

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Pengertian

Hipertropi Prostatitis Benigna (*benign prostatic hypertopi – BPH*) adalah pembesaran prostat yang mengenai uretra, menyebabkan gejala urinaria (Nursalam & Fransisca, 2009).

Kanker prostat adalah penyakit [kanker](#) yang berkembang di [prostat](#), sebuah kelenjar dalam [sistem reproduksi lelaki](#). Hal ini terjadi ketika [sel](#) prostat mengalami [mutasi](#) dan mulai berkembang di luar kendali. Sel ini dapat menyebar secara [metastasis](#) dari prostat ke bagian tubuh lainnya, terutama [tulang](#) dan [lymph node](#). Kanker prostat dapat menimbulkan rasa sakit, kesulitan [buang air kecil](#), [disfungsi ereksi](#) dan gejala lainnya (Wikipedia, 2017).

Hiperplasia prostat jinak (BPH) adalah pembesaran kelenjar prostat nonkanker (Corwin, 2009).

Hiperplasia prostat jinak (BPH) adalah penyakit yang disebabkan oleh penuaan. (Price & Wilson, 2005).

BPH (Benign Prostat Hipertropi) adalah pembesaran progresif dari kelenjar prostat, bersifat jinak di sebabkan oleh hipertropi beberapa atau semua komponen prostat yang mengakibatkan penyumbatan uretra pars prostatika (Arif Muttaqin dan Kumala Sari, 2011).

Hyperplasia Prostat atau BPH adalah pembesaran kelenjar prostat yang dapat menyebabkan uretra pars prostatika buntu dan menyebabkan terhambatnya aliran urine keluar dari buli-buli (Basuki B Purnomo, 2009).

Benigna Prostat Hyperplasia adalah pertumbuhan nodul-nodul fibriadenomatososa majemuk dalam prostate, pertumbuhan tersebut di mulai dari bagian periuretral sebagai proliperasi yang terbatas dan tumbuh dengan menekan kelenjar normal yang tersisa (Sylvia A. Price, 2006).

Kesimpulan : benigna prostat hipertropi adalah pembesaran prostat yang terjadi pada usia lanjut yang di perkirakan di sebabkan oleh ketidakseimbangan hormone dan factor usia yang mengganggu / menyumbat system urinaria.

B. Etiologi

Penyebab khusus hyperplasia prostat belum diketahui secara pasti, beberapa hipotesis menyatakan bahwa gangguan ini ada kaitannya dengan peningkatan kadar dihidrotestosteron (DHT) dan proses penuaan. (Nursalam, 2009).

Hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat adalah adanya perubahan keseimbangan antara hormone testostosterone dan estrogen pada lanjut usia. Apabila peran faktor pertumbuhan sebagai pemicu pertumbuhan stroma kelenjar prostat akan meningkatkan lama hidup sel-sel prostat karena kekurangan sel yang mati. Teori sel stem menerangkan bahwa terjadi proliferasi abnormal sel stem menyebabkan produksi sel stroma dan

sel epitel kelenjar prostat. Akibatnya uretra prostatic menjadi tertekan dan sempit yang menyebabkan kandung kemih menjadi kencang untuk bekerja lebih keras mengeluarkan urine. Normalnya jaringan yang tipis dan fibrous pada permukaan kapsul prostat menjadi spons menebal dan membesar menimbulkan efek obstruksi yang lama dapat menyebabkan tegangan dinding kandung kemih dan menurun elastisitasnya.

Beberapa hipotesis yang di duga sebagai penyebab timbulnya hiperplasi prostat adalah :

1. Adanya perubahan keseimbangan antara hormone testoteron dengan esterogen pada usia lanjut
2. Peran dari *growth factor* atau factor pertumbuhan sebagai pemicu pertumbuhan stroma kelenjar prostat.
3. Meningkatnya lama hidup sel prostat karena berkurangnya sel yang mati.
4. Teori sel stem, menerangkan bahwa terjadi proliferasi abnormal sel stem sehingga menyebabkan produksi sel stroma dan sel epitel kelenjar prostat menjadi berlebihan.

C. Tanda Gejala

Obstruksi prostat dapat menimbulkan keluhan pada saluran kemih maupun keluhan di luar saluran kemih (Arora P. *Et al*, 2006).

1. Keluhan saluran kemih bagian bawah

Keluhan saluran kemih pada bagian bawah atau lower urinary tract (LUTS) terdiri atas gejala iritatif dan gejala obstruktif. Gejala

iritatif yaitu sering miksi, terbangun pada malam hari untuk miksi, (nokturia). Perasaan ingin miksi yang sangat mendesak (urgensi), dan nyeri pada saat miksi (dysuria).

Gejala obstruktif meliputi : pancaran lemah, tidak terlampirkan sehabis miksi, kalo miksi harus menunggu lama, harus mengejan, anyang-anyangan, dan waktu miksi yang memanjang dan akhirnya menjadi retensi urine dan inkonensia karena overflow. Untuk menilai tingkat keparahan dari keluhan saluran kemih bagian bawah, beberapa ahli urology membuat system scoring yang secara subyektif dapat diisi dan di hitung oleh pasien.

2. Gejala pada saluran kemih bagian atas

Keluhan akibat penyulit hiperplasia prostat pada saluran kemih bagian atas berupa gejala obstruksi antara lain : nyeri pinggang, benjolan di pinggang (yang merupakan tanda dari hidronefrosis), yang selanjutnya dapat menjadi gagal ginjal dapat di temukan uremia, peningkatan tekanan darah, pericarditis, foetoremik dan neuropati perifer.

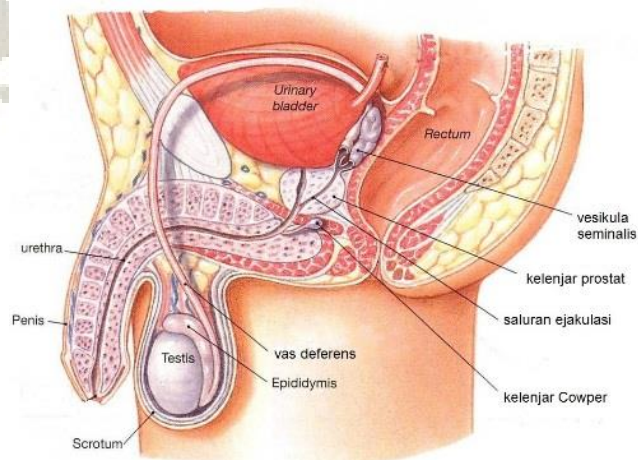
3. Gejala di luar saluran kemih

Pasien yang berobat ke dokter biasanya mengeluh adanya hernia inguinalis dan hemoroid. Timbulnya kedua penyakit ini karena sering mengejan pada saat miksi sehingga mengakibatkan peningkatan tekanan tekanan intra abdominal.

Menurut (Arif Muttaqin dan Kumala Sari, 2011), pada pasien post operasi BPH mempunyai tanda dan gejala:

- a. Hemorogi
 - 1) Hematuria
 - 2) Peningkatan nadi
 - 3) Tekanan darah menurun
 - 4) Gelisah
 - 5) Kulit lembab
 - 6) Temperature dingin
- b. Tidak mampu berkemih setelah kateter diangkat
- c. Gejala-gejala intoksikasi air secara dini:
 - 1) Bingung
 - 2) Agitasi
 - 3) Kulit lembab
- d. Warna urine merah cerah, pada hari ke-2 dan ke-3 post operasi menjadi lebih tua.

D. Anatomi



Gambar 2.1. Anatomi prostat

1. Anatomi prostat

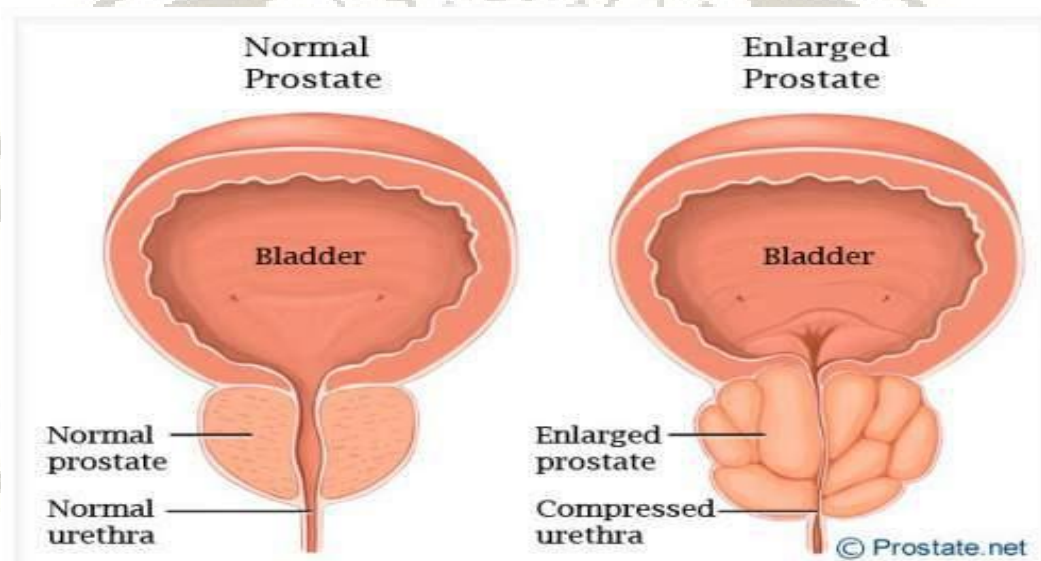
Menurut Wibowo dan Paryana (2009). Kelenjar prostat terletak di bawah kandung kemih, mengelilingi uretra posterior dan di sebelah proksimalnya berhubungan dengan buli-buli, sedangkan bagian distalnya kelenjar prostat ini menempel pada diafragma urogenital yang sering disebut sebagai otot dasar panggul.

Menurut Purnomo (2011) fisiologi prostat adalah suatu alat yang tumbuh tergantung pada pengaruh endokrin. Pengetahuan mengenai endokrin ini masih belum pasti, bagian yang peka terhadap esterogen adalah bagian tengah, sedangkan bagian tepi peka terhadap androgen. Oleh karena itu pada orang tua bagian tengahnya yang mengalami hiperplasi karena sekresi androgen berkurang sehingga kadar esterogen relative bertambah. Sel-sel kelenjar prostat dapat membentuk enzim asam fosfatase yang paling aktif bekerja pada pH 5.

Prostat bersifat difus dan bermuara ke dalam pelkus santorini. Persyarafan prostat terutama berasal dari simpatis pleksus hipoglatikus dan serabut dari nervus sakralis ketiga dan keempat melalui pleksus sakralis. Drainase limfe prostat ke nodi limfatis obturatoria, iliaka eksterna dan pre sakralis, serta sangat penting dalam mengevaluasi luas penyebaran penyakit prostat (Andra Yessie, 2013). Sedangkan menurut Smeltzer (2005), waktu pemasangan seksual, prostat mengeluarkan cairan encer seperti susu yang mengandung berbagai enzim dan ion ke dalam duktus ejakulatorius. Cairan ini menambah volume cairan vesikula

seminalis dan sperma. Cairan prostat bersifat basa (alkalis). Sewaktu mengendap di cairan vagina wanita, bersama ejakulat yang lain, cairan ini di butuhkan karena motilitas sperma akan berkurang dalam lingkungan pH rendah.

E. Patofisiologi



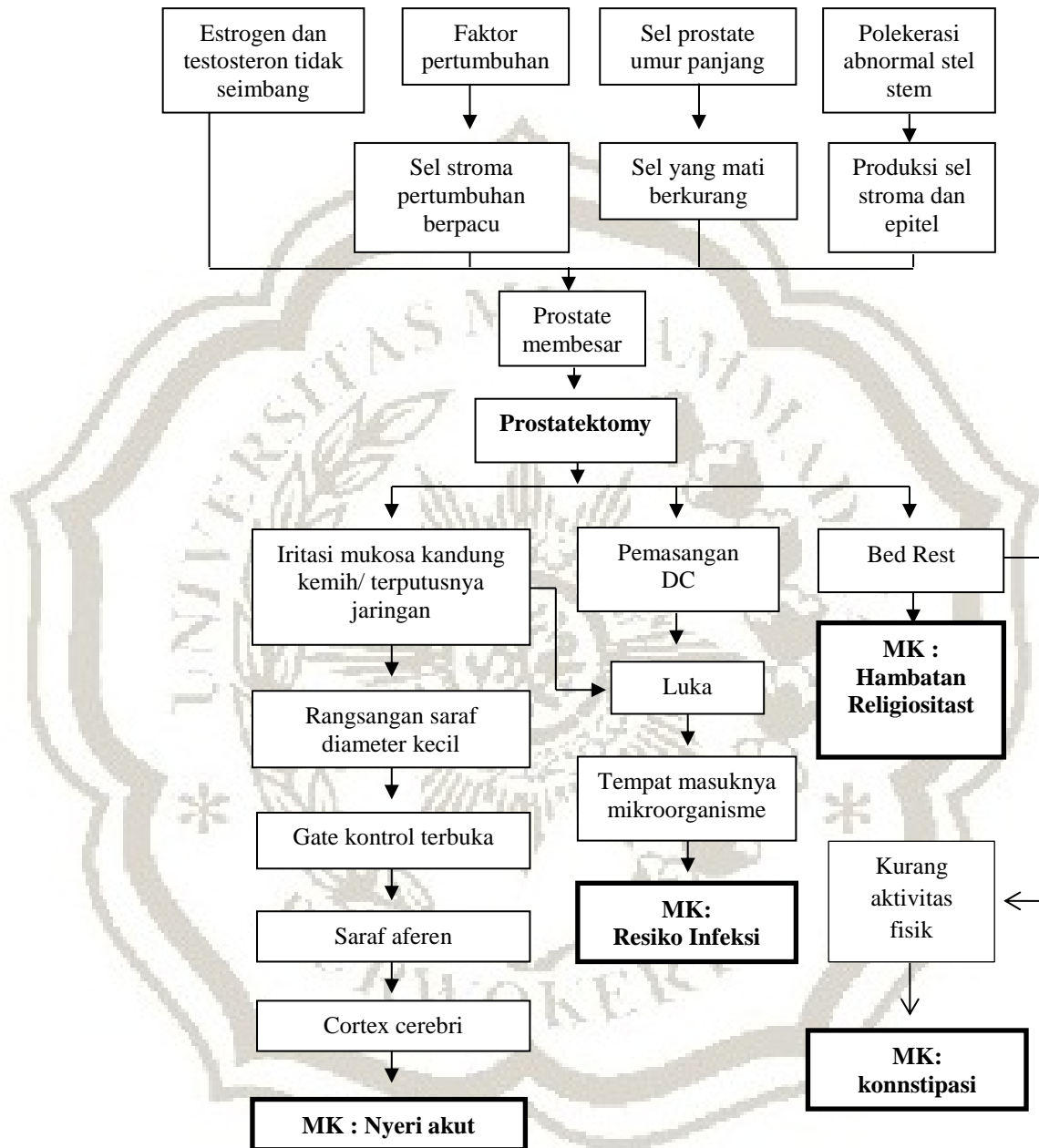
Gambar 2.2. Patofisiologi Prostat

Proses pembesaran prostat ini terjadi secara perlahan seiring bertambahnya usia sehingga terjadi perubahan keseimbangan hormonal yaitu terjadi reduksi testosteron menjadi dehidrotestosteron dalam sel prostat yang kemudian menjadi factor terjadinya penetrasi DHT ke dalam inti sel. Hal ini dapat menyebabkan inskripsi pada RNA sehingga menyebabkan terjadinya sintesis protein yang kemudian menjadi hyperplasia kelenjar prostat. (Arora P. *et al*, 2006).

Pada tahap awal setelah terjadi pembesaran prostat, maka akan terjadi penyempitan lumen uretra prostatika dan akan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan intra vesikel. Untuk dapat mengeluarkan urine buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tekanan tersebut, sehingga akan terjadi resistensi pada buli-buli dan daerah prostat meningkat, secara otot detrusor menebal dan merenggang sehingga timbul sirkulasi atau divertikel. Fase penebalan detrusor ini di sebut fase kompensasi. Apabila keadaan berlanjut, maka detrusor menjadi lelah dan akhirnya mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urine. (Basuki B Purnomo, 2008).

Tekanan intravesikel yang tinggi akan di teruskan ke seluruh bagian buli-buli tidak terkecuali pada kedua ureter ini dapat menimbulkan aliran balik urine dari buli-buli ke ureter atau terjadi refluks-vesiko ureter. Keadaan ini jika berlangsung terus menerus akan mengakibatkan hidroureter, hidronefrosis bahkan akhirnya dapat terjadi gagal ginjal. (Arif Muttaqin dan Kurmala Sari, 2011)

F. Pathways



Gambar 2.3. Pathway Benigna Prostat Hiperplasia

Sumber: Nursalam (2008); Mansjoer (2010)

G. Penatalaksanaan Umum

1. Observasi (Wachfull Waiting)

Biasanya di lakukan pada pasien dengan keluhan ringan, nasehat yang di berikan yaitu mengurangi minum setelah makan malam untuk mengurangi nocturia, menghindari obat-obatan dekongestan, mengurangi minum kopi dan tidak di perbolehkan minum alkohol.

2. Terapi medikamentosa

Penghambat andrenergic alfa, contoh : prazosin, doxazosin, terazosin, alfluzosin.

3. Penghambat enzim 5 alfa reduktasi, contoh : firasterid (proscar)

4. Fototerapi

Pengobatan fototerapi yang ada di Indonesia antara lain : eviprostat. Substansinya misalnya pygeum africsnium, sawpalmetto; serenoa repelus.

5. Terapi bedah

- a. TURP
- b. TUIP
- c. Prostatektomi terbuka

6. Terapi invasive minimal

- a. TUMT (Trans Urethral Micro web Thermotherapy)
- b. Dilatasi balon trans uretra (TUBD)
- c. High intensity focus ultrasound
- d. Ablasi jarum trans uretra dan stent prostat

H. Diagnosa keperawatan yang mungkin muncul

1. Nyeri akut b.d agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis) kerusakan
2. Retensi urine b.d tekanan uretra tinggi, blockade, hambatan reflek, spingter kuat
3. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh b.d intake yang berlebihan terhadap kebutuhan metabolisme tubuh
4. Konstipasi b.d fungsi kelemahan otot abdominal, aktifitas fisik tidak mencukupi, perilaku defekasi tidak teratur. perubahan lingkungan. toileting tidak adekuat : posisi defekasi, privasi.

Psikologis : stress emosi gangguan mental.

Farmakologi : antacid, antikolinergis, antikonvulsan, antidepresan, kalsium karbohidrat, diuretic, besi, overdosis laksatif, NSAID, opiate, sedative. mekanis ketidakseimbangan elektrolit, hemoroid. gangguan neurologis, obesitas obstruksi pasca bedah, abses rectum, tumor.

Fisiologis : perubahan pola makanan dan jenis makanan, penurunan motilitas gastrointestinal, dehidrasi, intake serat dan cairan kurang, perilaku makan yang buruk.

I. Penatalaksanaan Keperawatan

1. Nyeri akut b.d agen injuri (biologi, kimia, fisik, psikologis) kerusakan jaringan

NOC :

Pain level

Pain control

Comfort level

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama...pasien tidak mengalami nyeri dengan kriteria hasil :

- a. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri)
- b. Mampu menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan
- c. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri
- d. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
- e. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang
- f. TTV dalam batas normal
- g. Tidak mengalami sulit tidur

NIC :

- a. Lakukan pengkajian nyeri secara komprehensif (lokasi karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas dan faktor presipitasi)
- b. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan
- c. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menemukan dukungan

- d. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri, seperti suhu ruangan pencahayaan dan kebisingan
 - e. Kurangi factor presipitasi nyeri
 - f. Kaji tipe dan sumber nyeri untuk menemukan intervensi
 - g. Ajarkan tentang teknik non farmakologi: nafas dalam, relaksasi, distraksi, kompres hangat / dingin
 - h. Berikan analgetik untuk mengurangi nyeri
 - i. Tingkatkan istirahat
 - j. Berikan informasi tentang nyeri seperti penyebab nyeri, berapa lama nyeri akan berkurang dan antisipasi ketidaknyamanan dari prosedur
 - k. Monitor vital sign
 - l. Pemberian analgesic
2. Retensi urine b.d tekanan uretra tinggi, blockade, hambatan reflek, spingter kuat

NOC :

urinary elimination

Urinary contiunence

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama...retensi urine pasien teratasi dengan kriteria hasil:

- a. Kandung kemih kosong secara penuh
- b. Tidak ada residu urine >100-200cc
- c. Intake cairan dalam rentang normal
- d. Bebas dari ISK

e. Tidak ada spasme bladder

f. Balance cairan seimbang

NOC :

Urinary retention care

a. Monitor intake dan output

b. Monitor penggunaan obat antikolinergik

c. Monitor derajat distensi bladder

d. Instruksikan pada pasien dan keluarga untuk mencatat output urine

e. Sediakan privacy untuk eliminasi

f. Stimulasi reflek bladder dengan kompres dingin pada abdomen

g. Kateterisasi jika perlu

h. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau dan konsistensi urine)

3. Ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh b.d intake yang berlebihan terhadap kebutuhan metabolisme tubuh

NOC :

Nutrition

Status : food and fluid intake

Nutritional status:

Nutrient intake

Weight control

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama...
ketidakseimbangan nutrisi lebih dari kebutuhan tubuh teratasi dengan
kriteria hasil :

- a. Mengerti factor yang meningkatkan berat badan
- b. Mengidentifikasi tingkah laku di bawah kontrol klien
- c. Memodifikasi diet dalam waktu yang lama untuk mengontrol berat badan
- d. Penurunan berat badan 1 – 2 pounds / mgg
- e. Menggunakan energy untuk aktifitas sehari-hari

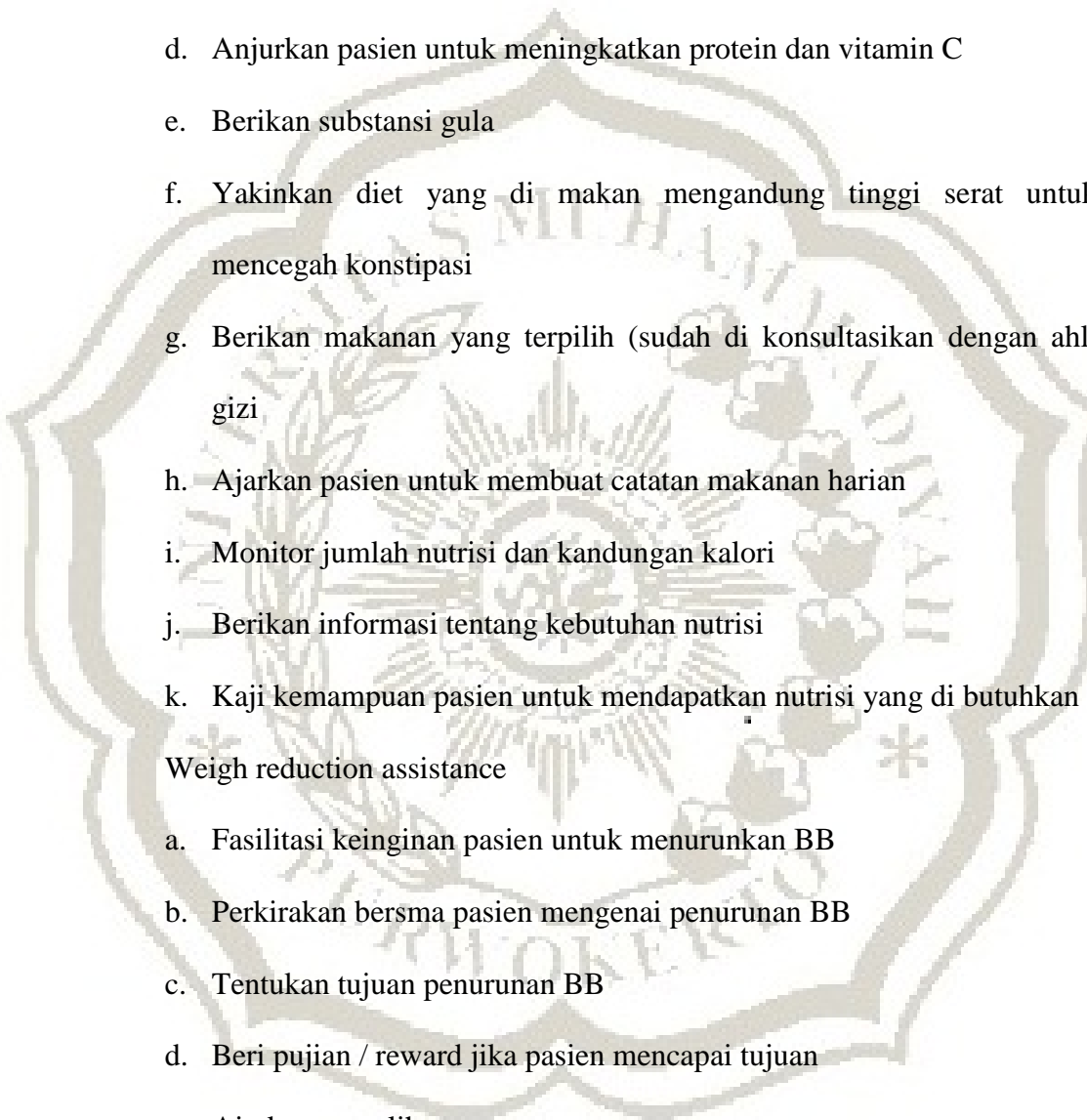
NIC :

Weigh manajemen

- a. Diskusikan bersama pasien mengenai hubungan antara intake makanan, latihan, peningkatan BB dan penurunan BB
- b. Diskusikan bersama pasien mengenai kondisi medis yang dapat mempengaruhi BB
- c. Diskusikan bersama pasien mengenai kebiasaan, gaya hidup dan factor herediter yang dapat mempengaruhi BB
- d. Diskusikan bersama pasien mengenai resiko yang berhubungan dengan BB berlebih dan penurunan BB
- e. Dorong pasien untuk merubah kebiasaan makan
- f. Perkirakan berat badan ideal pasien

Nutrition management

- a. Kaji adanya alergi makan

- 
- b. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan nutrisi yang di butuhkan pasien
 - c. Anjurkan pasien untuk meningkatkan intake Fe
 - d. Anjurkan pasien untuk meningkatkan protein dan vitamin C
 - e. Berikan substansi gula
 - f. Yakinkan diet yang di makan mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi
 - g. Berikan makanan yang terpilih (sudah di konsultasikan dengan ahli gizi
 - h. Ajarkan pasien untuk membuat catatan makanan harian
 - i. Monitor jumlah nutrisi dan kandungan kalori
 - j. Berikan informasi tentang kebutuhan nutrisi
 - k. Kaji kemampuan pasien untuk mendapatkan nutrisi yang di butuhkan
- Weigh reduction assistance
- a. Fasilitasi keinginan pasien untuk menurunkan BB
 - b. Perkirakan bersma pasien mengenai penurunan BB
 - c. Tentukan tujuan penurunan BB
 - d. Beri pujian / reward jika pasien mencapai tujuan
 - e. Ajarkan pemeliharaan
4. Konstipasi b.d fungsi kelemahan otot abdominal, aktifitas fisik tidak mencukupi, perilaku defekasi tidak teratur. perubahan lingkungan. toileting tidak adekuat : posisi defekasi, privasi.
- psikologis : stress emosi gangguan mental.

farmakologi : antacid, antikolinergis, antikonvulsan, antidepresan, kalsium karbohidrat, diuretic, besi, overdosis laksatif, NSAID, opiate, sedative. mekanis ketidakseimbangan elektrolit, hemoroid. gangguan neurologis, obesitas obstruksi pasca bedah, abses rectum, tumor.

fisiologis : perubahan pola makanan dan jenis makanan, penurunan motilitas gastrointestinal, dehidrasi, intake serat dan cairan kurang, perilaku makan yang buruk.

NOC :

Bowl Elimination

Hidrasi

Setelah di lakukan tindakan keperawatan selama...konstipasi pasien teratasi dengan kriteria hasil :

- a. pola BAB dalam batas normal
- b. feces lunak
- c. cairan dan serat adekuat
- d. aktifitas adekuat
- e. hidrasi adekuat

NIC :

Managemen konstipasi

- a. identifikasi factor yang menyebabkan konstipasi
- b. monitor tanda ruptur bowel peritonitis
- c. jelaskan penyebab dan rasionalisasi tindakan pada pasien

- d. konsultasikan dengan dokter tentang peningkatan dan penurunan bising usus
- e. kolaborasi jika ada tanda dan gejala konstipasi yang menetap
- f. jelaskan pada pasien manfaat diet (cairan dan serat) terhadap eliminasi
- g. jelaskan pada pasien resiko menggunakan laxative dalam waktu yang lama
- h. kolaborasi dengan ahli gizi diet tinggi serat dan cairan
- i. dorong peningkatan aktivitas yang optimal
- j. sediakan privasi dan keamanan selama BAB

