

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

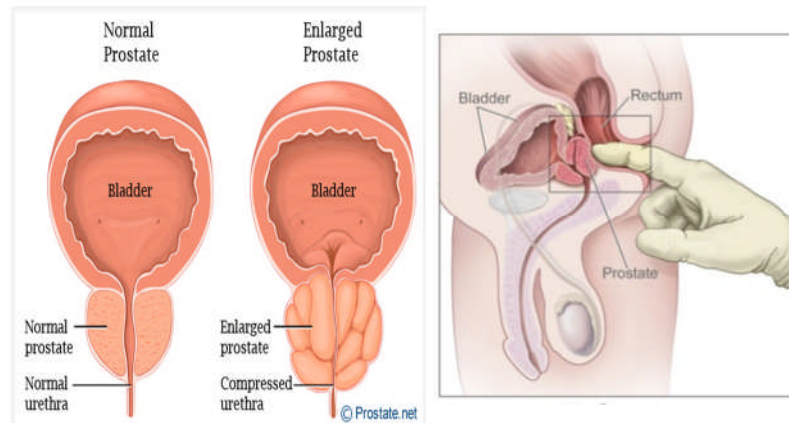
Beningn Prostatic Hyperplasia (BPH) adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, disebabkan oleh karena hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar / jaringan fibromuskuler yang menyebabkan penyumbatan uretra pars prostatika (Sugeng dan weni Kristiyanasari, 2012).

Prostat adalah kelenjar yang berlapis kepala dengan berat kira-kira 20 gram berada di sekeliling uretra dan di bawah kandung kemih pada pria (Toto Suharyanto dan Abdul Madjid, 2009). *Benigna Prostat Hyperplasia* adalah kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dan penyebab kedua yang paling sering untuk intervensi medis pada pria diatas usia 60 tahun (Brunner dan Suddarth, 2005).

2. Antomi fisiologi

Kelenjar prostat merupakan suatu kelenjar yang terdiri dari 30-50 kelenjar yang terbagi atas empat lobus posterior, lobus lateral, lobus anterior, dan lobus medial. Lobus posterior yang terletak di belakang uretra dan di bawah duktus ejakulatorius, lobus lateral yang terletak dikanan uretra, lobus anterior atau *isthmus* yang terletak didepan uretra dan menghubungkan lobus dekstra dan lobus sinistra, bagian ini tidak mengandung kelenjar dan hanya berisi otot polos, selanjutnya lobus medial yang terletak di antara uretra dan duktus ejakulatoris, banyak mengandung kelenjar dan merupakan bagian yang menyebabkan

terbentuknya *uvula vesicae* yang menonjol ke dalam *vesica urinaria* bila lobus medial ini membesar, sebagai akibatnya dapat terjadi bendungan aliran urin pada wktu berkemih (Wibowo dan Paryana, 2009)



3. Etiologi

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, tetapi dapat dikaitkan dengan keberadaan hormonal yaitu hormon laki-laki. Diketahui bahwa hormon estrogen juga ikut berperan sebagai penyebab BPH. Hal ini didasarkan pada fakta bahwa BPH terjadi ketika seorang laki-laki kadar hormon estrogen meningkat dan kadar hormon testoteron menurun dan ketika jaringan prostat terjadi lebih sensitif terhadap estrogen serta kurang responsif terhadap *dihydrosestosterone* yang merupakan *testosterone eksogen* (Toto Suharyanto, 2009).

Menurut (Basuki Purnomo, 2011) hingga sekarang masih belum diketahui secara pasti penyebab terjadinya hiperplasia prostat tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasi prostat erat kaitannya dengan peningkatan kadar *dihidrotestosteron* (DHT) dan proses aging (menjadi tua). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat yaitu :

- a. Teori dihidratestosteron.
- b. Adanya ketidak seimbangan antara estrogen-testosteron.

c. Meningkatnya masa hidup sel-sel prostat.

d. Faktor usia.

4. Insiden

Di AS, terdapat lebih dari setengah (50%) pada laki-laki usia 60-70 tahun mengalami gejala-gejala BPH dan antara usia 70-90 tahun sebanyak 90% mengalami gejala-gejala BPH.

Kasus pasien dengan diagnosa BPH di RSUD Panda Arang Boyolali pada tahun 2014 yaitu 172 jiwa (Rekam Medis RSUD Panda Arang Boyolali).

5. Patofisiologi

Perubahan keseimbangan hormon testosteron dan estrogen pada laki-laki usia lanjut, Peranan dari growth factor sebagai pemicu pertumbuhan stroma kelenjar prostat, meningkatnya lama hidup sel-sel prostat karena berkurangnya sel-sel yang mati, dan terjadinya proliferasi abnormal sel stem sehingga menyebabkan produksi sel stroma dan sel epitel kelenjar prostat menjadi berlebihan merupakan faktor etiologi dari timbulnya BPH (Benigna Prostat Hiperlasia). BPH menekan saluran kemih sehingga membuat lumen uretra menyempit. Penyempitan lumen uretra menimbulkan beberapa manifestasi klinik yang dibagi dalam 3 bagian yaitu respon obstruksi, penekanan tekanan intravesika, dan respon iritatif. Pada respon obstruksi terjadi pancaran miksi yang lemah, *Hesitancy* (kalau mau miksi harus menunggu lama), terjadi karena detrusor membutuhkan waktu yang lama untuk dapat melawan resistensi uretra, *Intermittency* (kencing terputus-putus), terjadi karena detrusor tidak dapat mengatasi resistensi uretra sampai akhir miksi dan *Terminal dribbling* dan rasa belum puas sehabis miksi terjadi karena

jumlah residu urin yang banyak dalam buli-buli. Pada respon iritatif terjadi frekuensi terutama terjadi pada malam hari (nokturia) karena hambatan normal dari korteks berkurang dan tonus sfingter dan uretra berkurang selama tidur. Urgensi (perasaan ingin miksi sangat mendesak) dan disuria (nyeri pada saat miksi) jarang terjadi, jika ada disebabkan oleh ketidakstabilan detrusor sehingga terjadi kontraksi involunter. Pada peningkatan tekanan intravesika terjadi perubahan kandung kemih seperti hipertrofi otot destrusor, trabekulasi, selula, dan divertikel kandung kemih. Penekanan intravesika juga menyebabkan perubahan pada ginjal dan ureter yang menimbulkan refluks vesiko-ureter, hidroureter, hidronefrosis, pielonefritis, dan gagal ginjal. Tindakan pembedahan dilakukan jika seseorang mengalami respon obstruksi dan respon iritatif yang disebut dengan istilah prstektomi. Resiko yang terjadi pada klien dengan prostektomi adalah perdarahan.

Open prostektomi yaitu melakukan pembedahan pada prostat sehingga mengharuskan pemutusan kontinuitas jaringan. Pemutusan jaringan menyebabkan gerbang control terbuka dan merangsang saraf aferen untuk menghantarkan stimulus dan diartikan ke cortex serebri dan kemudian dikirim oleh saraf deferen sebagai respon nyeri. Nyeri berpengaruh dalam kenyamanan sehingga terjadi gangguan rasa nyaman dan menyebabkan hambatan mobilitas fisisk. Pada klien dengan post prostektomi pada umumnya dipasang drain dan irigasi. Pemasangan alat invasive ke dalam tubuh merupakan jalan masuk (*portal de entri*) bagi kuman sehingga menimbulkan resiko infeksi. Pengangkatan organ prostat pada open prostektomi menimbulkan

resiko ejakulasi retrograde (curahan air mani yang salah arah dari uretra posterior ke dalam kandung kemih bukannya antegrade yaitu melalui uretra). Ejakulasi retrograde menyebabkan berkurangnya komponen semen sehingga menimbulkan disfungsi seksual. Prostat berfungsi untuk mengeluarkan dan menyimpan sejenis cairan yang menjadi dua pertiga bagian dari air mani dan menyediakan cairan untuk sperma saat ejakulasi, apabila dilakukan pengangkatan prostat pada seseorang dengan koping dan support system yang kurang efektif akan menimbulkan gangguan citra diri, karen berduka terlalu lama bisa terjadi isolasi sosial. Kecemasan juga dapat terjadi apabila klien dan keluarga kurang pengetahuan mengenai prosedur tindakan open prostektomi

6. Manifestasi Klinis

LUTS (Lower Urinary tract symptom) Pembesaran prostate menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus menerus menyebabkan perubahan anatomic buli-buli berupa hipertrofi otot destrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula dan difektike, buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli tersebut, oleh pasien dirasakan sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau lower urinary tract symptom (LUTS).

Timbulnya gejala LUTS merupakan manifestasi kompensasi otot buli-buli untuk mengeluarkan urine. Ada suatu saat, otot buli-buli untuk mengeluarkan urine. Pada suatu saat, otot buli-buli mengalami

kepayahan (fatigue) sehingga jatuh kedalam fase dekompensasi yang diwujudkan dalam bentuk retensi urine akut. (Andra Safer Wijya dan Yessie 2013)

Adapaun gejala dan tanda yang tampak pada pasien dengan Benigna Prostat Hipertrofi:

- a. Retensi urin
- b. Kurangnya atau lemahnya pancaran kencing
- c. Miksi yang tidak puas
- d. Frekuensi kencing bertambah terutama malam hari (nocturia)
- e. Pada malam hari miksi harus mengejan
- f. Terasa panas, nyeri atau sekitar waktu miksi (disuria)
- g. Massa pada abdomen bagian bawah Hematuria
- h. Urgency (dorongan yang mendesak dan mendadak untuk mengeluarkan urin)
- i. Kesulitan mengawali dan mengakhiri miksi
- j. Berat badan turun
- k. Anemia kadang-kadang tanpa sebab yang diketahui, pasien sama sekali tidak dapat berkemih sehingga harus dikeluarkan dengan kateter. Karena urin selalu terisi dalam kandung kemih, maka mudah sekali terjadi cystitis dan selaputnya merusak ginjal.

7. Derajat BPH

Berbagai tanda dan gejala dapat dibagi dalam dua kategori. Obstruksi (terjadi ketika faktor dinamik / atau faktor statik menguangi pengosongan kandung kemih dan iritasi chasil dari obstruksi yang sudah berjalan lama pada leher kandung kemih (Yuliana Elin, 2011).

- a. Derajat satu biasanya belum memerlukan tindakan. Tindakan bedah diberi tindakan pengobatan konservatif.
- b. Derajat dua merupakan indikasi untuk melakukan pembedahan biasanya dianjurkan reseksi endoskopik melalui uretra (tur).
- c. Derajat tiga reseksi endoskopik dapat dikerjakan, bila diperkirakan prostat sudah cukup besar, reseksi tidak cukup 1 jam sebaiknya dengan pembedahan terbuka, melalui trans verika retropublik / perianal.
- d. Derajat empat tindakan harus segera dilakukan, membebaskan klien dari retensi urine total dengan pemasangan kateter (R Shamsuhidayat, 2005).

8. Test diagnostik

Menut Rudi Haryono dkk, macam-macam test diagnostik :

- a. Pemeriksaan rectum : yaitu melakukan palpasi pada prostat melalui rectum atau rectal toucher, untuk mengetahui pembesaran prostat.
- b. Urinalisis : untuk mendeteksi adanya protein atau darah dalam air kemih, berat jenis dan osmolalitas, serta pemeriksaan mikroskopik air kemih.
- c. Pemeriksaan laboratorium (darah)
Yaitu untuk mengetahui adanya peningkatan kadar prostat specific antigen (PSA).
- d. *Cystoscopy* : untuk melihat gambaran pembesaran prostat dan perubahan dinding kandung kemih.
- e. *Transrectal ultrasonography*

Di lakukan untuk mengetahui pembesaran dan adanya hidro nefrosis

9. Komplikasi

BPH dapat menimbulkan komplikasi diantaranya : Infark jantung, impoten, fistula, retensiurine akut, hidro nefrosis, dan *gross hematuria*. (Rudi Haryono, 2013).

Kerusakan traktus urinarius bagian atas akibat dari obstruksi kronik mengakibatkan penderita harus menggejan pada miksi yang menyebabkan peningkatan tekanan intra abdomen yang akan menimbulkan hernia dan hemoroid. Stasis urin dalam vesika urinaria akan membentuk endapan yang menambah keluhan iritasi dan hematuria, stasis urin dalam vesika urinaria. Menjadi media pertumbuhan mikro organisme yang dapat menyebabkan sintitis dan bila terjadi refluks menyebabkan *pyuositritis* (Sjamsuhidayat, 2005).

10. Penatalaksanaan

Menurut Toto Suharyanto, Abdul Madjid, (2009) menyatakan penatalaksanaan BPH adalah sebagai berikut.

- a. Perubahan gaya hidup
- b. Pengobatan
- c. Kateterisasi
- d. Pemberian obat antimicrobial
- e. Pembedahan
 - 1) Transurethral resection of prostate (TURP)
 - 2) Open prostatectomy
 - 3) Laser TURP
 - 4) Trans Urethral Microwave Thermo Therapy (TUMT)

5) Trans Urethral Needle Ablation (TUNA)

B. Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian post operasi

a. Data Subyektif

- 1) Nyeri pada luka post operasi
- 2) Data sering berkemih
- 3) Nyeri pada saat miksi
- 4) Rasa tidak puas sehabis miksi
- 5) Aliran urin tidak lancar
- 6) Ada darah dalam urin
- 7) Kandung kemih sudah penuh

b. Objektif

- 1) Ekspresi tampak menahan nyeri
- 2) Ada luka post operasi tertutup balutan
- 3) Tampak lemah
- 4) Terpasang selang irigasi

c. Riwayat kesehatan

d. Pola fungsi kesehatan

e. Pemeriksaan fisik

2. Diagnosa Keperawatan (Nanda,2012)

- a. Nyeri akut berhubungan dengan agen injuri fisik
- b. Resiko infeksi berhubungan dengan prosedur invasif pembedahan
- c. Defisit perawatan diri berhubungan dengan kendala lingkungan
- d. Hambatan mobilitas fisik b.d ketidaknyamanan

- e. Disfungsi seksual b.d perubahan fungsi tubuh
- f. Cemas b.d kurangnya pengetahuan
- g. Isolasi social b.d gangguan kondisi kesehatan

3. Intervensi

Tabel 2.1 Intervensi

DIAGNOSA	NOC	NIC
<p>Nyeri Akut</p> <p>Definisi : Pengalaman sensorial dan emosional yang tidak menyenangkan yang muncul akibat kerusakan jaringan yang actual atau potensial atau digambarkan dalam hal kerusakan sedemikian rupa (International Association for the study of Pain) : awitan yang tiba-tiba atau lambat dari intensitas ringan hingga berat dengan akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung <6 bulan.</p> <p>Batasan karakteristik :</p> <p>Perubahan selera makan</p> <p>Perubahan tekanan darah</p> <p>Perubahan frekwensi jantung</p> <p>Perubahan frekwensi pernapasan</p> <p>Laporan isyarat</p> <p>Diaforesis</p> <p>Perilaku distraksi (misal : berjalan mondar-mandir mencari orang lain dan atau aktivitas lain, aktivitas yang berulang)</p> <p>Mengekspresikan perilaku (misal : gelisah, merengek, menangis)</p> <p>Sikap melindungi area nyeri</p> <p>Fokus menyempit (misal :</p>	<p>Pain level</p> <p>Pain control</p> <p>Comfort level</p> <p>Kriteria Hasil :</p> <p>Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan teknik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)</p> <p>Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri</p> <p>Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)</p> <p>Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang</p>	<p>Pain Management</p> <p>Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan factor presipitasi</p> <p>Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan</p> <p>Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien</p> <p>Kaji kultur yang mempengaruhi respon nyeri</p> <p>Evaluasi pengalaman nyeri masa lampau</p> <p>Evaluasi bersama pasien dan tim kesehatan lain tentang ketidakefektifan kontrol nyeri masa lampau</p> <p>Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan</p> <p>Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pencahayaan dan kebisingan</p> <p>Kurangi faktor presipitasi nyeri</p> <p>Pilih dan lakukan penanganan nyeri</p>

DIAGNOSA	NOC	NIC
gangguan persepsi nyeri, hambatan proses berfikir, penurunan interaksi dengan orang dan lingkungan)		(farmakologi, non farmakologi dan interpersonal) Kaji tipe dan sumber
Indikasi nyeri yang dapat diamati Perubahan posisi untuk menghindari nyeri Sikap tubuh melindungi Dilatasi pupil Melaporkan nyeri secara verbal		nyeri untuk menentukan intervensi Ajarkan tentang teknik non farmakologi Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri Evaluasi keefektifan kontrol nyeri Tingkatkan istirahat Kolaborasikan dengan dokter jika ada keluhan dan tindakan nyeri tidak berhasil Monitor penerimaan
Resiko infeksi Definisi : Mengalami peningkatan resiko terserang organisme patogen faktor-faktor resiko : Penyakit kronis Diabetes melitus Obesitas Pengetahuan yang tidak cukup untuk menghindari pamanjanan patogen Pertahanan tubuh primer yang tidak adekuat Gangguan peritallsis Kerusakan integritas kulit(pemasangan kateter intravena, prosedur invasif) Perubahan sekresi pH Penurunan kerja siliaris Pecah ketuban dini Pecah ketuban lama Merokok	Immonestatus Knowledge : infection control Risk control Kreterial Hasil : Klien bebas dari tanda dan infeksi Mendeskrripsikan proses penularan penyakit, faktor yang mempengaruhi penularan serta penata pelaksanaannya Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi Jumlah leukosit dalam batas normal Menunjukkan perilaku hidup sehat	Infection Control(kontrol infeksi) Bersihkan lingkungan setelah di pakai pasien Pertahankan teknik isolasi Batasi pengunjung bila perlu Instruksikan pada pengunjung untuk mencuci tangan saat berkunjung dan setelah berkunjung meninggalkan pasien Gunakan sabun antimikrobia untuk cuci tangan Cuci tangan setiap sebelum dan sesudah tindakan keperawatan Gunakan baju, sarung tangan sebagai alat perlindungan Pertahankan lingkungan aseptik selama pemasangan alat Ganti letak IV perifer dan line central dan dressing sesuai dengan petunjuk umum Gunakan kateter intermiten untuk
Stasis cairan tubuh Trauma jaringan(mis., trauma destruksi jaringan) Ketidak ada kekuatan pertahanan sekunder Penurunan hemoglobin Imunosupresi(mis., imonitas didapat tidak adekuat, agen		

farmaseutikal termasuk imunosupresan steroid, anti bodi monoklonal, imunomodulator)	menurunkan infeksi kandung kencing Tingkatkan intake nutrisi Berikan terapi anti biotik	
DIAGNOSA	NOC	NIC
Supresi respon inflamasi Faksinasi tidak adekuat Pemajanan terhadap patogen lingkungan meningkat Prosedur invasive		bila perlu Infection Protection(proteksi terhadap infeksi) Monitor tanda dan gejala infeksi sistemik dan lokal Monitor hitung granulosit, WBC Monitor kerentanan terhadap infeksi Batasi pengunjung Sering pengunjung terhadap penyakit menular Pertahankan teknik aspesis pada pasien yang beresiko Pertahankan teknik isolasi k/p Berikan perawatan kulit pada area epidema Inspeksi kulit dan membran mukosa terhadap kemerahan, panas, drainase Inspeksi kondisi luka/ insisi bedah Dorong masukan nutrisi yang cukup Dorong masukan cairan Dorong istirahat Instruksikan pasien untuk minum anti biotik sesuai resep Ajarkan pasien dan keluarga tanda dan gejala infeksi Ajarkan cara menghindari infeksi Laporkan kecurigaan infeksi Laporkan kultur positif
Defisit perawatan diri eliminasi Definisi : hambatan kemampuan untuk	Anctivity intolerance Mobility: physical impaired Fatigue level	Self – Care Assistance : Toileting Pertimbangkan budaya pasien ketika

melakukan menyelesaikan eliminasi sendiri	atau aktifitas	Anxiety self control Ambulation Self care deficit toileting	mempromosikan aktifitas perawatan diri Pertimbangkan usia
DIAGNOSA	NOC	NIC	
Batasan karakteristik : Ketidak mampuan melakukan hygiene eliminasi yang tepat Ketidak mampuan menyiran toilet atau kursi buang air (commode) Ketidakmampuan naik ketoilet atau commode Ketidakmampuan memanipulasi pakaian untuk eliminasi Ketidakmampuan berdiri dari toilet atau commode Ketidak mampuan untuk duduk di toilet atau commode Faktor yang berhubungan : Gangguan kognitif Penurunan motivasi Kendala lingkungan Keletihan Hambatan mobilitas Hambatan kemampuan berpindah Gangguan musculoskeletal Gangguan neuromuscular Nyeri Gangguan persepsi Ansietas berat Kelemahan	Self care deficit hygiene Urinary incontinence : functional Kriteria hasil : Pengetahuan perawatan ostomy : tingkat pemahaman yang ditunjukkan tentang pemeliharaan ostomy untuk eliminasi Perawatan diri : ostomi: tindakan pribadi untuk mempertahankan otonomi untuk eliminasi Perawatan diri : aktifitas kehidupan sehari-hari (ADL) mampu untuk melakukan aktifitas perawatanb fisik dan pribadi secara mandiri atau dengan alat bantu Perawatan diri hygiene : mampu untuk mempertahankan kebersihan dan penampilan yang rapi secara mandiri dengan atau tanpa alat bantu Perawatan diri eliminasi : mampu untuk melakukan aktifitas eliminasi secara mandiri atau alat bantu Mampu duduk dan turun dari kloset Membersihkan diri setelah eliminasi Mengenali dan mengetahui kebutuhan bantu untuk eliminasi	pasien ketika aktifitas perawatan diri Lepaskan pakaian yang penting untuk memungkinkan penghapusan Membantu pasien ke toilet / commode / bedpan / fraktur pan / urinoir pada selang waktu tertentu Pertimbangkan respon pasien terhadap kurangnya privasi Menyediakan privasi selama eliminasi Memfasilitasi kebersihan toilet setelah selesai eliminasi Ganti pakaian pasien setelah eliminasi Menyiram toilet / membersihkan alat penghapusan (commode, pispot) Memulai jadwal ke toilet Memulai pasien / tempat lain dalam toilet rutin Memulai mengelilingi kamar mandi sesuai dan dibutuhkan Menyediakan alat bantu (misalnya kateter eksternal, atau urinal) sesuai memantau integritas kulit pasien	
Definisi : Keterbatasan pada pergerakan fisik tubuh atau satu atau lebih ekstremitas secara mandiri dan terarah.	Joint Movement : Active Mobility Level Self care : ADLs Transfer performance	Exercise therapy : ambulation Monitoring vital sign sebelum/sesudah latihan	

Hambatan Mobilitas Fisik

Kreterial Hasil :
Klien meningkat dalam

dan lihat respon pasien
saat latihan

DIAGNOSA	NOC	NIC
Batasan karakteristik : Penurunan waktu reaksi Kesulitan membolak – balik posisi Melakukan aktivitas lain sebagai pengganti pergerakan(mis., meningkatkan perhatian pada aktivitas orang lain, mengendalikan perilaku, focus pada ketunadayaan/ aktivitas sebelum sakit) Dispnea setelah beraktivitas Perubahan cara berjalan Gerakan bergetar Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik halus Keterbatasan kemampuan melakukan ketrampilan motorik kasar Keterbatasan rentang pergerakan sendi Tremor akibat pergerakan Ketidak stabilan postur Pergerakan lambat Pergerakan tidak terkoordinasi	aktivitas fisik Mengerti tujuan dari peningkatan mobilitas Memverbalisasikan perasaan dalam meningkatkan kekuatan dan kemampuan berpindah Memperagakan penggunaan alat bantu untuk mobilisasi(walker)	NIC Konsultasikan dengan terapi fisik tentang rencana ambulasi sesuai dengan kebutuhan Bantu klien untuk menggunakan tongkat saat berjalan dan cegah terhadap cedera Ajarkan pasien atau tenaga kesehatan lain tentang teknik ambulasi Kaji kemampuan pasien dalam mobilisasi Latih pasien dalam pemenuhan kebutuhan ADLs secara mandiri sesuai kemampuan Dampingi dan bantu pasien saat mobilisasi dan bantu penuhi kebutuhan ADLs ps. Berikan alat bantu jika klien memerlukan Ajarkan pasien bagaimana merubah posisi dan berikan bantuan jika diperlukan

Faktor yang berhubungan :

Intoleransi aktivitas
Perubahan metabolisme selular
Ansietas
Indeks masa tubuh diatas perintil ke-75 sesuai usia
Gangguan kognitif
Konstraktur
Kepercayaan budaya tentang aktifitas sesuai usia
Fisik tidak bugar
Penurunan ketahanan tubuh
Penurunan kendali otot
Penurunan masa otot
Malnutrisi
Gangguan muskuloskeletal
Gangguan neuromuskular,

nyeri
Agens obat

DIAGNOSA	NOC	NIC
Disfungsi Seksual Definisi : Kondisi yang ditandai dengan individu mengalami perubahan fungsi seksual selama fase respons seksual hasrat, terangsang, dan atau orgasme, yang dipandang tidak memuaskan, tidak berharga atau adekuat	Sexuality pattern, ineffective situasional Low Rape trauma syndrome silent reaction Knowledge : sexual functioning	Sexual Counseling Membangun hubungan terapeutik, berdasarkan kepercayaan dan rasa hormat Menetapkan panjang hubungan konseling Menyediakan privasi dan menjamin kerahasiaan Menginformasikan di awal bahwa seksualitas adalah bagian penting dari kehidupan dan bahwa penyakit, obat-obatan, dan stres(atau masalah lain/pasien mengalami peristiwa) sering mengubah fungsi seksual Memberikan informasi tentang fungsi seksual, sesuai
Batasan karakteristik : Keterbatasan actual akibat penyakit Keterbatasan actual akibat terapi Perubahan dalam persepsi seks Perubahan dalam mencapai kepuasan seksual Perubahan minat terhadap orang lain Perubahan minat terhadap diri sendiri Ketidak mampuan mencapai kepuasan yang diharapkan Persepsi perubahan pada rasangan seksual Persepsi definisi hasrat seksual Persepsi keterbatasan akibat penyakit	Kriterial hasil : Pemulihan dan penganiayaan seksual Perubahan fisik dengan penuaan wanita dan pria Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi Mengetahui masalah reproduksi Kontrol resiko penyakit menular seksual(PMS) Fungsi seksual : integrasi aspek fisik, sosio emosi, dan intelektual ekspresi dan performa seksual Menunjukkan dapat beradaptasi dengan ketidak mampuan fisik Mampu mengontrol kecemasan	Kata pengantar pertanyaan tentang seksualitas dengan pernyataan yang memberi tahu pasien bahwa banyak orang mengalami kesulitan seksual Mulailah dengan topik-topik sensitif paling dan melanjutkan ke lebih sensitif
Persepsi keterbatasan akibat terapi Mencari konfirmasi tentang kemampuan mencapai hasrat seksual	Menunjukkan pemulihan dari penganiayaan : seksual Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan perubahan fungsi seksual	Diskusikan efek dari situasi penyakit/ kesehatan pada seksualitas Diskusikan efek obat tentang seksualitas, sesuai
Faktor yang berhubungan : Ketiadaan model peran Perubahan fungsi tubuh(mis., kehamilan, ppelahiran baru-baru ini, obat, pembedahan, anomaly	Mengungkapkan secara verbal pemahaman tentang pembatasan indikasi medis Meminta informasi yang dibutuhkan tentang	Diskusikan efek dari perubahan seksualitas pada orang lain yang signifikan Diskusikan tingkat pengetahuan pasien

prose penyakit, trauma, radiasi)	perubahan fungsi seksual	tentang seksualitas pada umumnya
Perubahan biopsikososial seksual	Penggunaan tentang kontrasepsi yang efektif	Dorong pasien untuk verbalisasi ketakutan dan
DIAGNOSA	NOC	NIC
Definisi pengetahuan Model peran kurang dapat mempengaruhi Kurang privasi Kurang orang terdekat Salah informasi Penganiayaan spikososial(mis., hubungan penuh kekerasan) Konflik nilai Penganiayaan fisik Kerentanan		mengajukan pertanyaan Mengidentifikasi tujuan pembelajaran yang diperlukan untuk mencapai tujuan Diskusikan diperlukan, modifikasi dalam aktifitas seksual, sesuai Membantupasien untuk mengekspresikan kesedihan dan kemarahan tentang perubahan dalam fungsi tubuh/ penampilan, sesuai Hindari menampilkan keengganan untuk bagian tubuh yang berubah
Anxietas Definisi : Perasaan tidak nyaman atau khawatir yang samar disertai respon autonom (sumber sering kali tidak spesifik atau tidak di ketahui oleh individu) perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan isyarat kewaspadaan yang memperingatkan individu akan adanya bahaya dan memungkinkan individu untuk bertindak menghadapi ancaman Batasan Karakteristik : Perilaku Penurunan produktivitas Gerakan yang ireleven Gelisah Melihat sepiintas Insomnia Kontak mata yang buruk Mengekspresikan kekhawatiran kerana perubahan dalam peristiwa hidup Agitasi Mengintai	Anxiety self-control Anxiety level Coping Kriteria hasil : Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas Mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukan teknik untuk mengontrol cemas Vital sighn dalam batas normal Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktifitasmenunjukan bekurangnya kecemasan	Anxiety Reduction (penurunan kecemasan) Gunakan pendekatan yang menenangkan Nyatakan dengan jelas harapan terhadap pelaku pasien Jelaskan semua prosedur dan apayang dirasakan selama prosedur Pahami prespektif pasien terhadap situasi stres Temani pasien untuk memberikan keamanan dan mengurangi takut Dorong keluarga untuk mrenemani anak Lakukan back / neck rub Dengarkan dengan penuh perhatian Identifikasi tingkat kecemasan Bantu pasien mengenal situasi yang menimbulkan kecemasan Dorong pasien untuk mengungkapkan perasaan, ketakutan, persepsi Instruksikan pasien mengungkapkan teknik relaksasi

Tampak waspada Efektif Gelisah, distres Kesedihan yang mendalam Ketakutan	Berikan obat untuk mengurangi kecemasan	
DIAGNOSA	NOC	NIC
Perasaan tidak adekuat Berfokus pada diri sendiri Peningkatan kewaspadaan Iritabilitas Gugup senang berlebihan Rasa nyeri yang meningkatkan ketidakterdayaan Peningkatan rasa ketidakterdayaan yang persisten Isolasi Sosial Definisi : Kesepian yang dialami oleh individu dan dirasakan saat didorong oleh keberadaan orang lain dan sebagai pernyataan negatif atau mengancam Batasan karakteristik : Objektif : Tidak ada dukungan orang yang dianggap penting Perilaku yang tidak sesuai dengan perkembangan Efek tumpul Bukti kecacatan(mis., fisik, mental) Ada dalam subkultural Sakit, tindakan tidak berarti Tidak ada kontak mata Dipenuhi dengan pikiran sendiri Menunjukkan permusuhan Tindakan berulang Efek sedih, ingin sendirian Menunjukkan perilaku yang tidak dapat diterima oleh kelompok kultural yang dominan Tidak komunikatif, menarik diri Subjektif : Minat yang tidak sesuai dengan perkembangan Mengalami perasaan berbeda dari orang lain Ketidakmampuan	Social interaction skills Stress level Sosial support Post-trauma syndrome Kriteria hasil : Iklim sosial keluarga : lingkungan yang mendukung yang bercirikan hubungan dan tujuan anggota keluarga Partisipasi waktu luang menggunakan aktifitas yang menarik, menyenangkan dan menenangkan untuk meningkatkan kesejahteraan Keseimbangan ala perasaan : mampu menyesuaikan terhadap emosi sebagai respon terhadap keadaan tertentu Keparahan kesepian : mengendalikan keparahan respon emosi, sosial atau eksistensi terhadap isolasi Penyesuaian yang tepat terhadap tekanan emosi sebagai respon terhadap keadaan tertentu Tingkat bersepsi positif tentang status kesehatan dan status hidup individu	Socialization enhancement Fasilitasi kepada pasien oleh keluarga, teman dan komunitas Dukung hubungan dengan orang lain yang mempunyai minat dan tujuan yang sama Dorong melakukan aktivitas sosial dan komunitas Berikan uji pembatasan inter personal Berikan umpan balik tentang peningkatan dalam perawatan dan penampilan diri atau aktifitas lain Hadapkan pasien pada hambatan penilaian, jika memungkinkan Dukung pasien untuk mengubah lingkungan seperti pergi jalan-jalan dan bioskop Fasilitas pasien yang mempunyai penurunan sensory seperti penggunaan kacamata dan alat pendengaran Fasilitas pasien untuk berpartisipasi dalam diskusi dengan grup kecil Membantu pasien mengembangkan atau meningkatkan ketrampilan

memenuhi orang lain Tidak percaya diri saat berhadapan dengan publik Mengungkapkan perasaan	Partisipasi dalam bermain, penggunaan aktivitas oleh anak usia 1 – 11 tahun untuk	sosial interpersonal Kurangi stigma isolasi dengan menghormati martabat pasien
DIAGNOSA	NOC	NIC
kesendirian yang didorong oleh orang lain Mengungkapkan perasaan penolakan Mengungkapkan nilai yang tidak dapat diterima oleh kelompok kultural yang dominan Faktor yang berhubungan : Perubahan status mental Gangguan penampilan fisik Gangguan kondisi kesehatan Faktor yang berperan terhadap tidak ada hubungan personal yang memuaskan(mis., terlambat dalam menyelesaikan tugas perkembangan) Minat/ ketertarikan yang imatur Ketidak mampuan menjalani hubungan yang memuaskan Sumber personal yang tidak adekuat Perilaku sosial yang tidak diterima Nilai sosial yang tidak diterima	meningkatkan kesenangan, hiburan dan perkembangan Meningkatkan hubungan yang efektif dalam perilaku pribadi Interaksi sosial dengan orang, kelompok atau organisasi Ketersediaan dan peningkatan pemberian aktual bantuan yang andal dari orang lain Mengungkapkan penurunan perasaan atau pengalaman diasingkan	Gali kekuatan dan kelemahan pasien dalam berinteraksi sosial