DAFTAR TABEL

Tabel 3.1 Distribusi Frekuensi Klien BPH Berdasarkan Kelompok Usia Di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... **87**

Tabel 3.2 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Suku di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... 88

Tabel 3.3 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Pendidikan di Ruang Pepaya RSUD CengkarengJakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... 88

Tabel 3.4 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Pekerjaan di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... 89

Tabel 3.5 Distribusi Frekuensi Klien BPH Berdasarkan Etiologi di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Februari s/d 04 April 2015, (n=7)..... 90

Tabel 3.6 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Manifestasi Klinis di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... 90

Tabel 3.7 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Pemeriksaan Diagnostik di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7)..... 91

Tabel 3.8 Distribusi Frekuensi klien BPH berdasarkan Farmakologi di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7) 92

Tabel 3.9 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan pengkajian Biologis di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 93

Tabel 3.10 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan pengkajian Psikologis di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d 4 April 2015, (n = 7) 94

Tabel 3.11 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan pengkajian Sosial di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 94

Tabel 3.12 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan pengkajian Spiritual di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 95

Tabel 3.13 Distribusi Frekuensi klien BPH post TURP berdasarkan Pengkajian Biologis di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 95

Tabel 3.14 Distribusi Frekuensi klien BPH post TURP berdasarkan Pengkajian Psikologis di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 97

Tabel 3.15 Distribusi Frekuensi klien BPH post TURP berdasarkan Pengkajian Sosial di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7) 97

Tabel 3.16 Distribusi Frekuensi klien BPH Pre TURP berdasarkan Diagnosa Keperawatan di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015s/d04 April 2015 (n = 7)..... 98

Tabel 3.17 Distribusi Frekuensi Klien BPH post TURP Berdasarkan Diagnosa Keperawatan Di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Februari 2015 (n = 7)..... 99

Tabel 3.18 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Pre TURP berdasarkan Diagnosa Keperawatan 1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 100

Tabel 3.19 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Pre TURP berdasarkan Diagnosa Keperawatan 2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 101

Tabel 3.20 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Pre TURP berdasarkan Diagnosa Keperawatan 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 103

Tabel 3.21 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Post TURP berdasar Diagnosa Keperawatan 1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 104

Tabel 3.22 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Post TURP berdasar Diagnosa Keperawatan 2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7)..... 105

Tabel 3.23 Distribusi Frekuensi Intervensi klien BPH Post TURP berdasar Diagnosa Keperawatan 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7)..... 106

Tabel 3.24 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7)..... 108

Tabel 3.25 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7)..... 109

Tabel 3.26 Distribusi Frekuensi klien BPH pre TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7)..... 110

Tabel 3.27 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 1 hari ke-1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 112

Tabel 3.28 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 1 hari ke 2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 113

Tabel 3.29 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 1 hari ke 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 114

Tabel 3.30 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 2 hari ke-1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 115

Tabel 3.31 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 2 hari ke-2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 116

Tabel 3.32 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 3 hari ke-1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 117

Tabel 3.33 Distribusi Frekuensi klien BPH Post TURP berdasarkan implementasi keperawatan diagnosis keperawatan 3 hari ke-2 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 119

Tabel 3.34 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan Klien BPH Pre Operasi berdasarkan masalah keperawatan diagnose 1 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 121

Tabel 3.35 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan Klien BPH Pre Operasi berdasarkan masalah diagnose keperawatan di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 122

Tabel 3.36 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan Klien BPH pre operasi berdasarkan masalah diagnose keperawatan 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015, (n = 7) 122

Tabel 3.37 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan klien BPH Post TURP berdasarkan masalah diagnose keperawatan 1di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 123

Tabel 3.38 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan Klien BPH Post TURP berdasarkan masalah keperawatan resiko perdarahan di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 124

Tabel 3.39 Distribusi Frekuensi Evaluasi Keperawatan Klien BPH Post TURP berdasarkan masalah diagnose keperawatan 3 di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015 (n = 7) 125

Tabel 3.40 Distribusi Frekuensi Klien BPH Berdasarkan Discharge Planning di Ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta Barat 23 Februari 2015 s/d 04 April 2015 (n=7)..... 126

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Peningkatan usia harapan hidup masyarakat Indonesia semakin lama semakin meningkat. Jika tahun 1980 Usia Harapan Hidup (UHH) masyarakat Indonesia adalah 52,2 tahun dan pada tahun 2006 UHH meningkat menjadi 66, 2 tahun. Peningkatan UHH terjadi lagi pada tahun 2010 menjadi 67, 4 tahun. Sepuluh tahun kemudian, perkiraan UHH penduduk Indonesia sekitar 71, 1 tahun (www.menkokesra.go.id). Hal ini memberikan arti bahwa jumlah penduduk lansia di Indonesia juga meningkat.

Peningkatan penduduk lansia dan UHH masyarakat Indonesia akan membawa dampak pada perubahan pola penyakit di Indoesia. Salah satu penyakit yang meningkat persentasenya seiring dengan peningkatan UHH adalah penyakit degeneratif. Salah satu penyakit degeneratif tersebut dapat menimbulkan gangguan pada saluran kencing.

Gangguan saluran kencing bisa dialami semua orang. Terlebih pada laki-laki paruh baya gangguan seperti sering bolak-balik ke kamar kecil, merasa kencing tidak tuntas, dan harus menunggu ketika akan berkemih semakin sering terjadi. Gejala urinarius seperti tersebut diatas dapat ditimbul akibat masalah pada prostate. Secara normal, prostat berkembang sesuai dengan pertambahan usia. Dimulai dari ketika ukuran kecil ketika masih anak-anak

terus bertumbuh mencapai 20 gram pada usia 30 tahun. Ukuran prostat akan menetap sampai usia +/- 50 tahun. Pada usia 80 tahun, prostat akan berkembang lagi mencapai berat 35 gram.

Salah satu gangguan prostat yang sering terjadi ialah Benign Prostatic Hyperplasia (BPH) atau pertumbuhan berlebihan dari sel-sel prostat yang tidak ganas. Pembesaran prostat ini merupakan proses alamiah yang terjadi pada laki-laki sesuai pertambahan usia akibat bertambahnya sel kelenjar prostat. Berdasarkan penelitian, jika berumur lebih dari 50 tahun, kemungkinan akan mengalami pembesaran prostat adalah 50% dan ketika berusia 80-85 tahun, risiko menderita BPH akan meningkat menjadi 90%.

Penyebab membesarnya prostat ini sampai sekarang belum diketahui pasti, tetapi beberapa hipotesis menyebutkan bahwa proses ini erat kaitannya dengan kadar hormonal dan proses penuaan (*aging process*). Gangguan hormonal yang dimaksud yaitu dengan bertambah tuanya seorang pria, maka kadar hormon seks pria (androgen) seperti testosteron berkurang, sedangkan hormon seks wanita berupa estrogen yang dalam keadaan normal didapati dalam jumlah sangat sedikit pada pria menjadi meningkat. Hal tersebut yang diduga menyebabkan terjadinya pertumbuhan sel prostat/ *hyperplasia prostate*.

Seperti yang sudah dijelaskan sebelumnya hiperplasia dari prostat pada usia lanjut berkorelasi dengan pertambahan umur. Perbesaran ini bersifat lunak dan tidak memberikan gangguan yang berarti. Tetapi, dalam banyak hal dengan berbagai faktor pembesaran ini menekan uretra sedemikian rupa sehingga

dapat terjadi sumbatan partial ataupun komplit pada saluran kencing yang menimbulk nan berbagai gejala.

Gejala BPH dapat digolongkan menjadi dua, yaitu gejala obstruktif (pembuntuan) dan gejala iritatif (iritasi). Gejala obstruktif meliputi *hesitancy* (menunggu untuk memulai kencing), pancaran kencing lemah, pancaran kencing terputus-putus, tidak puas saat selesai berkemih, rasa ingin kencing lagi sesudah kencing dan keluarnya sisa kencing atau tetesan urine pada akhir berkemih. Sementara gejala iritatif adalah frekuensi kencing yang tidak normal (terlalu sering), terbangun di tengah malam karena sering kencing, sulit menahan kencing, dan rasa sakit waktu kencing serta bisa juga terjadi hematuria (kencing berdarah).

Penanganan pada penyakit pembesaran prostat dilakukan dengan rencana pengobatan bergantung pada penyebab, keparahan obstruktif, dan kondisi klien. Hal ini pada kondisi klien yang mengalami kegawatdaruratan di rumah sakit karena tidak bisa berkemih, maka dilakukan tindakan keperawatan dengan kateterisasi dan bila memungkinkan dilakukan pembedahan yaitu dengan prostatektomi (Smeltzer, 2005).

Transurethral Resection of the Prostate (TURP) merupakan salah satu tindakan medis yang dilakukan pada klien dengan diagnosa BPH.

Jumlah klien BPH pada tahun 2009 di dunia diperkirakan sekitar 30 juta jiwa, bilangan ini menunjukkan hanya pada kaum pria karena kaum wanita tidak mempunyai kelenjar prostat, oleh sebab itu BPH hanya terjadi pada kaum pria

saja (emidicine, 2009 dalam ML Hamawi, 2010). Dari kadar insiden penyakit BPH didunia dikategorikan menurut usia. Pada usia 40 tahun kemungkinan seseorang menderita penyakit BPH adalah 40%, presentase dalam rentang usia 60 tahun hingga 70 tahun meningkat menjadi 50% dan presentase usia diatas 70 tahun bisa mencapai 90%. Di Indonesia pada tahun 2005 penyakit pembesaran prostat menjadi urutan kedua setelah penyakit batu saluran kemih, jika dilihat secara umum diperkirakan hampir 50% pria di Indonesia yang berusia diatas 50 tahun mengalami penyakit pembesaran prostat (A.K. Abbas, 2005 dalam ML Hamawi, 2010). Data dari buku register ruang Pepaya lantai IV RSUD Cengkareng tahun 2014 menunjukkan peningkatan pada klien BPH. Pada usia 40 tahun kemungkinan seseorang menderita penyakit BPH adalah 30%, pada usia 50 tahun presentase BPH adalah 35% dalam rentang usia 60 tahun hingga 70 tahun meningkat menjadi 40% dan presentase usia diatas 70 tahun bisa mencapai 50%.

Peningkatan jumlah tersebut diharapkan diimbangi dengan peningkatan kualitas pelayanan keperawatan yang diberikan. Asuhan keperawatan yang diberikan harus komprehensif dan holstik melebihi harapan klien, sesuai dengan visi RSUD Cengkareng. Perawat perlu memahami kembali kalau proses keperawatan merupakan suatu proses pemecahan masalah yang digunakan perawat dalam berinteraksi dengan klien, keluarga atau orang yang penting bagi klien di dalam memberikan asuhan keperawatan. Konsep tersebut hendaknya diterapkan juga dalam asuhan keperawatan pada klien dengan BPH post TURP.

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian dari latar belakang masalah tersebut, maka penulis merasa penting sekali untuk membahas terkait konsep dasar penyakit BPH dan asuhan keperawatannya, sehingga perawat dapat mengaplikasikan metode pemecahan masalah ilmiah dalam praktik keperawatan dan untuk itu perawat membutuhkan kemampuan berpikir kritis terkait penyakit BPH. Kemampuan berpikir kritis perawat dapat diasah melalui proses keperawatan dalam membentuk kerangka kerja yang menopang praktik keperawatan dan dokumentasinya.

C. Tujuan Penulis

1. Tujuan Umum

Mampu memberikan asuhan keperawatan dan menemukan hal – hal baru pada klien dengan BPH post TURP secara komprehensif di ruang Pepaya.

2. Tujuan Khusus

a. Teridentifikasinya karakteristik klien dengan BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta
b. Teridentifikasinya etiologi klien dengan BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta
c. Teridentifikasinya manifestasi klinis klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta
d. Teridentifikasinya pengkajian klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta
e. Teridentifikasinya diagnosa keperawatan klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta

f. Teridentifikasinya intervensi klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta

g. Teridentifikasinya implementasi klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta

h. Teridentifikasinya evaluasi klien BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta

i. Mampu menganalisa karakteristik, etiologi, manifestasi klinis, pengkajian, diagnose keperawatan, intervensi, implementasi, dan evaluasi pada klien dengan BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta

j. Mampu menemukan hal-hal baru pada klien dengan BPH yang dirawat di ruang Pepaya RSUD Cengkareng Jakarta.

D. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Pelayanan

a. Bagi manajemen

Penelitian ini dapat bermanfaat untuk peningkatan pelayan di RSUD Cengkareng, yang akan berimbas pada kepuasan pelanggan.

b. Bagi perawat

Penelitian ini dapat meningkatkan pengetahuan perawat dalam memberikan asuhan perawatan pada klien dengan BPH di RSUD Cengkareng.

c. Bagi klien

Hasil Penelitian ini dapat bermanfaat bagi klien dalam menerima asuhan keperawatan dan meningkatan derajat kesehatan.

2. Manfaat Keilmuan

a. Pengembangan keperawatan

Penelitian ini diharapkan sebagai sarana untuk menerapkan ilmu dan menambah wawasan dalam melakukan asuhan keperawatan secara komprehensif terhadap klien dengan BPH.

b. Bagi peneliti lain

Hasil penelitian ini dapat menambah referensi bagi mahasiswa lain dalam mengembangkan penelitian baik secara jumlah klien ataupun waktu yang dibutuhkan.

E. Waktu Penelitian

Penelitian dilakukan selama 5 minggu yaitu dari tanggal 23 Febuari 2015 s/d 04 April 2015.

F. Metode Penelitian

Metode penulisan yang digunakan dalam penyusunan makalah ini adalah dengan menggunakan metode deskriptif yaitu memberikan gambaran secara jelas melalui studi kasus dan studi kepustakaan tentang konsep dasar penyakit BPH dan proses keperawatan pada klien dengan BPH. Gambaran tersebut timbul dari analisa data yang ditemukan. Adapun tekhnik pengumpulan data dalam penulisan makalah ini, antara lain:

1. **Studi Kasus**
   a. Wawancara yaitu interkasi komunikasi langusung antara perawat dengan klien dan keluarga klien untuk mendapatkan data subjektif tentang masalah yang dihadapi oleh klien maupun keluarganya. Wawancara ini lakukan secara sistematis sesuai tujuan wawancara.
   b. Pemeriksaan fisik head to toe untuk mendapatkan data objektif tentang kondisi klien.
   c. Observasi, pengamatan langsung perawat terhadap kondisi klien.
   d. Studi dokumentasi, yaitu membaca status klien seperti dokumentasi dokter, hasil laboratorium dan hal-hal lain yang diperlukan untuk penyusunan asuhan keperawatan.

2. **Studi Pustaka**

   Studi pustaka dilakukan dengan membaca dan mempelajari referensi tentang penyakit BPH dan asuhan keperawatannya. Referensi yang dimaksud dapat berupa buku ataupun informasi dari website/internet.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Dasar Keperawatan Medikal Bedah

1. Definisi Keperawatan Medikal Bedah

Keperawatan adalah suatu ilmu yang mencakup ilmu-ilmu dasar, perilaku, biomedik, sosial dan ilmu keperawatan sendiri (dasar, anak, maternitas, medikal bedah, jiwa, dan komunitas) (Nursalam, 2008). Keperawatan medikal bedah sebagai salah satu bagian dari keperawatan merupakan pelayanan profesional yang didasarkan ilmu dan teknik keperawatan medikal bedah berbentuk pelayanan bio-psiko-sosio-spiritual yang komprehensif ditujukan pada orang dewasa dengan atau yang cenderung mengalami gangguan fisiologi dengan atau tanpa gangguan struktur akibat trauma (Swasti, 2008). Pelayanan keperawatan berupa bantuan yang diberikan dengan alasan: kelemahan fisik, mental, masalah psikososial, keterbatasan pengetahuan, dan ketidakmampuan dalam melakukan kegiatan sehari-hari secara mandiri akibat gangguan patofisiologis. Pengertian keperawatan medikal bedah mengandung empat hal:

a. Pelayanan profesional

Seorang perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada klien, selalu memandang klien secara holistik atau menyeluruh baik bio, psiko, sosial, kultural dan spiritual. Asuhan keperawatan yang diberikan berdasarkan standarisasi organisasi profesi keperawatan dan

diberikan oleh perawat yang berkompetensi dan telah menyelesaikan pendidikan profesi keperawatan pada jenjang yang lebih tinggi.

b. Berdasarkan ilmu pengetahuan

Perawat dalam melaksanakan tugasnya sudah melalui jenjang pendidikan formal yang telah ditentukan oleh pemerintah, sehingga dalam memberikan asuhan keperawatn berdasarkan perkembangan ilmu pengetahuan terbaru.

c. Menggunakan *Scientific Methode*.

Dalam melaksanakan asuhan keperawatan melalui tahap-tahap dalam proses keperawatan berdasarkan pendekatan ilmiah. Dengan menggunakan standarisasi asuhan keperawatan yang ada.

d. Berdasarkan Etika Keperawatan

Perawat dituntut untuk dapat menerapkan azas etika keperawatan yang ada, meliputi azas *autonomy* (menghargai hak klien/kebebasan klien), *beneficience* (menguntungkan bagi klien), *veracity* (kejujuran), *justice* (keadilan).

2. Lingkup Praktek Keperawatan Medikal-Bedah

Lingkup praktek keperawatan medikal-bedah merupakan bentuk asuhan keperawatan pada klien dewasa yang mengalami gangguan fisiologis baik yang sudah nyata atau terprediksi mengalami gangguan baik karena adanya penyakit, trauma atau kecacatan. Asuhan keperawatan meliputi perlakuan terhadap individu untuk memperoleh kenyamanan; membantu

individu dalam meningkatkan dan mempertahankan kondisi sehatnya; melakukan prevensi, deteksi dan mengatasi kondisi berkaitan dengan penyakit; mengupayakan pemulihan sampai kliendapat mencapai kapasitas produktif tertingginya; serta membantu klien menghadapi kematian secara bermartabat. Praktek keperawatan medikal bedah menggunakan langkah-langkah ilmiah pengkajian, perencanaan, implementasi dan evaluasi; dengan memperhitungkan keterkaitan komponen-komponen bio-psiko-sosial klien dalam merespon gangguan fisiologis sebagai akibat penyakit, trauma atau kecacatan.

3. Lingkup Klien

Klien yang ditangani dalam praktek keperawatan medikal bedah adalah orang dewasa, dengan pendekatan "*one-to-one basis*". Kategori "dewasa" berimplikasi pada pengembangan yang dijalani sesuai tahapannya. Tugas-tugas perkembangan ini dapat berdampak pada perubahan peran dan respon psikososial selama klien mengalami masalah kesehatan, dan hal ini perlu menjadi pertimbangan perawat dalam melakukan kajian dan intervensi keperawatan. Pendekatan keperawatan harus memperhitungkan "level kedewasaan" klien yang ditangani, dengan demikian pe;ibatan dan pemberdayaan klien dalam proses asuhan merupakan hal penting, sesuai dengan kondisinya; ini berkenaan dengan *"Self -caring capacities"*. Fokus telaahan keperawatan adalah respon manusia dalam menghadapi masalah kesehatan baik aktual maupun potensial. Dalam lingkup keperawatan medikal bedah, masalah kesehatan ini meliputi gangguan fisiologis nyata atau potensial sebagai akibat adanya penyakit, terjadinya trauma maupun

kecacatan berikut respon klien yang unik dari aspek-aspek bio-psiko-sosio-spiritual. Mengingat basis telaahan respon klien bersumber dari gangguan fisiologis, maka pemahaman akan patofisiologis atau mekanisme terjadinya gangguan dan (potensi) manifestasi klinis dari gangguan tersebut sangat mendasari lingkup garapan dan intervensi keperawatan. Penyakit, trauma atau kecacatan sebagai masalah kesehatan yang dihadapi klien dapat bersumber atau terjadi pada seluruh system tubuh meliputi sistem-sistem persyarafan, endokrin, pernafasan, kardiovaskuler, pencernaan, perkemihan, muskuloskeletal, integumen, kekebalan tubuh, pendengaran, penglihatan serta permasalahan-permasalahan yang dapat secara umum menyertai seluruh gangguan system yaitu isu-isu yang berkaitan dengan keganasan dan kondisi terminal.

4. Lingkup Garapan Keperawatan

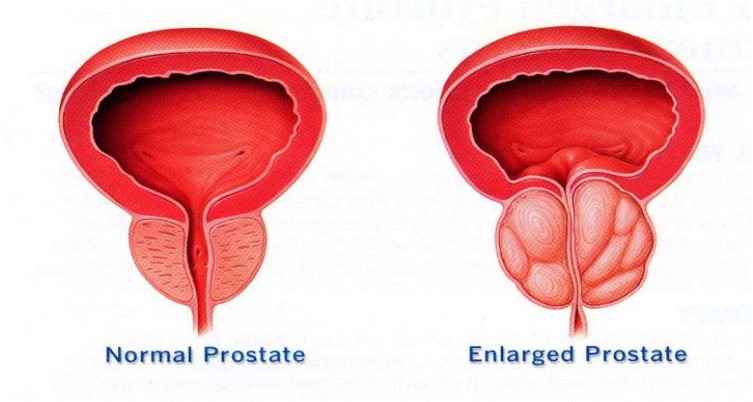
Lingkup garapan keperawatan adalah kebutuhan dasar manusia, penyimpangan dan intervensinya. Berangkat dari fokus telaahan keperawatan medikal bedah diatas, lingkup garapan keperawatan medikal bedah adalah segala hambatan pemenuhan kebutuhan dasar yang terjadi karena perubahan fisiologis pada satu atau berbagai sistem tubuh, serta modalitas dan berbagai upaya untuk mengatasinya. Guna menentukan berbagai hambatan pemenuhan kebutuhan dasar mansuai dan modalitas yang tepat waktu untuk mengatasinya dibutuhkan keterampilan berfikir logis dan kritis dalam mengkaji secara tepat kebutuhan dasar apa yang tidak terpenuhi, pada level serta kemungkinan penyebab apa (diagnosis

keperawatan). Hal ini akan menentukan pada perlakuan (*treatment*) keperawatan, dan modalitas yang sesuai. Di sini dibutuhkan keterampilan teknis dan telaah legal etis.

5. Basis Intervensi

Dari fokus telaahan dan lingkup garapan keperawatan medikal bedah yang sudah diuraikan sebelumya, basis intervensi keperawatan medikal bedah adalah ketidakmampuan klien (dewasa) untuk memenuhi kebutuhan dasarnya sendiri. *(Self care deficit).* Ketidakamampuan ini dapat terjadi karena ketidakseimbangan antara tuntutan kebutuhan *(Self – care demand)* dan kapasitas klien untuk memenuhinya *(Self-care ability)* sebagai akibat perubahan fisiologis pada satu atau berbagai system tubuh. Kondisi ini unik pada setiap individu karena kebutuhan akan *self-care (Self care requirement)* dapat berbeda-beda, sehingga dibutuhkan integrasi keterampilan-keterampilan berfikir logis-kritis, teknis dan telaah legal-etis untuk menentukan bentuk intervensi keperawatan mana yang sesuai, apakah bantuan total, parsial atau suportif-edukatif yang dibutuhkan klien.

B. Konsep Dasar Teori Penyakit *Benigna Prostat Hypertropy*



Gambar 2.1 *Prostate*

Purnomo.(2014). Dasar-dasar urologi: Hyperplasia Prostat. Jakarta.

1. Pengertian

Benigna Prostate Hyperplasia (BPH) adalah pembesaran kelenjar dan jaringan seluler kelenjar prostat yang berhubungan dengan perubahan endokrin berkenaan dengan proses penuaan (Toto Suharyanto, 2009). ***Hiperplasia prostat jinak (BPH)*** adalah penyakit yang disebabkan oleh penuaan. Price&Wilson (2005). ***BPH (Hiperplasia prostat benigna)*** adalah suatu keadaan di mana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin dengan menutup orifisium uretra. BPH merupakan kondisi patologis yang paling umum pada pria. (Smeltzer dan Bare, 2007). ***Reseksi Transuretra pada Prostat (TURP)*** adalah pengangkatan sebagian atau seluruh kelenjar prostat melalui sistoskop atau resektoskop yang dimasukkan melalui uretra (Purnomo, 2014).

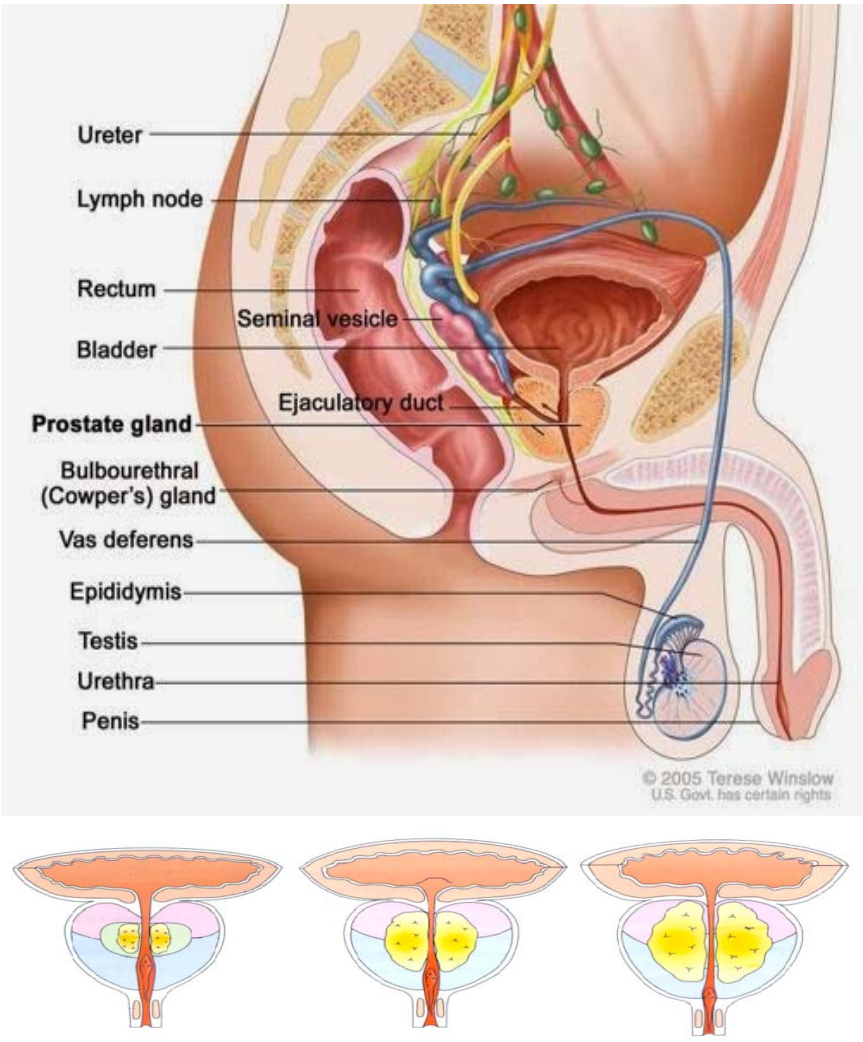
Penulis menyimpulkan dari pengertian tersebut bahwa BPH adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak disebabkan oleh hiperplasi beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan prostatika dan umumnya terjadi pada pria yang mengalami penuaan dan dapat menyebabkan berbagai derajat obstruksi uretral dan pembatasan aliran urinarius . Obstruksi uretral dan pembatasan aliran urinarius artinya terjadinya penumbatan yang mengakibatkan hambatan buang air kecil. sehingga melebihi ukuran normal. Sedangkan TURP menurut kesimpulan penulis adalah pengangkatan sebagian atau seluruh kelenjar prostat yang telah menyebabkan obstruksi uretra dengan sistoskop atau resektoskop yang dimasukkan melalui uretra.

2. Etiologi

Penyebab yang pasti dari terjadinya BPH sampai sekarang belum diketahui. Namun yang pasti kelenjar prostat sangat tergantung pada hormon androgen. Faktor lain yang erat kaitannya dengan BPH adalah proses penuaan. Mulai ditemukan pada umur kira-kira 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 (Sjamsuhidajat dan de Jong, 2005).

3. Patofisiologi



Gambar 2.2 Anatomi Saluran Kencing.

Pornomo.(2014). Dasar-dasar urologi: Hyperplasia Prostat. Jakarta

BPH terjadi pada umur yang semakin tua (> 45 tahun) dimana fungsi testis sudah menurun. Akibat penurunan fungsi testis ini menyebabkan ketidakseimbangan hormon testosteron dan dehidrotesteosteron sehingga memacu pertumbuhan/pembesaran prostat. Makrokospik dapat mencapai 60 - 100 gram dan kadang-kadang lebih besar lagi hingga 200 gram atau

lebih. Tonjolan biasanya terdapat pada lobus lateralis dan lobus medius, tetapi tidak mengenai bagian posterior dari pada lobus medialis, yaitu bagian yang dikenal sebagai lobus posterior, yang sering merupakan tempat berkembangnya karsinoma (Moore). Tonjolan ini dapat menekan urethra dari lateral sehingga lumen urethra menyerupai celah, atau menekan dari bagian tengah. Kadang-kadang penonjolan itu merupakan suatu polip yang sewaktu-waktu dapat menutup lumen urethra. Pada penampang, tonjolan itu jelas dapat dibedakan dengan jaringan prostat yang masih baik. Warnanya bermacam-macam tergantung kepada unsur yang bertambah.

Apabila yang bertambah terutama unsur kelenjar, maka warnanya kung kemerahan, berkonsistensi lunak dan terbatas tegas dengan jaringan prostat yang terdesak, yang berwarna putih keabu-abuan dan padat. Apabila tonjolan itu ditekan maka akan keluar caiaran seperti susu. Apabila unsur fibromuskuler yang bertambah, maka tonjolan berwarna abu-abu padat dan tidak mengeluarkan cairan seperti halnya jaringan prostat yang terdesak sehingga batasnya tidak jelas. Gambaran mikroskopik juga bermacam-macam tergantung pada unsur yang berproliferasi. Biasanya yang lebih banyak berproliferasi ialah unsur kelenjar sehingga terjadi penambahan kelenjar dan terbentuk kista-kista yang dilapisi oleh epitel torak atau koboid selapis yang pada beberapa tempat membentuk papil-papil ke dalam lumen. Membran basalis masih utuh. Kadang-kadang terjadi penambahan kelenjar yang kecil-kecil sehingga menyerupai adenokarsinoma. Dalam kelenjar sering terdapat

sekret granuler, epitel yang terlepas dan corpora anylacea. Apabila unsur fibromuskuler yang bertambah, maka terjadi gambaran yang terjadi atas jaringan ikat atau jaringan otot dengan kelenjar-kelenjar yang letaknya saling berjauhan. Gambaran ini juga dinamai hiperplasi fibrimatosa atau hiperplasi leiomymatosa.(Sjamsuhidajat dan de Jong, 2005).Pada jaringan ikat atau jaringan otot biasanya terdapat serbukan limfosit. Selain gambaran di atas sering terdapat perubahan lain berupa :

a. Metaplasia skwamosa epitel kelenjar dekat uretra.
b. Daerah infark yang biasanya kecil-kecil dan kadang-kadang terlihat di bawah mikroskop.

4. Manifestasi Klinis

Walaupun hyperplasi prostat selalu terjadi pada orangtua, tetapi tidak selalu disertai gejala-gejala klinik. Gejala klinik terjadi terjadi oleh karena 2 hal, yaitu :

a. Penyempitan uretra yang menyebabkan kesulitan berkemih.
b. Retensi air kemih dalam kandung kemih yang menyebabkan dilatasi kandung kemih, hipertrofi kandung kemih dan *cystitis*.

Gejala klinik dapat berupa :

a. Frekuensi berkemih bertambah
b. Berkemih pada malam hari.
c. Kesulitan dalam hal memulai dan menghentikan berkemih.
d. Air kemih masih tetap menetes setelah selesai berkemih.

e. Rasa nyeri pada waktu berkemih.

Kadang-kadang tanpa sebab yang diketahui, klien sama sekali tidak dapat berkemih sehingga harus dikeluarkan dengan kateter. Selain gejala-gejala di atas oleh karena air kemih selalu terasa dalam kandung kemih, maka mudah sekali terjadi *cystitis* dan selanjutnya kerusakan ginjal yaitu *hydroneprosis, pyelonefritis*. Gejala klinis yang ditimbulkan *oleh Benigne Prostat Hyperplasia* disebut sebagai Syndroma Prostatisme. Syndroma Prostatisme dibagi menjadi dua yaitu :

a. Gejala Obstruktif yaitu :
   1) Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh karena otot destrussor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.
   2) Intermitency yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam pempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
   3) Terminal dribling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
   4) Pancaran lemah : kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
   5) Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

b. Gejala Iritasi yaitu :

1) Urgency yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
2) Frekuensi yaitu klien miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (*Nocturia*) dan pada siang hari.
3) Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

Tanda dan gejala dari BPH adalah dihasilkan oleh adanya obstruksi jalan keluar urin kandung kemih.

5. Pemeriksaan Penunjang

a. Urinalisa

Analisis urin dan mikroskopik urin penting untuk melihat adanya sel leukosit, sedimen, eritrosit, bakteri dan infeksi. Bila terdapat hematuri harus diperhitungkan adanya etiologi lain seperti keganasan pada saluran kemih, batu, infeksi saluran kemih, walaupun BPH sendiri dapat menyebabkan hematuri. Elektrolit, kadar ureum dan kreatinin darah merupakan informasi dasar dari fungsi ginjal dan status metabolik.

Pemeriksaan *prostate spesific antigen (*PSA*)* dilakukan sebagai dasar penentuan perlunya biopsi atau sebagai deteksi dini keganasan. Bila nilai PSA < 4 ng/ml tidak perlu biopsi. Sedangkan bila nilai PSA 4-10 ng/ml, dihitung Prostate specific antigen density (PSAD) yaitu PSA serum dibagi dengan volume prostat. Bila PSAD > 0,15, sebaiknya dilakukan biopsi prostat, demikian pula bila nilai PSA > 10 ng/ml (Suryono 2009).

b. Pemeriksaan darah lengkap

Karena perdarahan merupakan komplikasi utama pasca operatif maka semua defek pembekuan harus diatasi. Komplikasi jantung dan pernafasan biasanya menyertai klien BPH karena usianya yang sudah tinggi maka fungsi jantung dan pernafasan harus dikaji. Pemeriksaan darah mencakup Hb, leukosit, eritrosit, hitung jenis leukosit, CT, BT, golongan darah, Hmt, trombosit, BUN, kreatinin serum.

c. Pemeriksaan radiologis

Pada Pemeriksaan Radiologi ditujukan untuk :

1) Menentukan volume Benigne Prostat Hyperplasia
2) Menentukan derajat disfungsi buli-buli dan volume residual urine
3) Mencari ada tidaknya kelainan baik yang berhubungan dengan Benigne
4) Prostat Hyperplasia atau tidak.

Beberapa Pemeriksaan Radiologi :

1) *Intra Vena Pyelografi* (IVP) : Gambaran trabekulasi buli, residual urine post
   a) miksi, dipertikel buli.
   b) Indikasi : disertai hematuria, gejala iritatif menonjol disertai urolithiasis
   c) Tanda BPH : Impresi prostat, hockey stick ureter