

BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*) merupakan salah satu penyakit yang mayoritas diderita oleh kalangan lelaki berusia tua (usia di atas 50 tahun). BPH merupakan tumor jinak kronik progresif paling sering pada laki-laki, yang menimbulkan keluhan saluran kencing bawah LUTS (*lower urinary tract symptom*) yang mengganggu kualitas hidup pasien (Duarsa, 2020). Berbagai masalah dapat di derita akibat gejala-gejala yang di timbulkan oleh *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) antara lain nyeri, retensi urin, gangguan eliminasi urin, ketidakefektifan perfusi ginjal, risiko infeksi dan risiko perdarahan. Masalah utama pada pasien *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) biasanya mengalami gangguan eliminasi urin (retensi urin), hal ini dikarenakan adanya disfungsi ketidakmampuan kronis untuk berkemih yang diikuti dengan berkemih involunter (inkontinensia aliran berlebih) (Carpenito, 2009).

Berdasarkan data dari WHO tahun 2018 memperkirakan sekitar 59 pria dari 100.000 penduduk menderita BPH atau sekitar 70 juta di seluruh dunia. Di Indonesia, BPH menjadi urutan kedua setelah penyakit batu saluran kemih dan secara umum, diperkirakan hampir 50% pria Indonesia yang berusia 50 tahun dengan usia harapan hidup mencapai 73 tahun menderita penyakit BPH. Saat ini 5% pria Indonesia sudah masuk ke dalam usia di atas usia 60 tahun. Oleh karena itu, jika dilihat dari 200 juta lebih rakyat Indonesia, maka dapat dinyatakan secara umum bahwa kira-kira 2,5

juta pria Indonesia menderita BPH (Khamriana, 2015). Insidensi BPH akan semakin meningkat seiring dengan bertambahnya usia, yaitu sekitar 20% pada pria usia 40 tahun, kemudian menjadi 70% pada pria usia 60 tahun dan akan mencapai 90% pada pria usia 80 tahun (Amadea, Langitan, & Wahyuni, 2019).

Berdasarkan hasil studi pendahuluan yang dilakukan pada tanggal 20 januari 2023 di RSUD Ibnu Sina Gresik pada bulan Januari-Februari 2023 kejadian BPH masih tinggi dengan kasus sebanyak 92 pasien, dengan 45 pasien dengan diagnose BPH terbanyak terjadi pada kelompok usia 59-70 tahun. (Rekam Medis RSUD Ibnu Sina Gresik, 2023).

Pada umumnya penyebab BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*) terjadi pada setelah usia pertengahan akibat perubahan hormonal. Bagian paling dalam prostat membesar dengan terbentuknya adenoma yang tersebar. Menurut Mansjoer Arif, 2003 dalam (Amin Huda Nurarif, 2016) pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan pada traktus urinarius. Tahap awal terjadi pembesaran prostat sehingga menyebabkan perubahan fisiologis yang mengakibatkan retensi 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 tampak (trabekulasi). Jika dilihat dari dalam vesika dengan sitoskopi, mukosa vesika 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 dua kemungkinan adanya residu urin berlebihan yang berlanjut pada adanya gangguan eliminasi urine, dan retensi urin total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas.

Penanganan BPH dapat dilakukan dengan berbagai cara antara lain *wact full waiting*, mendika mentosa, dan tindakan pembedahan. Pada tindakan bedah salah satunya *Transurethral resection prostate* (TURP). *Transurethral resection prostate* (TURP) menjadi salah satu pilihan tindakan pembedahan yang paling umum dan sering dilakukan untuk mengatasi pembesaran prostat. Prosedur yang dilakukan dengan bantuan alat yang disebut rektoskop ini bertujuan untuk menurunkan tekanan pada kandung kemih dengan cara menghilangkan kelebihan jaringan prostat. TURP menjadi pilihan utama untuk menghilangkan gejala dengan cepat dibandingkan dengan penggunaan obat-obatan (Amadea, 2019).

Asuhan keperawatan yang diberikan dalam mengatasi masalah keperawatan retensi urin yaitu mulai dari pengkajian masalah, menentukan diagnosa keperawatan, membuat intervensi, implementasi serta evaluasi asuhan keperawatan. Untuk menimbulkan efek obat dan mengurangi berisiko mengalami infeksi, terapi *Kegel Exercise* menjadi pilihan sederhana intervensi inkontinensia urin pada klien pasca TURP. *Kegel Exercise* adalah Latihan pada otot kandung kemih yang dilakukan dengan cara mengkontraksikan dan merelaksasikan otot. Tujuan dari terapi *Kegel Exercise* adalah untuk meningkatkan kekuatan dari otot dasar panggul

(Hall Leanne M.I, 2018).

Masalah keperawatan yang perlu penanganan khusus yaitu terjadinya retensi urine pada pasien BPH (Benign Prostatic Hiperplasia) hal terpenting Intervensi yang diberikan pada pasien dengan cara terapi konservatif, meliputi pemijatan prostat, kaji keluhan klien tentang BAK. Mengobservasi warna, jumlah, frekuensi, menjelaskan penyebab dan perubahan pola eliminasi urine, pembatasan cairan jangka pendek untuk distensi kandung kemih dan anti mikrobial untuk infeksi (Nursing,2011). Merangsang reflek kandung kemih dengan menerapkan dingin untuk perut, memantau asupan dan keluaran, memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi, anjurkan pasien/keluarga untuk merekam output urine sesuai pemasangan kateter penuh (Inc, 2015). Berdasarkan latar belakang diatas maka penulis sengaja melakukan asuhan keperawatan pada pasien BPH (Benign Prostatic Hiperplasia) dengan masalah retensi urine di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik

1.2 Tinjauan Pustaka Terkait Kasus

1.2.1 Definisi BPH

BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*) merupakan salah satu penyakit yang mayoritas diderita oleh kalangan lelaki berusia tua (usia di atas 50 tahun). BPH merupakan tumor jinak kronik progresif paling sering pada laki- laki, yang menimbulkan keluhan saluran kencing bawah LUTS (*lower urinary tract symptom*) yang mengganggu kualitas hidup pasien (Duarsa, 2020).

BPH (*Benigna Prostat Hyperplasia*) adalah suatu keadaan dimana kelenjar prostat mengalami pembesaran, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urine dengan menutup orifisium uretra (Smeltzer dan Bare, 2013).

1.2.2 Etiologi BPH

Ada beberapa penyebab terjadinya Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) menurut (Putri, 2017) namun secara pasti penyebab prostat hiperplasia belum diketahui. Tetapi ada beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia prostate erat kaitannya dengan peningkatan akar dihidrotestosteron (DHT) dan proses menjadi tua (aging). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostate adalah:

a. Teori DHT

Pembesaran prostat diaktifkan oleh testostosterone dan dihidrotestosteron (DHT). Testosteron dikonversikan menjadi dihydrostestosteron oleh enzim 5-alpha reduktase yang dihasilkan oleh prostat. Dihidrotestosteron (DHT) jauh lebih aktif dibandingkan dengan testostosterone dalam menstimulus pertumbuhan proliferasi prostat.

b. Faktor Usia

Peningkatan usia akan membuat ketidakseimbangan rasio antara estrogen dan testostosterone. Dengan meningkatnya kadar estrogen diduga berkaitan dengan terjadinya hiperplasia stroma, sehingga

timbul dugaan bahwa testosterone diperlukan untuk inisiasi terjadinya proliferasi sel tetapi kemudian estrogen lah yang berperan untuk perkembangan stroma.

c. Faktor Growth

Cuncha (1973) membuktikan bahwa diferensiasi dan pertumbuhan sel epitel prostate secara tidak langsung dikontrol oleh sel-sel stroma melalui mediator (*growth factor*) tertentu. Setelah sel-sel stroma mendapatkan stimulasi dari HT dan estradiol, sel-sel stroma mensintesis suatu *growth factor* yang selanjutnya mempengaruhi sel-sel stroma itu sendiri secara intrakrin dan atuokrin, serta mempengaruhi sel-sel epitel secara parakrin. Stimulasi itu menyebabkan terjadinya proliferasi sel-sel epitel maupun sel stroma.

d. Meningkatnya Masa Hidup Sel-sel Prostate

Program kematian sel (apoptosis) pada sel prostate adalah mekanisme fisiologik untuk mempertahankan homestasis kelenjar prostate. Pada apoptosis terjadi kondensasi dan fragmentasi sel yang selanjutnya sel-sel yang mengalami apoptosis akan difagositosis oleh sel-sel disekitarnya kemudian didegradasi oleh enzim lisosom.

Pada jaringan normal terdapat keseimbangan antara laju proliferasi sel dengan kematian sel. Pada saat terjadinya pertumbuhan prostate pada prostate dewasa, penambahan jumlah sel-sel prostate baru dengan yang mati dengan keadaan seimbang. Berkurangnya jumlah sel-sel secara keseluruhan menjadi meningkat sehingga menyebabkan penambahan masa prostate. Sampai sekarang belum dapat diterangkan

secara pasti faktor-faktor yang menghambat proses apoptosis. Diduga hormone androgen berperan menghambat proses kematian sel prostate. Estrogen diduga mampu memperpanjang usia sel-sel prostate.

1.2.3 Tanda Dan Gejala BPH

Menurut (Nuari & Widayati, 2017) gejala klinis yang ditimbulkan BPH dibagi menjadi dua:

1. Gejala obstruktif

- a. Hesitansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan disebabkan oleh karena otot destruksor buli-buli memerlukan waktu beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikel guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.
- b. Intermittency, yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan oleh karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intravesikel sampai berakhirnya miksi.
- c. Terminal dribbling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
- d. Pancaran lemah, kelemahan kekuatan dan pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampui tekanan di uretra.
- e. Rasa tidak puas setelah berakhirnya buang air kecil dan terasa belum puas.

2. Gejala iritasi

- a. *Urgency* yaitu perasaan ingin buang air kecil yang sulit ditahan.
- b. *Frequency* yaitu penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (nocturia) dan pada siang hari.

c. *Dysuria* yaitu nyeri pada lubang kencing.

1.2.4 Klasifikasi BPH

Menurut R. Sjamsuhidajat dan Wim De Jong 2002: (Amin Huda Nurarif, 2016), klasifikasi BPH meliputi :

- a. Derajat 1 : Biasanya belum memerlukan tindakan bedah, diberi pengobatan konservatif.
- b. Derajat 2 : Merupakan indikasi untuk melakukan pembedahan biasanya dianjurkan reseksi endoskopik melalui uretra (trans urethral resection / TUR).
- c. Derajat 3 : Reseksi endoskopik dapat dikerjakan, bila diperkirakan prostate sudah cukup besar, reseksi tidak cukup 1 jam sebaiknya dengan pembedahan terbuka, melalui trans retropublik / perianal.
- d. Derajat 4 : Tindakan harus segera dilakukan membebaskan klien dari retensi urine total dengan pemasangan kateter.

1.2.5 Patofisiologi

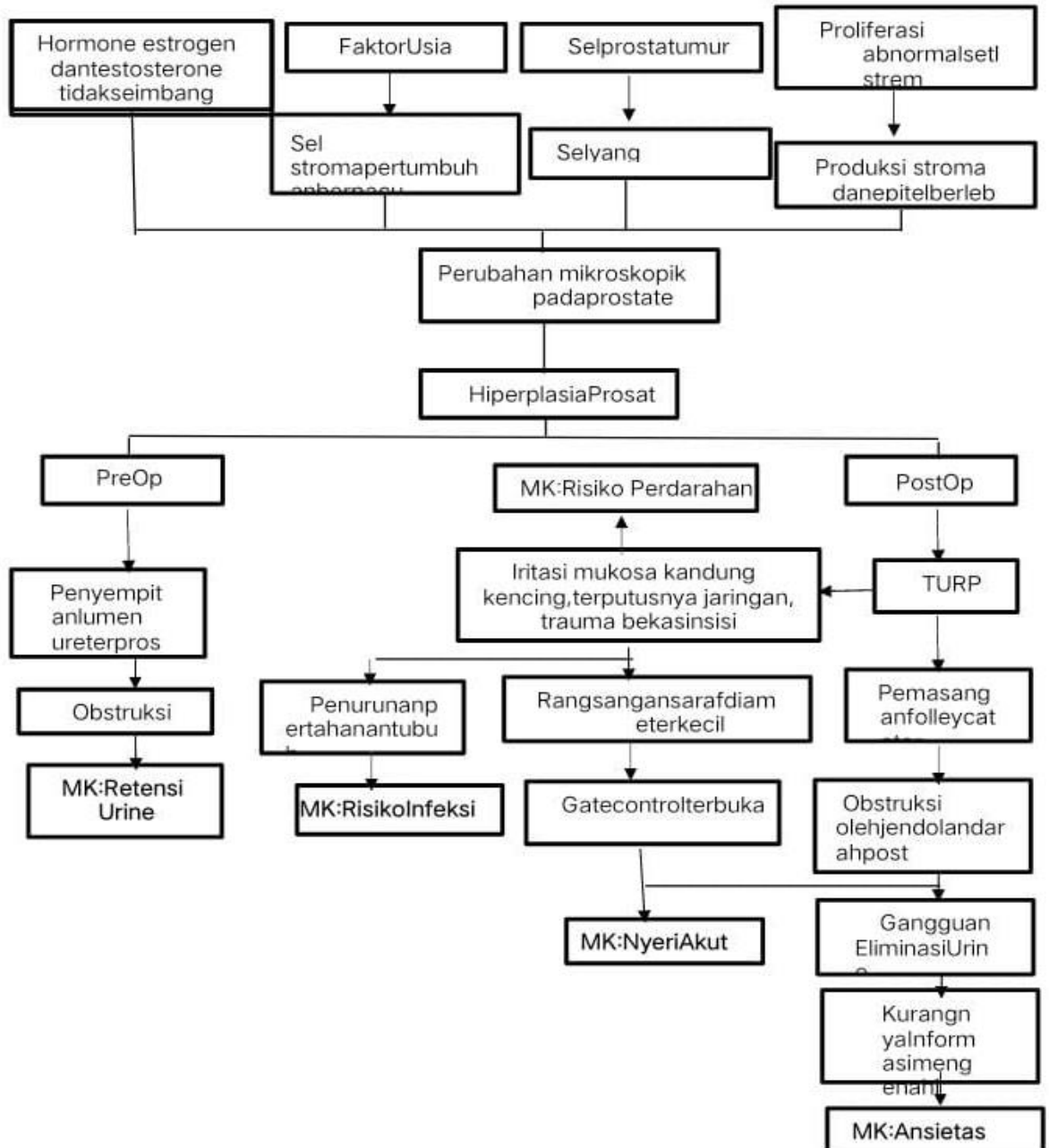
Pertama kali BPH terjadi salah satunya karena faktor bertambahnya usia, dimana terjadi perubahan keseimbangan testosterone, esterogen, karena produksi testosterone menurun, produksi esterogen meningkat dan terjadi konversi testosterone menjadi estrogen pada jaringan adipose di perifer. Keadaan ini tergantung pada hormon testosterone, yang di dalam sel-sel kelenjar prostat hormon ini akan dirubah menjadi dehidrotestosteron (DHT) dengan bantuan enzim alfa reduktase. Dehidrotestosteron inilah yang secara langsung memacu m-RNA di

dalam sel-sel kelenjar prostat untuk mensistesis protein sehingga mengakibatkan kelenjar prostat mengalami hiperplasia yang akan meluas menuju kandung kemih sehingga mempersempit saluran uretra prostatika dan penyumbatan aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urin, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu (Presti et al, 2013). Kontraksi yang terus-menerus ini menyebabkan perubahan anatomi dari buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sakula, dan divertikel buli-buli. Fase penebalan otot detrusor ini disebut fase kompensasi. Perubahan struktur pada buli-buli dirasakan oleh pasien sebagai keluhan pada saluran kemih sebelah bawah atau lower urinary tract symptom (LUTS) yang dahulu dikenal dengan gejala-gejala prostatismus. Dengan semakin meningkatnya resistensi uretra, otot detrusor masuk ke dalam fase dekompensasi dan akhirnya tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urin. Retensi urine ini diberikan obat-obatan non invasif tetapi obat-obatan ini membutuhkan waktu yang lama, maka penanganan yang paling tepat adalah tindakan pembedahan, salah satunya adalah TURP (Joyce, 2014).

TURP adalah suatu operasi pengangkatan jaringan prostat lewat uretra menggunakan resektroskop, dimana resektroskop merupakan endoskop dengan tabung 10-3-F untuk pembedahan uretra yang dilengkapi dengan alat pemotongan dan counter yang disambungkan dengan arus listrik. Trauma bekas resectocopy menstimulasi pada lokasi

pembedahan sehingga mengaktifkan suatu rangsangan saraf ke otak sebagai konsekuensi munculnya sensasi nyeri (Haryono, 2012).

1.2.6 Pathway



Gambar 1.1 Pathway BPH

1.2.7 Komplikasi

Komplikasi BPH menurut (Putri, 2017) meliputi :

- a. Retensi kronik dapat menyebabkan refluk vesiko-ureter, hidroureter, hidronefrosis, gagal ginjal.
- b. Proses kerusakan ginjal dipercepat bila terjadi infeksi pada waktu miksi.
- c. Hernia/hemoroid.
- d. Karena selalu terdapat sisa urin sehingga menyebabkan terbentuknya batu.
- e. Hematuria.
- f. Sistitis atau pielonefritis.

1.2.8 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Putri, 2017) yaitu:

- 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 alcohol supaya tidak selalu sering miksi, setiap 3 bulan dilakukan control keluhan, sisa kencing dan pemeriksaan colok dubur.

- b. Terapi Medikamentosa

Tujuan terapi medikamentosa adalah berusaha untuk:

1. Mengurangi retensio otot polos prastat sebagai komponen dinamik

penyebab obstruksi infravesica dengan obat-obatan penghambat adrenalgenik alfa.

2. Mengurangi volume prostate sebagai komponen static dengan cara menurunkan kadar hormone testosterone atau dihidrotetosteron (DHT) melalui penghambat 5 a-reduktase.

a. Penghambat enzim

Obat yang dipakai adalah Finasteride dengan dosis 1x5 mg/hari, obat golongan ini dapat menghambat pembentukan dehate sehingga prostate dapat membesar akan mengecil. Tetapi obat ini bekerja lebih lambat daripada golongan Bloker dan manfaatnya hanya jelas pada prostate yang sangat besar. Salah satu efek samping obat ini adalah melemahkan libido, ginekomastio, dan dapat menurunkan nilai PSA.

b. Filoterapi

Pengobatan fisioterapi di Indonesia yaitu Eviprostat. Efeknya diharapkan terjadi setelah pemberian 1-2 bulan.

c. Terapi Bedah

Waktu penanganan untuk tiap klien bervariasi tergantung beratnya gejala dan komplikasi, indikasi untuk terapi bedah yaitu retensio urine berulang, hematuria, tanda penurunan fungsi ginjal, infeksi saluran kemih berulang, ada batu saluran kemih. Karena pembedahan tidak mengobati penyebab *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH), maka biasanya penyakit ini akan timbul kembali 8-10 tahun kemudian.

d. Terapi Invasive Minimal

1. *Trans Uretra Microlowave Termoterapi (TUMT)*

Jenis pengobatan ini hanya dapat dilakukan di beberapa rumah sakit besar. Dilakukan pemanasan prostate dengan gelombang micro yang disalurkan ke kelenjar prostate melalui suatu trans duser yang diletakkan di uretra pars prostatika.

2. *Hight Intensity Focused Ultrasound (HIFU)*

Energi panas yang ditujukan untuk menimbulkan nekrosis pada prostate berasal dari gelombang ultrasonografi dari transduser piezokeramik yang mempunyai frekuensi 0,5-10 MHz. Energi yang dipancarkan melalui alat yang diletakkan transrektal dan difokuskan ke kelenjar prostate. Teknik ini memerlukan anestesi umum. Data klinis menunjukkan terjadi perbaikan gejala klinis 50-60% dan Q max rata-rata meningkat 40-50%. Efek lebih lanjut dari tindakan belum diketahui, dan sementara tercatat bahwa kegagalan terapi sebanyak 10% setiap tahun. Meskipun sudah banyak modalitas yang telah ditemukan untuk mengobati pembesaran prostate, sampai saat ini terapi yang memberikan hasil paling memuaskan adalah TUR prostate. *Transuretral Reseksi Prostat (TURP)* merupakan prosedur baku dalam penatalaksanaan BPH yang disertai retensi urin akut berulang atau kronis. TURP memiliki efektivitas dalam perbaikan

gejala BPH yang mencapai 90%, namun TURP juga mempunyai beberapa komplikasi, salah satunya sindrom TURP. Kejadian sindrom TURP sekitar 0,5-7% dengan mortality rate 0,2-0,8% (Dewi et al., 2013; Sutanto, 2021).

3. *Transurethral Needle Ablation of The Prostate (TUNA)*

Ablasi jarum Trans Suretra memakai energi dari frekuensi radio yang menimbulkan panas sampai 100⁰C sehingga menyebabkan nekrosis jaringan prostate. System ini terdiri atas kateter tuna yang dihubungkan dengan generator yang dapat membangkitkan energy pada frekuensi radio 490kHz. Kateter dimasukkan kedalam uretra melalui sistoskopi dengan peberian anestesi topical xylocaine sehingga jarum yang terletak pada ujung kateter terletak pada kelenjar prostate.

4. *Stent Prostate*

Stent Prostate dipasang pada uretra prostatika untuk mengatasi obstruksi karena pembesaran prostate. Stent dipasang intraluminal diantara leher buli-buli dan disebelah proksimal verumontanum sehingga urine dapat leluasa melewati lumen uretra prostatika. Sten dapat dipasang secara temporal atau permanen. Pemasangan alat ini diperuntukkan bagi pasien yang tidak mungkin menjalani operasi karena risiko pembedahan yang cukup tinggi.

1.2.9 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Putri, 2017) Pemeriksaan penunjang pasien *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) yaitu:

1) Pemeriksaan colok dubur (*Recta Toucher*)

Pemeriksaan colok dubur adalah memasukkan jari telunjuk yang sudah diberi pelicin kedalam lubang dubur. Pada pemeriksaan colok dubur dinilai:

- Tonus sfingter ani dan reflek *bulbo-kavernosus* (BCR)
- Mencari kemungkinan adanya masa didalam lumen rectum
- Menilai keadaan prostate

2) Laboratorium

- Unilalisa untuk melihat adanya infeksi, hematuria
- Ureum, creatinine, elektrolit untuk melihat gambaran fungsi ginjal

3) Pengukuran derajat berat obstruksi

- Menentukan jumlah sisa urin setelah penderita miksi spontan (normal sisa urine kosong dan batas intervensi sisa urine lebih dari 100 cc)
- Pancaran urine (*uroflowmetri*)

4) Syarat: jumlah urine dalam vesika 125 s/d 150 ml. Angka normal rata-rata 10 s/d 12 ml/detik, obstruksi ringan 6-8 ml/detik. Pemeriksaan lain

- BNO/IVP untuk menentukan adanya divertikel, penebalan bladder
- USG dengan *Transuretral ultrasonografi prostat* (TURP) untuk menentuka volume prostate.

- *Trans-abdominal* USG: untuk mendeteksi bagian prostat yang menonjol ke buli-buli yang dapat untuk meramalkan derajat obstruksi apabila ada batu dalam vesika.
- *Cystoscopy* untuk melihat adanya penebalan pada dinding bladder.

1.3 Konsep Retensi Urin

1.3.1 Retensi Urin

Retensi urine merupakan kondisi ketika individu mengalami ketidak mampuan kronis untuk berkemih yang diikuti dengan berkemih involunter (inkontinensia aliran berlebih) (Carpenito, 2009). Retensi urine didefinisikan sebagai pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap (SDKI, 2017).

Distensi kandung kemih yang berlebihan menyebabkan buruknya kontraktilitas otot detrusor, sehingga mengganggu urinasi. Klien yang mengalami retensi urine dapat mengalami berkemih *overflow* atau inkontinensia, yaitu mengeluarkan 25 sampai 50 mL urine pada interval yang sering. Kandung kemih keras dan terdistensi saat palpasi dan dapat berpindah ke salah satu sisi dari garis tengah tubuh (Koizier, Beuman, & Snyder, 2011).

1.3.2 Etiologi Retensi Urin

Gejala obstruktif pada saluran kemih yaitu mengedan ketika miksi (*straining*), menunggu pada awal miksi (*hesitancy*), pancaran melemah (*weakness*), miksi terputus (*intermittent*), dan tidak lampias setelah miksi. Sedangkan gejala iritatif meliputi rasa ingin miksi yang tidak bisa ditahan

(*urgency*), sering miksi (*frequency*), sering miksi pada malam hari (*nocturia*), dan nyeri ketika miksi (*dysuria*). Dilihat dari keluhan utama dan anamnesis pada pasien ini terjadi suatu pada urine yang disebabkan adanya sumbatan padretena saluran kemih bagian bawah yang bisa disebabkan oleh gangguan pada vesika urinaria atau infravesika. Gangguan pada vesika urinaria bisa berupa batu vesika atau gangguan neurogenic pada vesika. Sedangkan gangguan infravesika berupa pembesaran prostat danstruktur uretra (Filzha, Monoarfa, & Wagiu, 2017).

1.3.3 Manifestasi klinis

Manifestasi klinis retensi urine terdiri dari gejala dan tanda mayor dan minor. Mayor merupakan tanda/gejala yang ditemukan sekitar 80%-100% untuk validasi diagnosa. Minor merupakan tanda/gejala yang tidak harus ditemukan, namun jika ditemukan dapat mendukung penegakan diagnosa. Menurut Tim Pokja SDKI DPP (SDKI, 2017) gejala dan tanda adalah:

a. Gejala dan tanda mayor

1) Subjektif

Sensasi penuh pada kandung kemih Normalnya, ginjal menghasilkan urin dengan kecepatan sekitar 60 ml per jam atau sekitar 1.500 ml per hari. Aliran urin dipengaruhi oleh banyak faktor, termasuk asupan cairan, kehilangan cairan tubuh melalui rute lain seperti perspirasi dan pernafasan atau diare, dan status

kardiovaskuler dan renal individu. Pada retensi urin berat, kandung kemih dapat menahan 2.000-3.000 ml urin (Perry & Potter, 2006).

2) Objektif

a) Disuria /Anuria

Disuria adalah sakit dan susah saat berkemih. Disuria dapat menyertai striktur (pengecilan diameter) uretra, infeksi kemih, dan cedera pada kandung kemih dan uretra. Sedangkan anuria adalah tidak ada produksi urin (Kozier, 2011) Apabila pengosongan kandung kemih terganggu, urin akan terakumulasi dan akan terjadi distensi kandung kemih. Kondisi tersebut akan menyebabkan retensi urin (Kozier, 2011).

b. Gejala tanda minor

1) Subjektif

Dribbling (urin yang menetes) adalah kebocoran/ rembesan urin walaupun ada kontrol terhadap pengeluaran urin (Perry & Potter, 2006).

2) Objektif

a) Inkontinensia berlebih

Inkontinensia urin, atau urinasi involunter adalah sebuah gejala, bukan sebuah penyakit. Inkontinensia urin berlebih merupakan kehilangan urin yang tidak terkendali akibat overdistensi kandung kemih (SDKI, 2017).

b) Residu urin 150 ml atau lebih

Residu urin merupakan volume urin yang tersisa setelah

berkemih (volume 100ml atau lebih). Hal ini terjadi karena inflamasi atau iritasi mukosa kandung kemih akibat infeksi, kandung kemih neurogenik, pembesaran prostat, trauma, atau inflamasi uretra (Potter & Perry, 2006).

1.4 Konsep kegel exercise

1.4.1 Definisi kegel exercise

Kegel exercise adalah senam untuk menguatkan otot panggul atau senam yang bertujuan untuk menguatkan otot-otot dasar panggul terutama otot pubococcygeal sehingga seseorang dapat memperkuat otot-otot saluran kemih. Senam kegel juga dapat menyembuhkan ketidakmampuan untuk menahan kencing (inkontinensia urine) dan dapat mengencangkan dan memulihkan otot disekitar alat genital dan anus (Yani, 2018).

1.4.2 Indikasi kegel exercise

Tujuannya adalah untuk memperkuat otot-otot dasar panggul dan sfinger kandung kemih, yaitu otot-otot yang berperan mengatur miksi dan gerakan mengencangkan, melemaskan kelompok otot panggul dan daerah genital, terutama otot pubococcygeal, sehingga seseorang dapat memperkuat otot-otot saluran kemih, otot-otot seksual, dan otot-otot panggul untuk memperlancar persalinan pada ibu hamil (Yani, 2018).

1.4.3 Manfaat kegel exercise

- a. Membantu menjaga kontrol otot untuk buang air.

- b. Membantu menyokong organ sekitar *pelvic* sehingga dapat meningkatkan fungsi organ, khususnya peran sfingter uretra dalam urodinamik pasca pemasangan kateter atau pasca operasi BPH.
- c. Bagi ibu hamil, senam kegel bermanfaat memperlancar proses persalinan. Otot panggul yang kuat dan elastis bermanfaat membuka jalan lahir.
- d. Senam kegel pada pria juga bermanfaat meningkatkan performa seksual. Mengencangkan otot panggul bawah selama berhubungan seksual dapat membantu mengelola ereksi atau menunda ejakulasi.

1.4.4 Cara melakukan *kegel exercise*

Menurut Ninuk (2016) latihan tahanan dan perpanjangan kedalam pada pubococcygeal, senam kegel sangat mudah dilakukan di mana saja dan bahkan tanpa seorang pun tahu. Untuk mempraktekan senam tersebut dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut :

1. Langkah pertama, mengatur posisi klien berbaring dan kedua lutut ditekuk tanpa saling berdekatan.
2. Langkah kedua, klien dapat meletakkan tangannya pada abdomen, paha atau pantat untuk meyakinkan bahwa tidak ada gerakan padaarea tersebut ketika melakukan latihan.
3. Langkah ketiga, menganjurkan klien melakukan kontraksi pada otot dasar *pelvic* seperti menahan buang angin/menahan kencing.
4. Langkah keempat, kontraksi dilakukan sebanyak 3 kali sehari dengan lama waktu menahan 10 detik sebanyak 10 kali diselingi

dengan istirahat dan dilakukan selama 3-5 menit.

5. Lakukan latihan pada pagi, siang dan sore hari.
6. Tanyakan pada klien apakah terasa ingin berkemih setelah 1 jam.

1.5 Syndrome post Turp

1.5.1 Definisi Syndrome post Turp dan Faktor pemicu

Transurethral resection of the prostat syndrome (TURP-S), pertama kali dijelaskan oleh Creevy pada tahun 1947, yaitu suatu kondisi klinis yang ditandai dengan perubahan kardiosirkulasi dan neurologis sebagai akibat dari perubahan akut volume intravaskular dan konsentrasi zat terlarut plasma yang terjadi sebagai akibat dari absorpsi cairan irigasi yang berlebih (Hazarika, 2020).

Adapun beberapa faktor yang dapat memicu terjadinya sindrom TURP, yaitu: Tinggi tempat cairan irigasi, tekanan vena, jumlah kehilangan darah, durasi operasi dan ukuran prostat. Jika tinggi tempat cairan irigasi melebihi tinggi yang direkomendasikan (60 cm), maka akan meningkatkan tekanan hidrostatik, sehingga menyebabkan penyerapan yang cepat sejumlah besar cairan irigasi. Jumlah darah yang hilang juga berperan dalam terjadinya sindrom TURP, semakin banyak darah yang hilang diperkirakan juga semakin banyak vena yang terbuka. Operasi TURP biasanya memakan waktu 30 hingga 60 menit. Semakin lama durasi operasi, semakin besar volume yang diserap. Selain itu, ukuran prostat lebih dari 50gram juga dapat meningkatkan risiko terjadinya sindrom TURP. Hal ini disebabkan semakin banyaknya sinus vena yang

terbuka sehingga dapat meningkatkan absorpsi cairan (Lee et al., 2009; Smyth et al., 2015).

1.5.2 Tanda dan Gejala

Tanda pertama dari sindrom TURP adalah peningkatan tekanan darah secara bertahap atau tiba-tiba (umumnya antara 20 dan 60 mmHg) disertai dengan bradikardia (10-25 denyut/menit). Nyeri dada retrosternal adalah gejala awal lainnya (Hazarika, 2020). Secara umum gejala sindrom TURP dibagi menjadi tiga, yaitu sistem kardiopulmonal (hipertensi, takikardi, disritmia, distress respiratorik, hipotensi, bradikardi, sianosis, syok, hingga kematian), hemolitik dan ginjal (hiponatremi, anemia, hiperglisinemia, gagal ginjal akut, dan juga kematian), dan sistem saraf pusat (mual, muntah, kebutaan, gelisah, penurunan kesadaran, pupil tidak reaktif, hingga kematian) (Hazarika, 2020).

1.5.3 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan sindrom TURP dibagi menjadi 2 tahap, yaitu tahap awal dan akhir fase intraoperatif atau awal pasca operasi. Pada tahap pertama hal pertama yang harus segera dilakukan adalah menginformasikan operator, kemudian dapat diberikan injeksi furosemide IV 40-100 mg, dan meminimalkan absorpsi cairan. Pada tahap selanjutnya pasien dapat diberikan manitol, transfusi PRC, oksigenasi, saline hipertonic (3%) untuk koreksi hiponatremia, intubasi endotrakeal dan pemberian inotropik positif jika diperlukan,

antikonvulsan, dan melakukan restriksi pemberian cairan IV (Hazarika, 2020).

1.6 Konsep Asuhan Keperawatan Post Operasi BPH (*Benigna Prostat Hiperplasia*) dengan masalah retensi urin

1.6.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan yaitu menilai informasi yang dihasilkan dari pengkajian skrining untuk menentukan normal atau abnormal yang nantinya akan dipertimbangkan dalam kaitannya dengan diagnosa yang berfokus masalah atau risiko. Pengkajian terdiri dari dua yaitu pengkajian skrining dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda.

Pengkajian skrining adalah langkah awal pengumpulan data. Pengkajian mendalam lebih fokus, memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi informasi yang diidentifikasi dalam pengkajian skrining awal, dan untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau menggugurkan bakal diagnosa keperawatan (Inc, 2015).

Pengkajian pada pasien *benigna prostat hyperplasia* (BPH) menggunakan pengkajian mendalam mengenai retensi urine, dengan kategori fisiologi dan subkategori eliminasi. Pengkajian dilakukan sesuai dengan gejala dan tanda mayor retensi urine yaitu dilihat dari data subjektifnya pasien mengalami sensasi penuh pada kandung kemih. Dilihat dari data objektif yaitu disuria/anuria dan distensi pada kandung

kemih. Sedangkan gejala dan tanda minor retensi urine yaitu dilihat dari data subjektifnya *dribbling*. Dilihat dari data objektif inkontensia berlebih dan residu urin 150 ml atau lebih (SDKI, 2017).

Selain itu, pengkajian keperawatan pada pasien pre operasi benigna prostat hyperplasia (BPH) dengan retensi urine meliputi data umum mengenai identitas pasien, anamnesis riwayat penyakit, dan pengkajian psikososial (Asmadi, 2010).

1. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.
2. Data keluhan utama merupakan keluhan yang sering menjadi alasan pasien untuk meminta bantuan kesehatan, seperti pada gangguan sistem perkemihan, meliputi keluhan sistemik, antara lain gangguan fungsi ginjal (sesak nafas, edema, malaise, pucat, dan uremia) atau demam disertai menggigil akibat infeksi/urosepsis, dan keluhan lokal pada saluran perkemihan antara lain nyeri akibat kelainan pada saluran perkemihan, keluhan miksi (keluhan iritasi dan keluhan obstruksi), hematuria, inkontinensia, disfungsi seksual, atau infertilitas. Keluhan utama pada subjek retensi urin adalah sensasi penuh padakandung kemih, disuria/anuria, dan distensi kandung kemih (Muttaqin & Sari, 2011).
3. Data riwayat penyakit saat ini merupakan pengumpulan data yang dilakukan untuk mendukung keluhan utama seperti menanyakan tentang perjalanan sejak timbul keluhan hingga subjek meminta

pertolongan. Misalnya: sejak kapan keluhan retensi urin dirasakan, berapa lama dan berapa kali keluhan tersebut terjadi, bagaimana sifat dan hebatnya keluhan. Setiap keluhan utama harus ditanyakan kepada subjek sedetail-detailnya, dan semuanya diterangkan pada riwayat kesehatan sekarang (Muttaqin & Sari, 2011).

4. Data riwayat penyakit dahulu merupakan suatu riwayat penyakit yang pernah dialami oleh pasien sebelumnya terutama yang mendukung atau memperberat kondisi gangguan sistem perkemihan pada subjek saat ini seperti pernah subjek menderita penyakit kencing manis, riwayat kaki bengkak (edema), hipertensi, penyakit kencing batu, kencing berdarah, dan lainnya. Tanyakan: apakah subjek pernah dirawat sebelumnya, dengan penyakit apa, apakah pernah mengalami sakit yang berat, dan sebagainya. Perawat perlu mengklarifikasi pengobatan masa lalu dan riwayat alergi, catat adanya efek samping yang terjadi di masa lalu dan penting perawat ketahui bahwa Subjek mengacaukan suatu alergi dengan efek samping obat (Muttaqin & Sari, 2011).
5. Data riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit gangguan sistem perkemihan yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya *benigna prostat hyperplasia* (BPH).
6. Data pengkajian psikososial berhubungan dengan kondisi penyakitnya serta dampak terhadap kehidupan sosial pasien. Keluarga dan pasien akan menghadapi kondisi yang menghadirkan situasi kecemasan atau rasa takut terhadap penyakitnya.

7. Data pasien retensi urine termasuk dalam kategori fisiologi dan subkategori eliminasi, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor (SDKI, 2017) meliputi :

- 1) Gejala dan tanda mayor
 - a) Subjektif: sensasi penuh pada kandung kemih
 - b) Objektif: disuria/ anuria dan distensi kandung kemih.
- 2) Gejala dan tanda minor
 - a) Subjektif: *dribbling*
 - b) Objektif: inkontinensia berlebih dan residu urin 150 ml atau lebih.

1.6.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah suatu penilaian klinis mengenai respon klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan inti dari respon klien terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupannya dan indikator diagnostik yang terdiri atas penyebab (*etiology*), tanda (*sign*)/gejala (*symptom*) dan faktor risiko. Proses penegakan diagnosa (*diagnostic process*) merupakan suatu proses yang sistematis yang terdiri atas tiga tahap yaitu analisa data, identifikasi masalah dan perumusan diagnosa. Diagnosa keperawatan yang diambil dalam masalah ini adalah retensi urine. Retensi urine merupakan pengosongan kandung kemih yang tidak lengkap. Adapun penyebab dari gangguan eliminasi urine

sebagai berikut: peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkus reflex, blok sfingter, disfungsi neurologis (mis: trauma, penyakit saraf), efek agen farmakologis (mis: atropine, belladonna, psikotropik, antihistamin, opiate). Gejala tanda mayor (subjektif) ada beberapa yaitu: sensasi penuh pada kandung kemih. Gejala tanda minor (objektif) dysuria atau anuria, distensi kandung kemih. Sedangkan gejala tanda minor (subjektif) dribbling. Gejala tanda minor (objektif) inkontinensia berlebihan, residu urin 150 ml atau lebih. Adapun kondisi klinis terkait retensi urine yaitu benigna prostat hyperplasia, pembengkakan perineal, cedera medula spinalis, rektokel, tumor di saluran kemih (Tim pokja SDKI, 2017).

Gangguan eliminasi urine adalah disfungsi eliminasi urine. Adapun penyebab dari gangguan eliminasi urine sebagai berikut: penurunan kapasitas kandung kemih, iritasi kandung kemih, penurunan kemampuan menyadari tanda-tanda gangguan kandung kemih, efek tindakan medis dan diagnostik (mis. operasi ginjal, operasi saluran kemih, anestesi, dan obat-obatan), kelemahan otot pelvis, ketidakmampuan mengakses toilet (mis. imobilitas), hambatan lingkungan, ketidakmampuan mengkomunikasikan kebutuhan eliminasi, outlet kandung kemih tidak lengkap (mis. anomali saluran kemih kongenital), imaturitas (pada anak usia < 3 tahun). Gejala tanda mayor minor (subjektif) ada beberapa yaitu: Desakan berkemih (Urgensi), urin menetas (dribbling), sering buang air kecil, nokturia, mengompol, enuresis. Gejala tanda mayor minor (objektif) ada beberapa yaitu: Distensi kandung kemih, berkemih tidak tuntas (Hesitancy), volume residu urin meingkat. Kondisi klinis terkait

ada beberapa diantaranya yaitu infeksi ginjal dan saluran kemih, hiperglikemi, trauma, kanker, cedera/tumor/infeksi medula spinalis, neuropati diabetikum, neuropati alkoholik, stroke, Parkinson, skeloris multipel, obat alpha adrenergik (Tim pokja SDKI, 2017)

Menurut hermawan (2018) retensi urine adalah pengosongan kandung kemih tidak tuntas. Berdasarkan batasan karakteristik ada beberapa yaitu tidak ada haluaran urine, berkemih sedikit, distensi kandung kemih, menetes, sering berkemih, inkontinensia aliran berlebihan, residu urine, sensasi kandung kemih penuh, dan berkemih sedikit. Faktor yang berhubungan dengan retensi urine akan dikembangkan dalam kondisi terkait retensi urine yaitu adanya penyumbatan saluran perkemihan, tekanan ureter tinggi. Sedangkan hambatan eliminasi urin menurut hermawan (2018) adalah disfungsi eliminasi urine. Berdasarkan batasan karakteristik ada beberapa yaitu dysuria, sering berkemih anyang-anyangen (hesitancy), nokturia, inkontinensia urine, retensi urine, dorongan berkemih. Yang menjadi salah satu faktor berhubungan dengan hambatan eliminasi urine yaitu penyebab multipel. Kondisi terkait dalam hambatan eliminasi urine yaitu obstruksi anatomic, gangguan sensori motoric, dan infeksi saluran berkemih.

Diagnosa keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah retensi urine berhubungan dengan blok spingter dibuktikan dengan subjek mengatakan sensasi penuh pada kandung kemih, subjek tampak disuria, anuria, distensi kandung kemih, inkonteninsia berlebih, residu

urin 150 ml atau lebih. Adapun gejala dan tanda minor retensi urine yaitu dribbling, inkontinensia berlebih dan residu urin 150 ml atau lebih. Kondisi klinis terkait retensi urine adalah benigna prostat hyperplasia (BPH), pembengkakan perineal, cedera medulla spinalis, rektokel dan tumor di saluran kemih. Dalam hal ini retensi urine termasuk dalam jenis kategori diagnosa keperawatan negative yaitu diagnosa aktual. Metode perumusan diagnosa actual, yaitu masalah (*Problem*) berhubungan dengan penyebab (*Etiology*) dibuktikan dengan tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*). (Tim pokja SDKI, 2017).

1.6.3 Perencanaan keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala *treatment* yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (*outcome*) yang diharapkan. Komponen perencanaan keperawatan terdiri atas tiga komponen yaitu label merupakan nama dari perencanaan yang menjadi kata kunci untuk memperoleh informasi terkait perencanaan tersebut. Label terdiri atas satu atau beberapa kata yang diawali dengan kata benda (*nomina*) yang berfungsi sebagai deskriptor atau penjelas dari perencanaan keperawatan. Terdapat 18 deskriptor pada label perencanaan keperawatan yaitu dukungan, edukasi, kolaborasi, konseling, konsultasi, latihan, manajemen, pemantauan, pemberian, pemeriksaan, pencegahan, pengontrolan, perawatan, promosi, rujukan, resusitasi, skrining dan terapi. Definisi merupakan komponen yang menjelaskan makna dari label perencanaan keperawatan. Tindakan merupakan rangkaian aktivitas

yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan perencanaan keperawatan. Tindakan pada perencanaan keperawatan terdiri dari empat komponen meliputi tindakan observasi, tindakan terapeutik, tindakan edukasi dan tindakan kolaborasi (SDKI, 2017).

Klasifikasi perencanaan keperawatan retensi urine termasuk dalam kategori fisiologi dan termasuk ke dalam subkategori (SIKI, 2018). Dalam perencanaan keperawatan dibuat prioritas dengan kolaborasi pasien dan keluarga, konsultasi tim kesehatan lain, modifikasi asuhan keperawatan dan catat informasi yang relevan tentang kebutuhan perawatan kesehatan pasien dan penatalaksanaan klinik.

Sebelum menentukan perencanaan keperawatan, perawat terlebih dahulu menetapkan luaran (*outcome*). Luaran (*outcome*) terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (SLKI, 2018). Adapun luaran yang diharapkan pada klien dengan retensi urine yaitu eliminasi urine membaik dengan kriteria hasil meliputi sensasi berkemih meningkat, distensi kandung kemih menurun, urin menetes menurun, disuria/anuria menurun (RI, 2016). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan retensi urine yaitu menggunakan perencanaan utama. Perencanaan utama yaitu kateterisasi urine (SIKI, 2018).

Tabel 1.1 Intervensi Keperawatan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan & Kriteria Hasil	Intervensi
Retensi urine berhubungan dengan (b.d) blok spingter dibuktikan dengan (d.d) pasien mengalami sensasi penuh pada kandung kemih, disuria/ anuria, distensi kandung kemih, dribbling, inkontinensia berlebih, dan residu urin 150 ml atau lebih. (D.0040)	Setelah dilakukan perencanaan keperawatan selama 3x 24 jam, maka eliminasi urine membaik, dengan kriteria hasil: 1. Disuria menurun 2. Mengompol menurun	SIKI (perawatan retensi urine) I.04165 Observasi <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi penyebab retensi urine (mis.peningkatan tekanan uretra, kerusakan arkusreflek, disfungsi neurologis, efek agen farmakologis) - Monitor efek agen farmakologis (mis. Atropine, belladonna, psikotik, antihistamin, oplate, calcium channel blocker) - Monitor intake output cairan - Monitor tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi atau perkusi Terapeutik <ul style="list-style-type: none"> - Sediakan privasi untuk berkemih - Pasang kateter urine, jika perlu - Berikan rangsangan berkemih (mis. Mengalirkan air keran, kompres dingin pada abdomen) - Lakukan manuever crede, jika perlu - Fasilitas berkemih dengan interval yang teratur Edukasi <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab retensi urin - Anjurkan pasien atau keluarga mencatat output dan input - Ajarkan cara melakukan rangsangan berkemih

(Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019)

1.6.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan adalah kategori dari perilaku keperawatan, dimana perawat melakukan tindakan yang diperlukan untuk mencapai tujuan dan hasil yang diperkirakan dari asuhan keperawatan (Potter & Perry 1997, dalam Haryanto, 2007). Tindakan keperawatan adalah perilaku atau aktivitas spesifik yang dikerjakan oleh perawat untuk mengimplementasikan perencanaan keperawatan. Tindakan-tindakan

pada perencanaan keperawatan terdiri atas observasi, terapeutik, edukasi dan kolaborasi (SIKI, 2018). Implementasi keperawatan membutuhkan fleksibilitas dan kreativitas perawat. Sebelum melakukan tindakan, perawat harus mengetahui alasan mengapa tindakan tersebut dilakukan. Implementasi keperawatan berlangsung dalam tiga tahap. Fase pertama merupakan fase persiapan yang mencakup pengetahuan tentang validasi rencana, implementasi rencana, persiapan pasien dan keluarga. Fase kedua merupakan puncak implementasi keperawatan yang berorientasi pada tujuan. Fase ketiga merupakan transmisi perawat dan pasien setelah implementasi keperawatan selesai dilakukan (Asmadi, 2010).

1.6.5 Evaluasi keperawatan

Menurut Dinarti dan Mulyanti (2017), evaluasi keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assessment, planning), adapun komponen SOAP yaitu :

- a. S (Subjektif) dimana perawat menemui keluhan yang masih dirasakan klien setelah dilakukan tindakan keperawatan.
- b. O (Objektif), adalah data yang diperoleh berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien setelah tindakan keperawatan.
- c. A (Assessment) adalah kesimpulan dari data subjektif dan objektif (biasanya ditulis dalam bentuk masalah keperawatan). Ketika menentukan apakah tujuan telah dicapai, perawat dapat menarik satu dari tiga kemungkinan simpulan, yaitu :

- 1) Tujuan tercapai, yaitu respons klien sama dengan hasil yang diharapkan
 - 2) Tujuan tercapai sebagian, yaitu hasil yang diharapkan hanya sebagian yang berhasil dicapai.
 - 3) Tujuan tidak tercapai
- d. P (Planning) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

1.7 Tujuan Penulisan

1.7.1 Tujuan Umum

Melaksanakan Asuhan keperawatan pada pasien BPH (Benign Prostatic Hiperplasia) dengan masalah retensi urine di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik.

1.7.2 Tujuan Khusus

1. Melakukan pengkajian Asuhan keperawatan pada pasien BPH (Benign Prostatic Hiperplasia) dengan masalah retensi urine melalui terapi *kegel exercise* di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik
2. Menetapkan diagnosa keperawatan yang telah dirumuskan dengan masalah masalah retensi urine melalui terapi *kegel exercise* di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik
3. Menyusun perencanaan keperawatan dengan masalah retensi urine melalui terapi *kegel exercise* di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik

4. Melaksanakan tindakan keperawatan dengan masalah retensi urine melalui terapi *kegel exercise* di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik
5. Melakukan evaluasi keperawatan dengan masalah retensi urine melalui terapi *kegel exercise* di ruang dahlia RSUD ibnu sina gresik

1.8 Manfaat Penulisan

1.8.1 Manfaat Teoritis

Hasil penelitian sebagai pengembangan keilmuan dalam bidang keperawatan khususnya peran perawatan dalam edukasi, monitoring dan pengawasan pada pasien dengan masalah gangguan retensi urine, sehingga ke depan lebih baik dan berkualitas baik di bidang ilmu keperawatan maupun di bidang asuhan keperawatan pada pasien BPH.

1.8.2 Manfaat Praktis

1. Bagi Perawat

Meningkatkan kinerja perawat dalam mengatasi masalah keperawatan retensi urin pada pasien BPH, baik dalam hal pencegahan maupun menanggulangi masalah keperawatan yang telah terjadi.

2. Bagi Rumah Sakit

Dapat meningkatkan softskill perawat dalam mengatasi masalah keperawatan retensi urin pada pasien dengan BPH

3. Bagi Institusi Pendidikan

Menghasilkan lulusan perawat yang profesional untuk siap menghadapi masalah keperawatan retensi urin pada pasien BPH

4. Bagi Klien

Melalui penelitian ini membantu klien untuk mengatasi masalah keperawatan retensi urin pada pasien BPH

