

## **BAB II**

### **TINJAUAN TEORI**

#### **2.1 Kajian Tentang Benigna Prostat Hiperplasia (BPH)**

##### **2.1.1 Pengertian**

*Benigna prostatic hyperplasia* adalah pembesaran jinak kelenjar prostat, yang disebabkan hiperplasia beberapa atau semua komponen prostat meliputi jaringan kelenjar/jaringan fibromuskular yang menyebabkan penyumbatan uretra parsprostatika (Jitowiyono & Kristiyanasari,2012:113)

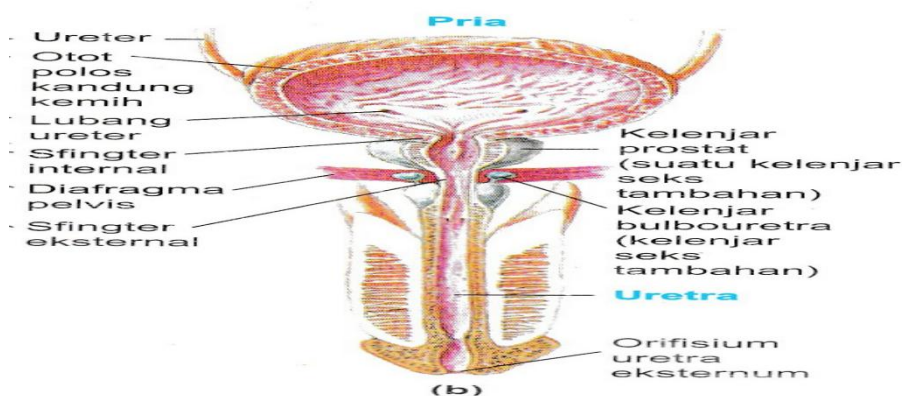
BPH adalah kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dan penyebab kedua yang paling sering untuk intervensi medis pada pria di atas usia 60 tahun (Wijaya & Putri,2013:97). Hiperplasia prostat jinak (BPH) adalah penyakit yang disebabkan oleh penuaan. Tanda klinis BPH biasanya muncul pada lebih dari 50% laki-laki yang berusia 50 tahun ke atas (Price & Wilson,2006: 1320).

BPH adalah suatu penyakit perbesaran dari prostat. Kata-kata hipertrofi seringkali menimbulkan kontroversi di kalangan klinik karena sering rancu dengan hiperplasia. Hipertrofi bermakna bahwa dari segi kualitas terjadi pembesaran sel, namun tidak diikuti oleh jumlah. Hiperplasia merupakan pembesaran ukuran sel dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (Prabowo & Pranata,2014:130).

### 2.1.2 Anatomi dan Fisiologi Kelenjar Prostat

Kelenjar prostat terletak tepat dibawah leher kandung kemih. Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh dua duktus ejakulatorius, yang merupakan kelanjutan dari vas deferen. Pada bagian anterior difiksasi oleh ligamentum pubroprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital. Pada prostat bagian posterior bermuara duktus ejakulatoris yang berjalan miring dan berakhir pada verumontanum pada dasar uretra prostatika tepat proksimal dan sfingter uretra eksterna secara embriologi, prostat berasal dari lima evaginasi epitel uretra posterior. Suplai darah prostat diperdarahi oleh arteri vesikalis inferior dan masuk pada sisi postero lateralis lever vesika (Wijaya & Putri, 2013:96)

Prostat adalah organ genitalia pria yang terletak di sebelah inferior kandung kemih, di depan rectum yang membungkus uretra posterior. Bentuknya seperti buah kemiri, dengan ukuran 4 x 3 x 2,5 cm, dan beratnya kurang lebih 20gram. Secara histopatologi, kelenjar prostat terdiri atas komponen kelenjar dan stroma. Komponen stroma ini terdiri atas otot polos, fibroblas, pembuluh darah, saraf, dan jaringan penyangga yang lain (Muttaqin & Sari, 2013:20)



Gambar 2.1 Anatomi perkemihan pada pria (Doenges,1999:556)

Sedangkan fisiologi kelenjar prostat adalah:

1. Menghasilkan cairan encer yang mengandung ion sitrat, ion fosfat, enzim pembeku, dan profibrinolisin. Selama pengisian kelenjar prostat berkontraksi sejalan dengan kontraksi vas deferens sehingga cairan encer dapat dikeluarkan untuk menambah lebih banyak jumlah semen. Sifat yang sedikit basa dari cairan prostat memungkinkan untuk keberhasilan fertilisasi (gumpalan) ovum karena cairan vas deferens sedikit asam. Cairan prostat menetralkan sifat asam dari cairan lain setelah ejakulasi (Syarifuddin, 2011:331).
2. Menambah cairan alkalis pada cairan seminalis yang berguna untuk melindungi spermatozoa terhadap sifat asam yang terdapat pada uretra. Dibawah kelenjar ini terdapat kelenjar Bulbo Uretralis yang memiliki panjang 2-5 cm. Fungsi hampir sama dengan kelenjar prostat. Kelenjar ini menghasilkan sekresi yang penyalurannya dari testis secara kimiawi dan fisiologi sesuai kebutuhan spermatozoa (Wijaya & Putri, 2013:96)

### **2.1.3 Etiologi**

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui secara pasti tetapi hanya 2 dua faktor yang mempengaruhi terjadinya BPH yaitu testis dan usia lanjut (Jitowiyono & Kristyanasari 2012:113). Beberapa faktor yang diduga sebagai penyebab timbulnya Hyperplasia prostate adalah : (Wijaya & Putri 2013:97 Rendy & Magaretha, 2012:116)

1. Teori hormon dihidrotestosteron (DHT)

Pembesaran prostat diaktifkan oleh testoreron dan DHT. Peningkatan alfa reduktase dan reseptor androgen akan menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasia.

## 2. Faktor usia

BPH merupakan penyakit yang diderita oleh klien laki-laki dengan usia rata-rata 45 tahun dan frekuensi makin bertambah sesuai dengan bertambahnya umur, sehingga diatas umur 80 tahun kira-kira 80% menderita kelainan ini. Sebagai etiologi sekarang dianggap ketidakseimbangan endokrin testosteron dianggap mempengaruhi bagian tepi prostat, sedangkan estrogen (dibuat oleh kelenjar adrenal) mempengaruhi bagian tengah prostat

Peningkatan usia membuat ketidakseimbangan rasio antara estrogen dan testosteron. Dengan meningkatnya kadar ekstrogen diduga berkaitan dengan terjadinya hyperplasia stroma, sehingga timbul dugaan bahwa testosteron diperlukan untuk inisiasi terjadinya poliferasi sel tetapi kemudian estrogenlah yang berperan untuk perkembangan stroma

## 3. Faktor pertumbuhan/*Growth*

Membuktikan bahwa deferensiasi dan pertumbuhan sel epitel prostate secara tidak langsung diatur oleh sel-sel stroma melalui suatu mediator tertentu.setelah sel sel stroma mendapatkan stimulasi dari DHT dan estradiol,sel-sel stroma mensintesis suatu growth faktor yang selanjutnya mempengaruhi sel-sel stroma itu sendiri secara intrakrin dan atuokrim,serta mempengaruhi sel-sel epitel secara parakrin.

## 4. Meningkatnya masa hidup sel-sel prostate

Program kematian sel (apoptosis) pada sel prostate adalah mekanisme fisiologi untuk mempertahankan homeostasis kelenjar prostate.

#### **2.1.4 Patofisiologi**

Pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan pada traktus urinarius. Pada tahap awal terjadi pembesaran prostat sehingga terjadi perubahan fisiologis yang mengakibatkan resistensi uretra daerah prostat, leher, vesika kemudian detrusor mengatasi dengan kontraksi lebih kuat sebagai akibatnya serat detrusor akan menjadi lebih tebal dan penonjolan serat detrusor ke dalam mukosa buli-buli akan terlihat sebagai balok-balok yang trabukulasi. Jika dilihat dari dalam vesika dengan sitoskopi, mukosa fisika dapat menerobos keluar diantara serat detrusor sehingga terbentuk tonjolan mukosa yang apabila kecil dinamakan sakula dan apabila besar disebut diverkel. Fase penebalan detrusor adalah fase kompensasi yang apabila berlanjut detrusor akan menjadi lelah dan akhirnya akan mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk kontraksi, sehingga terjadi retensi urine total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas (Wijaya & Putri 2013:98).

Pembesaran prostat 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 ini menyebabkan perubahan-perubahan anatomik buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli tersebut, oleh pasien dirasakan sebagai keluhan pada

saluran kemih sebelah bawah atau *lower urinary tract symptom* (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala prostatismus. (Purnomo,2003:72).

Sejalan dengan penambahan umur, kelenjar prostat akan mengalami hiperplasia. Jika prostat membesar, maka akan meluap ke atas kandung kemih sehingga pada bagian dalam akan mempersempit saluran uretra prostatica dan menyumbat aliran urine. Keadaan ini meningkatkan tekanan intravesikal. Sebagai kompensasi terhadap tahanan uretra prostatica, maka otot detrusor dan kandung kemih berkontraksi lebih kuat agar dapat memompa urine keluar. Kontraksi yang terus menerus menyebabkan perubahan anatomi dari kandung kemih berupa: hipertropi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula, dan divertikel kandung kemih. Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan keseluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter, tekanan ini dapat menimbulkan aliran balik urine dari buli-buli ke ureter. Keadaan ini jika berlangsung terus menerus akan mengakibatkan hidroureter, hidrofrosis bahkan akhirnya dapat jatuh kedalam gagal ginjal (Muttaqin & Sari,2012:258)



Bagan 2.1 Pathway Benigna Prostat Hyperplasia (NANDA NICNOC,2015:95)

### **2.1.5 Derajat Benigne Hiperplasia Prostat**

Benigne Prostat Hiperplasia terbagi dalam 4 derajat sesuai dengan gangguan klinisnya:(Kristiyanasari&Jitowiyono,2012:119)

#### 1. Derajat satu

Keluhan prostatome ditemukan penonjolan prostatisme 1-2 cm, sisa urine kurang 50 cc, pancaran lemah, nocturia, berat kurang lebih 20 gram.

#### 2. Derajat dua

Keluhan miksi terasa panas, sakit, disuria, nocturia bertambah berat, panas badan tinggi(menggigil), nyeri daerah pinggang postat lebih menonjol, batas atas masih teraba, sisa urine 50-100cc dan beratnya kurang lebih 20-40 gram.

#### 3. Derajat tiga

Gangguan lebih berat dari derajat dua, batas sudah tak teraba, sisa urine lebih 100cc, penonjolan prostat 3-4 cm, dan beratnya 40 gram.

#### 4. Derajat empat

Prostat lebih menonjol dari 4cm, ada penyulitke ginjal seperti gagal ginjal, hydroneprosis.

### **2.1.6 Manifestasi Klinis**

BPH merupakan yang diderita oleh klien laki-laki dengan usia rata-rata lebih dari 50 tahun. Gambaran klinis dari BPH sebenarnya sekunder dari dampak obstruksi saluran,sehingga klien kesulitan untuk miksi.berikut ini adalah beberapa gambaran klinis pada klien BPH (Prabowo & Pranata,2014:131 Williams & Wilkins,2011:48)



1. Gejala prostatismus (nokturia, *urgency*, penurunan daya aliran urine) kondisi ini dikarenakan oleh kemampuan vesika urinaria yang gagal mengeluarkan urine secara spontan dan reguler, sehingga volume urine masih sebagai besar tertinggal dalam vesika.
2. Retensi urine sering dialami oleh klien yang mengalami BPH kronis. Secara fisiologis, vesika urinaria memiliki kemampuan untuk mengeluarkan urine melalui kontraksi otot detrusor.
3. Pembesaran prostat yaitu ketika dilakukan palpasi rektal.
4. Inkontinensia yang terjadi menunjukkan bahwa detrusor gagal dalam melakukan kontraksi, sehingga kontrol untuk miksi hilang.
5. Lebih sering kencing, disertai nokturia, inkontinensia, dan kemungkinan hematuria. Yang berakibat infeksi diikuti obstruksi kencing menyeluruh
6. Gumpalan di tengah yang bisa dilihat (kandung kemih mengalami distensi) yang mencerminkan kandung kemih yang kosong secara tidak menyeluruh.

### **2.1.7 Komplikasi**

Apabila buli-buli menjadi dekompensasi, akan terjadi retensio urine. Karena produksi urineterus berlanjut maka pada suatu saat buli-buli tidak mampu lagi menampung urine sehingga tekanan intravesikal meningkat, dapat timbul hidroureter, hidronefrosis, dan gagal ginjal. Proses kerusakan ginjal dipercepat jika terjadi infeksi. Karena selalu terdapat sisa urine, yang dapat membentuk batu endapan dalam bul-buli. Batu ini dapat menambah keluhan iritasi dan menimbulkan hematuria. Batu tersebut dapat pula menimbulkan sistitis dan bila terjadi refluks dapat terjadi pielonefritis. Pada waktu miksi pasien harus

mengedan sehingga lam-kelamaan dapat menyebabkan hernia atau hemoroid (Mansjoer,dkk,2000:332) sedangkan menurut (Haryono,2013:116) Efek yang terjadi akibat Hypertropi Prostat yaitu :

#### 1. Terhadap Uretra

Bila lobus medius membesar, biasanya mengakibatkan uretra pars prostatika bertambah panjang, dan oleh karena fiksasi ductus ejaculatorius maka perparangan akan berputar dan mengakibatkan sumbatan.

#### 2. Terhadap Vesika Urinaria

Pada vesika urinaria akan didapatkan hypertropi otot sebagai akibat proses kompensasi, dimana muscle fibro menebal ini didapatkan bagian yang mengalami lekukan yang disebut potensial divertikula. Pada proses yang lebih lama akan terjadi dekompensasi otot-otot yang hypertrofi dan akibatnya terjadi atonia (tidak ada kekuatan) pada otot-otot tersebut. Jika pembesaran ini terjadi pada medial lobus maka akan menyebabkan post prostatika yaitu sumber terbentuknya residual urine (urine yang tersisa) dan pada post prostatika pouchini juga selalu didapati adanya batu-batu kandung kemih.

#### 3. Terhadap Ureter dan Ginjal

Bila uretra vesika valve rusak maka tekanan akan diteruskan ke atas. Akibatnya, otot-otot calyces, pelvis, urter sendiri mengalami hipertropi dan akan mengakibatkan hidronefrosis dan akibat lanjut uremia.

#### 4. Terhadap Organ Sex

Mula-mula libido meningkat, tetapi libido menurun.

## **2.2 Konsep Eliminasi Urine**

### **2.2.1 Pengertian**

Eliminasi merupakan proses pembuangan sisa-sisa metabolisme tubuh yang baik yang berupa urine maupun fekal. Eliminasi urine normalnya yaitu pengeluaran cairan sebagai hasil filtrasi dari plasma darah di glomerulus. Dari 180 liter darah yang masuk ke ginjal untuk difiltrasi akan diserap kembali di tubulus ginjal (Tarwoto & Wartonah, 2011:87). Gangguan eliminasi urine adalah keadaan ketika seorang individu mengalami atau beresiko mengalami disfungsi eliminasi (Moyet & Carpenito, 2012:582)

### **2.2.2 Proses Berkemih**

Miksi (mengeluarkan urine) adalah suatu proses sensori motorik yang kompleks. Urine mengalir dari pelvis ginjal, kemudian ureter dengan gerakan peristalsis. Rasa ingin berkemih akan timbul apabila kandung kemih berisi urine sebanyak 200-300 ml. Sedangkan eliminasi urine adalah pengeluaran cairan dari kandung kemih. Eliminasi urine bergantung pada organ renal. Renal akan memfiltrasi, mengabsorpsi urine. Selanjutnya melalui ureter akan disalurkan ke vesika urinaria. Kemudian urine akan keluar melalui meatus eksternus melewati uretra. Proses ini terjadi dari dua langkah utama yaitu kandung kemih secara progresif terisi sampai tegangan di dindingnya meningkat di atas nilai ambang, yang kemudian timbul refleks saraf yang disebut reflek berkemih yang berusaha mengosongkan kandung kemih atas jika ini gagal, setidaknya meimbulkan kesadaran akan keinginan untuk berkemih. Meskipun reflek miksi adalah reflek autonomik medula spinali, reflek ini bisa juga dihambat atau ditimbulkan oleh

pusat korteks serebri atau batang otak. ( Saryono & Widianti, 2011:22 ). Proses berkemih terdiri atas 3 tahap yaitu :

### 1. Filtrasi

Urine diproduksi oleh ginjal sekitar 1 ml/menit, tetapi dapat bervariasi antara 0,5-2 ml/menit. Aliran urine masuk ke kandung kemih di kontrol oleh gelombang peristaltik yang terjadi setiap 10-150 detik (Tarwoto & Wartonah, 2011:95). Glomerulus yang menyaring darah yang mengandung air, garam, gula, urea, dan zat bermolekul besar (protein dan sel darah) sehingga dihasilkan urine primer. Cairan yang disaring yaitu filtrat glomerulus. Plasma yang berisi semua garam, glukosa dan benda halus lainnya disaring keluar. Cairan yang disaring kemudian mengalir ke tubula renalis dan sel-selnya menyerap bahan yang diperlukan oleh tubuh dan ditinggalkan yang tidak diperlukan.

Faktor-faktor yang mempengaruhi filtrasi adalah obstruksi jalan arteri yang menuju ke glomerulus, kenaikan tekanan interstitial seperti yang dapat disebabkan oleh suatu proses peradangan, dan kenaikan resistensi untuk mengalir dalam sistem tubulus seperti obstruksi tubulus koligens, ureter, atau uretra. Membran glomerulus juga dapat dirusak oleh penyakit sehingga tidak dapat berfungsi sebagai saringan untuk darah. Akhirnya kapiler dapat tersumbat seluruhnya oleh karena itu tidak terpakai dalam sirkulasi aktif. Jika penyakit ini terus berlangsung, sel-sel darah dan protein plasma akan merembes melalui kapiler yang rusak dan akan disekresi oleh urine.

## 2. Reabsorpsi

Terjadi di tubulus kontortus proksimal. Urine primer akan direabsorpsi yang menghasilkan urine sekunder dengan kadar urea yang tinggi. Pada tubulus distal penyerapannya secara aktif. Dalam keadaan yang normal, semua glukosa di absorpsi kembali. Urine terdiri dari air dengan bahan pelarut berupa sisa metabolisme (seperti urea), garam terlarut, dan materi organik. Reabsorpsi natrium terjadi di tubulus proksimal melalui kanal ion dengan adanya kanal elektrokimia di membran apikal dan transport aktif kontrasporter  $\text{Na}^+$  glukosa dan difusi terfasilitasi. Reabsorpsi urea terjadi di tubulus proksimal dengan cara difusi pasif yang disebabkan reabsorpsi natrium dan solut lain. Komposisi urine berubah sepanjang proses reabsorpsi ketika molekul yang penting bagi tubuh melalui molekul yang penting bagi tubuh, misal glukosa diserap kembali ke dalam tubuh melalui molekul pembawa

## 3. Ekskresi

Di tubulus kontortus distal pembuluh darah menambahkan zat lain yang tidak digunakan dan terjadi reabsorpsi aktif. Di tempat sudah terbentuk urine yang sesungguhnya tidak terdapat glukosa dan protein lagi, yang selanjutnya akan disalurkan ke tubulus kolektifus ke pelvis renalis.

### 2.2.3 Normal Urine

Karakteristik urine dapat dilihat dari volume cairan dan macam-macam karakteristik urine terdiri dari warna, bau, berat jenis, kejernihan, dll.

Tabel 2.2 Karakteristik keadaan urine normal (Alimul,A2009:90)

No	Usia	Jumlah/hari
1	1-2 Hari	15-60 ml
2	3-10 Hari	100-300 ml
3	10-2 Bulan	250-400 ml
4	2 Bulan - 1 Tahun	400-500 ml
5	1-3 Tahun	500-600 ml
6	3-5 Tahun	600-700 ml
7	5-8 Bulan	700- 1000 ml
8	8-14 Tahun	800-1400 ml
9	14 Tahun-dewasa	1500 ml
10	Dewasa tua	≤1500 ml

No	keadaan	normal	Interprestasi
1	Warna	Kekuning-kuningan	Urine berwarna oranye gelap menunjukkan adanya pengaruh obat, sedangkan warna merah dan kuning kecoklatan mengindikasikan adanya penyakit.
2	Bau	aromatik	Bau menyengat merupakan indikasi adanya masalah seperti infeksi atau penggunaan obat tertentu.
3	Berat jenis	1,010 - 1,030	Menunjukkan adanya konsentrasi urine.
4	Kejernihan	Terang dan transparan	Adanya kekeruhan karena mukus atau pus.
5	pH	Sedikit asam (4,5-7,5)	Dapat menunjukkan keseimbangan asam-basa; bila bersifat alkali menunjukkan adanya aktifitas bakteri
6	Protein	Molekul protein yang besar seperti: albumin, fibrinogen, atau globulin tidak dapat disiring melalui	Pada kondisi kerusakan ginjal, molekul tersebut dapat melewati saringan masuk urine

		ginjal-urine	
7	Darah	Tak tampak jelas	Hematuria menunjukkan trauma atau penyakit pada saluran kemih bagian bawah
8	Glukosa	Adanya sejumlah glukosa dalam urine tidak berarti bila hanya bersifat sementara, misalnya pada seorang yang makangula banyak.	Apabila menetap terjadi pada pasien diabetes millitus

#### 2.2.4 Klasifikasi Gangguan Eliminasi Urine

Masalah-masalah yang sering terjadi pada kebutuhan eliminasi urine diantaranya retensi urine, inkontinesia urine, enuresis, perubahan pola urine. Penyebab paling umum biasanya adalah obstruksi, pertumbuhan jaringan abnormal, adanya batu dalam saluran kemih, infeksi, dan lain-lain (Haryono,2013:25 )

1. Retensi urine atau yang dikenal sebagai ketidakmampuan berkemih karena adanya penumpukan urine di dalam kandung kemih (Saryono & Widiанти, 2011:28)
2. Inkontinesia urine adalah pengeluaran urine yang tidak dapat dikontrol dan menetesnya urine dari uretra dengan keadaan kandung kemih yang penuh, disebabkan ketidaksanggupan sementara atau permanen otot spinkter ksterna untuk mengontrol keluarnya urine. (Saryono & Widiанти, 2011:28)
3. Enueresis adalah keadaan tidak dapat menahan keluarnya air kencing yang bila terjadi ketika tidur malam hari disebut enuresis nocturnal. (Haryono, 2013:27)
4. Urinari suppressi adalah berhentinya produksi urine secara mendadak. Keadaan ginjal memproduksi urine kurang dari 100ml/hari disebut anuria.

Produksi urine abnormal dalam jumlah sedikit oleh ginjal disebut oliguria misalnya 100-500ml/hari. Penyebab oliguria dan anuria adalah penyakit ginjal, kegagalan jantung, luka bakar dan shock. Penanganan pada pasien dengan urinari supresi bergantung pada penyebab yang mengwalinya. (Haryono, 2013:29)

## **2.3 Konsep Asuhan Keperawatan pada Pasien BPH dengan Gangguan Eliminasi Urine**

### **2.3.1 Pengertian**

Proses asuhan keperawatan adalah metode dimana suatu konsep diterapkan dalam praktik keperawatan. Hal ini dapat disebut sebagai suatu pendekatan untuk memecahkan masalah (*Problem-solving*) yang memerlukan ilmu, teknik, dan ketrampilan interpersonal yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan klien, keluarga dan masyarakat. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yang berurutan dan saling berhubungan, yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi. Tahap-tahap tersebut berintegrasi terhadap fungsi intelektual *Problem-solving* dalam mendefinisikan suatu asuhan keperawatan (Nursalam,20011:1)

### **2.3.2 Pengkajian**

Pengkajian merupakan tahap dari awal proses keperawatan sebagai dasar untuk pemberian asuhan keperawatan yang aktual. Tujuan dilakukannya tahap pengkajian adalah mengumpulkan, mengorganisasi, dan mendokumentasikan data yang menjelaskan respons klien yang mempengaruhi pola kesehatannya. Suatu



pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis, dan logis akan mengarah dan mendukung identifikasi masalah kesehatan klien. Masalah ini menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi untuk menegakkan diagnosis keperawatan (Nursalam,2011:159). pengkajian pada pasien BPH dimulai dari pengkajian umum hingga pengkajian yang spesifik: (Wijaya & Putri,2013:103, Kristiyanasari & Jitowiyono 201:120, Muttaqin,2011:269 )

1. identitas Klien : Nama, Umur, Jenis Kelamin, Pendidikan Terakhir, Alamat, Pekerjaan, Asuransi kesehatan, Agama, Suku bangsa, Tanggal & jam MRS, Nomer register, Serta diagnosis medis.

2. Keluhan utama

- a) keluhan sistemik : antara lain gangguan fungsi ginjal (sesak nafas, edema, malaise, pucat, dan eremia) atau demam disertai menggigil akibat infeksi.
- b) keluhan lokal : pada saluran perkemihan antara lain nyeri akibat kelainan pada saluran perkemihan, keluhan miksi (keluhan iritasi dan keluhan obstruksi), hematuria, inkontenensia, disfungsi seksual, atau infertilitas.
- c) Keluhan nyeri : nyeri pada sistem perkemihan tidak selalu terdapat pada penyakit ginjal meskipun umumnya ditemukan pada keadaan yang lebih akut. Nyeri disebabkan oleh kelainan yang terdapat pada organ urogenetalia dirasakan sebagai nyeri lokal yaitu nyeri yang dirasakan disekitar organ itu sendiri atau berupa *referred pain* yaitu nyeri yang dirasakan disekitar organ itu sendiri. Nyeri prostat pada umumnya disebabkan karena inflamasi yang mengakibatkan edema kelenjar prostat dan distensi kapsul prostat. Lokasi nyeri akibat inflamasi ini sulit untuk ditentukan, tetapi pada umumnya dapat dirasakan pada abdomen bawah,

inguinal, parineal, lumbosakral. Sering kali nyeri prostat diikuti dengan keluhan miksi berupa frekuensi, disuria, bahkan retensi urine.

- d) Keluhan miksi : keluhan yang dirasakan oleh klien pada saat miksi meliputi keluhan akibat suatu tanda adanya iritasi, obstruksi, inkontinensia, dan enuresis. Keluhan akibat iritasi meliputi polakisuria, urgensi, nokturia, dan disuria. Sedangkan keluhan obstruksi meliputi hesistensi, harus mengejan saat miksi, pancaran urine melemah, intermitensi, dan menetes serta masih terasa ada sisa urine setelah miksi.
- e) Gejala iritasi :
- 1) Polakisuria adalah frekuensi berkemih yang lebih dari normal. Polakisuria dapat disebabkan karena produksi urine yang berlebihan seperti pada penyakit diabetes melitus atau asupan cairan yang berlebihan, sedangkan menurunnya kapasitas kandung kemih dapat disebabkan karena adanya obstruksi infravesika.
  - 2) Urgensi adalah suatu keadaan rasa sangat ingin berkemih sehingga terasa sakit. Keadaan ini adalah akibat hiperaktivitas kandung kemih karena inflamasi, terdapat benda asing di dalam kandung kemih, dan adanya obstruksi
  - 3) Nokturia adalah polakisuria pada malam hari. Seperti pada polakisuria, pada nokturia mungkin disebabkan karena produksi urine meningkat ataupun karena kapasitas kandung kemih yang menurun
  - 4) Disuria adalah nyeri pada saat miksi dan terutama disebabkan karena inflamasi pada kandung emih atau uretra
- f) Gejala obstruksi :

- 1) Hesistensi adalah awal keluarnya urine menjadi lebih lama dan sering kali klien harus mengejan untuk memulai miksi. Setelah urine keluar, seringkali pancarannya menjadi lemah, tidak jauh, dan kecil. Hal ini sering disebabkan oleh obstruksi pada saluran kemih.
  - 2) Intermitensi merupakan keluhan miksi dimana pada pertengahan miksi sering kali berhenti dan kemudian memancar lagi, keadaan ini terjadi berulang-ulang. Miksi diakhiri dengan perasaan masih terasa ada sisa urine di dalam kandung kemih dengan masih keluar tetesan-tetesan urine
  - g) Inkontenensia urine adalah ketidakmampuan seseorang untuk menahan urine yang keluar dari kandung kemih, baik disadari ataupun tidak disadari.
  - h) Keluhan disfungsi seksual : Disfungsi seksual seksual pada pria meliputi libido menurun, air mani tidak keluar pada saat ejakulasi, tidak pernah merasakan orgasme, atau ejakulasi dini. Penting bagi perawat melakukan anamnesis untuk mencari kata-kata yang sesuai agar kepercayaan dan privasi pasien dapat terjaga.
3. Riwayat kesehatan saat ini : Pengkajian ini dilakukan untuk mendukung keluhan utama seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga klien meminta pertolongan. Misalnya : sejak kapan keluhan dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan itu terjadi, apa yang sedang dilakukan ketika keluhan ini terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan, dimana pertama kali keluhan dirasakan, apa yang memperberat atau memperingan keluhan, adakah usaha mengatasi keluhan ini sebelum meminta pertolongan, berhasil atau tidakkah

usaha tersebut, dan sebagainya. Setiap keluhan utama harus ditanyakan kepada klien sedetail-detailnya, dan semua diterangkan pada riwayat kesehatan sekarang.

4. Riwayat kesehatan dahulu : Perawat menanyakan tentang penyakit-penyakit yang pernah dialami sebelumnya, terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan sistem perkemihan pada klien saat ini seperti pernahkah klien menderita penyakit kencing manis, penyakit kencing batu dan seterusnya. Tanyakan apa pasien pernah dirawat sebelumnya karena perawat perlu mengklarifikasi pengobatan masa lalu dan riwayat alergi.

5. Pengkajian Psikososiospiritual : Pengkajian psikologis klien meliputi beberapa dimensi yang memungkinkan perawat untuk memperoleh persepsi yang jelas mengenai status emosi, kognitif, dan perilaku klien. Masalah sistem perkemihan yang bersifat kronis menimbulkan rasa nyeri dari gangguan saluran kemih dan memberikan stimulus pada kecemasan dan ketakutan setiap pasien.

6. Pemeriksaan fisik :

a) Inspeksi :

- 1) Perhatian khusus pada abdomen ; Defisiensi nutrisi, edema, pruritus, echymosis menunjukkan renal insufisiensi dari obstruksi yang lama.
- 2) Penonjolan pada daerah supra pubik yang mengakibatkan retensi urine.
- 3) Perhatikan adanya benjolan/massa atau jaringan parut bekas pembedahan di suprasimfisis.

b) Palpasi :

- 1) Pemeriksaan Rectal Toucher ( colok dubur ) posisi pasien knee chest
- 2) Akan terasa adanya ballotement dan ini akan menimbulkan pasien ingin buang air kecil

- 3) Palpasi kandung kemih untuk menentukan batas kandung kemih dan adanya nyeri tekan pada area suprasimfisis
  - 4) Pemeriksaan tanda-tanda vital
- c) Perkusi :
- 1) Pada daerah supra pubik apakah menghasilkan bunyi pekak yang menunjukkan distensi kandung kemih
  - 2) Perkusi untuk melihat apakah ada residual urine
  - 3) uretra kemungkinan adanya penyebab lain misalnya stenose meatus, striktur uretra, batu uretra/femoisis

#### 7. pemeriksaan eliminasi urine

- 1) Pancaran miksi : adanya perubahan pada eliminasi urine seperti perubahan pancaran menandakan gejala obstruksi. Ketidakmampuan eliminasi bisa terjadi pada klien yang mengalami obstruksi pada saluran kemih
- 2) Drainase kateter : melakukan drainase urine, meliputi : kelancaran, warna, jumlah, dan *cloting*

#### 8. Pola fungsi kesehatan

- 1) Kaji pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan: timbulnya perubahan pemeliharaan kesehatan karena tirah baring selama 24 jam pasca TURP, adanya keluhan nyeri karena spasme buli-buli memerlukan antispasmodik sesuai terapi dokter
- 2) Kaji pola nutrisi dan metabolisme: pasien yang dilakukan anestesi pasca operasi tidak boleh makan atau minum sebelum flatus

- 3) Kaji pola eliminasi: pada pasien dapat terjadi hematuri setelah tindakan TURP, retensi urine dapat terjadi bila terdapat bekuan darah pada kateter, sedangkan inkontenesia dapat terjadi setelah kateter dilepas.
- 4) Kaji pola aktifitas dan latihan : adanya keterbatasan aktifitas karena kondisi pasien yang terpasang kateter selama 6-24 jam, pada paha dilakukan perekatan kateter tidak boleh fleksi selama traksi masih diperlukan
- 5) Kaji pola istirahat dan tidur: rasa nyeri dan perubahan situasi karena hospitalisasi dapat mempengaruhi pola tidur dan istirahat
- 6) Kaji pola kognitif : sistem penglihatan, pendengaran, peraba, dan pembau tidak mengalami gangguan pasca TURP ( *Transurethral resection of the prostate* )
- 7) Persepsi dan konsep diri : pasien dapat mengalami cemas karena kurang pengetahuan tentang perawatan serta komplikasi BPH pasca TURP

### **2.3.3 Diagnosa**

Diagnosa adalah suatu pernyataan yang menjelaskan respons manusia (status kesehatan atau resiko perubahan pola) dari individu atau kelompok dimana perawat secara akuntabilitas dapat mengidentifikasi dan memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan, menurunkan, membatasi, mencegah, dan mengubah (Nursallam,2011:59). Diagnosa keperawatan yang lazim muncul pada pasien BPH menurut (Nurarif,2015:93) yaitu :

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih

2. Nyeri akut berhubungan dengan spasme kandung kemih
3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek skunder dari prosedur pembedahan

### 2.3.4 Perencanaan

Rencana keperawatan dapat diartikan sebagai suatu dokumen tulisan tangan dalam menyelesaikan masalah, tujuan, dan intervensi keperawatan. Perawatan pasien yang mengalami gangguan eliminasi urine prosedur diagnostik sering dilakukan dalam lingkungan perawatan unit tindakan yang ringan. Karena itu, pendidikan pasien seta keluarga dan pemantauan perawat sangat diperlukan (Nursalam, 2011:77). Menurut NANDA NICNOC (2015-2017:119) rencana asuhan keperawatan pada pasien dengan masalah gangguan eliminasi urine pada pasien BPH adalah sebagai berikut :

Tabel 2.3 Diagnosa dan perencanaan keperawatan NANDA NICNOC (2015-2017:119)

<b>Diagnosis keperawatan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<b>Gangguan eliminasi urine</b>	Gangguan eliminasi urine <ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimination pattern</li> <li>• Urinary elimination</li> </ul> Batasan Karakteristik <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ballance cairan seimbang</li> <li>2. Dapat mengosongkan kandung kemih secara keseluruhan</li> <li>3. Tidak ada nyeri saat buang air kecil</li> <li>4. Tidak ada retensi urine</li> </ol>	Urinary Retention Care <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Kaji keluhan klien</li> <li>2. Kaji input output cairan</li> <li>3. Lakukan Bladder Training</li> <li>4. Memantau asupan dan keluaran cairan</li> <li>5. Menyediakan waktu untuk pengosongan kandung kemih</li> <li>6. Pemasangan kateter</li> </ol>

<b>Diagnosis keperawatan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<b>Nyeri akut</b>	<p>Nyeri Akut</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pain level</li> <li>• Pain control</li> <li>• Control level</li> </ul> <p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dapat mengungkapkan bahwa nyeri berkurang</li> <li>2. Menunjukkan perubahan tonus otot ( tidak lemas dan kaku )</li> <li>3. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Lakukan pengkajian nyeri yang komprehensif meliputi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, intensitas, atau keparahan nyeri, dan faktor presipitasinya.</li> <li>2. Berikan informasi tentang nyeri, seperti penyebab nyeri, berapa lama akan berlangsung, danantisipasi ketidaknyamanan akibat prosedur.</li> <li>3. Informasikan kepada pasien tentang prosedur yang dapat meningkatkan atau menurunkan nyeri dan tawarkan strategi koping yang disarankan.</li> <li>4. Kelola nyeri pasca bedah awal dengan pemberian obat yang terjadwal (misalnya setiap 4 jam sekali selama 3hari)</li> <li>5. Gunakan tindakan pengendali nyeri.</li> </ol>

<b>Diagnosis keperawatan</b>	<b>NOC</b>	<b>NIC</b>
<b>Resiko infeksi</b>	<p>Resiko infeksi</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pengendalian resiko komunitas penyakit menular</li> <li>• Status immune</li> <li>• Pengendalian resiko infeksi</li> </ul> <p>Batasan Karakteristik</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Klien bebas dari</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Perawatan luka insisi membersihkan, memantau, dan memfasilitasi penyembuhan luka yang ditutup dengan jahitan. Dan mencegah terjadinya komplikasi pada luka</li> </ol>



	<p>gejala infeksi ( Rubor, Kolor, dolor, tumor, fungsiolaisa )</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Menunjukkan perilaku hidup sehat yang adekuat</li> <li>3. Menindikasi status gastrointestinal, pernapasan, genitourinaria, dan imun dalam batas normal</li> </ol>	<p>dan memfasilitasi proses penyembuhan luka.</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>2. Pengendalian infeksi meminimalkan penyebaran dan penularan agens infeksius</li> <li>3. Pantau tanda dan gejala infeksi</li> <li>4. Pantau hasil laboratorium</li> <li>5. Amati tampilan praktik higine personal untuk perlindungan terhadap infeksi</li> </ol>
--	--	--

### 2.3.5 Implementasi

Implementasi adalah pelaksanaan dari rencana intervensi untuk mencapai tujuan yang spesifik. Tahap implementasi dimulai setelah rencana intervensi disusun dan ditunjukkan pada nursing orders untuk membantu klien mencapai tujuan yang diharapkan. Tujuan dari implementasi adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan yang mencakup peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, pemulihan kesehatan, dan memfasilitasi coping (Nursalam,2011:127).

### 2.3.6 Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan, rencana intervensi, dan implementasinya. Tahap evaluasi memungkinkan perawat untuk memonitor apapun yang terjadi selama tahap pengkajian, analisis,

perencanaan, dan implementasi intervensi (Nursalam,2011:135). dari hasil diagnosa yang telah ditemukan didapatkan evaluasi sebagai berikut.

1. Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih

Evaluasi :

- a. Kontinensia urine
- b. Eliminasi urine tidak terganggu bau, jumlah, warna urine dalam rentang yang diharapkan, tidak ada hematuria, pengeluaran urine tanpa nyeri,
- c. Mempertahankan pola eliminasi urine yang optimal
- d. Dapat meningkatkan fungsi kandung kemih pada individu yang mengalami inkontensia urine dengan meningkatkan kemampuan kandung kemih untuk menahan urine

2. Nyeri akut berhubungan dengan spasme kandung kemih

Evaluasi :

- a. Tingkat persepsi positif terhadap kemudahan fisik dan psikologis
- b. Melaporkan nyeri berkurang kepada penyedia pelayanan
- c. Menggunakan tindakan meredakan nyeri dengan analgesik dan nonanalgesik secara tepat

3. Resiko infeksi berhubungan dengan kerusakan jaringan sebagai efek sekunder dari prosedur pembedahan

Evaluasi :

- a. Terbebas dari tanda dan gejala infeksi
- b. Memperlihatkan higiene personal yang adekuat

- c. Mengindikasikan status gastrointestinal, pernapasan, genitourinaria, dan imun dalam batas normal
- d. Menggambarkan faktor penunjang penularan infeksi

Hasil evaluasi tindakan ditulis dalam lembar catatan perkembangan dengan melaksanakan observasi dan pengumpulan data subjektif, objektif dengan SOAP:

S : informasi/ data yang diperoleh dari keluhan pasien.

O : Informasi yang didapatkan dari hasil pemeriksaan oleh perawat maupun tenaga kesehatan lainnya.

A : Penilaian yang disimpulkan dari informasi subjektif dan objektif.

P : Rencana tindakan yang dibuat sesuai dengan masalah klien.