

BAB II

KONSEP DASAR MEDIK

A. Pengertian

Ca buli adalah kanker yang ditandai dengan adanya total hematuria tanpa disertai rasa nyeri dan bersifat intermiten. Pada karsinoma yang telah mengadakan infiltratif tidak jarang menunjukkan adanya gejala iritasi dari buli-buli seperti disuria, polakisuria, frekuensi dan urgensi dan juga biasa dengan keluhan retensi oleh bekuan darah. (Purnomo, 2011).

Tumor buli adalah tumor yang berbentuk papiler, noduler (infiltratif), atau campuran infiltratif dengan papiler yang ditemukan pada vesika urinaria atau buli- buli. (Yuda, 2010). Tumor buli-buli atau tumor vesika urinaria merupakan 2% dari seluruh keganasan, dan merupakan kedua terbanyak pada sistem urogenital setelah karsinoma prostat. Tumor buli berkembang dari sel epitel transisional dari saluran kemih (Brunner & I Suddarth, 2012).

Kanker buli-buli merupakan sebuah kanker yang mengenai organ buli- buli (kandung kemih). Buli-buli adalah sebuah organ yang berfungsi untuk menampung air kemih yang berasal dari ginjal. Jika buli - buli telah penuh maka air kemih akan dikeluarkan (Pandu Putra Anugrah dkk., 2019).

Kanker dari bagian alat perkemihan adalah Buli-buli. Kanker Buli-buli terjadi tiga kali lebih banyak pada pria dibandingkan pada wanita, dan tumor- tumor multipel juga lebih sering, kira-kira 25% klien mempunyai

lebih dari satu lesi (Supriyadi dkk., 2018). Kanker buli-buli adalah tumor ganas yang didapatkan dalam buli-buli (kandung kemih).

B. Proses Terjadinya Masalah

1. Faktor Persipitasi dan Predisposisi

a. Faktor Presipitasi

Riwayat keluarga, jika memiliki keluarga yang menderita kanker kandung kemih memiliki resiko lebih tinggi untuk menderita kanker ini.

b. Faktor Predisposisi

Menurut Diyono & Mulyanti (2019) dalam bukunya yang berjudul 'Keperawatan Medikal Bedah Sistem Urologi' Asuhan Keperawatan Tumor Saluran Kemih halaman 136, faktor risiko bladder cancer sebagai berikut :

a) Jenis kelamin

Laki – laki memiliki 2,5 kali lebih tinggi berisiko daripada wanita karena laki – laki lebih mudah mengalami gangguan perkemihan seperti retensi urine atau residu. Residu ini membuat komponen urine yang mengandung zat karsinogen lebih lama terpapar di jaringan buli – buli.

b) Umur

Usia 60 – 70 tahun risiko terkena bladder cancer semakin meningkat dikarenakan proses degenerasi dengan

pertumbuhan sel yang tidak terkontrol. Secara epidemiologi, rata – rata terkena bladder cancer terjadi pada umur 50 tahun.

c) Ras

Kasus bladder cancer lebih sering ditemukan pada ras kulit putih

d) Perokok

Kurang lebih 30 – 40 kasus bladder cancer adalah perokok. Zat karsinogen yang terkandung yaitu 4-aminobiphenyl (4ABP) dan 2- naphthylamine.

e) Inflamasi dinding vesika urinaria (VU)

Riwayat inflamasi pada jaringan VU seperti pada kasus trauma, batu saluran kemih, dan infeksi saluran kemih cukup signifikan dalam proses terjadinya bladder cancer.

f) Obat

Obat phenacitin (anti inflamasi) dan cyclophosphamide (kemoterapi)

g) Pelvic radioterapi

Paparan zat radioaktif saat pemeriksaan dapat menyebabkan mutasi sel kanker pelvis termasuk bladder cancer

h) Pekerjaan

Kontak langsung dengan zat karsinogen diantaranya : mebel, tukang cat, konstruksi kabel listrik, tekstil, sopir, pabrik zat kimia, dan sebagainya.

2. Patofisiologi

Bladder cancer yang masih dini merupakan tumor superfisial yang kemudian dapat menginfiltrasi ke lamina propria, otot, lemak perivesika lalu menyebar langsung ke jaringan sekitarnya. Selain itu, dapat juga menyebar secara limfogen maupun hematogen. Penyebaran limfogen melalui kelenjar limfe perivesika, obturator, iliaka eksterna, dan iliaka komunis; sedangkan penyebaran hematogen paling sering ke hepar, paru – paru, dan tulang. Purnomo (2012).

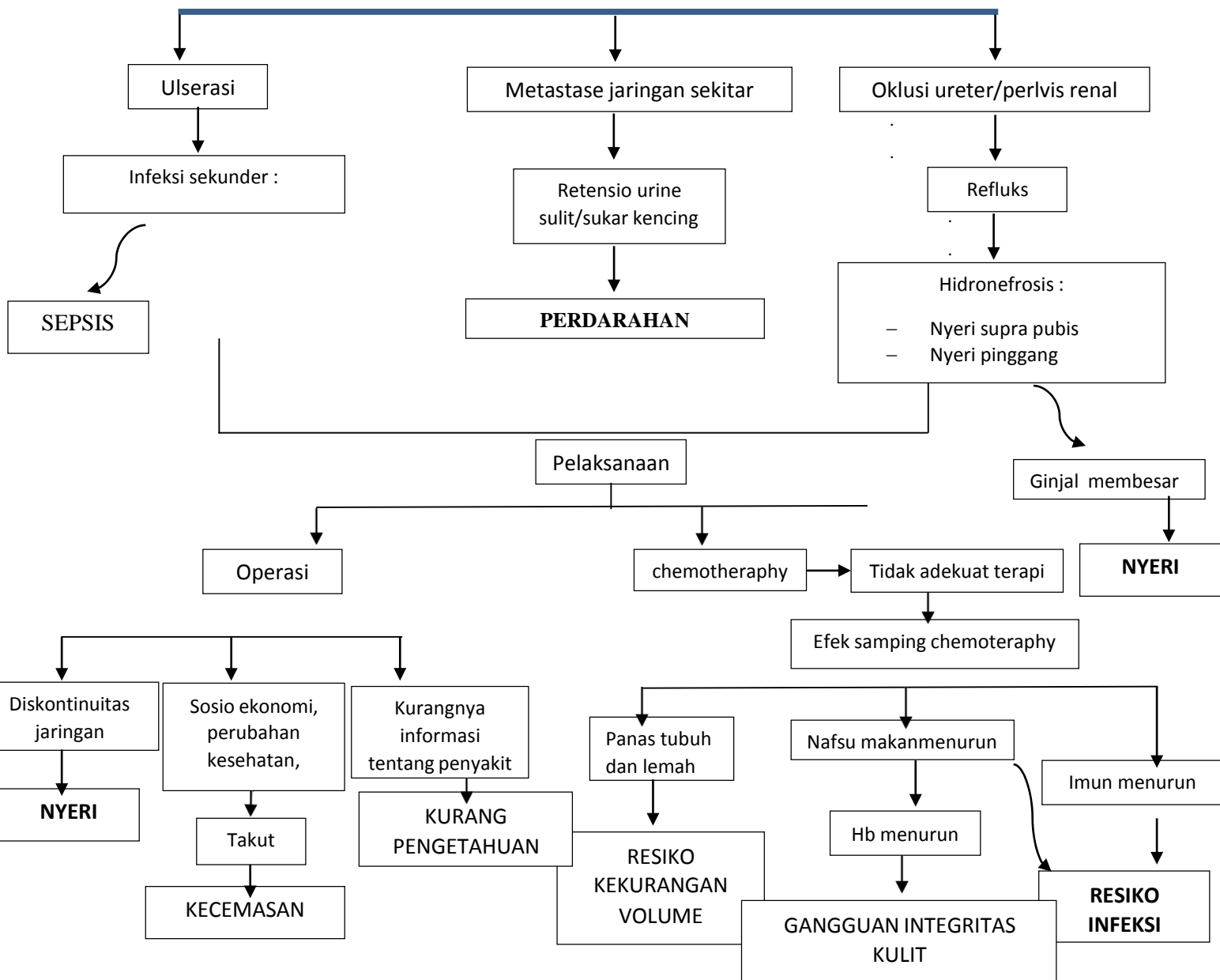
Menurut Shin et al., (2018), patofisiologi tumor/ kanker buli/ kandung kemih dapat dipengaruhi oleh faktor molekuler. Berbagai proses molekuler memiliki peran penting dalam proses karsinogenesis, seperti mutasi gen. Proses molekuler tersebut menyebabkan terjadinya perubahan fungsi sel yang berlanjut pada terjadinya pertumbuhan mandiri (self-sufficient), hilangnya sensitivitas terhadap rangsangan anti pertumbuhan (anti-growth), replikasi mandiri yang tidak terbatas, invasi organ, serta metastasis.

PATHWAY

Gambar 2. 1 pathway

- Pekerja dipabrik kimia, laboratorium
- Perokok
- Isk
- Kopi, pemanis buatan
- Obat – obatan

CA Buli-buli



(kowlak, J., et al 2011)

3. Manifestasi Klinik

Berikut merupakan tanda dan gejala yang sering dialami oleh penderita

Ca Bulli:

- 1) Kencing campur darah yang intermitten
- 2) Merasa panas waktu kencing
- 3) Selalu merasa ingin kencing
- 4) Sering kencing terutama malam hari dan pada fase selanjutnya sukar kencing
- 5) Nyeri suprapubik yang konstan
- 6) Panas badan dan merasa lemah
- 7) Nyeri pinggang karena tekanan saraf
- 8) Nyeri pada satu sisi karena hydronephrosis

Gejala dari kanker kandung kemih sama persis menyerupai gejala infeksi kandung kemih (sistitis) biasa dan kedua penyakit ini bisa terjadi secara bersamaan. Pasien patut curiga terjadi suatu kanker apabila dengan pengobatan standar untuk infeksi, gejalanya tidak menghilang dan terus berlanjut (Pandu Putra Anugrah dkk., 2019).

4. Pemeriksaan Diagnostik

1. Radiologi

- a. excretory urogram biasanya normal, tapi mungkin dapat menunjukkan tumornya.

b. Fractionated cystogram adanya invasi tumor dalam dinding buli-buli

c. Angiography untuk mengetahui adanya metastase lewat pembuluh lymphe

2. Cystocopy dan biopsy

Cystoscopy hampir selalu menghasilkan tumor. Biopsi dari pada lesi selalu dikerjakan secara rutin.

3. Cystologi

Pengecatan pada sedimen urine terdapat transionil cel daripada tumor

4. Ultrasonografi

Untuk mendeteksi metastasis di luar kandung kemih, membedakan tumor dari kista.

5. Arteriografi Pelvik I

Pemeriksaan untuk memastikan invasi tumor ke dalam dinding kandung kemih

6. Urografi Ekskretori

Untuk mengenali tumor stadium dini yang besar atau tumor yang sedang bernfiltrasi

7. Sustografi Retrograd

Untuk mengetahui perubahan pada struktur kandung kemih dan keutuhan dindingnya

5. Komplikasi

1. Hematuria yang terus menerus akan menyebabkan terjadinya anemia pada pasien
2. Apabila terjadi penyumbatan atau obstruksi, maka akan menyebabkan terjadinya refluks vesiko-ureter, hidronefrosis.
3. Jika terjadi infeksi, akan menyebabkan terjadinya kerusakan pada ginjal, yang lama kelamaan mengakibatkan gagal ginjal (Purnomo, BB. 2011)

6. Penatalaksanaan Medis

1. Diversi urin

Prosedur diversi urin dilakukan untuk mengalihkan aliran urin dari kandung kemih ke tempat keluar yang baru, biasanya melalui lubang yang dibuat lewat pembedahan pada kulit (stoma). Terdapat dua kategori diversi urin yaitu:

- a. Diversi Ureteroenterokutaneus (bagian dari intestinum digunakan untuk membuat tempat penampungan urin yang baru)

1) Saluran Konvensional

Ureter dicangkok pada suatu bagian ileum terminalis yang diisolir (ileal conduit) dan kemudian salah satu ujung lintasan dihubungkan dengan dinding abdomen. Ureter juga dapat dicangkok pada kolon sigmoid yang melintang (colon conduit), atau pada jejunum pars proksimal (jejunal conduit).

2) Continent Ileal Urinary Reservoir (Kock Pouch)

Ureter dicangkokkan pada suatu segmen ileum yang sudah diisolir (katong pouch) dengan katup satu arah yang bentuknya menyerupai puting sus, urin dialirkan keluar melalui kateter.

3) Ureterosigmoidostomi

Merupakan implantasi ureter ke dalam kolon sigmoid, dimana ureter dimasukkan ke dalam sigmoid dan dengan demikian urin dapat mengalir lewat kolon serta keluar dari rektum.

b. Diversi Kutaneus (urin dialirkan lewat sebuah lubang yang dibuat pada dinding abdomen serta kulit)

1) Ureterostomi Kutaneus Ureter yang dipotong didekatkan pada dinding abdomen dan dihubungkan dengan lubang pada kulit

2) Vesikostomi

Tindakan ini dengan cara kandung kemih dijahit pada dinding abdomen dan dibuat lubang (stoma) lewat dinding abdomen serta kandung kemih untuk pengaliran ke luar (drainase) urin.

3) Nefrostomi

Kateter disisipkan ke dalam pelvis renis lewat luka insisi pada pinggang atau dengan pemasangan kateter perkutan ke dalam ginjal

2. Diversi urine Orthotopic

Teknik membuat neobladder dan segmen usus yang kemudian dilakukan anastomosis dengan uretra. Teknik ini dirasa lebih

fisiologis untuk pasien, karena berkemih melalui uretra dan tidak memakai stoma yang dipasang di abdomen. (Sjamsuhidajat, 2009)

C. Diagnosa Keperawatan

Menurut PPNI (2016) dengan buku yang berjudul ‘Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia: Definisi dan Indikator Diagnostik, Edisi 1’ diagnosis keperawatan yang muncul sebagai berikut :

a. Pre operatif

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan proses keganasan
- 2) Risiko perfusi renal tidak efektif dibuktikan dengan keganasan
- 3) Defisit nutrisi berhubungan dengan peningkatan kebutuhan metabolisme
- 4) Hipovolemia berhubungan dengan kehilangan cairan aktif
- 5) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan iritasi kandung kemih
- 6) Risiko inkontinensia urine urgensi dibuktikan dengan kapasitas kandung kemih kecil
- 7) Risiko disfungsi seksual dibuktikan dengan faktor biologis : gangguan urologi, keganasan

8) Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor

- 9) Ansietas berhubungan dengan kurang terpapar informasi

b. Post operatif

- 1) Risiko perdarahan dibuktikan dengan tindakan pembedahan

- 2) Gangguan eliminasi urine berhubungan dengan efek tindakan medis dan diagnostik
- 3) Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan nyeri
- 4) Nyeri akut berhubungan dengan agen pencedera fisik : prosedur operasi
- 5) Ansietas berhubungan dengan krisis situasional

D. Intervensi Keperawatan

Masalah Keperawatan	Tujuan dan Kriteria hasil	Intervensi
Risiko Perfusi Renal Tidak Efektif SDKI, 2016 D.0016 (Kategori : Fisiologis, Subkategori : Aktivitas dan Istirahat)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam perfusi renal meningkat Dengan Kriteria Hasil : 1. Jumlah urine meningkat 2. Kadar kreatinin membaik 3. Tekanan darah membaik 120/80 x/mnt)	Pencegahan Syok 1. Monitor TTV 2. Monitor status oksigenasi, AGD 3. Monitor tingkat kesadaran 4. Monitor status cairan 5. Hitung haluaran urin 6. Jelaskan faktor risiko syok 7. Kolaborasi pemberian IV
Nyeri akut (SDKI, 2016, D.0077 Kategori : Psikologis, Subkategori : Nyeri dan Kenyamanan)	Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 31x24 jam, maka tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil : 1. Kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat 2. Keluhan nyeri menurun 3. Meringis menurun	1. Identifikasi skala nyeri 2. Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri 3. Fasilitasi istirahat atau tidur 4. Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri 5. Kolaborasi pemberian analgesik, jika perlu

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Sikap protektif menurun 5. Gelisah menurun 6. Kesulitan tidur menurun 7. Frekuensi nadi membaik 	
<p>Risiko Perdarahan (SDKI, 2016 D.0012, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Sirkulasi Hal 42)</p>	<p>Setelah dilakukan tindakan keperawatan selama 1x24 jam risiko perdarahan menurun dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Kelembapan membrane mukosa meningkat 2. Kelembapan kulit meningkat 3. Hemoglobin membaik 4. Denyut nadi membaik 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/hemoglobin sebelum dan sesudah kehilangan darah 3. Pertahankan bedrest selama perdarahan 4. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan Vit. K 5. Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan 6. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan, jika perlu 7. Kolaborasi pemberian produk darah, jika perlu
<p>Defisit Nutrisi (SDKI, 2016 D0019, Kategori : Fisiologis, Subkategori : Nutrisi & Cairan Hal 56)</p>	<p>Setelah diberikan asuhan keperawatan selama 1x4 jam diharapkan pemenuhan kebutuhan nutrisi pasien tercukupi Dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Intake nutrisi tercukupi 2. Asupan makanan dan cairan tercukupi 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Manajemen Nutrisi Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi makanan yang disukai 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.