keperawatan | Rasional |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| Defisit perawatan diri b.d kelemahan (D.0109) Kategori: Perilaku Subkategori: Kebersihan diri SDKI Halaman 240 (PPNI, 2016) | Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama.....diharapkan perawatan diri meningkat, dengan kriteria hasil : - Kemampuan mandi meningkat - Kemampuan mengenakan pakaian meningkat - Kemampuan makan meningkat - Kemampuan ke toilet (BAB/BAK) meningkat | Dukungan Perawatan Diri Observasi: - Identifikasi kebiasaan aktivitas perawatan diri sesuai usia - Monitor tingkat kemandirian - Identifikasi kebutuhan alat bantu kebersihan diri, berpakaian, berhias, dan makan Terapeutik: - Sediakan lingkungan yang terapeutik (mis: suasana hangat, rileks, privasi) - Siapkan keperluan pribadi (mis: parfum sikat gigi, dan sabun mandi) | Dengan dukungan perawatan diri diharapkan minat dan kemampuan perawatan diri dapat meningkat |

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Verbalisasi keinginan melakukan perawatan diri meningkat - Minat melakukan perawatan diri meningkat <p>L. 11103 SLKI Halaman 81 (PPNI, 2018)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Dampingi dalam melakukan perawatan diri sampai mandiri - Fasilitasi kemandirian, bantu jika tidak mampu melakukan perawatan diri - Jadwalkan rutinitas perawatan diri <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan melakukan perawatan diri secara konsisten sesuai kemampuan <p>I.11348 SIKI Halaman 30 (PPNI, 2018)</p> | |
| <p>Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan Efek agen farmakologis D.0054</p> <p>Kategori: Fisiologis</p> <p>Subkategori: Aktifitas/istirahat</p> <p>SDKI Halaman 124 (PPNI, 2016)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama tingkat mobilitas meningkat dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pergerakan ekstremitas meningkat - Kekuatan otot meningkat - Rentang gerak (ROM) meningkat <p>L.05042 SLKI Halaman 65 (PPNI, 2018)</p> | <p>Dukungan Mobilisasi</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi adanya nyeri atau keluhan fisik lainnya - Identifikasi toleransi fisik melakukan pergerakan - Monitor frekuensi jantung dan tekanan darah sebelum memulai mobilisasi - Monitor kondisi umum selama melakukan mobilisas <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fasilitasi aktivitas mobilisasi dengan alat bantu (mis: pagar tempat tidur) - Fasilitasi melakukan pergerakan, jika perlu | <p>Dengan dukungan mobilisasi diharapkan tingkat kemandirian pasien dapat meningkat</p> |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | | <ul style="list-style-type: none"> - Libatkan keluarga untuk membantu pasien dalam meningkatkan pergerakan | |
| | | <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan tujuan dan prosedur mobilisasi - Anjurkan melakukan mobilisasi dini - Ajarkan mobilisasi sederhana yang harus dilakukan (mis: duduk di tempat tidur, duduk di sisi tempat tidur, pindah dari tempat tidur ke kursi) | |
| | | I.05173 SIKI Halaman 30 (PPNI, 2018) | |
| <p>Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih D.0040 Kategori : Fisiologis Subkategori : Eliminasi SDKI Halaman 96 (PPNI, 2016)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama Eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sensasi berkemih meningkat - Desakan berkemih (urgensi) menurun - Distensi kandung kemih menurun - Berkemih tidak tuntas (hesitancy) menurun - Volume residu urine menurun - Urine menetes (dribbling) menurun | <p>Dukungan perawatan diri : B.A.B/ B.A.K Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi kebiasaan B.A.B./ B.A.K. sesuai usia - Monitor integritas kulit pasien <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Buka pakaian yang diperlukan untuk memudahkan eliminasi - Dukung penggunaan toilet/ commode/ pispot/ urinal secara konsisten - Jaga privasi selama eliminasi - Ganti pakaian pasien setelah eliminasi, jika perlu - Bersihkan alat bantu B.A.B./ B.A.K. setelah digunakan | <p>Kebutuhan buang air kecil (B.A.K.) dan buang air besar (B.A.B) pasien akan terpenuhi dengan terfasilitasinya pemenuhan kebutuhan buang air kecil (B.A.K.) dan buang air besar (B.A.B) melalui dukungan perawatan diri : B.A.B/ B.A.K.</p> |

| | | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| | <ul style="list-style-type: none"> - Nokturia menurun - Mengompol menurun - Enuresis menurun <p>L.03034 SLKI Halaman 24 (PPNI, 2018)</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Latih B.A.B./ B.A.K. sesuai jadwal, jika perlu - Sediakan alat bantu (mis. Kateter eksternal, urinal) jika perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan B.A.B./ B.A.K. secara rutin - Anjurkan ke kamar mandi/ toilet, jika perlu <p>I.11349 SIKI Halaman 37 (PPNI, 2018)</p> | |
| <p>Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi D.0077</p> <p>Kategori : Psikologis</p> <p>Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan</p> <p>SDKI Hal. 172 (PPNI, 2016)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Frekuensi nadi membaik <p>L.08066 SLKI Halaman 145 (PPNI, 2018)</p> | <p>Manajemen nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualiat, intensitas nyeri - Identifikasi skala nyeri - Identifikasi respon nyeri non verbal - Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri - Identifikasi pengetahuan dan keyakinan tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya terhadap respon nyeri - Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup - Monitor keberhasilan terapi komplementer yang sudah dilakukan - Monitor efek samping penggunaan analgesik <p>Terapeutik</p> | <p>Pengalaman sensorik atau emosional akan teratasi dengan tepat dengan identifikasi dan pengelolaan pengalaman sensorik atau emosional yang berkaitan dengan kerusakan jaringan atau fungsional dengan onset mendadak atau lambat dan berintensitas ringan hingga berat dan konstan melalui manajemen nyeri</p> |

-
- Berikan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (mis. TENS, hipnosis, akupresur, terapi musik, biofeedback, terapi pijat, aroma terapi, teknik imajinasi terbimbing, kompres hangat/ dingin, terapi bermain)
 - Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri (mis. Suhu ruangan, pencahayaan, kebisingan)
 - Fasilitasi istirahat dan tidur
 - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam pemilihan strategi meredakan nyeri

Edukasi

- Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri
- Jelaskan strategi meredakan nyeri
- Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri
- Anjurkan menggunakan analgetik secara tepat
- Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi rasa nyeri

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu
-

| | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Ansietas berhubungan dengan krisis situasional D.0080 Kategori : Psikologis Subkategori : Integritas Ego SDKI Hal. 180 (PPNI, 2016)</p> | <p>Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama Tingkat ansietas menurun dengan kriteria hasil : - Verbalisasi kebingungan menurun - Verbalisasi khawatir akibat kondisi yang dihadapi menurun - Perilaku gelisah menurun - Perilaku tegang menurun - Konsentrasi membaik - Pola tidur membaik L.09093 SLKI Halaman 132 (PPNI, 2018)</p> | <p>Reduksi ansietas Observasi - Identifikasi saat tingkat ansietas berubah (mis. Kondisi, waktu, stressor) - Identifikasi kemampuan mengambil keputusan - Monitor tanda tanda ansietas (verbal dan nonverbal) Terapeutik - Ciptakan suasana terapeutik untuk menumbuhkan kepercayaan - Temani pasien untuk mengurangi kecemasan, jika memungkinkan - Pahami situasi yang membuat ansietas - Dengarkan dengan penuh perhatian - Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan - Tempatkan barang pribadi yang memberikan kenyamanan - Motivasi mengidentifikasi situasi yang memicu kecemasan - Diskusikan perencanaan realistis tentang peristiwa yang akan datang Edukasi - Jelaskan prosedur, termasuk sensasi yang mungkin dialami</p> | <p>Antisipasi bahaya kondisi yang memungkinkan individu melakukan tindakan untuk menghadapi ancaman dapat diminimalkan dan pengalaman subyektif terhadap objek yang tidak jelas dan spesifik juga dapat diantisipasi melalui reduksi ansietas</p> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

-
- Informasikan secara faktual mengenai diagnosis, pengobatan, dan prognosis
 - Anjurkan keluarga untuk tetap bersama pasien, jika perlu
 - Anjurkan melakukan kegiatan yang tidak kompetitif, sesuai kebutuhan
 - Anjurkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
 - Latih kegiatan pengalihan untuk mengurangi ketegangan
 - Latih penggunaan mekanisme pertahanan diri yang tepat
 - Latih teknik relaksasi

Kolaborasi

- Kolaborasi pemberian obat ansietas, jika perlu
- I.09314 SIKI Halaman 387 (PPNI, 2018)
-

2.6.4 Implementasi Keperawatan

Tindakan keperawatan merujuk pada perilaku atau aktivitas khusus yang dilakukan oleh perawat untuk melaksanakan intervensi keperawatan (PPNI, 2017). Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana asuhan keperawatan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu pasien mencapai tujuan. Pada tahap ini, perawat mengambil inisiatif dari rencana tindakan untuk mencapai tujuan tertentu. Rencana tindakan dibuat sebelum proses pelaksanaan dimulai. Tujuannya adalah untuk membantu pasien mencapai hasil yang diinginkan, seperti kesehatan yang lebih baik, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan membantu proses coping (Februanti, 2021).

Tindakan yang direncanakan dalam asuhan keperawatan dilaksanakan pada tahap implementasi, juga dikenal sebagai tahap pelaksanaan. Tindakan keperawatan termasuk tindakan independen (mandiri) dan kolaborasi antar anggota tim medis. Perawat melakukan tindakan independen berdasarkan keputusannya sendiri, tanpa bergantung pada keputusan orang lain. Sementara itu, tindakan kolaborasi dilakukan berdasarkan hasil keputusan bersama antara perawat dan profesional medis lainnya (Melliany, 2019)

2.6.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi merupakan tahap akhir dalam pemberian asuhan keperawatan. Evaluasi formatif merupakan catatan perkembangan dari waktu ke waktu atas masalah yang dihadapi pasien. Evaluasi sumatif, yang merupakan evaluasi akhir sesuai dengan batas waktu yang tertulis dalam tujuan. Secara konsisten, evaluasi melibatkan pasien, keluarga mereka, dan tenaga kesehatan lainnya.

Antara lain, tujuan evaluasi adalah untuk mengubah atau mempertahankan rencana tindakan keperawatan saat ini, menilai apakah tujuan keperawatan telah tercapai, mengevaluasi kemampuan pasien dalam menangani masalah dan mencapai tujuan, dan menemukan alasan mengapa masalah belum teratasi (Yunus, 2020).

1. Evaluasi Formatif

Evaluasi formatif, juga dikenal sebagai evaluasi proses, adalah tindakan yang dilakukan setelah perencanaan keperawatan dimulai dan berfokus pada proses keperawatan dan kualitas hasil asuhan keperawatan. Evaluasi proses dilakukan untuk mengevaluasi seberapa efektif intervensi yang dilakukan. Sampai tujuan tercapai, evaluasi ini harus dilakukan secara konsisten.

Evaluasi dalam bentuk komponen SOAP/SOAPIE/SOAPIER memudahkan perawat untuk menilai dan memantau perkembangan pasien (Yunus, 2020). Komponen tersebut meliputi singkatan kata untuk mempermudah mengingat. Berikut penjelasan setiap komponen:

- a. S memiliki arti subjektif. Subjektif disini merupakan data yang diperoleh dari pasien secara lisan. Data yang disampaikan pasien maupun keluarga pasien juga merupakan hasil evaluasi subjektif.
- b. O memiliki arti objektif. Objektif disini merupakan data yang didapatkan dari menurut penilaian, pengukuran dan observasi perawat secara langsung pada pasien setelah mendapat intervensi.

c. A memiliki arti analisis. Analisis yang dimaksud merupakan hasil dari interpretasi data subjektif dan objektif. Analisis juga merupakan hasil diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan dengan keterangan teratasi atau belum teratasi.

d. P memiliki arti planning. Planning atau perencanaan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi dari sebuah intervensi yang telah disusun.

2. Evaluasi Sumatif

Rekapitulasi dan kesimpulan mencakup observasi dan analisis status kesehatan yang disesuaikan dengan waktu yang diperlukan untuk mencapai tujuan. Hal ini dicatat dalam catatan perkembangan, yang merupakan rangkuman akhir secara menyeluruh, termasuk catatan naratif, serta kondisi pasien saat pulang atau dipindahkan (Rohmah & Walid, 2020).