

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Tinjauan Teori Medis

2.1.1 Pengertian

Benigna prostat hyperplasia (BPH) adalah suatu penyakit perbesaran atau hipertrofi seringkali menimbulkan kontroversi di kalangan klinik karena sering rancu dengan hyperplasia. Hipertrofi bermakna bahwa dari segi kualitas terjadi pembesaran sel, namun tidak diikuti oleh jumlah (kualitas) dan diikuti oleh penambahan jumlah sel (kuantitas). BPH sering kali menyebabkan gangguan dalam eliminasi urine karena pembesaran prostat yang cenderung kearah depan / menekan vesika urinaria (Eko Prabowo dan Andi Eka Pranata, 2014).

Hyperplasia noduler ditemukan pada sekitar 20% laki-laki dengan usia 40 tahun, meningkatkan 70% pada usia 60 tahun dan menjadi 90% pada usia 70 tahun. Pembesaran ini bukan merupakan kanker prostat, karena konsep BPH dan karsinoma prostat berbeda. Secara anatomis, sebenarnya kelenjar prostat merupakan kelenjar ejakulat yang membantu menyemprotkan sperma dari saluran (ductus). Pada waktu melakukan ejakulasi, secara fisiologis prostat membesar untuk mencegah urine dari urinaria melewati uretra. Namun, pembesaran prostat yang terus menerus akan berdampak pada obstruksi saluran kencing (meatus urinarius internus) (Mitchell, 2009).

2.1.2 Etiologi

Penyebab pastinya belum diketahui secara pasti dari hiperplasia prostat, namun faktor usia dan hormonal menjadi predisposisi terjadinya BPH. Beberapa hipotesis menyebutkan bahwa hyperplasia prostat sangat erat kaitannya dengan (Purnomo, 2007):

1. Peningkatan DHT (dehidrotestosteron)

Peningkatan 5 alfa reduktase dan reseptor androgen akan menyebabkan epitel dan stroma dari kelenjar prostat mengalami hyperplasia.

2. Ketidak seimbangan estrogen-testosteron

Ketidak seimbangan ini terjadi karena proses degeneratif. Pada proses penuaan, pada pria terjadi peningkatan hormon estrogen dari penurunan hormone testosteron. Hal ini yang memicu terjadinya hyperplasia stroma pada prostat.

3. Interaksi antar stroma dan sel epitel prostat

Peningkatan kadar epidermal growth factor atau fibroblast growth factor dan penurunan transforming growth factor beta menyebabkan hyperplasia stroma dan epitel, sehingga akan terjadi BPH.

4. Berkurangnya kematian sel (apoptosis)

Estrogen yang meningkat akan menyebabkan peningkatan lama hidup stroma dan epitel dari kelenjar prostat.

5. Teori stem sel

Sel stem yang meningkat akibat akan mengakibatkan proliferasi sel transit dan memicu terjadi benigna prostat hyperplasia.

2.1.3 Patofisiologi

Prostat sebagai kelenjar ejakulat memiliki hubungan fisiologis yang sangat erat dengan dihidrotestosteron (DHT). Hormon ini merupakan hormon yang memacu pertumbuhan prostat sebagai kelenjar ejakulat yang nantinya akan mengoptimalkan fungsinya. Hormon ini di sintesis dalam kelenjar prostat dari hormone testostosterone dalam darah. Proses sintesis ini dibantu oleh enzim 5-

reduksi tipe 2. Selain DHT yang sebagai precursor, estrogen juga memiliki pengaruh terhadap pembesaran kelenjar prostat. Seiring dengan penambahan usia, maka prostat akan lebih sensitive dengan stimulasi androgen, sedangkan estrogen mampu memberikan proteksi terhadap BPH. Dengan pembesaran yang sudah melebihi normal, maka akan terjadi desakan pada traktus urinarius. Pada tahap awal, obstruksi traktus urinarius jarang menimbulkan keluhan, karena dengan dorongan mengejan dan kontraksi yang kuat dari m.destrusor mampu mengeluarkan urine secara spontan. Namun, obstruksi yang sudah kronis membuat dekomposisi m.destrusor untuk berkontraksi yang akhirnya menimbulkan obstruksi saluran kemih (Mitchell, 2009).

Keluhan yang biasanya muncul dari obstruksi ini adalah dorongan mengejan saat miksi yang kuat, pancaran urine lemah / menetes, disuria (saat kencing terasa terbakar), palpasi rectal toucher menggambarkan hipertrofi prostat, distensi vesika. Hipertrofi fibromuskuler yang terjadi pada klien BPH menimbulkan iritasi pada mukosa uretra. Iritabilitas inilah nantinya akan menyebabkan keluhan frekuensi, urgensi, inkontinensia urgensi, dan nokturia. Obstruksi yang berkelanjutan akan menimbulkan komplikasi yang lebih besar, misalnya hidronefrosis, gagal ginjal, dan lain sebagainya. Oleh karena itu, kateterisasi untuk tahap awal sangat efektif untuk mengurangi distensi vesika urinaria (Mitchell, 2009).

Pembesaran pada BPH (hyperplasia prostat) terjadi secara bertahap dari zona periuretral dan transisional. Hyperplasia ini terjadi secara nodular dan sering diiringi oleh proliferasi fibromuskular untuk lepas dari jaringan epitel. Oleh karena itu, hyperplasia zona transisional ditandai oleh banyaknya jaringan kelenjar yang

tumbuh pada pucuk dan cabang dari pada duktus. Sebenarnya proliferasi zona transisional dan zona sentral pada prostat berasal dari turunan duktus wolffii dan proliferasi zona perifer berasal dari sinus urogenital. Sehingga, berdasarkan latar belakang embriologis inilah bias diketahui mengapa BPH terjadi pada zona transisional dan sentral, sedangkan Ca prostat terjadi pada zona perifer(Eko Prabowo dan Andi Eka Pranata, 2014).

2.1.4 Manifestasi Klinis

Tanda dan gejala pada klien BPH menurut (Grace, 2006) adalah :

1. Gejala prostatismus (nokturia, urgency, penurunan daya aliran urine);

Kondisi ini dikarenakan oleh kemampuan vesika urinaria yang gagal mengeluarkan urine secara spontan dan regular, sehingga volume urine masih sebagai besar tertinggal dalam vesika.

2. Retensi urine ;

Pada awal obstruksi, biasanya pancaran urine lemah, terjadi hesistansi, intermitensi, urine menetes, dorongan mengejan yang kuat saat miksi, dan retensi urine. Retensi urine sering dialami oleh klien yang mengalami BPH kronis. Secara fisiologis, vesika urinaria memiliki kemampuan untuk mengeluarkan urine melalui kontraksi otot detrusor. Namun, obtruksi yang berkepanjangan akan membuat beban kerja m.detrusor semakin berat dan pada akhirnya mengalami dekompensasi.

3. Pembesaran prostat ;

Hal ini diketahui melalui pemeriksaan rektal toucher (RT) anterior. Biasanya didapatkan gambaran prostat dengan konsistensi jinak.

4. Inkontinesia ;

Inkontinesia yang terjadi mungkin menunjukkan bahwa m.detrusor gagal dalam melakukan kontraksi. Dekompensasi yang berlangsung lama akan mengiritabilitas serabut syaraf urinarius, sehingga control untuk miksi hilang.

2.1.5 Pemeriksaan Penunjang

Pemeriksaan klinis dilakukan untuk mengetahui apakah pembesaran prostat ini bersifat benigna atau maligna dan untuk memastikan tidak adanya penyakit penyerta lainnya. Berikut pemeriksaan (Grace. 2006) :

1. Urinalisi dan Kultur Urine

Pemeriksaan ini untuk menganalisa adanya tidaknya infeksi dan RBC (red blood cell) dalam urine yang memanifestasikan adanya perdarahan/ heumaturia.

2. DPL (deep peritoneal lavage)

Pemeriksaan ini untuk melihat ada tidaknya perdarahan internal dalam abdomen. Sampel yang diambil adalah cairan abdomen dan diperiksa jumlah sel darah merahnya.

3. Ureum, Elektrolit dan Serum Kreatinin

Pemeriksaan ini untuk menentukan status fungsi ginjal. Hal ini sebagai data pendukung untuk mengetahui penyakit komplikasi dari BPH, karena obstruksi yang berlangsung kronis seringkali menimbulkan hidronefrosis yang lambat laun akan memperberat fungsi ginjal dan pada akhirnya menjadi gagal ginjal.

4. PA (patologi anatomi)

Pemeriksaan ini dilakukan dengan sampel jaringan pasca operasi. Sampel jaringan akan dilakukan pemeriksaan mikroskopis untuk mengetahui apakah hanya bersifat benigna atau maligna, sehingga akan menjadi landasan untuk treatment selanjutnya.

5. Catatan harian berkemih

Setiap hari perlu dilakukan evaluasi output urine, sehingga akan terlihat bagaimana siklus rutinitas miksi dari pasien. Data ini menjadi bekal untuk membandingkan dengan pola eliminasi urine yang normal.

6. Uroflowmetri

Dengan menggunakan alat pengukur, maka akan terukur pancaran urine. Pada obstruksi dini seringkali pancaran melemah bahkan meningkat. Selain itu, volume residu urine juga harus diukur. Normalnya residual urine < 100 ml. Namun, residual yang tinggi membuktikan bahwa viskal urinaria tidak mampu mengeluarkan urine secara baik karena adanya obstruksi.

7. USG Ginjal dan Vesika Urinaria

USG ginjal bertujuan untuk melihat adanya komplikasi penyerta dari BPH, misalnya hidronephrosis. Sedangkan USG pada vesika urinaria akan memperlihatkan gambaran pembesaran kelenjar prostat.

2.1.6 Penatalaksanaan

Penyakit BPH merupakan penyakit bedah, sehingga bersifat siptomatis untuk mengurangi tanda gejala yang diakibatkan oleh obstruksi pada saluran kemih. Terapi simptomatis ditujukan untuk merelaksasi otot polos prostat atau

dengan menurunkan kadar hormonal yang mempengaruhi pembesaran, sehingga obstruksi akan berkurang. Jika keluhan masih bersifat ringan, maka obstruksi/retensi urine, infeksi, vesikolithiasis, insufisiensi ginjal, maka harus dilakukan pembedahan (Eko Prabowo dan Andi Eka Pranata, 2014) :

1. Terapi simptomatis

Pemberian obat golongan reseptor alfa-adrenergik inhibitor mampu merelaksasikan otot polos prostat dan salurankemih akan lebih terbuka. Obat golongan 5-alfa-reduktase inhibitor mampu menurunkan kadar dehidrotesteron intraprostat, sehingga dengan turunya kadar testosteron dalam plasma maka prostat akan mengecil.

2. TUR-P (Transurethral Resection Prostatectomy)

Tindakan ini merupakan tindakan pembedahan non insisi, yaitu pemotongan secara elektrik prostat melalui meatus uretralis. Jaringan prostat yang membesar dan menghalangi jalannya urine akan dibuang melalui elektrokauter dan dikeluarkan melalui irigasi dilator. Tindakan ini memiliki banyak keuntungan, yaitu meminimalisir tindakan pembedahan terbuka, sehingga masa penyembuhan lebih cepat dan tingkat resiko infeksi bias ditekan.

3. Pembedahan terbuka (open prostatectomy)

Tindakan ini dilakukan jika prostat terlalu besar diikuti oleh penyakit penyerta lainnya, misalnya tumor vesika urinaria, vesikolithiasis, dan adanya adenoma yang besar.

2.2 Tinjauan Teori Asuhan Keperawatan

2.2.1 Pengkajian Keperawatan

Pengkajian adalah tahap awal dan dasar dalam proses keperawatan. Pengkajian merupakan tahap yang paling menentukan bagi tahap berikutnya. Kemampuan mengidentifikasi masalah keperawatan yang terjadi pada tahap ini akan menentukan diagnosis keperawatan. Oleh karena itu, pengkajian harus dilakukan secara teliti dan cermat sehingga seluruh kebutuhan perawatan pada pasien dapat diidentifikasi. Kegiatan dalam pengkajian adalah pengumpulan data baik subyektif maupun obyektif dengan tujuan menggali informasi tentang status kesehatan klien (Nikmatur, 2012).

2.2.2 Analisa Data

Analisa data adalah upaya untuk memberikan pembuktian kebenaran pada data yang telah dikumpulkan dengan melakukan perbandingan data subyektif dan obyektif yang dikumpulkan dari pengkajian sebagai sumber berdasarkan standart nilai normal, untuk menemukan kemungkinan pengkajian ulang atau pengkajian tambahan tentang data yang ada (Hidayat, 2005).

2.2.3 Diagnosis Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (Keadaan sehat atau perubahan pola interaksi actual / potensial) dari individu atau kelompok agar perawat dapat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan tindakan keperawatan secara pasti untuk menjaga status kesehatan (Nikmatur, 2012).

2.2.4 Perencanaan Keperawatan

Perencanaan adalah pengembangan strategi desain untuk mencegah, mengurangi, dan mengatasi masalah-masalah yang telah diidentifikasi dalam diagnosis keperawatan. Tahap ini dimulai setelah menentukan diagnosa keperawatan dan menyimpulkan rencana dokumentasi dan desain perencanaan menggambarkan sejauh mana perawat mampu menetapkan cara menyelesaikan masalah dengan efektif dan efisien (Nikmatur, 2012).

2.2.5 Pelaksanaan Keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah ditetapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respons pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Nikmatur, 2012).

2.2.6 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan.

Untuk memudahkan perawat mengetahui atau memantau perkembangan pasien, digunakan komponen SOAP/SOAPI/SOAPIER. Penggunaannya tergantung dari kebijakan setempat. Pengertian SOAPIER adalah sebagai berikut :

1. S : Data subyektif

Perawat menuliskan keluhan pasien yang masih dirasakan setelah dilakukan tindakan keperawatan.

2. O : Data obyektif

Data berdasarkan hasil pengukuran atau observasi perawat secara langsung kepada pasien, dan yang disarankan pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan.

3. A : Analisa

Intepetasi dari data subyektif dan obyektif. Analisa merupakan suatu masalah atau diagnosis keperawatan yang masih terjadi.

4. P : Planning

Perencanaan keperawatan yang akan dilanjutkan , dihentikan, dimodifikasi, atau ditambahkan dari rencana tindakan keperawatan yang telah ditentukan sebelumnya.

5. I : Implementasi

Tindakan keperawatan yang dilakukan sesuai dengan intruksi yang telah teridentifikasi dalam komponen perencanaan.

6. E : Evaluasi

Respon pasien terhadap tindakan keperawatan.

7. R : Reassessmeent

Pengkajian ulang yang dilakuakn terhadap perencanaan setelah hasil evaluasi, apakah dari rencana tindakan perlu dilanjutkan, dimodifikasi , atau dihentikan (Nikmatur, 2012).

2.3 Penerapan Asuhan Keperawatan BPH (Tinjauan Teori)

2.3.1 Pengkajian keperawatan

Pengkajian adalah pemikiran dasar dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan informasi / data tentang klien, agar dapat mengidentifikasi, mengenali masalah, kebutuhan kesehatan dan keperawatan klien baik fisisk, mental, soail, dan lingkungan.

1. Pengumpulan data

1) Identitas

Meliputi nama, jenis kelamin, alamat, agama, status perkawinan, pendidikan, pekerjaan, dan nomor register

2) Keluhan utama

Keluhan utama yang biasa muncul pada klien BPH pos op TURP adalah nyeri yang berhubungan dengan spasme buli-buli.

3) Riwayat Kesehatan

a. Riwayat Kesehatan Sekarang

Pengkajian riwayat penyakit sekarang yang mendukung kumpulan gejala yang ditimbulkan oleh BPH dikenal dengan Lower Urinari Tract Symptoms (LUTS) antara lain : hesitasi, pancar urin lemah, intermitensi, terminal dribbling, terasa ada sisa setelah selesai miksi, urgens, frekuensi, dan disuria . Perlunya ditanyakan mengenai permulaan timbulnya keluhan, hal hal yang dapat menimbulkan keluhan dan diketahui pula bhawa munculnya gejala untuk pertama kali atau berulang.

b. Riwayat penyakit dahulu

Menanyakan apakah pasien sebelumnya pernah masuk rumah sakit dengan penyakit yang dialami sekarang atau pernah menderita jantung koroner, hipertensi, diabetes mellitus, atau hyperlipidemia.

c. Riwayat Kehatan Keluarga

Penyakit apa saja yang pernah dialami keluarga baik penyakit menurun maupun menular, dan adakah keluarga yang pernah mengalami penyakit BPH.

d. Riwayat pekerjaan dan pola hidup

Pada pasien dengan penyakit BPH biasanya dikarenakan faktor penauan dan .

4) Pengkajian psikososial

Kaji adanya emosi kecemasan, pandangan klien terhadap dirinya serta hubungan interaksi pasca tindakan TURP.

2. Pola Fungsi Kesehatan

a. Pola persepsi dan tata laksana hidup sehat

Biasanya kasus BPH terjadi pada pasien laki-laki yang sudah tua, dan pasien biasanya tidak memperdulikan hal ini, karena sering mengatakan bahwa sakit yang dideritanya pengaruh umur yang sudah tua. Perawat perlu mengetahui penyakit apa yang dideritanya? Dan apa penyebab sakitnya saat ini?

b. Pola nutrisi dan metabolisme

Terganggunya system makanan dan cairan yang masuk karena efek penekanan / nyeri pada abdomen (pada preoperasi), maupun efek dari

anastesi pada postoperasi BPH, sehingga terjadi gejala : anoreksia, mual, muntah, penurunan berat badan, tindakan yang perlu dikaji adalah awasi masukan dan pengeluaran baik cairan maupun nutrisinya.

c. Pola eliminasi

Gangguan eliminasi pada pasien postoperasi BPH yang terjadi karena tindakan invasive serta prosedur pembedahan sehingga perlu adanya observasi drainase kateter untuk mengetahui adanya perdarahan dengan mengevaluasi warna urin. Evaluasi warna urine, contoh : merah terang dengan berkuar darah. Selain terjadi gangguan eliminasi urin, juga ada kemungkinan terjadinya konstipasi. Pada post operasi BPH, karena perubahan pola makanan dan minuman.

d. Pola istirahat dan tidur

Pada pasien BPH biasanya istirahat dan tidurnya terganggu, disebabkan oleh nyeri pinggang dan BAK yang keluar terus menerus dimana hal ini dapat mengganggu kenyamanan klien.

e. Pola aktifitas dan latihan

Adanya keterbatasan aktivitas karena kondisi klien yang lemah dan terpasang traksi kateter selama 6-24 jam. Pada paha yang dilakukan perekatan kateter tidak boleh fleksi selama traksi masih diperlukan, klien juga merasa nyeri pada prostat dan pinggang. Klien BPH aktivitasnya sering dibantu oleh keluarga.

f. Pola resepsi dan konsep diri

Pasien dengan kasus BPH sering kali terganggu integritas egonya karena memikirkan bagaimana akan menghadapi pengobatan yang

dapat dilihat dari tanda-tanda seperti kegelisahan, kacau mental, perubahan perilaku.

g. Pola sensori kognitif

Pasien BPH umumnya adalah orang tua, maka alat indra klien biasanya terganggu karena pengaruh usia lanjut. Namun tidak semua pasien mengalami hal tersebut.

h. Pola reproduksi seksual

Pasien BPH terkadang mengalami masalah tentang efek kondisi/terapi pada kemampuan seksualnya, takut inkontinensia/menetes selama hubungan intim, penurunan kekuatan kontraksi saat ejakulasi, dan pembesaran atau nyeri tekan pada prostat.

i. Pola hubungan peran

Pasien BPH merasa rendah diri terhadap penyakit yang dideritanya. Sehingga hal ini menyebabkan kurangnya sosialisasi klien dengan lingkungan.

j. Pola penanggulangan stress

Pasien BPH mengalami peningkatan stress karena memikirkan pengobatan dan penyakit yang dideritanya menyebabkan klien tidak bias melakukan aktivitas seksual seperti biasanya, bias terlihat dari perubahan tingkah laku dan kegelisahan klien.

k. Pola tata nilai dan kepercayaan

Pasien BPH mengalami gangguan dalam hal keuakinan, seperti gangguan dalam beribadah sholat, klien tidak bias melaksanakannya, karena BAK yang sering keluar tanpa disadari.

3. Pemeriksaan fisik

- a. Abdomen : definisi nutrisi, edema, pruritus, echymosis menunjukkan renal insufensi dari obstruksi lama.
- b. Kandung kemih : inspeksi : penonjolan pada daerah supra public → retensi urin, palpasi : akan terasa adanya ballottement dan nilai akan menimbulkan pasien ingin BAK → retensi urin, perkusi : redup → residual urine
- c. Pemeriksaan penis : uretra kemungkinan adanya penyebab lain misalnya stenose meatus, striktur uretra, batu uretra/femosis.
- d. Pemeriksaan Rectal Toucher (colok dubur → posisi knee chest, syarat : buli-buli kosong / dikosongkan. Tujuan : menentukan konsistensi prostat dan besar prostat.

4. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksann penunjang lainnya yang bias membantu penegakaan diagnosis BPH adalah laboratorium, radiologi, terapi, dan pemeriksaan lainnya.

2.3.2 Diagnosa Keperawatan

Pernyataan yang menggambarkan respon manusia (keadaan sehat atau perubahan pola interaksi aktual/potensial) dari individu atau kelompok tempat perawat secara legal mengidentifikasi dan perawat dapat memberikan intervensi secara pasti untuk menjaga status kesehatan atau untuk mengurangi , menyingkirkan atau mencegah perubahan (Rohmah, 2012).

NANDA (2015) Diagnosa BPH (Benigna Prostat Hiperplasia) :

- 1) Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik (spasme kandung kemih).
- 2) Retensi urine berhubungan dengan tekanan ureter tinggi.
- 3) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih.

2.3.3 Perencanaan Keperawatan

Diagnosa keperawatan 1

NOC

Nyeri akut berhubungan dengan agens injuri fisik (spasme kandung kemih).

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan nyeri dapat berkurang atau hilang.

Kriteria Hasil :

1. Mampu mengontrol nyeri (tahu penyebab nyeri, mampu menggunakan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri, mencari bantuan)
2. Melaporkan bahwa nyeri berkurang dengan menggunakan manajemen nyeri.
3. Mampu mengenali nyeri (skala, intensitas, frekuensi dan tanda nyeri)
4. Menyatakan rasa nyaman setelah nyeri berkurang.

NIC

1. Kaji penyebab nyeri secara komprehensif termasuk lokasi karakteristik, durasi, kualitas, dan faktor presipitasi.
2. Observasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan.
3. Gunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien.
4. Bantu pasien dan keluarga untuk mencari dan menentukan dukungan.
5. Kontrol lingkungan yang dapat mempengaruhi nyeri seperti suhu ruangan, pecahayaan dan kebisingan.
6. Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi.
7. Kolaborasi dengan tim medis untuk pemberian analgesic.

Diagnosa keperawatan 2**NOC**

Retensi urine berhubungan dengan sumbatan saluran perkemihan.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan 3x24 jam diharapkan tidak terjadi penyumbatan urine.

Kriteria hasil :

1. Kandungan kemih kosong secara penuh
2. Tidak ada residu urin > 100-200 cc
3. Bebas dari ISK
4. Tidak ada spasme bladder

5. Balance cairan seimbangan

NIC

1. Monitor intake dan output
2. Monitor penggunaan obat antikolinergik
3. Monitor derajat distensi bladder
4. Monitor tanda dan gejala ISK (panas, hematuria, perubahan bau, dan konsistensi urine).

Diagnosa keperawatan 3

NOC

Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan sumbatan saluran pengeluaran pada kandung kemih.

Tujuan :

Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 3x24 jam diharapkan tidak ada gangguan dalam eliminasi urine.

Kriteria hasil :

1. Kandungan kemih kosong secarapenuh
2. Tidak ada residu urine > 100-200cc
3. Intake cairan dalam rentang normal
4. Bebas dari ISK
5. Tidak ada spasme bladder
6. Balance cairan seimbang

NIC

1. Lakukan penilaian kemih yang komprehensif berfokus pada inkonensia (missalnya : output urine, pola berkemih, kemih, fungsi kognitif, dan masalah kencing praeksisten).
2. Masukkan kateter kemih.
3. Anjurkan pasien / keluarga untuk merekam output urine.
4. Memantau tingkat distensi kandung kemih dengan palpasi dan perkusi.

2.3.4 Pelaksanaan Keperawatan

Realisasi rencana tindakan untuk mencapai tujuan yang telah diterapkan. Kegiatan dalam pelaksanaan juga meliputi pengumpulan data berkelanjutan, mengobservasi respon pasien selama dan sesudah pelaksanaan tindakan, serta menilai data yang baru (Rohmah, 2012).

2.3.5 Evaluasi

Penilaian dengan cara membandingkan perubahan keadaan pasien (hasil yang diamati) dengan tujuan dan kriteria hasil yang dibuat pada tahap perencanaan (Rohmah, 2012).