

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Medik

1. Pengertian

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pembesaran prostat yang mengenai uretra, menyebabkan gejala urinaria (Nursalam, 2011).

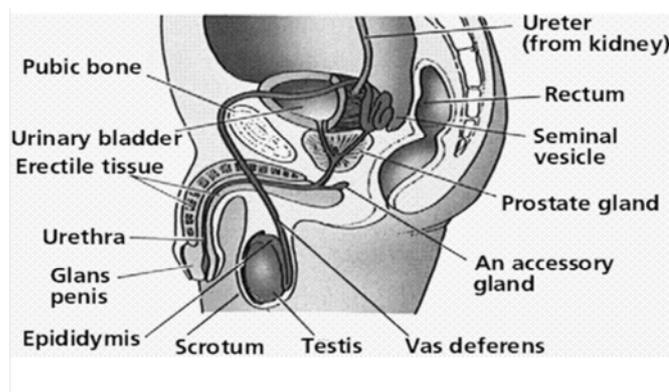
Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan kelenjar endrokin berkenaan dengan proses penuaan (Toto & Abdul, 2009).

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pembesaran kelenjar prostat, memanjang kedalam kandung kemih dan menyumbat aliran urine dengan menutupi orifisium uretra (Smeltzer, 2008).

Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika (Muttaqin, 2011).

Dari beberapa pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa BPH (*Benign Prostatic Hyperplasia*) adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh faktor penuaan, karena prostat mengalami pembesaran memanjang kedalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin dengan cara menutupi *Orifisium Uretra*.

2. Anatomi



Gambar 2.1 Anatomi system urogenitalia (Elly, 2010)

Organ-organ yang ada pada system urogenitalia adalah :

1) Uretra

Uretra merupakan tabung yang menyalurkan urine ke luar dari buli-buli melalui proses miksi. Secara anatomis uretra di bagi menjadi 2 bagian, yaitu uretra posterior dan anterior. Pada pria organ ini juga berfungsi dalam menyalurkan cairan mani.

2) Testis

Testis adalah organ genetalia pria yang pada orang normal jumlahnya ada dua yang masing-masing letaknya di dalam sekrotum kanan dan kiri. Bentuknya ovoid dan pada orang dewasa ukurannya adalah 4 x 3 x 2,5 cm, dengan volume 15 - 25 ml. Testis berfungsi sebagai alat memproduksi sperma dan juga memproduksi hormon kelamin jantan yang disebut testosteron.

3) Epididimis

Epididimis adalah organ yang berbentuk seperti sosis terdiri atas kaput, korpus, dan kauda epididimis. Terletak di sekrotum bersamaan dengan testis. Epididimis berfungsi sebagai tempat penyimpanan dan pematangan sel spermatozoa sebelum dialirkan ke vas deferens.

4) Vas Deferens

Vas deferens adalah organ berbentuk tabung kecil dan panjangnya 30-35 cm, bermula dari kauda epididimis dan berakhir pada duktus ejakulatorius di uretra posterior. Duktus deferens dibagi menjadi beberapa bagian yaitu: pars tunika vaginalis, pars skrotalis, pars inguinalis, pars pelvikum, dan pars ampularis. Vas deferens berfungsi untuk menyalurkan sel spermatozoa yang sudah matang ke kantong sperma atau vesikula seminalis.

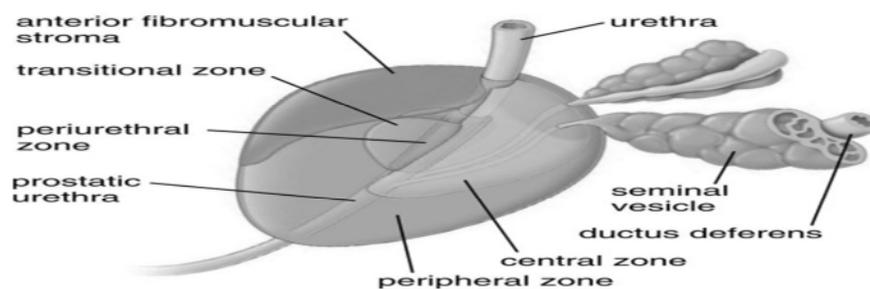
5) Vesikula Seminalis

Vesikula seminalis terletak di dasar buli-buli dan disebelah cranial dari kelenjar prostat. Panjangnya kurang lebih 6 cm berbentuk sakula-sakula. Vesikula seminalis menghasilkan cairan yang merupakan bagian dari semen. Cairan ini diantaranya adalah fruktosa, berfungsi dalam memberi nutrisi pada sperma. Bersama-sama dengan vas deferens, vesikula seminalis bermuara di dalam duktus ejakulatoris.

6) Penis

Penis terdiri atas 3 buah porpora berbentuk silinder, yaitu 2 buah corpora kavernosa yang saling berpasangan dan sebuah korpus spongiosum yang berada di sebelah ventralnya. Korpora karvenosa di bungkus oleh jaringan fibro elastic tunika albugenia sehingga merupakan satu kesatuan. Sedangkan di sebelah proksimal terpisah menjadi 2 sebagai krura penis. Setiap krus penis dibungkus oleh otoisiso-karvenosus yang kemudian menempel pada rami osis ischi (Purnomo, 2015).

3. Fisiologi Prostat



Gambar 2.2 Anatomi prostat

Kelenjar prostat terdiri dari jaringan fibromuskular dan glandular yang terbagi dalam beberapa daerah atau zona, seperti tampak pada gambar 2.2.

Kelenjar prostat terletak tepat dibawah leher kandung kemih. Kelenjar ini mengelilingi uretra dan dipotong melintang oleh duktus ejakulatorius, yang merupakan kelanjutan dari vas deferens. Kelenjar ini berbentuk seperti buah kenari. Normal beratnya ± 20 gram, didalamnya berjalan uretra posterior $\pm 2,5$ cm. pada bagian anterior difiksasi oleh ligamentum pubroprostatikum dan sebelah inferior oleh diafragma urogenital. Pada prostat bagian posterior berumuara 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 leher vesika. Drainase vena.

Prostat bersifat difus dan bermuara kedalam pleksus santorini. Persarafan prostat terutama berasal dari simpatis pleksus hipogastrikus dan serabut yang berasal dari nervus sakralis ketiga dan keempat melalui pleksus sakralis. Drainase limfe prostat ke nodi limfatisi obturatoria, iliaka eksterna dan

presakralis, serta sangat penting dalam mengevaluasi luas penyebaran penyakit dari prostat.

Fungsi prostat adalah menambah cairan alkalis pada cairan seminalis yang berguna untuk melindungi spermatozoa terhadap sifat asam yang terdapat pada uretra dan vagina. Di bawah 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 fisiologis sesuai kebutuhan spermatozoa. Sewaktu perangsangan seksual, prostat mengeluarkan cairan encer seperti susu yang mengandung berbagai enzim dan ion ke dalam duktus ejakulatorius. Cairan ini menambah volume cairan vesika seminalis dan sperma. Cairan prostat bersifat basa (alkalis). Sewaktu mengendap di cairan vagina wanita, bersama dengan ejakulat yang lain, cairan ini dibutuhkan karena motilitas sperma akan berkurang dalam lingkungan dengan pH rendah (Suzzanne C. Smeltzer, 2005, Elizabeth J.C, 2009).

4. Etiologi

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, tetapi dapat dikaitkan dengan keberadaan hormonal yaitu hormon laki-laki (Androgen yaitu testosterone). Faktor lain yang erat kaitannya dengan *BPH* adalah proses penuaan. Ada beberapa factor kemungkinan penyebab antara lain :

a. Dihydrotestosteron

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hiperplasi.

b. Perubahan keseimbangan hormon estrogen – testoteron

Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dan penurunan testosterone yang mengakibatkan hiperplasi stroma.

c. Interaksi stroma – epitel

Peningkatan epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hiperplasi stroma dan epitel.

d. Berkurangnya sel yang mati

Estrogen yang meningkat menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.

- e. Teori kebangkitan kembali atau reinduksi dari kemampuan mesenkim sinus urogenital untuk berproliferasi dan membentuk jaringan prostat (Rudi, 2012).

5. Insiden

Prevalensi BPH menurut Ikatan Ahli Urologi Indonesia (2011) yang bergejala pada pria berumur 40-49 tahun mencapai hampir 15%. Angka tersebut meningkat dengan bertambahnya usia, sehingga pada usia 50-59 tahun prevalensinya mencapai hampir 25%, dan pada usia 60 tahun mencapai angka sekitar 43%.

6. Patofisiologi

Pembesaran prostat menurut Rudi (2012) 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 tebal dan penonjolan serat detrusor kedalam mukosa buli-buli akan terlihat sebagai balok-balok yang tampak (trabekulasi). Jika dilihat dari dalam vesika dengan sitoskopi, mukosa vesika dapat menerobos keluar di antara 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 urin total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas.

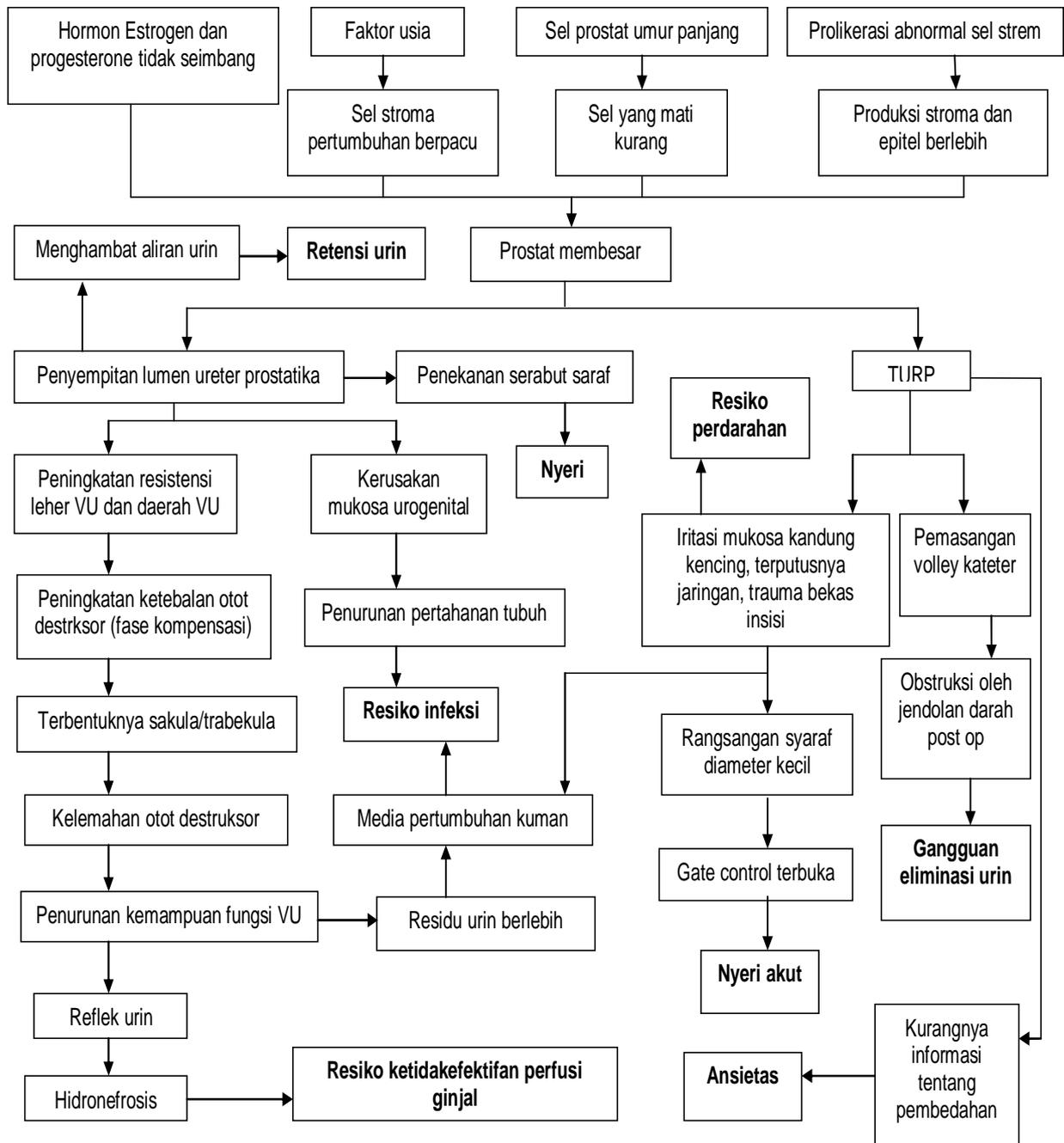
Pembesaran prostat menurut Purnomo (2015) menyebabkan penyempitan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang terus menerus ini menyebabkan perubahan anatomic 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.

Tekanan intravesikal yang tinggi diteruskan keseluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua muara ureter. Tekanan pada kedua muara ureter ini dapat menimbulkan aliran balik urine dari buli-buli ke ureter atau terjadi refluks vesiko ureter. Keadaan ini jika berlangsung terus akan mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis, bahkan akhirnya dapat jatuh kedalam gagal ginjal.

Obstruksi yang diakibatkan oleh hyperplasia prostat benigna tidak hanya disebabkan oleh adanya massa prostat yang menyumbat uretra posterior, tetapi juga disebabkan oleh tonus otot polos yang ada pada stroma prostat, kapsul prostat dan otot polos pada leher buli-buli. Otot polos itu dipersarafi oleh serabut simpatis yang berasal dari nervus pudendus.

Pada BPH terjadi rasio peningkatan komponen stroma terhadap epitel. Kalau pada prostat normal rasio stroma dibanding dengan epitel adalah 2 : 1, pada BPH, rasionya meningkat menjadi 4 : 1, hal ini menyebabkan pada BPH terjadi peningkatan otot polos prostat dibandingkan dengan prostat normal. Dalam hal ini massa prostat yang menyebabkan konstruksi komponen static sedangkan tonus otot polos yang meriupakan komponen dinamik sebagai penyebab obstruksi prostat.

PATHWAY



Gambar 2.3 Pathway

(Nurarif dan Hardhi, 2015)

7. Manifestasi klinis

Gejala - gejala BPH dapat diklasifikasikan karena obstruksi dan iritasi. Gejala-gejala obstruksi meliputi hesitancy, intermiten, pengeluaran urin yang tidak tuntas, aliran urin yang buruk, dan retensi urin.

Gejala-gejala iritasi meliputi sering berkemih , sering berkemih di malam hari (*nokturia*), dan *urgency* (dorongan untuk berkemih).

Dengan adanya stasis urin di dalam kandung kemih akan beresiko terjadinya infeksi saluran kemih dan batu kandung kemih. Batu kandung kemih terbentuk dari kristalisasi garam-garam di dalam urin residu.

Manifestasi kilinis dengan BPH adalah :

- a. Poliuria (sering buang air kemih), karena kandung kemih hanya mampu mengeluarkan sedikit air kemih.
- b. Aliran air kemih menjadi terhambat, karena terjadi penyempitan uretra.
- c. Hematuria (air kemih mengandung darah), akibat infeksi kandung kemih.
- d. Retensi urin (keadaan dimana kadung kemih masih ada sisa urin di dalam kandung kemih).
- e. Hidronefrosis dan kegagalan ginjal ,terjadi akibat tekanan balik melewati uretra ke ginjal.

(Toto dan Abdul, 2009)

Pasien BPH dapat menunjukkan berbagai macam tanda dan gejala. Gejala BPH berganti ganti dan mungkin dapat semakin parah, menjadi stabil, atau menjadi buruk secara seponatan. Berbagai tanda dan gejala dapat dibagi dalam 2 kategori yaitu *obstruktif* (terjadi bila faktor dinamik atau factor statit mengurangi pengosongan kandung kemih) dan *iritatif* (hasil dari obstruksi yang sudah berjalan lama pada leher kandung kemih) (Yuliana elin, 2011).

Gejala di luar saluran kemih yaitu Keluhan pada penyakit hernia/hemoroid sering mengikuti penyakit hipertropi prostat. Timbulnya kedua penyakit ini karena sering mengejan pada saat miksi sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan intra abdominal (Purnomo, 2015).

8. Pemeriksaan diagnostic

Pemeriksaan diagnostic menurut Toto & Abdul (2009) yaitu :

- a. Pemeriksaan rectum yaitu melakukan palpasi pada prostst melalui rectum atau rectal tuocher untuk mengetahui pembesaran prostat.
- b. Urinalisis yaitu untuk mendeteksi adanya protein atau darah dalam air kemih, berat jenis atau osmolaritas, serta pemeriksaan mikroskopik air kemih.
- c. Pemeriksaan laboratorium (darah) yaitu untuk mengetahui adanya peningkatan kadar *prostat spesifik antigen* (PSA).
- d. Cystoscopy yaitu melihat gambaran pembesaran prostat dan perubahan dinding kandung kemih.
- e. *Transrectal ultrasonography* yaitu dilakukan untuk mengetahui pembesaran dan adanya hidronefrosis.
- f. *Intravenous pyelhography* (IVP) yaitu untuk mengetahui struktur kaliks, pelvis dan ureter. Struktur ini akan mengalami distrosi bentuk apabila terdapat kista, lesi dan obstruksi.

9. Komplikasi

Menurut Nursalam (2011) komplikasi BPH meliputi :

- a. Retensi urin akut, terjadi apabila buli - buli menjadi dekompensasi.
- b. Infeksi saluran kemih.
- c. Involusi kontraksi kandung kemih.
- d. Refluks kandung kemih.
- e. Hidroureter dan hidronefrosis dapat terjadi karena produksi urin ters berlanjut maka pada suatu saat buli-buli tidak mampu lagi menampung urin yang akan mengakibatkan tekanan intravesica meningkat.
- f. Gagal ginjal dapat dipercepat jika terjadi infeksi.
- g. Hematuri, terjadi karena selalu terdapat sisa urin, sehingga dapat terbentuk batu endapan dalam buli-buli, batu ini akan menambah keluhan iritasi. Batu tersebut dapat pula menimbulkan sistisis, dan bila terjadi refluks dapat mengakibatkan pielonefritis.
- h. Hernia atau hemoroid lama kelamaan dapat terjadi dikarenakan pada waktu miksi pasien harus mengejan.

10. Penatalaksanaan Medik

a. Observasi

Biasanya dilakukan pada pasien dengan keluhan ringan, nasehat yang diberikan yaitu mengurangi minum setelah makan malam untuk mengurangi nokturia, mengurangi minum kopi dan tidak diperbolehkan minum alkohol supaya tidak selalu sering miksi. Setiap 3 bulan dilakukan kontrol keluhan, sisa kencing dan pemeriksaan colok dubur (Andra, 2013).

b. Terapi Medikamentosa

Tujuan terapi medikamentosa yaitu untuk mengurangi resistensi buli-buli dengan obat-obatan golongan α blocker (penghambat alfa adrenergik) dan untuk mengurangi volume prostat dengan menentukan kadar hormon testosteron/dehidro testosteron (DHT)

- 1) α blocker, suatu α_1 – *adrenergic receptor antagonists* (misalnya: *Doxazosin, Terazosin, Alfuzosin, dan Tamsulosin*), dapat memperbaiki gejala BPH. α blocker dapat merelaksasi otot pada prostat dan leher kandung kemih, dan menurunkan derajat hambatan aliran urin. α blocker dapat menyebabkan komplikasi sistemik, yaitu hipotensi postural dan kelainan kardiovaskuler.
- 2) *5 α -reductase inhibitors* (misalnya: *finasteride dan dutasteride*), ketika digunakan bersama dengan α blocker dapat menurunkan progresifitas pembesaran prostat, sehingga ukuran prostat mengecil (Toto & Abdul, 2009).

c. Pembedahan

Prostatectomy adalah pembedahan dengan mengeluarkan seluruh atau sebagian dari kelenjar prostat. Abnormalitas prostat, seperti sebuah tumor atau apabila kelenjar prostat membesar karena berbagai alasan dapat menghambat aliran urine.

Terdapat beberapa bentuk operasi pada prostat, diantaranya :

1) *Transurethral Resection of Prostate (TURP)*

Suatu alat sistoscopy dimasukkan melalui uretra ke prostat, dimana jaringan disekeliling di eksisi.

TURP adalah suatu pembedahan yang dilakukan pada BPH dan hasilnya sempurna dengan tingkat keberhasilan 80-90%.

2) *Open prostatectomy*

Open prostatectomy adalah suatu prosedur pembedahan dengan melakukan insisi pada kulit dan mengangkat adenoma prostat melalui kapsula prostat (retropubic prostatectomy) atau RPP, atau melalui kandung kemih (suprapubic prostatectomy) atau SPP. Open prostatectomy diindikasikan apabila masa prostat lebih dari 60 mg.

3) *Laparascopy prostatectomy*

Suatu laparascopy atau empat insisi kecil dibuat di abdomen dan seluruh prostat dikeluarkan secara hati-hati dimana saraf-saraf lebih mudah rusak dengan teknik retropubic atau suprapubic. Laparoscopic prostatectomy lebih menguntungkan dibandingkan dengan pembedahan radikal perineal prostatectomy atau retropubic prostatectomy dan lebih ekonomis dibandingkan teknik bantuan robot.

4) *Robotic-assisted prostatectomy*

Robotic-assisted prostatectomy atau pembedahan dengan bantuan robot. Tangan-tangan robot laparoscopi dikendalikan oleh seorang ahli bedah. Robot memberikan ahli bedah lebih banyak ketrampilan daripada laparoscopi konvensional dengan menawarkan keuntungan-keuntungan yang lebih daripada open prostatectomy, diantaranya insisi lebih kecil, nyeri ringan, perdarahan sedikit, resiko infeksi rendah, waktu penyembuhan lebih cepat, dan perawatan lebih pendek.

5) *Radikal perineal prostatectomy*

Radikal perineal prostatectomy adalah suatu insisi dibuat pada perineum ditengah-tengah antara rektum dan skortum, dan kemudian prostat dikeluarkan.

6) *Radikal retropubic prostatectomy*

Radikal retropubic prostatectomy adalah suatu insisi yang dibuat di abdomen bawah dan kemudian prostat dikeluarkan atau diangkat melalui belakang tulang pubis (retropubic). Radical prostatectomy adalah salah satu tindakan kunci pada kanker prostat.

7) *Transurethral electrovaporization of the prostate (TVP)*

8) *Transurethral plasmakinetic vaporization prostatectomy (TUPVP)*

9) *Laser TURP*

10) *Visual laser ablation (VLAP)*

(Toto & Abdul, 2009).

B. ASUHAN KEPERAWATAN

1. Pengkajian

Pengkajian menurut Andra (2013) yaitu :

a. Pengkajian sebelum operasi

1) Data Subyektif

- a) Nyeri saat berkemih
- b) Sulit kencing
- c) Frekuensi berkemih meningkat
- d) Sering terbangun pada malam hari untuk miksi
- e) Keinginan untuk berkemih tidak dapat ditunda
- f) Nyeri atau terasa panas pada saat berkemih
- g) Pancaran urin melemah
- h) Merasa tidak puas sehabis miksi, kandung kemih tidak kosong dengan baik
- i) Kalau mau miksi harus menunggu lama
- j) Jumlah urin menurun dan harus mengedan saat berkemih
- k) Aliran urin tidak lancar/terputus-putus
- l) Urin terus menetes setelah berkemih
- m) Merasa letih, tidak nafsu makan, mual dan muntah
- n) Klien merasa cemas dengan pengobatan yang akan dilakukan

2) Data Obyektif

- a) Ekspresi wajah tampak menahan nyeri
- b) Terpasang kateter

b. Pengkajian Sesudah Operasi

1) Data Subyektif

- a) Nyeri pada luka post operasi
- b) Tidak tahu tentang diet dan pengobatan setelah operasi

2) Data Obyektif

- a) Ekspresi tampak menahan nyeri
- b) Ada luka post operasi tertutup balutan
- c) Tampak lemah
- d) Terpasang selang irigasi, kateter, infuse

c. Data Biografi

Meliputi:

- 1) Identitas pasien yaitu nama, umur, jenis kelamin, agama, suku atau bangsa, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, alamat, tanggal masuk rumah sakit, tanggal pengkajian, catatan kedatangan
- 2) Keluarga terdekat yang dapat dihubungi yaitu nama, umur, jenis kelamin, pendidikan pekerjaan, alamat, dan sumber informasi, beserta nomor telepon

d. Riwayat kesehatan atau perawatan

Meliputi :

- 1) Keluhan utama atau alasan masuk rumah sakit. Biasanya pasien mengeluh nyeri pada saat miksi, pasien juga mengeluh sering BAK berulang-ulang, terbangun untuk miki pada malam hari, perasaan ingin miksi yang sangat mendesak, kalau mau miksi harus menunggu lama, harus mengejan, kencing terputus-putus
- 2) Riwayat kesehatan sekarang
 - a) Pasien mengeluh sakit pada saat miksi dan harus menunggu lama, dan harus mengejan
 - b) Pasien mengatakan tidak bisa melakukan hubungan seksual
 - c) Pasien mengatakan buang air kecil tidak terasa
 - d) Pasien sering mengeluh BAK berulang-ulang
 - e) Pasien mengeluh sering terbangun untuk miksi pada malam hari
- 3) Riwayat kesehatan dahulu
Apakah pasien pernah menderita BPH sebelumnya dan apakah pasien pernah dirawat dirumah sakit sebelumnya
- 4) Riwayat kesehatan keluarga
Mungkin diantara keluarga pasien sebelumnya ada yang menderita penyakit yang sama dengan penyakit pasien sekarang

e. Pola fungsi kesehatan

Meliputi : pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan, pola nutrisi dan metabolisme, pola eliminasi, pola aktivitas dan latihan, pola istirahat dan tidur, pola kognitif dan persepsi, persepsi diri dan konsep diri, pola peran hubungan, pola seksual dan reproduksi, pola coping dan toleransi stress, keyakinan dan kepercayaan

f. Pemeriksaan fisik

Pada waktu melakukan inspeksi keadaan umum pasien mengalami tanda-tanda penurunan mental seperti neuropati perifer. Pada waktu palpasi adanya nyeri tekan pada kandung kemih.

Data dasar pengkajian pasien :

1. Sirkulasi

Ditandai dengan peninggian tekanan darah (efek pembesaran ginjal)

2. Eliminasi

Gejala :

- a. Penurunan kekuatan/dorongan aliran urine tetesan
- b. Keragu-raguan pada berkemih awal
- c. Ketidakmampuan untuk mengosongkan kandung kemih dengan lengkap, dorongan dan frekuensi berkemih
- d. Nokturia, dysuria, hematuria
- e. Duduk untuk berkemih
- f. Infeksi saluran kemih berulang, riwayat batu
- g. Konstipasi (protrusi prostat kedalam rectum)

Tanda:

- a. Masa padat dibawah abdomen bawah (distensi kandung kemih), nyeri tekan kandung kemih
- b. Hernia inguinalis, hemoroid (mengakibatkan peningkatan tekanan abdominalis yang memerlukan pengosongan kandung kemih mengatasi tahanan)

3. Makanan/cairan

Gejala:

- a. Anoreksia, mual, muntah
- b. Penurunan berat badan

4. Nyeri/kenyamanan

Gejala:

- a. Nyeri suprapubik, panggul atau punggung, tajam, kuat (pada prostatis akut)
- b. Nyeri punggung bawah

5. Keamanan

Gejala: Demam

6. Seksualitas

Gejala:

- a. Masalah tentang efek kondisi/penyakit kemampuan seksual
- b. Takut inkontinental/menetes selama hubungan intim
- c. Penurunan kekuatan kontraksi ejakulasi

7. Penyuluhan dan pembelajaran

Gejala:

- a. Riwayat keluarga kanker, hipertensi, penyakit ginjal
- b. Penggunaan antihipersensitif atau antidefresan, antibiotic urinaria atau gen antibiotic, obat yang dijual bebas, batuk flu/alergi obat mengandung simpatomimetik

8. Aktifitas/istirahat

- a. Riwayat pekerjaan
- b. Lamanya istirahat
- c. Aktifitas sehari-hari
- d. Pengaruh penyakit terhadap aktifitas
- e. Pengaruh penyakit terhadap istirahat

9. Hygiene

- a. Penampilan umum
- b. Aktifitas sehari-hari
- c. Kebersihan tubuh
- d. Frekuensi mandi

10. Integritas ego

- a. Pengaruh penyakit terhadap stress
- b. Gaya hidup
- c. Masalah financial

11. Neurosensori

- a. Apakah ada sakit kepala
- b. Status mental
- c. Ketajaman penglihatan

12. Pernapasan

- a. Apakah ada sesak napas
- b. Riwayat merokok
- c. Frekuensi pernapasan
- d. Bentuk dada

e. Auskultasi

13. Interaksi social

- a. Status perkawinan
- b. Hubungan dalam masyarakat
- c. Pola interaksi keluarga
- d. Komunikasi verbal/non verbal

14. Diagnosa Keperawatan (Nurarif dan Hardhi, 2015)

- a. Nyeri akut b.d agen injury fisik (spasme kandung kemih)
- b. Resiko infeksi b.d kerusakan jaringan sebagai efek sekunder dari proses pembedahan
- c. Resiko perdarahan b.d trauma efek samping pembedahan
- d. Retensi urine
- e. Ansietas b.d perasaan takut terhadap tindakan pembedahan

15. Intervensi (Nurarif dan Hardhi, 2015)

- a. Nyeri akut b.d agen injury fisik (spasme kandung kemih)

Tujuan: Nyeri berkurang atau hilang

Kriteria hasil :

- 1) Skala nyeri pasien berkurang
- 2) Pasien mampu mengontrol nyeri dengan teknik non farmakologi
- 3) Pasien melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan management nyeri
- 4) Pasien menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang

Intervensi :

- 1) Lakukan pengkajian secara komprehensif termasuk lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi kualitas dan factor presipitasi
R/ Untuk mengetahui seberapa berat nyeri pasien
- 2) Observasi reaksi non verbal terhadap ketidaknyamanan
R/ Memberitahu klien bahwa ketidaknyamanan hanya temporer
- 3) Ajarkan tentang teknik non farmakologi, nafas dalam.
R/ Menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan coping
- 4) Tingkatkan istirahat
R/ Untuk mengurangi rasa nyeri yang dirasakan

- 5) Observasi tanda – tanda vital
R/ Mengetahui perkembangan lebih lanjut
- 6) Kolaborasi dengan dokter untuk memberi obat – obatan (analgesik)
R/ Menghilangkan nyeri dan mencegah spasms kandung kemih

b. Resiko infeksi b.d kerusakan jaringan sebagai efek sekunder dari proses pembedahan

Tujuan : Klien tidak terjadi infeksi

Kriteria hasil :

- 1) Klien bebas dari tanda dan gejala infeksi
- 2) Jumlah leukosit dalam batas normal
- 3) Dapat mencapai waktu penyembuhan
- 4) Tanda – tanda vital dalam batas normal
- 5) Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi

Rencana tindakan :

- 1) Pertahankan sistem kateter dan infus steril, berikan perawatan kateter dan infus dengan steril
R/ Mencegah pemasukan bakteri dan infeksi
- 2) Monitor tanda dan gejala infeksi
R/ Untuk mengantisipasi terjadinya infeksi lebih lanjut
- 3) Pertahankan posisi urobag dibawah
R/ Menghindari refleksi balik urine yang dapat memasukkan bakteri ke kandung kemih
- 4) Observasi tanda – tanda vital, laporkan tanda – tanda shock dan demam
R/ Mencegah sebelum terjadi shock
- 5) Observasi urine: warna, jumlah, bau
R/ Mengidentifikasi adanya infeksi
- 6) Lakukan tindakan septic untuk pasien yang beresiko
R/ Mencegah pemasukan bakteri
- 7) Anjurkan untuk mengkonsumsi nutrisi yang adekuat
R/ menghambat terjadinya infeksi
- 8) Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala infeksi
R/ Mengantisipasi terjadinya infeksi

- 9) Kolaborasi dengan dokter untuk memberi obat antibiotik
R/ Untuk mencegah infeksi dan membantu proses penyembuhan

c. Resiko perdarahan b.d trauma efek samping pembedahan

Tujuan : meminimalkan terjadinya perdarahan

Kriteria hasil :

- 1) Urine jernih
- 2) TTV dalam batas normal
- 3) Hb dalam batas normal

Intervensi :

- 1) Kaji TTV
R/ Mengetahui perkembangan lebih lanjut
- 2) Kaji dan monitor perdarahan
R/ Agar tidak terjadi masalah yang lebih lanjut
- 3) Kolaborasi dengan dokter untuk irigasi NaCl
R/ Membersihkan saluran kemih
- 4) Kolaborasi dengan dokter untuk pemeriksaan Hb
R/ Mengetahui terjadinya anemia

d. Retensi urin

Tujuan : Retensi urin teratasi/berkurang

Kriteria hasil :

- 1) Kandung kemih kosong secara penuh
- 2) Bebas dari ISK
- 3) Inkontinensia/menetes tidak terjadi lagi

Intervensi :

- 1) Dorong pasien untuk berkemih 2-4 jam dan bila tiba-tiba dirasakan
R/ meminimalkan retensi urine distensi berlebihan pada kandung kemih
- 2) Observasi aliran urine, perhatikan ukuran dan kekuatan
R/ berguna untuk mengevaluasi obstruksi dan pilihan intervensi
- 3) Monitor intake dan output
R/ mengetahui seberapa cairan yang masuk dan keluar
- 4) Monitor tanda dan gejala ISK
- 5) Perkusi/ palpasi area suprapubik
R/ distensi kandung kemih dapat dirasakan di area suprapubik

- 6) Awasi TTV dengan ketet, observasi hipertensi, edema perifer/dependen, perubahan mental. Timbang tiap hari, pertahankan pemasukan dan pengeluaran akurat
R/ kehilangan fungsi ginjal mengakibatkan penurunan eliminasi cairan dan akumulasi sisa toksik, dapat berlanjut kepenurunan total
- 7) Kolaborasi dengan pemberian terapi
R/ untuk mengurangi terjadinya masalah kesehatan lebih lanjut

e. Ansietas b.d perasaan takut terhadap tindakan pembedahan

Tujuan : Cemas teratasi/berkurang

Kriteria hasil :

- 1) Klien mampu mengidentifikasi dan mengungkapkan gejala cemas
- 2) Mampu mengidentifikasi, mengungkapkan dan menunjukkan teknik untuk mengontrol cemas
- 3) TTV dalam batas normal
- 4) Postur tubuh, ekspresi wajah, bahasa tubuh dan tingkat aktivitas menunjukkan berkurangnya cemas

Rencana tindakan dan rasional

- 1) Memberikan informasi tentang prosedur tindakan yang akan dilakukan
R/ Membantu pasien dalam memahami tujuan dari suatu tindakan
- 2) Dorong pasien atau orang terdekat untuk menyatakan masalah atau perasaan
R/ Memberikan kesempatan pada pasien dan konsep solusi pemecahan masalah
- 3) Libatkan keluarga untuk memberikan dukungan kepada pasien
R/ Membantu pasien untuk mengurangi rasa cemas
- 4) Identifikasi tingkat kecemasan
- 5) Instruksikan pasien menggunakan teknik relaksasi
R/ Membantu mengurangi kecemasan
- 6) Monitor tanda-tanda vital
R/ Mengetahui perkembangan pasien