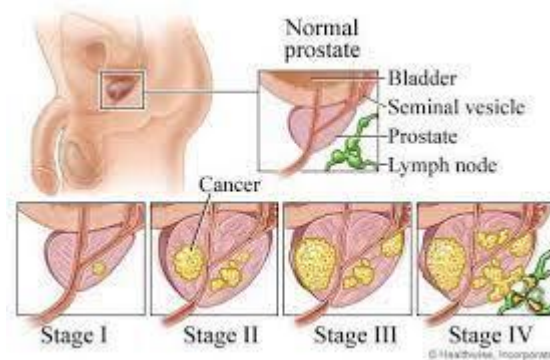


BAB II TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep *Ca Prostate*

1. Pengertian

Gambar 1. *Ca Prostate*



Prostat merupakan kelenjar yang berukuran seperti sebuah kenari yang berada dalam sistem reproduksi pria, yang tepatnya terletak diantara leher kandung kemih dan saluran kemih. Fungsi dari prostat adalah mengeluarkan cairan putih yang memberi nutrisi dan mengangkut sperma. Hormon dalam tubuh pria yang disekresi oleh testis secara langsung dapat mempengaruhi fungsi dan pertumbuhan prostat tersebut (Saragih, 2019).

Kasus prostat pada umumnya terjadi pada kalangan pria dewasa hingga lanjut usia, kasus tersebut berupa *hyperplasia* dimana penyakit ini merupakan peningkatan jumlah sel yang tidak normal, ketika terjadi mutase genetik yang tidak normal, penyakit ini akan menjadi tumor ganas dimana dapat berkembang di dalam prostat pria dan menyebabkan menjadi kanker prostat. Kanker ini dapat menyebar ke organ tubuh lainnya, khususnya pada bagian tulang dan kelenjar getah bening pinggul (Saragih, 2019).

2. Klasifikasi

Klasifikasi kanker prostat menurut Smart tahun 2014:

- a. Stadium A : adanya benjolan dalam kelenjar prostat yang tidak dapat diraba pada pemeriksaan fisik, dan biasanya ditemukan secara tidak sengaja setelah pembedahan prostat karena penyakit lain.

- b. Stadium B : benjolan atau tumor pada prostat yang sudah dapat diketahui secara diraba atau secara pemeriksaan fisik atau dengan tes *Prostate Specific Antigen (PSA)*.
 - c. Stadium C : tumor telah menyebar keluar dari kapsul prostat, tetapi masih belum terlalu parah dan belum sampai menyebar ke kelenjar getah bening.
 - d. Stadium D : pada stadium ini, kanker sudah sangat berbahaya karena kanker prostat sudah menyebar (metastase) ke kelenjar getah bening regional maupun bagian tubuh lainnya (tulang, paru, dll).
3. Faktor Penyebab

Faktor penyebab *Ca Prostate* menurut *WHO*, 2012 antara lain :

- a. Usia. Setelah usia 40, insiden kanker prostat sangat meningkat.
 - b. Etnis. Angka kejadian kanker prostat lebih tinggi terjadi pada orang dengan keturunan asia dan pada orang berkulit hitam.
 - c. Riwayat keluarga (genetik). Pria dengan ayah atau saudara laki-laki yang menderita kanker prostat memiliki resiko dua kali lipat untuk menderita kanker prostat.
 - d. Diet, dan gaya hidup. Diet tinggi lemak jenuh, daging merah, rendah serat, rendah konsumsi tomat dan produknya, rendah konsumsi ikan dan kedelai dapat meningkatkan resiko kanker prostat.
4. Manifestasi Klinis

Kanker prostat biasanya tidak memiliki tanda gejala yang menunjukkan adanya kanker. Terkadang, tanda dan gejala menyerupai *Benign Prostate Hyperplasia (BPH)*, yaitu berupa kesulitan dalam berkemih atau sering berkemih. Kanker juga dapat menyebabkan air kemih berwarna merah atau menyebabkan terjadinya penahanan air kemih secara mendadak. Biasanya kanker prostat terdeteksi setelah kanker telah mengalami metastase. Kanker prostat juga dapat menyebabkan nyeri pada tulang, dan tulang mengalami kerapuhan sehingga mudah mengalami patah tulang. Selain itu, kanker prostat juga dapat menyebabkan anemia, neurologis, ataupun gejala mental. Gejala lain yang dapat mengidentifikasi

kanker prostat adalah setelah BAK biasanya air kemih masih menetes, terasa nyeri saat berkemih, nyeri setelah ejakulasi, nyeri punggung bagian bawah, nyeri ketika BAB, sering BAK saat malam hari, sering BAK, nyeri tulang, air kencing mengandung darah, nyeri pada perut, dan penurunan berat badan (Smart, 2014).

B. Konsep Asuhan Keperawatan

1. Pengkajian

Pengkajian adalah tahap awal proses keperawatan dan merupakan suatu proses pengumpulan data yang sistematis dari berbagai sumber untuk mengevaluasi dan mengidentifikasi status kesehatan pasien. Pada pengkajian pertama terdapat waktu dan tempat pengkajian serta metode yang dilakukan. Identitas yang dikaji berupa identitas pasien dan juga keluarga Pasien meliputi nama, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir, pekerjaan, alamat, dan nomor rekam medis. Keluhan utama pada pasien dikaji sesuai dengan keadaan pasien. Riwayat kesehatan pasien, riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, dan riwayat penyakit keluarga. Pengkajian pemeriksaan fisik, pengkajian per sistem, 11 pola *Gordon*, serta pemeriksaan penunjang juga perlu diperhatikan dan dikaji secara *holistic* (Nursalam, 2008).

2. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan merupakan suatu penilaian klinis mengenai respon pasien terhadap masalah kesehatan atau proses kehidupan yang dialaminya baik yang berlangsung aktual maupun potensial (Tim Pokja SDKI DPP PPNI, 2016).

3. Intervensi

Tabel Intervensi Konsep Asuhan Keperawatan

NO	DIAGNOSA	TUJUAN	INTERVENSI	RASIONAL
1.	Perubahan eliminasi urine: frekuensi, urgensi, hesitancy, inkontinensi, retensi, nokturia atau perasaan tidak puas setelah miksi berhubungan dengan obstruksi mekanik: pembesaran prostat	Tujuan: eliminasi normal Kriteria hasil: -Klien dapat berkemih dalam jumlah normal, tidak teraba distensi kandung kemih. - Residu pasca berkemih kurang dari 50 ml. - Klien dapat berkemih volunter - Urinalisa dan kultur hasilnya negatif - Hasil lab fungsi ginjal normal	-. Jelaskan pada klien tentang perubahan dari pola eliminasi -. Dorong klien untuk berkemih tiap 2-4 jam dan bila dirasakan -.Anjurkan klien minum sampai 3000ml sehari, dalam toleransi jantung bila diindikasikan. -Perkusi/palpasi area supra pubik -.Observasi aliran dan kekuatan urine, ukur residu urine pasca berkemih.	-.Meningkatkan pengetahuan klien sehingga kooperatif dalam tindakan keperawatan. -Meminimalkan retensi urine, distensi yang berlebihan pada kandung kemih. -.Peningkatan aliran cairan, mempertahankan perfusi ginjal dan membersihkan ginjal dan kandung kemih dari pertumbuhan bakteri. -.Distensi kandung kemih dapat dirasakan diarea supra pubik. -.Observasi aliran dan kekuatan urine untuk mengevaluasi adanya obstruksi
2.	Nyeri berhubungan dengan penyumbatan saluran kencing sekunder terhadap pelebaran	Tujuan: klien menunjukkan bebas dari ketidaknyamanan Kriteria hasil: -Klien melaporkan nyeri hilang/terkontrol. -Ekspresi wajah rileks	-. Kaji nyeri, perhatikan lokasi, intensitas (skala 1-10), dan lamanya nyeri. -. Beri tindakan kenyamanan, contoh: membantu klien melakukan posisi yang nyaman,	-.Memberi informasi untuk membantu dalam menentukan pilihan intervensi. -.Meningkatkan relaksasi, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan

		<p>-Klien mampu untuk istirahat dengan cukup</p> <p>-Tanda- tanda vital dalam batas normal</p>	<p>mendorong klien relaksasi/ latihan nafas dalam.</p> <p>-. Beri kateter jika diintruksikan untuk retensi urine yang akut: mengeluh ingin kencing tapi tidak bisa.</p> <p>-.Observasi tanda-tanda vital.</p> <p>- Kolaborasi dengan dokter dalam memberikan obat sesuai indikasi</p>	<p>kemampuan koping.</p> <p>-. Retensi urine menyebabkan infeksi saluran kemih, hidroureter dan hidronefrosis.</p> <p>-Mengetahui perkembangan lebih lanjut.</p> <p>-untuk menghilangkan nyeri hebat/berat, memberi relaksasi mental dan fisik</p>
3.	<p>Gangguan tidur dan istirahat berhubungan dengan sering terbangun sekunder terhadap kerusakan eliminasi: retensi diuria, frekuensi, nokturia.</p>	<p>Tujuan : kebutuhan tidur dan istirahat terpenuhi.</p> <p>Kreteria hasil:</p> <p>-. Klien mampu istirahat/tidur dengan waktu yang cukup.</p> <p>-.Klien mengungkapkan sudah bisa tidur.</p> <p>-. Klien mampu menjelaskan factor penghambat tidur</p>	<p>-. Jelaskan pada klien dan keluarga penyebab gangguan tidur/istirahat dan kemungkinan cara untuk menghindarinya.</p> <p>-.Ciptakan suassana yang mendukung dengan mengurangi kebisingan.</p> <p>-.Batasi masukan minuman yang mengandung kafein.</p>	<p>-.Meningkatkan pengetahuan klien sehingga klien mau koopertif terhadap tindakan keperawatan.</p> <p>-. Suasana yang tenang akan mendukung istirahat klien.</p> <p>-.Menentukan rencana untuk mengatasi gangguan.</p>
4.	<p>Nyeri berhubungan dengan spasme</p>	<p>Tujuan: nyeri berkurang / hilang</p>	<p>- Jelaskan pada klien tentang gejala dini</p>	<p>- Klien dapat mendeteksi gejala</p>

	<p>kandung kemih dan insisi sekunder pada prostatektomi</p>	<p>Kreteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Klien mengatakan nyeri berkurang atau hilang - Ekspresi wajah klien tenang. - Klien akan menunjukkan ketrampilan relaksasi. - Klien akan tidur/istirahat dengan tepat. - Tanda-tanda vital dalm batas normal 	<p>spasmus kandung kemih.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pemantauan klien pada interval yang teratur selama 48 jam, untuk mengenal gejala-gejala dini dari spasmus kandung kemih. - Jelaskan pada klien bahwa intensitas dan frekuensi akan berkurang dalam 24-48jam. - Beri penyuluhan pada klien untuk tidak berkemih keseputar kateter. - Anjurkan pada klien untuk tidak duduk dalam waktu lama sesudah tindakan TURP. - Ajarkan tehnik relaksasi, 	<p>dini spasmus kandung kemih.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sehingga obat-obatan bisa diberikan. - Ketidaknyamanan hanya temporer. - Mengurangi kemungkinan spasmus - Mengurangi tekanan pada luka insisi.
--	---	---	---	--

			<p>termasuk latihan nafas dalam, visualisasi.</p> <p>- Jagalah selang drainase urine tetap aman dipaha untuk mencegah peningkatan tekanan pada kandung kemih.</p> <p>Irigasi kateter jika terdapat bekuan pada selang.</p> <p>- Observasi tanda-tanda vital.</p> <p>- kolaborasi dengan dokter untuk pemberian obat-obatan (analgesic atau anti spasmodic)</p>	<p>-Menurunkan tegangan otot, memfokuskan kembali perhatian dan dapat meningkatkan kemampuan koping.</p> <p>-Sumbatan pada selang kateter oleh bekuan darah dapat menyebabkan distensi kandung kemih dengan peningkatan spasme.</p> <p>-Mengetahui perkembangan lebih lanjut.</p> <p>-untuk mengurangi nyeri dan mencegah spasmus kandung kemih.</p>
--	--	--	--	--

5.	Perubahan eliminasi urine berhubungan dengan obstruksi sekunder dari prostatektomi bekuan darah odema.	<p>Tujuan : eliminasi urine normal dan tidak terjadi retensi urine.</p> <p>Kriteria hasil: -Klien berkemih dalam jumlah normal tanpa retensi. -Klien akan menunjukkan perilaku yang meningkatkan control kandung kemih. -Tidak terdapat bekuan darah sehingga urine lancar lewat kateter</p>	<p>-Pertahankan irigasi kandung kemih yang konstan selama 24jam pertama. - Pertahankan posisi dower kateter dan irigasi kateter. - Ajurkan intake cairan 2500-3000ml sesuai toleransi. - setelah kateter diangkat, pantau waktu, jumlah urine dan ukuran aliran. Perhatikan keluhan rasa penuh pada kandung kemih, ketidakmampuan berkemih, urgensi atau gejala gejala retensi.</p>	<p>- Mencegah retensi saat dini. -Dapat menghambat aliran urine -Mencegah bekuan darah menyumbat aliran urine. -Melancarkan aliran urine.</p>
----	--	--	---	--

4. Implementasi

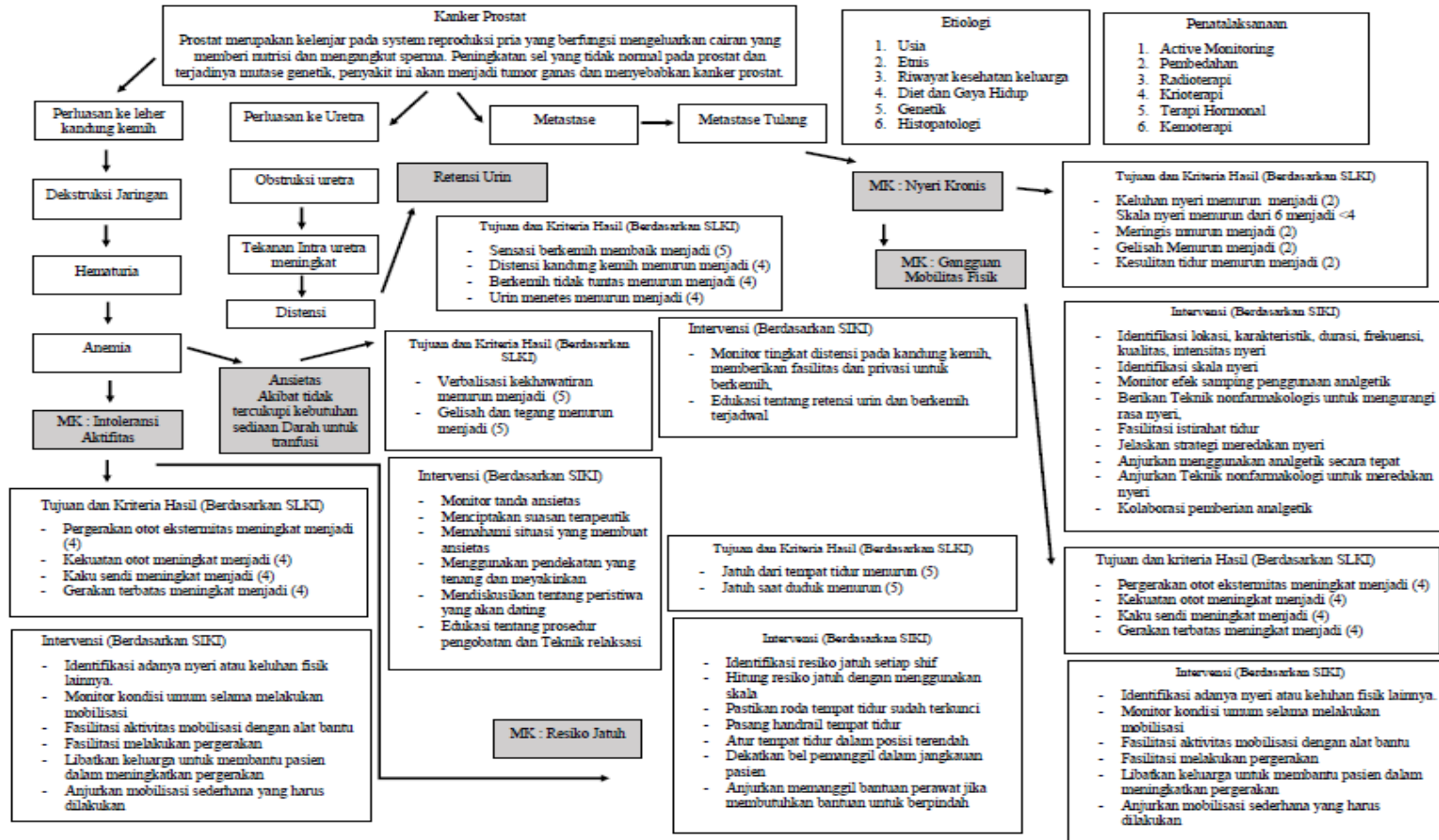
Tahap implementasi dimulai setelah rencana tindakan disusun dan ditujukan pada *nursing order* untuk membantu pasien mencapai tujuan yang diharapkan. Oleh karena itu rencana tindakan yang spesifik dilaksanakan untuk memodifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi masalah kesehatan Pasien (Nursalam, 2008).

5. Evaluasi

Evaluasi adalah tindakan intelektual untuk melengkapi proses keperawatan yang menandakan seberapa jauh diagnosa keperawatan rencana tindakan dan pelaksanaannya sudah berhasil dicapai kemungkinan terjadi pada tahap evaluasi adalah masalah dapat diatasi, masalah teratasi sebagian, masalah belum teratasi atau timbul masalah yang baru. Evaluasi dilakukan yaitu evaluasi proses dan evaluasi hasil. Evaluasi proses adalah yang dilaksanakan untuk membantu keefektifan terhadap tindakan. Sedangkan evaluasi hasil adalah evaluasi yang dilakukan pada akhir tindakan keperawatan secara keseluruhan sesuai dengan waktu yang ada pada tujuan (Nursalam, 2008).

Tujuan dari evaluasi adalah untuk melihat kemampuan pasien dalam mencapai tujuan. Hal ini biasa dilaksanakan dengan menggandakan hubungan dengan pasien berdasarkan respon pasien terhadap tindakan keperawatan yang diberikan (Nursalam, 2008).

C. Web of Causiation(WOC)



Sumber : Tim Pokja SLKI DPP PPNI (2018), Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018), Angrestin C. (2012).