

## BAB II

### TINJAUAN PUSTAKA

#### A. Konsep Dasar Retensi Urine Pada Pasien *Benigna Prostat Hiperplasia*

##### 1. Pengertian *benigna prostat hiperplasia*

*Benigna prostat hiperplasia* (BPH) merupakan pembesaran progresif kelenjar prostat yang menyebabkan penyumbatan saluran kemih dan pembatasan aliran urin (Nurmariana, 2014).

*Benigna prostate hiperplasia* merupakan kondisi patologis yang paling umum pada pria lansia dan penyebab kedua yang paling sering untuk perencanaan medis pada pria diatas usia 60 tahun (Smeltzer & Bare, 2013). Hipertrofi merupakan kelainan yang sering ditemukan. Istilah hipertrofi sebenarnya kurang tepat karena yang terjadi sebenarnya adalah hiperplasia kelenjar periuretral yang mendesak jaringan prostat yang asli ke perifer dan menjadi simpai bedah (Sjamsuhidajat & Jong, 2010).

BPH merupakan pembesaran kelenjar prostat, memanjang ke atas ke dalam kandung kemih dan menyumbat aliran urin dengan menutupi orifisium uretra akibatnya terjadi dilatasi ureter (hidroureter) dan ginjal (hidronefrosis) secara bertahap (Febrianto & Ismonah, 2015).

Dari beberapa pengertian tersebut dapat disimpulkan bahwa *Benigna Prostate Hiperplasia* (BPH) adalah pembesaran dari prostat yang biasanya terjadi pada orang yang berusia lebih dari 60 tahun yang mendesak saluran perkemihan.

## **2. Etiologi *benigna prostat hiperplasia***

Penyebab BPH belum diketahui secara pasti, namun faktor usia dan hormonal menjadi predisposisi terjadinya BPH. Namun beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hiperplasia sangat erat kaitannya peningkatan kadar *dihidrotestosteron* (DHT) dan proses *aging* (menjadi tua). Beberapa hipotesis yang diduga sebagai penyebab timbulnya hiperplasia prostat adalah teori dihidrotestosteron, adanya ketidakseimbangan antara estrogen-testosteron, ketidakseimbangan ini terjadi karena proses degeneratif. Pada proses penuaan pada pria terjadi peningkatan hormon testostosterone. Hal ini memicu terjadi hiperplasia stroma pada prostat. Hipotesis selanjutnya yaitu interaksi antara sel stroma dan sel epitel prostat. Pada hal ini peningkatan kadar *epidermal growth factor* atau *fibroblast growth factor* dan penurunan *transforming growth factors beta* menyebabkan hiperplasia stroma dan epitel sehingga akan terjadi BPH. Selanjutnya berkurangnya kematian sel (apoptosis), dimana saat estrogen yang meningkat akan menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat. Terakhir teori stem sel yaitu saat sel stem meningkat akan mengakibatkan proliferasi sel transit dan memicu terjadinya BPH (Purnomo, 2003).

## **3. Patofisiologi *benigna prostat hiperplasia***

Perubahan mikroskopik pada prostat telah terjadi pada pria usia 30-40 tahun. Bila perubahan mikroskopik ini berkembang, akan terjadi perubahan patologi, anatomi yang ada pada pria usia 50 tahunan. Perubahan hormonal menyebabkan hiperplasia jaringan penyangga stromal dan elemen glandular pada prostat.

Proses pembesaran prostat terjadi secara perlahan-lahan sehingga perubahan pada saluran kemih juga terjadi secara perlahan-lahan. Pada tahap awal setelah

terjadi pembesaran prostat, resistensi urin pada leher buli-buli dan daerah prostat meningkat, serta otot detrusor menebal dan merenggang sehingga timbul sakulasi atau divertikel. Fase penebalan detrusor ini disebut fase kompensasi. Apabila keadaan berlanjut, maka detrusor menjadi lelah dan akhirnya mengalami dekompensasi dan tidak mampu lagi untuk berkontraksi sehingga terjadi retensi urin yang selanjutnya dapat menyebabkan hidronefrosis dan disfungsi saluran kemih atas (Purnomo, 2003). Adapun patofisiologi dari masing-masing gejala yaitu :

1. Penurunan kekuatan dan aliran yang disebabkan resistensi uretra adalah gambaran awal dan menetap dari BPH. Retensi akut disebabkan oleh edema yang terjadi pada prostat yang membesar.
2. *Hesitancy* (kalau mau miksi harus menunggu lama), terjadi karena detrusor membutuhkan waktu yang lama untuk dapat melawan resistensi uretra.
3. *Intermittency* (kencing terputus-putus), terjadi karena detrusor tidak dapat mengatasi resistensi uretra sampai akhir miksi. Terminal *dribbling* dan rasa belum puas sehabis miksi terjadi karena jumlah residu urin yang banyak dalam buli-buli.
4. Nokturia (miksi pada malam hari) dan frekuensi terjadi karena pengosongan yang tidak lengkap pada tiap miksi sehingga interval antar miksi lebih pendek.
5. Frekuensi terutama terjadi pada malam hari (nokturia) karena hambatan normal dari korteks berkurang dan tonus sfingter dan uretra berkurang selama tidur.
6. Urgensi (perasaan ingin miksi sangat mendesak) dan disuria (nyeri pada saat miksi) jarang terjadi. Jika ada disebabkan oleh ketidak stabilan detrusor

sehingga terjadi kontraksi involunter.

7. Inkontinensia bukan gejala yang khas, walaupun dengan berkembangnya penyakit urin keluar sedikit-sedikit secara berkala karena setelah buli-buli mencapai compliance maksimum, tekanan dalam buli-buli akan cepat naik melebihi tekanan spingter.
8. Hematuri biasanya disebabkan oleh pecahnya pembuluh darah submukosa pada prostat yang membesar.
9. Lobus yang mengalami hipertropi dapat menyumbat kolum vesika atau uretra prostatik, sehingga menyebabkan pengosongan urin inkomplit atau retensi urin. Akibatnya terjadi dilatasi ureter (hidroureter) dan ginjal (hidronefrosis) secara bertahap, serta gagal ginjal.
10. Infeksi saluran kemih dapat terjadi akibat stasis urin, di mana sebagian urin tetap berada dalam saluran kemih dan berfungsi sebagai media untuk organisme infeksi. Karena selalu terdapat sisa urin dapat terbentuk batu endapan dalam buli-buli, batu ini dapat menambah keluhan iritasi dan menimbulkan hematuri. Batu tersebut dapat pula menimbulkan sistitis dan bila terjadi refluks dapat terjadi pielonefritis.

#### **4. Tanda dan gejala *benigna prostat hiperplasia***

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

- a. Gejala iritatif meliputi :
  - 1) Peningkatan frekuensi berkemih
  - 2) Nokturia (terbangun pada malam hari untuk miksi)
  - 3) Perasaan ingin miksi yang sangat mendesak/tidak dapat ditunda (urgensi)

- 4) Nyeri pada saat miksi (disuria)
- b. Gejala obstruktif meliputi :
- 1) Pancaran urin melemah
  - 2) Rasa tidak puas sehabis miksi, kandung kemih tidak kosong dengan baik
  - 3) Kalau mau miksi harus menunggu lama
  - 4) Volume urin menurun dan harus mengedan saat berkemih
  - 5) Aliran urin tidak lancar/terputus-putus
  - 6) Urin terus menetes setelah berkemih
  - 7) Waktu miksi memanjang yang akhirnya menjadi retensi urin dan inkontinensia karena penumpukan berlebih
  - 8) Pada gejala yang sudah lanjut, dapat terjadi azotemia (akumulasi produk sampah nitrogen) dan gagal ginjal dengan retensi urin kronis dan volume residu yang besar.
- c. Gejala generalisata seperti seperti keletihan, anoreksia, mual dan muntah, dan rasa tidak nyaman pada epigastrik.

Berdasarkan keluhan dapat dibagi menjadi (Sjamsuhidajat & Jong, 2010)

- 1) Derajat I : penderita merasakan lemahnya pancaran berkemih, kencing tak puas, frekuensi kencing bertambah terutama pada malam hari
- 2) Derajat II : adanya retensi urin maka timbulah infeksi. Penderita akan mengeluh waktu miksi terasa panas (disuria) dan kencing malam bertambah hebat.
- 3) Derajat III : timbulnya retensi total. Bila sudah sampai tahap ini maka bisa timbul aliran refluk ke atas, timbul infeksi ascenden menjalar ke ginjal dan dapat menyebabkan pielonfritis, hidronefrosis.

## 5. Pengertian retensi urine

Retensi urine adalah ketidakmampuan seseorang untuk mengeluarkan urine yang terkumpul di dalam buli-buli hingga kapasitas maksimal buli-buli terlampaui. Proses miksi terjadi karena adanya koordinasi harmonik antara otot detrusor buli-buli sebagai penampung dan pemompa urine dengan uretra yang bertindak sebagai pipa untuk menyalurkan urine. Adanya penyumbatan pada uretra, kontraksi buli-buli yang tidak adekuat, atau tidak adanya koordinasi antara buli-buli dan uretra dapat menimbulkan terjadinya retensi urine (Purnomo, 2003).

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).

## 6. 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 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 dan struktur uretra (Anjar, et al., 2019).

## **7. 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 & 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, 2010)

b) Distensi kandung kemih

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*

*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 (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 & Potter, 2006).

Tabel 1  
Gejala dan Tanda Mayor & Minor Retensi Urine

Keterangan	Mayor	Minor
<b>Subjektif</b>	1. Sensasi penuh pada kandung kemih	1. <i>Dribbling</i>
<b>Objektif</b>	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)*

## **B. Konsep Asuhan Keperawatan Pre Operasi *Benigna Prostat Hiperplasia* dengan Retensi Urine**

### **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 skrinning dan pengkajian mendalam. Keduanya membutuhkan pengumpulan data, keduanya mempunyai tujuan yang berbeda.

Pengkajian skrinning adalah langkah awal pengumpulan data. Pengkajian mendalam lebih fokus, memungkinkan perawat untuk mengeksplorasi informasi yang diidentifikasi dalam pengkajian skrinning awal, dan untuk mencari petunjuk tambahan yang mungkin mendukung atau menggugurkan bakal diagnosa keperawatan (NANDA, 2018). Terdapat 14 jenis subkategori data yang harus dikaji

yakni respirasi, sirkulasi, nutrisi dan cairan, eliminasi, aktivitas dan istirahat, neurosensori, reproduksi dan seksualitas, nyeri dan kenyamanan, integritas ego, pertumbuhan dan perkembangan, kebersihan diri, penyuluhan dan pembelajaran, interaksi sosial, keamanan dan proteksi (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2017).

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, 2008)

- 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 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, 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. 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 inti dari 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).

### 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 (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*). Luaran (*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

Perencanaan Keperawatan pada Pasien Pre Operasi BPH dengan Retensi Urine

<b>Diagnosa Keperawatan</b>	<b>Tujuan dan Kriteria Hasil</b>	<b>Intervensi</b>
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	<b>Perawatan Kateter Urine</b> <b>Obsevasi:</b> 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) <b>Terapeutik:</b> 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)*

#### **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 membutuhkan fleksibilitas dan

keaktivitas 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, 2008).

## **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.