

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

Pada bab ini menjelaskan tentang 1. Konsep medis Benigne Prostat Hyperplasia (BPH), 2. Konsep Retensi Urine, dan 3. Konsep asuhan keperawatan.

2.1 Konsep Medis Benigne Prostat Hyperplasia (BPH)

2.1.1 Definisi

Benigna prostat hyperplasia adalah kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dan menyebabkan kedua yang paling sering untuk intervensi medis pada pria di atas usia 60 tahun (Ns. Andra Saferi Wijaya & Ns. Yessie Mariza Putri, 2017).

Benign prostatic hyperplasia (BPH) adalah suatu kondisi yang sering terjadi sebagai hasil dari pertumbuhan dan pengendalian hormone prostat (Amin Huda Nurarif, 2016).

2.1.2 Etiologi

Ada beberapa penyebab terjadinya Benigna Prostat Hiperplasia (BPH) menurut (Ns. Andra Saferi Wijaya & Ns. Yessie Mariza Putri, 2017), namun secara pasti penyebab prostat hiperplasia belum diketahui. Tetapi ada beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hyperplasia prostate erat kaitannya dengan peningkatan akar dihidrotestosteron (DHT) dan proses menjadi tua (aging). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hyperplasia 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 testostosterone 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 homeostasis 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.

2.1.3 Faktor Risiko

Ada berbagai faktor risiko *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH) yang memungkinkan telah diteliti. Sebagai contoh, faktor diet telah diperiksa, dan likopena dalam tomat yang dimasak, sayuran hijau dan kuning, dan elemen lain dari diet Jepang tradisional tampaknya memberikan sedikit perlindungan terhadap *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH). Obesitas (terutama peningkatan lingkar perut) dapat meningkatkan risiko *Benigna Prostat Hiperplasia* (BPH).

2.1.4 Klasifikasi

Jenis penanganan pada pasien dengan tumor prostat tergantung pada berat gejala kliniknya. Berat derajat klinik dibagi menjadi empat gradasi berdasarkan penemuan pada colok dubur dan sisa volume urin. Seperti yang tercantum dalam bagan berikut ini, menurut (Amin Huda Nurarif, 2016).

Tabel 2. 1 Klasifikasi BPH

Colok Dubur	Sisa Volume Urin
Penonjolan prostat, atas mudah diraba	< 50 ml
Penonjolan prostat jelas, batas atas dapat dicapai	50 – 100 ml
Batas atas prostat tidak dapat diraba	>100 ml
Batas atas prostat tidak dapat diraba	Retensi urin total

Keterangan :

1. Derajat satu biasanya belum memerlukan tindakan bedah, diberi pengobatan konservatif.
2. Derajat dua merupakan indikasi untuk melakukan pembedahan biasanya dianjurkan reseksi endoskopik melalui uretra (trans urethral resection/tur).
3. Derajat tiga reseksi endoskopik dapat dikerjakan, bila diperkirakan prostate sudah cukup besar, reseksi tidak cukup 1 jam sebaiknya dengan pembedahan terbuka, melalui trans vesikal retropublik/perianal.
4. Derajat empat tindakan harus segera dilakukan membebaskan klien dari retensi urine total dengan pemasangan kateter.

2.1.5 Gejala BPH

Gejala klinis yang ditimbulkan oleh Benigne Prostat Hyperplasia (BPH) disebut sebagai Syndroma Prostatisme. Syndroma Prostatisme dibagi menjadi dua yaitu :

a. Gejala Obstruktif yaitu:

1. LUTS (Lower Urinary Tract Symptom) merupakan pembesaran prostat yang menyebabkan lumen uretra prostatika dan menghambat aliran urine. Keadaan ini menyebabkan peningkatan tekanan intravesikal. Untuk dapat mengeluarkan urine, buli-buli harus berkontraksi lebih kuat guna melawan tahanan itu. Kontraksi yang harus menyebabkan perubahan anatomic buli-buli berupa hipertrofi otot detrusor, trabekulasi, terbentuknya selula, sekula dan difertikel buli-buli. Perubahan struktur pada buli-buli tersebut, oleh pasien diraskan sebagai keluhan pada saluran sebelah bawah atau lower urinary tract symptom (LUTS).
2. Hesistansi yaitu memulai kencing yang lama dan seringkali disertai dengan mengejan yang disebabkan oleh otot destrussor. Buli-buli memerlukan waktu

beberapa lama meningkatkan tekanan intravesikal guna mengatasi adanya tekanan dalam uretra prostatika.

3. Intermittency yaitu terputus-putusnya aliran kencing yang disebabkan karena ketidakmampuan otot destrussor dalam mempertahankan tekanan intra vesika sampai berakhirnya miksi.
 4. Terminal dribbling yaitu menetesnya urine pada akhir kencing.
 5. Pancaran lemah: kelemahan kekuatan dan kaliber pancaran destrussor memerlukan waktu untuk dapat melampaui tekanan di uretra.
 6. 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 penderita miksi lebih sering dari biasanya dapat terjadi pada malam hari (Nocturia) dan pada siang hari.
 3. Disuria yaitu nyeri pada waktu kencing.

2.1.6 Patofisiologi

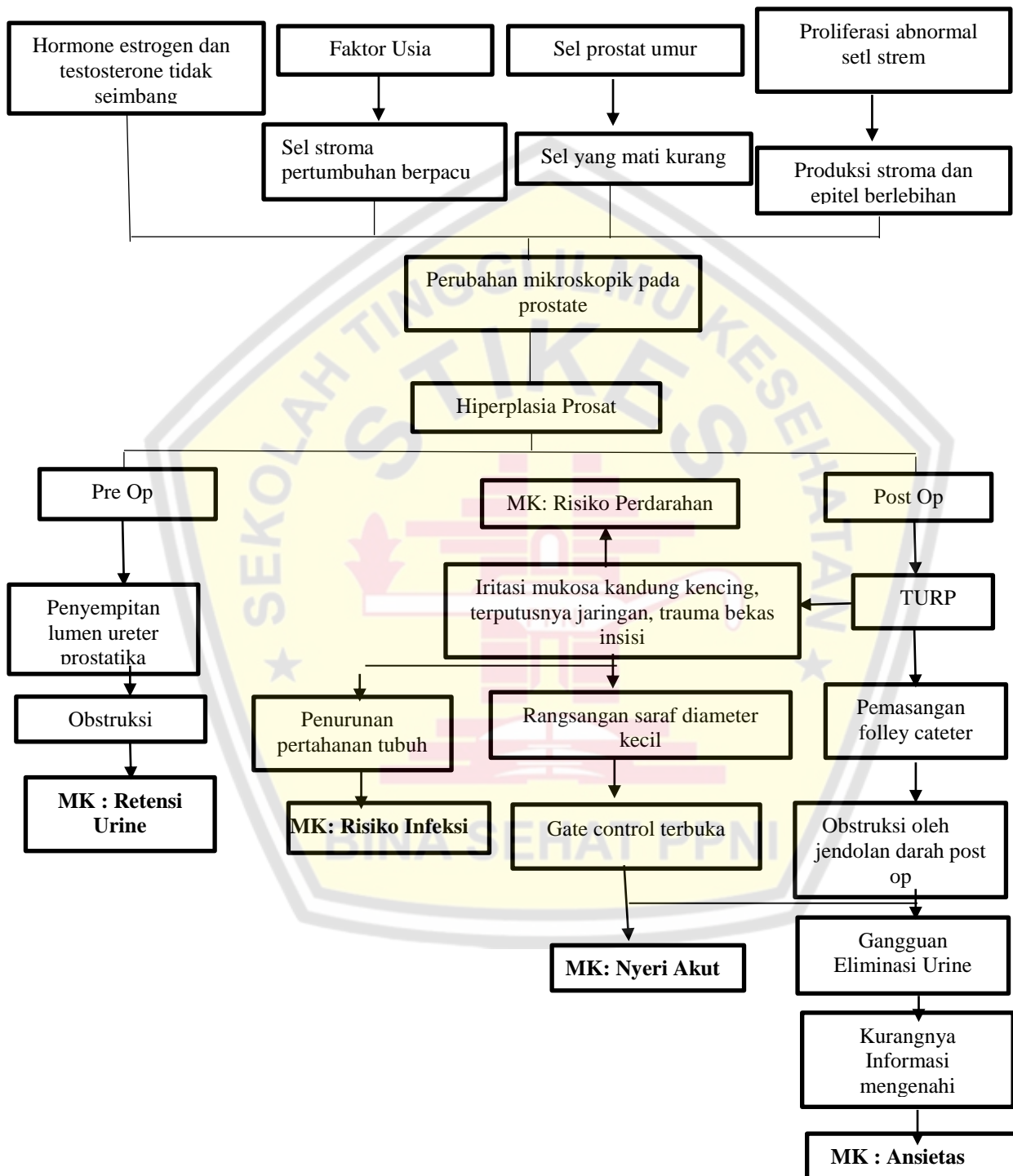
Menurut (Amin Huda Nurarif, 2016) umumnya gangguan ini terjadi setelah usia pertengahan akibat perubahan hormonal. Bagian paling dalam prostat membesar dengan terbentuknya adenoma yang tersebar. Pembesaran adenoma progresif menekan atau mendesak jaringan prostat yang normal ke kapsula sejati yang menghasilkan kapsula bedah. Kapsula bedah ini menahan perluasannya dan adenoma cenderung tumbuh ke dalam menuju lumennya, yang membatasi pengeluaran urine. Akhirnya diperlukan peningkatan penekanan untuk mengosongkan kandung kemih. Serat-serat muskulus destrussor berespon hipertropi, yang menghasilkan trabekulasi di dalam kandung kemih. Pada beberapa kasus jika obstruksi keluar terlalu hebat, terjadi dekompensasi kandung kemih menjadi struktur yang flasid (lemah), berdilatasi dan

sanggup berkontraksi secara efektif. Karena terdapat sisi urin, maka terdapat peningkatan infeksi dan batu kandung kemih. Peningkatan tekanan balik dapat menyebabkan hidronefrosis. Retensi progresif bagi air, natrium, dan urea dapat menimbulkan edema hebat. Edema ini berespon cepat dengan drainage kateter.

Menurut (Amin Huda Nurarif, 2016) pembesaran prostat terjadi secara pelahan-lahan pada traktus urinarius. Pada tahap awal terjadi pembesaran prostat sehingga terjadi 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 mejadi lelah dan akhirnya akan mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk kontraksi, sehingga terjadi retensi urin total yang berlanjut pada hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas.

2.1.7 Pathway

Gambar 2. 1



2.1.8 Pemeriksaan Penunjang

Menurut (Ns. Andra Saferi Wijaya & Ns. Yessie Mariza 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)

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.

4) Pemeriksaan lain

- BNO/IVP untuk menentukan adanya divertikel, penebalan bladder
- USG dengan Transuretral ultrasonografi prostat (TRUS P) 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.

2.1.9 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan menurut (Ns. Andra Saferi Wijaya & Ns. Yessie Mariza 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. High 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.

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.

2.1.10 Komplikasi

Komplikasi yang terdapat pada hipertropi prostat adalah (Ns. Andra Saferi Wijaya & Ns. Yessie Mariza Putri, 2017):

- a. Retensi kronik dapat menyebabkan rufluk vesiko-ureter, hidroureter, hidronefrosis, gagal ginjal.
- b. Process 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.

2.2 Konsep Keperawatan Retensi Urine

2.2.1 Definisi Retensi Urine

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 (PPNI, 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 (Koizer et al., 2011).

2.2.2 Etiologi Retensi Urine

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 pada uretra 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 dan struktur uretra (Anjar, et al., 2019).

2.2.3 Manifestasi Klinis Retensi Urine

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 (PPNI, 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 sampai 3.000 ml urin (Perry, 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, 2010) Apabila pengosongan kandung kemih terganggu, urin akan terakumulasi dan akan terjadi distensi kandung kemih. Kondisi tersebut akan menyebabkan retensi urin (Kozier,

2010).

b. Gejala tanda minor

1) Subjektif

Dribbling (urin yang menetes) adalah kebocoran/ rembesan urin walaupun ada kontrol terhadap pengeluaran urin (Perry, 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 (Tim Pokja SDKI DPP, 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 (Perry, 2006).

Tabel 2. 2

Gejala dan Tanda Mayor & Minor Retensi Urine

Keterangan	Mayor	Minor
Subjektif	1. Sensasi penuh pada kandung kemih	1. <i>Dribbling</i>
Objektif	1. Disuria/ Anuria 2. Distensi kandung kemih	1. Inkontensia berlebih 2. Residu urin 150 ml atau lebih

(Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017)

2.3 Konsep Asuhan Keperawatan Pre Operasi *Benigna Prostat Hiperplasia* dengan Retensi Urine

2.3.1 Pengkajian keperawatan

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 (NANDA, 2018).

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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 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).fil

- a. Identitas pasien meliputi nama, usia, jenis kelamin, pendidikan, alamat, pekerjaan, agama, suku bangsa, tanggal dan jam masuk rumah sakit, nomor register, dan diagnosa medis.
- b. 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 pada kandung kemih, disuria/anuria, dan distensi kandung kemih (Muttaqin, 2011).
- c. 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, 2011).
- d. 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 pernahkah 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, 2011).
- e. Data riwayat penyakit keluarga yang berhubungan dengan penyakit gangguan sistem perkemihan yang merupakan salah satu faktor predisposisi terjadinya *benigna prostat hyperplasia* (BPH).
- f. 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.
- g. Data pasien retensi urine termasuk dalam kategori fisiologi dan subkategori eliminasi, perawat harus mengkaji data gejala dan tanda mayor dan minor (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 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

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respons klien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya, baik yang berlangsung aktual maupun potensial. Diagnosa keperawatan bertujuan untuk mengidentifikasi respons individu, keluarga atau komunitas terhadap situasi yang berkaitan dengan kesehatan. Terdapat dua jenis diagnosa keperawatan yaitu diagnosa negatif dan diagnosa positif. Diagnosa negative menunjukkan bahwa klien dalam kondisi sakit atau berisiko mengalami sakit sehingga penegakan diagnosa ini akan mengarahkan pemberian intervensi keperawatan yang bersifat penyembuhan, pemulihan dan pencegahan. Diagnosa ini terdiri atas diagnosa aktual dan diagnosa risiko. Sedangkan diagnosa positif menunjukkan bahwa klien

dalam kondisi sehat dan dapat mencapai kondisi yang lebih sehat atau optimal. Diagnosa ini disebut juga dengan diagnosa promosi kesehatan.

Diagnosa keperawatan memiliki dua komponen utama yaitu masalah (*problem*) yang merupakan label diagnosa keperawatan yang menggambarkan intidari respons 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. Dalam hal ini retensi urine termasuk dalam jenis kategori diagnosa keperawatan negative yaitu diagnosa actual. Metode perumusan diagnosa actual, yaitu masalah (*Problem*) berhubungan dengan penyebab (*Etiology*) dibuktikan dengan tanda (*Sign*) dan gejala (*Symptom*) (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

Diagnosa keperawatan yang difokuskan pada penelitian ini adalah retensi urine berhubungan dengan (b.d) blok spingter dibuktikan dengan (d.d) 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 (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

2.3.3 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 penjabar 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 (Tim Pokja SIKI DPP, 2018).

Klasifikasi perencanaan keperawatan retensi urine termasuk dalam kategori fisiologi dan termasuk ke dalam subkategori (Tim Pokja SIKI DPP, 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*). Luarannya (*outcome*) terdiri dari dua jenis yaitu luaran positif (perlu ditingkatkan) dan luaran negatif (perlu diturunkan) (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). 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 (Tim Pokja SLKI DPP PPNI, 2019). Setelah menetapkan tujuan dilanjutkan dengan perencanaan keperawatan. Perencanaan keperawatan pasien dengan retensi urine yaitu menggunakan perencanaan utama. Perencanaan utama

yaitu kateterisasi urine (Tim Pokja SIKI DPP, 2018).

Tabel 2. 3

Perencanaan Keperawatan pada Pasien Pre Operasi BPH dengan Retensi Urine

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1	2	3
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 rin 150 ml atau lebih.	Setelah dilakukan perencanaan keperawatan selama 2 x 24 jam, maka eliminasi urine membaik, dengan kriteria hasil: 1. Disuria menurun 2. Mengompol menurun	Perawatan Kateter Urine Obsevasi: 1. Monitor kepatenan kateter urine 2. Monitor tanda dan infeksi saluran kemih 3. Monitor tanda dan gejala obstruksi aliran urine. 4. Monitor kebocoran kateter, selang dan kantung urine. 5. Monitor input dan output cairan (jumlah dan karakteristik) Terapeutik: 1. Gunakan teknik aseptik selama perawatan kateter urine. 2. Pastikan selang kateter dan kantung urine terbebas dari lipatan. 3. Pastikan kantung urine diletakkan di bawah ketinggian kandung

1	2	3
		<p>kemih dan tidak dilantai.</p> <p>4. Lakukan perawatan perineal (<i>perineal hygiene</i>) minimal 1 kali sehari.</p> <p>5. Kosongkan kantung urine jika kantung urine telah terisi setengahnya</p> <p>6. Ganti kateter dan kantung urine secara rutin sesuai protokol atau sesuai indikasi</p> <p>7. Lepaskan kateter urine sesuai kebutuhan.</p> <p>8. Jaga privasi selama melakukan tindakan</p>

(Sumber: Tim Pokja SDKI DPP PPNI, *Standar Diagnosa Keperawatan Indonesia, 2017*, Tim Pokja SIKI DPP PPNI, *Standar Perencanaan Keperawatan Indonesia, 2018*, Tim Pokja SLKI DPP PPNI, *Standar Luaran Keperawatan Indonesia, 2019*)

2.3.4 Implementasi keperawatan

Implementasi keperawatan merupakan sebuah fase dimana perawat melaksanakan rencana atau perencanaan yang sudah dilaksanakan sebelumnya (Koizer et al., 2011). 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 (Tim Pokja SIKI DPP, 2018). Implementasi keperawatan

mempunyai 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).

2.3.5 Evaluasi keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan fase akhir dalam proses keperawatan (Koizer et al., 2011). Evaluasi dapat berupa evaluasi struktur, proses dan hasil. Evaluasi terdiri dari evaluasi formatif yaitu menghasilkan umpan balik selama program berlangsung. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setelah program selesai dan mendapatkan informasi efektivitas pengambilan keputusan (Deswani, 2011). Evaluasi asuhan keperawatan didokumentasikan dalam bentuk SOAP (subjektif, objektif, assesment, planing) (Achjar, 2012). Adapun komponen SOAP yaitu S (*Subjektif*) dimana perawat menemui keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan, O (*Objektif*) adalah data yang berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung pada pasien dan yang dirasakan pasien setelah tindakan keperawatan, A (*Assesment*) adalah interpretasi dari data subjektif dan objektif, P (*Planing*) adalah perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan, dihentikan, dimodifikasi, atau ditambah dari rencana tindakan keperawatan yang telah

ditentukan sebelumnya. Evaluasi yang diharapkan sesuai dengan masalah yang pasien hadapi yang telah di buat pada perencanaan tujuan dan kriteria hasil.

