



# PERAWATAN PASIEK KANKER

## Penulis:

- Zahri Darni
- Masruror
- Christin Rony Nayoan
- Ririn Afrian Sulistyawati
- Wibowo Hanafi Ari Susanto
- Puspita Sari
- Jenny Saherna
- Natalia Ratna Yulianti
- Dessy Hadrianti
- Herlina
- Zuriati



# **PERAWATAN PASIEN KANKER**

**Zahri Darni  
Masruroh  
Christin Rony Nayoan  
Ririn Afrian Sulistyawati  
Wibowo Hanafi Ari Susanto  
Puspita Sari  
Jenny Saherna  
Natalia Ratna Yulianti  
Dessy Hadrianti  
Herlina  
Zuriati**



**PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI**



# PERAWATAN PASIEN KANKER

**Penulis :**

Zahri Darni

Masruroh

Christin Rony Nayoan

Ririn Afrian Sulistyawati

Wibowo Hanafi Ari Susanto

Puspita Sari

Jenny Saherna

Natalia Ratna Yulianti

Dessy Hadrianti

Herlina

Zuriati

**ISBN : 978-623-8102-66-2**

**Editor :** Ns. Feriana Ira Handian, M.Kep

**Penyunting :** Rantika Maida Sahara, S.Tr.Kes

**Desain Sampul dan Tata Letak :** Handri Maika Saputra, S.ST

**Penerbit :** PT GLOBAL EKSEKUTIF TEKNOLOGI

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

**Redaksi :**

Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001

Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tangah

Padang Sumatera Barat

Website : [www.globaleksekutifteknologi.co.id](http://www.globaleksekutifteknologi.co.id)

Email : [globaleksekutifteknologi@gmail.com](mailto:globaleksekutifteknologi@gmail.com)

Cetakan pertama, Januari 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk  
dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.



## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur kami panjatkan ke hadirat Allah SWT, berkat rahmat dan petunjuk-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul Perawatan Pasien Kanker.

Buku ini diharapkan dapat membantu pembaca memahami tentang konsep, prinsip dan tatalaksana perawatan pada pasien kanker baik di klinik maupun komunitas untuk tenaga kesehatan.

Semoga buku ini mampu berkontribusi dalam memberikan solusi dan referensi untuk menambah wawasan dan kompetensi bagi seluruh pembaca.

Penulis, 2023

## DAFTAR ISI

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB 1 EPIDEMIOLOGI PENYAKIT KANKER .....</b>	<b>1</b>
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Prevalensi Kanker .....	1
1.2.1 Prevalensi Kanker di Dunia .....	1
1.2.2 Prevalensi Kanker di Indonesia .....	2
1.3 Karakteristik Kanker .....	4
1.4 Penyebab dan Faktor Resiko Kanker .....	5
1.5 Tanda dan Gejala Kanker .....	7
1.6 Pencegahan Kanker .....	8
1.6.1 Pencegahan primer .....	8
1.6.2 Pencegahan sekunder.....	9
DAFTAR PUSTAKA.....	10
<b>BAB 2 KONSEP KEPERAWATAN PADA KLIEN KANKER</b>	<b>11</b>
2.1 Insiden dan Mortalitas .....	11
2.2 Asuhan Keperawatan Pasien Kanker.....	13
2.2.1 Pengkajian Keperawatan .....	14
2.2.2 Diagnosa Keperawatan .....	15
2.2.3 Intervensi Keperawatan dan Implementasi .....	15
2.2.4 Evaluasi Keperawatan.....	21
DAFTAR PUSTAKA.....	23
<b>BAB 3 MANAJEMEN NYERI PADA KASUS KANKER.....</b>	<b>25</b>
3.1 Pendahuluan.....	25
3.2 Manajemen Nyeri.....	26
3.3 Analgesik non–Opioid .....	28
3.4 Analgesik Non-Opioid Dalam Manajemen Nyeri Pada Penderita Kanker .....	31
3.5 Analgesik opioid .....	34
3.6 Analgesik opioid dalam manajemen nyeri pada penderita kanker .....	38
DAFTAR PUSTAKA.....	41

<b>BAB 4 STRATEGI PENINGKATAN KUALITAS HIDUP</b>	
<b>PASIENT KANKER .....</b>	<b>43</b>
4.1 Pendahuluan.....	43
4.2 Dukungan untuk Family Caregivers .....	43
4.3 Manajemen Gejala .....	44
DAFTAR PUSTAKA.....	51
<b>BAB 5 DAMPAK PSIKOSOSIAL KANKER .....</b>	<b>59</b>
5.1 Pendahuluan.....	59
5.2 Dampak Psikososial Pasien Kanker .....	59
5.2.1 Resiliensi.....	59
5.2.2 Dukungan sosial .....	60
5.2.3 Kondisi fisik pasien yang menjalani kemoterapi .....	60
5.2.4 Kondisi psikososial pasien yang menjalani kemoterapi.....	60
5.2.5 Kondisi lingkungan pasien yang menjalani kemoterapi.....	61
5.2.6 Jenis makanan yang dihindari.....	61
5.2.7 Kondisi spiritual pasien kanker .....	61
5.3 Penanganan Aspek Psikososial Pasien Kanker .....	62
5.3.1 Perilaku medikasi atau pengobatan modern .....	62
5.3.2 Perilaku medikasi atau pengobatan tradisional.....	63
5.3.3 Perilaku self treatment atau jenis pengobatan sendiri .....	63
5.3.4 Perilaku yang lebih cenderung memilih pengobatan ( <i>no treatment</i> ) .....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	66
<b>BAB 6 TATALAKSANA MEDIS PASIENT KANKER .....</b>	<b>67</b>
6.1 Pendahuluan.....	67
6.2 Biomarker Dalam Pengobatan Kanker .....	68
6.3 Kemoterapi Dalam Mengobati Kanker.....	69
6.4 Terapi Hormon Dalam Pengobatan Kanker.....	70
6.5 Hipertermia untuk Mengobati Kanker.....	71
6.6 Imunoterapi untuk Mengobati Kanker .....	74
6.7 Terapi Radiasi Dalam Mengobati Kanker .....	75
6.8 Transplantasi Sel punca .....	77
6.9 Pembedahan Dalam Mengobati Kanker .....	78
6.10 Terapi Target Dalam Mengobati Kanker .....	82



DAFTAR PUSTAKA.....	85
<b>BAB 7 TERAPI KOMPLEMENTER PADA MASALAH PSIKOLOGI, NYERI DAN GANGGUAN NUTRISI PASIEN KANKER .....</b>	<b>87</b>
7.1 Konsep Terapi Komplementer.....	87
7.1.1 Definisi.....	87
7.1.2 Peran Perawat pada Penerapan Terapi Komplementer.....	88
7.1.3 Macam-Macam Terapi Komplementer.....	88
7.2 Masalah Psikologi pada Pasien kanker .....	90
7.2.1 Konsep Psikologi.....	90
7.2.2 Mekanisme Koping (Pertahanan Diri) .....	91
7.3 Terapi Komplementer Masalah Psikologis pada Pasien Kanker .....	92
7.4 Masalah Nyeri pada Pasien Kanker .....	93
7.5 Gangguan Nutrisi pada Pasien Kanker .....	95
7.5.1 Konsep Nutrisi .....	95
7.5.2 Fungsi Makanan .....	96
7.6 Terapi Komplementer Gangguan Nutrisi pada Pasien Kanker .....	96
DAFTAR PUSTAKA.....	98
<b>BAB 8 PERAWATAN PADA KELOMPOK KHUSUS (ANAK, IBU HAMIL, DAN LANSIA) .....</b>	<b>101</b>
8.1 Perawatan Kanker pada Anak.....	101
8.1.1 Pencegahan.....	102
8.1.2 Diagnosis Dini.....	102
8.1.3 Terapi Medis.....	102
8.1.4 Atraumatic care.....	103
8.1.5 Asuhan Keperawatan.....	105
8.2 Perawatan Kanker pada Ibu Hamil .....	110
8.2.1 Tata Laksana Medis.....	110
8.2.2 Asuhan Keperawatan.....	112
8.3 Perawatan Kanker pada Lansia.....	115
8.3.1 Tata Laksana Medis.....	115
8.3.2 Asuhan Keperawatan.....	117
DAFTAR PUSTAKA.....	120

<b>BAB 9 PERAWATAN LUKA PADA PASIEN KANKER .....</b>	<b>129</b>
9.1 Pendahuluan.....	129
9.2 Pengkajian dan Prinsip Perawatan Luka Kanker.....	130
DAFTAR PUSTAKA.....	135
<b>BAB 10 HOME CARE DAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN DENGAN TERAPI KOMPLEMENTER PADA KASUS KANKER .....</b>	<b>137</b>
10.1 Pendahuluan.....	137
10.2 Pengertian <b>Home Care</b> .....	138
10.2.1 Tujuan <i>Home Care</i> .....	138
10.2.2 Manfaat dari <i>Home Care</i> .....	138
10.2.3 Jenis Pelayanan di Rumah Atau Home Care.....	139
10.2.4 <i>Home Care</i> Pada Pasien Dengan Terapi Komplementer .....	140
10.3 Dukungan Sosial .....	140
10.3.1 Sumber Dukungan Sosial Yang Potensial Pada Pasien Kanker .....	141
10.3.2 Dukungan Keluarga pada Pasien Kanker .....	142
10.3.4 Jenis Terapi Komplementer Pada Pasien kanker ..	142
DAFTAR PUSTAKA.....	146
<b>BAB 11 DOKUMENTASI ASUHAN KEPERAWATAN DAN DOKUMENTASI PALIATIF PADA KASUS KANKER ..</b>	<b>149</b>
11.1 Pendahuluan.....	149
11.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Metode Keperawatan .....	151
11.3 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Paliatif Kanker .....	158
DAFTAR PUSTAKA.....	173
<b>BIODATA PENULIS</b>	

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1 :</b> Kelompok dan Kelas Obat untuk manajemen Nyeri pada pasien Kanker .....	26
<b>Tabel 3.2 :</b> Acetaminofen dan NSAIDs.....	32
<b>Tabel 3.3 :</b> Dosis Ekuianalgesik pada beberapa analgesic opioid dengan rute parenteral dan enteral .....	38
<b>Tabel 8.1 :</b> Pengelolaan kanker per trimester .....	112
<b>Tabel 9.1 :</b> Prinsip Manajemen Luka Kanker .....	132

# **BAB 1**

## **EPIDEMIOLOGI PENYAKIT KANKER**

*Oleh Zahri Darni*

### **1.1 Pendahuluan**

Permasalahan kesehatan masyarakat saat ini adalah timbulnya transisi epidemiologi dengan telah berubahnya masalah kesehatan pada awalnya penyakit menular akibat kuman, virus, jamur dan mikroorganisme lainnya menjadi penyakit tidak menular. Salah satu penyakit tidak menular yang insidennya semakin meningkat pada saat ini adalah penyakit kanker atau tumor ganas. Timbulnya penyakit kanker tersebut adalah akibat berubahnya pola gaya hidup masyarakat misalnya sering mengonsumsi makanan siap saji, minum alkohol, merokok dan sebagainya.

Kanker adalah penyakit yang dicirikan dengan timbulnya sel yang tidak normal, sel tersebut dapat berkembang tanpa terkendali dan mempunyai aktivitas untuk menyerang dan berpindah diantara sel dan jaringan tubuh lainnya. Organisasi Kesehatan Dunia menjelaskan tumor ganas adalah salah satu penyebab kematian pertama di seluruh dunia. Data dari *Global Burden of Cancer (GLOBOCAN)* telah dipublikasikan oleh WHO yang menjelaskan bahwa angka kasus dan kematian karena tumor ganas sampai tahun 2018 sebanyak 18.1 juta orang dan 9,6 juta kematian terjadi pada tahun 2018. Kematian karena tumor ganas diprediksi terus meningkat sampai lebih dari 13,1 juta pada tahun 2030 (Pangribowo, 2019).

### **1.2 Prevalensi Kanker**

#### **1.2.1 Prevalensi Kanker di Dunia**

Insiden penyakit kanker/tumor ganas di dunia terus meningkat secara tajam. Insiden penyakit kanker pada tahun 2002 adalah 4,2 juta kasus, 12,7 juta kasus terjadi tahun 2008, dan pada tahun 2012 sebanyak 14,1 juta kasus tumor ganas baru. Kematian

karena penyakit tumor ganas 8,2 juta (insiden sebelumnya adalah 7,6 juta pada tahun 2008 (WHO, 2014 dalam Firmana, 2017)).

Kanker paru menduduki insiden paling banyak dalam jumlah kasus baru yaitu 2.094 orang di dunia. Jumlah kasus baru terbanyak selanjutnya kanker *mammæ*, kolorektal, prostat dan kanker lambung. Meningkatnya insiden ini dipengaruhi oleh kualitas sistem deteksi dini setiap jenis tumor ganas. Kematian karena tumor ganas terbanyak di dunia adalah tumor ganas pada paru-paru sebanyak 1,8 kematian selanjutnya adalah karena tumor ganas kolorektal, lambung, hati dan *mammæ*. Kematian karena tumor ganas diantaranya disebabkan juga karena prognosis jenis tumor ganas yang terjadi pada pasien (Rosdahl and Kowalski, 2014).

Di Amerika Serikat, setiap tahun kejadian kanker/tumor ganas adalah lebih dari setengah juta kematian dan berada pada posisi kedua setelah penyakit jantung. Insiden untuk semua jenis kanker sebagian besar di antara 10 jenis kanker menunjukkan penurunan dalam waktu antara 1990 dan 1996 (Kowalak, Welsh and Mayer, 2017).

### **1.2.2 Prevalensi Kanker di Indonesia**

Prevalensi kanker di Indonesia berhubungan dengan transisi epidemiologi. Menurut data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) pada tahun 2013, insiden kanker di Indonesia cukup tinggi yaitu 1,4 per 1.000 penduduk. Penyakit tumor ganas terbanyak di Indonesia adalah tumor ganas pada *mammæ*, selanjutnya tumor ganas pada serviks, kanker darah, limfoma, dan tumor ganas paru. Tumor ganas pada *mammæ* dan serviks adalah jenis tumor ganas terbanyak pada perempuan di Indonesia, sedangkan tumor ganas pada paru-paru dan kolorektal adalah jenis tumor ganas terbanyak pada laki-laki. Provinsi dengan insiden tumor ganas terbanyak yaitu Yogyakarta sebanyak 4,1 per mil (‰), diikuti Jawa Tengah (2,1‰), dan Bali (2‰).

Menurut Pangribowo (2019), berdasarkan Pusat data dan Informasi Kemenkes RI insiden kanker di Indonesia adalah sebagai berikut:

**a. Prevalensi kanker tahun 2013 – 2018**

Hasil Riskesdas pada tahun 2013 dan tahun 2018 terjadi peningkatan insiden kanker di Indonesia dari 1,4‰ menjadi 1,49‰. Insiden terbanyak dari 0,2‰ pada Riskesdas 2013 menjadi 2,44‰ pada Riskesdas 2018 di daerah Gorontalo. Provinsi lainnya yang meningkat adalah Sulawesi Tengah dan Yogyakarta. Penurunan insiden terjadi pada Provinsi seperti Jambi, Bengkulu, Kalimantan Timur, Sulawesi Selatan, Maluku, dan Maluku Utara. Insiden tumor ganas di Yogyakarta terbanyak dibanding provinsi lainnya, yaitu sebanyak 4,1‰ pada Riskesdas 2013 dan 4,86‰ pada Riskesdas 2018.

Insiden tumor ganas menurut data Riskesdas yang didapatkan dari penghitungan jumlah responden yang terdiagnosa tumor ganas terhadap total responden semua usia. Angka kesakitan tumor ganas dapat klasifikasikan berdasarkan faktor sosiodemografi misalnya usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, pekerjaan, dan tempat tinggal.

**b. Prevalensi kanker menurut usia**

Prevalensi kanker berdasarkan usia meningkat pada usia di atas 35 tahun. Terjadi perubahan puncak insiden antara Riskesdas 2013 dengan Riskesdas 2018. Insiden tumor ganas terbanyak pada usia 75 tahun keatas pada tahun 2013 sebanyak 5‰, sedangkan data Riskesdas 2018 menggambarkan usia 55-64 tahun memiliki insiden terbanyak yaitu 4,62‰. Hasil penelitian menunjukkan faktor risiko tumor ganas salah satunya adalah karena usia lanjut.

**c. Prevalensi kanker menurut jenis kelamin**

Berdasarkan hasil Riskesdas insiden tumor ganas pada jenis kelamin wanita lebih banyak dibandingkan jenis kelamin laki laki. Pola ini terjadi pada Riskesdas 2013 maupun Riskesdas 2018. Insiden pada kelompok ini mengalami peningkatan pada dua survey, yaitu dari 0,6‰ menjadi 2,2‰ pada laki-laki, dan 0,74‰ menjadi 2,85‰ pada wanita. Jenis tumor ganas spesifik pada wanita yaitu tumor ganas pada mammae dan serviks.

**d. Prevalensi kanker berdasarkan tingkat pendidikan**

Prevalensi kanker yang paling banyak adalah dengan tingkat pendidikan akademi/universitas. Kasus ini berdasarkan data Riskesdas 2013 dan Riskesdas 2018, sebanyak 3,1‰ dan 3,57‰. Hal ini menunjukkan bahwa penduduk dengan tingkat pendidikan tinggi paling banyak terdiagnosa tumor ganas pada lima tahun terakhir. Berdasarkan tingkat pendidikan, kelompok ini mempunyai tingkat ketercapaian yang lebih baik apabila dilakukan *screening* dan diagnosis tumor ganas dibandingkan kelompok lainnya.

**e. Prevalensi kanker berdasarkan jenis pekerjaan**

Hasil Riskesdas tahun 2013 menggambarkan temuan yang berbeda dengan Riskesdas tahun 2018. Penduduk yang tidak bekerja menempati posisi paling utama sebanyak 2‰ pada tahun 2013. Sedangkan tahun 2018, insiden tumor ganas tertinggi adalah masyarakat yang jenis pekerjaannya adalah PNS/ TNI/Polri/BUMN/BUMD.

**f. Prevalensi kanker berdasarkan jenis tempat tinggal**

Insiden terbanyak kanker menurut jenis tempat tinggal adalah penduduk yang tinggal di perkotaan dibanding penduduk yang tinggal di pedesaan. Insiden tumor ganas pada penduduk di wilayah perkotaan meningkat dari 1,7‰ pada tahun 2013 menjadi 2,06‰ pada tahun 2018.

### **1.3 Karakteristik Kanker**

Kanker atau tumor ganas memiliki karakteristik yang sangat berbeda dengan tumor jinak. Tumor ganas mengalami pertumbuhan lebih cepat dan progresif, tidak bersifat kohesif, mempunyai batas yang tidak teratur, dan tidak berkapsul sehingga tidak mudah dipisahkan dari jaringan sekitarnya. Tumor ganas dapat memisahkan diri dari tumor primer (tumor induk) pada saat berproliferasi. Sel-sel tumor ganas akan menyebar melalui dua proses utama, yaitu penyebaran (invasi) ke area dekat tumor

primer dan penyebaran ke area yang jauh dari tumor primer (metastatis) (Price dan Wilson, 2006 dalam Firmana, 2017).

Penyebaran sel tumor ganas secara metastasis terjadi karena pelepasan sel dari tumor primer melalui aliran darah (metastasis hematogen) dan atau pembuluh limfe (metastasis limfatik). Apabila sel-sel tersebut tersangkut dan keluar dari pembuluh darah atau limfe, maka sel-sel tersebut melanjutkan proliferasi sehingga terbentuk tumor sekunder di jaringan lainnya. Tumor ganas dikelompokkan berdasarkan aspek klinis, baik berdasarkan gejala maupun perjalanan penyakitnya, serta gambaran patologi makroskopik dan mikroskopiknya (Haryono, Anwar and Salim, 2017).

## **1.4 Penyebab dan Faktor Resiko Kanker**

Secara pasti penyebab kanker/tumor ganas belum diketahui, penyakit ini timbul akibat berbagai faktor risiko (WHO, 2014 dalam Firmana, 2017), yaitu sebagai berikut:

a. Keturunan

Gen yang bermutasi dapat diturunkan dari orang tua kepada anaknya. Persentase keturunan sebesar 5-10% yang disebut juga dengan istilah *familial cancer*.

b. Hormon

Hormon dapat menyebabkan sel sensitif terhadap karsinogenik atau mengubah pertumbuhan tumor yang telah terjadi. Hormon estrogen selain mempunyai peran fisiologis pada wanita juga dapat menimbulkan peningkatan risiko jenis kanker tertentu.

c. Virus

Virus dapat menginfeksi DNA yang akan menimbulkan perubahan protoonkogenik dan mutasi sel. Karsinogen virus bekerja dengan cepat (contohnya virus limfoma leukemia sel-T manusia) dan lambat (contohnya adenovirus dan virus herpes), dan menginfeksi secara selektif. Jenis virus pertama yang menyebabkan tumor ganas pada manusia, seperti virus *Human T-lymphotropic* sebagai penyebab penyakit leukemia dan virus Hepatitis-B sebagai penyebab tumor ganas pada hati.



d. Radiasi

Radiasi akan merusak dan mengubah struktur DNA yang beresiko menimbulkan kematian atau perubahan sel secara menetap dan keluar dari mekanisme kontrol normal.

e. Kimia

Senyawa-senyawa kimia akibat industri dapat menimbulkan kanker. Senyawa kimia yang bersifat karsinogen dan beracun tidak dapat terkonjugasi oleh sistem metabolisme senyawa kimia asing di dalam tubuh manusia, sehingga molekul ini akan bebas membentuk ikatan kovalen baik dengan DNA, RNA, atau protein sel. Hubungan kovalen akan menimbulkan kerusakan pada sel dan terjadinya mutasi DNA dan RNA dalam sel somatik. Contoh bahan kimia yang menimbulkan tumor ganas adalah aromatik amin, klomafazin, arsenik, asbes, benzene, dan vinil klorida.

f. Rokok

Perokok akan beresiko mengalami penyakit tumor ganas paru baik perokok aktif maupun pasif. Jenis tumor ganas akibat merokok adalah tumor ganas pada mulut, laring, faring, esofagus, pankreas, rahim, serviks, ginjal, leukemia, dan bladder. Zat yang terdapat di dalam rokok sebagai penyebab kanker adalah tar, fungisida dan pestisida, cadmium, benzene, *formaldehyde*, *nickel*, arsenik, serta polonium.

g. Kegemukan

Kegemukan terjadi akibat dari kebiasaan mengkonsumsi makanan tinggi lemak dan kurangnya aktivitas fisik. Kegemukan diprediksi sekitar 30-60% dapat menimbulkan tumor ganas, terutama pada kolon, pankreas, ginjal, prostat, dan payudara pada perempuan setelah menopause.

Beberapa jenis tumor ganas yang dapat disebabkan oleh kelebihan berat badan diantaranya adalah kanker payudara, colon dan rectum, endometrium, esofagus, ginjal, pankreas, bladder, ovarium dan prostat.

h. Minuman Beralkohol

Mengonsumsi alkohol dapat beresiko mengalami penyakit tumor ganas, hal ini terjadi karena adanya asetaldehid yang merupakan hasil metabolisme etanol di dalam tubuh. Asetaldehid adalah zat kimia beracun dan mempunyai sifat

karsinogen yang dapat menimbulkan DNA dan protein menjadi rusak, zat tersebut menimbulkan pertumbuhan sel hati melebihi normal dan memudahkan timbulnya sel-sel baru akibat terjadinya mutasi gen.

Alkohol yang masuk pada organ tubuh dapat merusak epitelium atau meningkatkan penetrasi senyawa karsinogen yang masuk ke dalam tubuh melalui mukosa mulut. Alkohol juga dapat menimbulkan menurunnya produksi saliva pada mulut, sehingga efek pembersihan mulut menjadi berkurang dan memudahkan terkumpulnya senyawa karsinogen di rongga mulut.

Mengonsumsi alkohol dapat menimbulkan penyakit sirosis hati yang akan menimbulkan penyakit kanker hati, melemahkan sistem imun, mempengaruhi kemampuan tubuh untuk memecah berbagai nutrisi misalnya vitamin A, asam folat atau vitamin B kompleks, vitamin C, vitamin D, dan karotenoid. Beberapa jenis kanker yang terjadi akibat kebiasaan mengonsumsi alkohol, adalah kanker mulut, faring, pita suara, esofagus, payudara, hepar, kolorektal, dan kanker intra-abdomen serta kanker ovarium.

i. Gaya Hidup Seksual

Gaya hidup seksual yang salah akan menimbulkan terjadinya penularan virus karena penyakit menular seksual (*Sexually Transmitted Diseases*), misalnya virus herpes simpleks (HSV) atau *human papilloma virus* (HPV) yang dapat menimbulkan penyakit tumor ganas pada serviks genital.

## 1.5 Tanda dan Gejala Kanker

Tanda dan gejala kanker menurut Hurst (2015), adalah sebagai berikut:

- a. Pasien kanker terlihat tidak mempunyai gejala khusus atau spesifik.
- b. Pasien dapat tidak menyadari pertumbuhan dan penyebaran kanker. Kanker akan menyebar dengan cepat (bermetastasis) setelah berada di sistem limfatik.

- c. *American Cancer Society* mengatakan beberapa hal yang harus diwaspadai sebagai tanda awal kanker, yaitu:
- 1) *Change* (perubahan) pada BAB dan BAK.
  - 2) *A sore* (luka) yang tidak sembuh.
  - 3) *Unusual bleeding or discharge* (timbulnya perdarahan yang tidak diketahui dengan jelas) dari manapun.
  - 4) *Thickening or lump* (benjolan) di dada/bagian tubuh lainnya.
  - 5) *Indigestion* (indigesti) (kronis) atau kesulitan menelan.
  - 6) *Obvious change* (perubahan yang nyata) misalnya kutil atau tahi lalat.
  - 7) *Nagging cough* (batuk yang mengganggu)/suara parau yang menetap.

## 1.6 Pencegahan Kanker

Pencegahan primer dan sekunder kanker menurut Hurst (2015), adalah sebagai berikut:

### 1.6.1 Pencegahan primer

Pencegahan primer merupakan tahan awal terhadap terpaparnya karsinogen. Tindakan yang dapat dilakukan diantaranya adalah:

- a. Mengurangi makanan berlemak, makanan siap saji dan gula tambahan serta makanan ringan.
- b. Mengonsumsi sayuran, buah-buahan, biji-bijian, kacang-kacangan, dan minuman berkalori rendah.
- c. Mengonsumsi sayuran jenis kol (*cruciferous*) (brokoli, kembang kol, dan kubis) yang mengandung serat tinggi yang dapat menurunkan insiden kanker prostat.
- d. Mengurangi atau berhenti merokok.
- e. Mengikuti skrining kanker seperti melakukan SADARI, Pap smear, IVA tes, dan sebagainya.
- f. Meningkatkan konsumsi vitamin A seperti labu siam, paprika merah, wortel dan vitamin C karena dapat mengurangi risiko kanker.
- g. Meningkatkan diet tinggi serat untuk meningkatkan motilitas lambung untuk mengeluarkan karsinogen melalui usus.
- h. Menghindari mengonsumsi alkohol.

- i. Meningkatkan asupan serat, buah-buahan, dan sayuran
- j. Meningkatkan olahraga

### **1.6.2 Pencegahan sekunder**

adalah tindakan untuk mendeteksi dini kanker sehingga kanker tidak bermetastasis ke jaringan lainnya.

## DAFTAR PUSTAKA

- Firmana, D. 2017. *Keperawatan Kemoterapi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Haryono, S., Anwar, S. and Salim, A. 2017. *Dasar-Dasar Biologi Molekuler Kanker Bagi Praktisi Klinis*. Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Hurst, M. 2015. *Keperawatan Medikal Bedah*. Jakarta: EGC.
- Kowalak, J., Welsh, W. and Mayer, B. 2017. *Buku Ajar Patofisiologi*. Jakarta: EGC.
- Pangribowo, S. 2019. Beban Kanker di Indonesia. *Pusat Data Dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*, pp. 1–16.
- Rosdahl, C. and Kowalski, M. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Dasar*. Jakarta: EGC.

# **BAB 2**

## **KONSEP KEPERAWATAN PADA KLIEN KANKER**

*Oleh Masruroh*

### **2.1 Insiden dan Mortalitas**

Dunia saat ini menghadapi permasalahan kesehatan masyarakat dengan adanya transisi epidemiologi, yaitu bergesernya masalah kesehatan dari penyakit menular yang disebabkan oleh virus, bakteri, jamur, dan mikroorganisme lainnya menjadi penyakit tidak menular. Transisi ini menimbulkan adanya beban ganda bagi seluruh negara di dunia (Pangribowo 2019).

Penyakit kanker merupakan salah satu penyakit tidak menular yang menjadi beban kesehatan diseluruh dunia. Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan adanya sel yang abnormal yang bisa berkembang tanpa terkendali dan memiliki kemampuan untuk menyerang dan berpindah antar sel dan jaringan tubuh. Badan kesehatan dunia/*World Health Organization* menyebutkan kanker sebagai salah satu penyebab kematian utama di seluruh dunia.

Data dari *Global Burden of Cancer* (GLOBOCAN) yang dirilis oleh Badan Kesehatan Dunia (WHO) menyebutkan bahwa jumlah kasus dan kematian akibat kanker sampai dengan tahun 2018 sebesar 18,1 juta kasus dan 9,6 juta kematian akibat kanker di tahun 2018. Kematian akibat kanker diperkirakan akan terus meningkat hingga lebih dari 13,1 juta pada tahun 2030. *International Agency for Research on Cancer* (IARC) memperkirakan bahwa satu di antara lima penduduk laki-laki dan satu di antara lima penduduk perempuan di seluruh dunia akan menderita kanker sepanjang hidupnya. Satu di antara delapan dan satu di antara sebelas perempuan tersebut akan meninggal karena kanker (Pangribowo 2019).

Angka kejadian kanker di Indonesia (136.2/100.000 penduduk) berada pada urutan 8 di Asia Tenggara, sedangkan di

Asia urutan ke 23. Berdasarkan data hasil riset kesehatan dasar tahun 2018 menunjukkan bahwa prevalensi tumor/kanker di Indonesia menunjukkan adanya peningkatan dari 1,4 per 1000 penduduk di tahun 2013 menjadi 1,79 per 1000 penduduk pada tahun 2018(Kemenkes 2018)Angka kejadian tertinggi di Indonesia untuk laki-laki adalah kanker paru yaitu sebesar 19,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 10,9 per 100.000 penduduk, yang diikuti dengan kanker hati sebesar 12,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 7,6 per 100.000 penduduk. Sedangkan angka kejadian untuk perempuan yang tertinggi adalah kanker payudara yaitu sebesar 42,1 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 17 per 100.000 penduduk yang diikuti kanker leher rahim sebesar 23,4 per 100.000 penduduk dengan rata-rata kematian 13,9 per 100.000 penduduk (Kemenkes, 2019).

Angka kejadian sampai saat ini masih terus meningkat pada wanita usia di antara 40-45 tahun, diagnosis dini serta terapi yang dilakukan secara cepat dan tepat merupakan pendekatan utama penataan pada penderita kanker payudara(Bray et al. 2018). Dengan meningkatkannya insiden kanker tersebut membutuhkan pelayanan kesehatan yang optimal, berkembang dan berkelanjutan oleh tenaga kesehatan dan multidisiplin dalam mengatasi dampak lain akibat kanker.

Keperawatan sebagai bagian integral dari tenaga kesehatan ikut berperan dalam proses membantu pasien dalam mencegah, mengatasi masalah akibat kanker yang dihadapinya. Keperawatan onkologi telah berkembang sesuai dengan perkembangan keilmuan dan teknologi secara global. Keperawatan pasien kanker didasarkan pada beberapa pertimbangan diantaranya adalah respons terhadap pertumbuhan populasi dan perubahan demografi, perubahan kebijakan kesehatan, penurunan lama rawat inap di rumah sakit, dan kemajuan berkelanjutan dalam pengobatan kanker, informasi, dan bioteknologi.

Perubahan persepsi masyarakat tentang kanker dan peningkatan akses ke informasi telah memungkinkan pasien untuk mencari perawat onkologi yang berpengetahuan dan terampil. Perawat juga memainkan peran yang terus meningkat dalam rehabilitasi karena pasien hidup lebih lama dengan efek kanker dan pengobatan. Pentingnya informasi, edukasi dan pendekatan secara

komprehensif biopsiko social spiritual pada pasien kanker sangat mendukung terhadap keberhasilan.

Kemajuan dalam keperawatan onkologi profesional sejajar dengan kemajuan dalam pendekatan bedah, radiologis, biologis, medis, dan genetik untuk pengobatan kanker. Peran dan praktik perawat onkologi akan terus berkembang dalam beberapa dekade mendatang seiring dengan perubahan demografi populasi dan sistem perawatan kesehatan serta penemuan ilmiah dan teknologi baru (Mick 2008).

Kanker menduduki urutan ke dua penyakit terbesar di dunia. Data jumlah penderita kanker di seluruh dunia mencapai 14 juta kasus dengan angka kematian 8,2 juta setiap tahunnya (WHO, 2018). Data Global Cancer Observatory menyebutkan bahwa terdapat 18,1 juta kasus baru dengan angka kematian juga meningkat menjadi 9,6 juta setiap tahun (Globocan. 2012). Hal ini dikarenakan belum ditemukan terapi untuk membunuh sel kanker tersebut dari tubuh manusia. (Kemenkes 2018). Sekitar 43% kematian akibat kanker bisa dikurangi dengan melakukan deteksi dini dan menghindari faktor risiko penyebab kanker. Selain angka kematian yang cukup tinggi, penanganan pasien kanker yang terlambat menyebabkan beban pembiayaan yang kian membengkak. Strategi Nasional Penanggulangan Kanker di Indonesia mencakup 3 pilar yakni promosi kesehatan, deteksi dini dan tatalaksana kasus. Sejalan dengan tema ini, pemerintah juga akan memperkuat pelayanan medis untuk pengobatan kanker payudara dengan mengatur pemerataan pelayanan kesehatan bagi pasien kanker guna memudahkan pasien mengakses layanan kesehatan yang memadai (Kementerian Kesehatan RI, 2022).

## **2.2 Asuhan Keperawatan Pasien Kanker.**

Meningkatnya kemajuan bidang ilmu pengetahuan dan teknologi berpengaruh terhadap kemajuan iptek bidang kesehatan juga harapan dan perawatan pasien kanker. Namun karena efek dari metastase, maligna dan berbagai modalitas pengobatan kanker, berbagai masalah sekunder dapat terjadi diantaranya adalah infeksi, menurunnya jumlah sel darah putih, perdarahan, masalah kulit, masalah nutrisi, nyeri, kelelahan dan stress



psikologis dan sosiospiritual. Apapun tipe dan jenis pengobatan kanker yang digunakan atau prognosis kanker, banyak pasien kanker yang rentang terhadap masalah tersebut dan komplikasinya. Peran perawat onkologi adalah membantu pasien dalam mengatasi masalahnya melalui proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan(Smeltzer 2013).

Asuhan keperawatan adalah proses atau rangkaian kegiatan pada praktik keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien/pasien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan. Proses keperawatan terdiri atas lima tahap yaitu pengkajian, diagnosis, perencanaan, implementasi, dan evaluasi(LJ Carpenito, 2006).

### **2.2.1 Pengkajian Keperawatan**

Pengkajian pasien kanker secara umum dilakukan dengan seperti pengkajian pada pasien yang lain mulai dari identitas pasien, identitas penanggung jawab, Riwayat kesehatan yang meliputi keluhan utama, Riwayat kesehatan sekarang, Riwayat kesehatan dahulu, Riwayat kesehatan keluarga, keadaan psikososial spiritual, pemeriksaan fisik, laboratorium dan pemeriksaan penunjang.

Faktor pengetahuan atau informasi tentang kanker, dukungan social, tingkat spiritualitas, persepsi terhadap penyakit, mekanisme koping perlu di kaji oleh perawat karena hal tersebut berpengaruh terhadap respon pasien terhadap penyakit dan adaptasinya(Masruroh, 2021). Pengkajian secara spesifik akibat kanker dan manifestasinya lebih difokuskan pada beberapa masalah berikut ini(Smeltzer 2013).

- 1) Infeksi
- 2) Jumlah sel darah putih
- 3) Perdarahan
- 4) Masalah kulit
- 5) Rambut rontok
- 6) Masalah nutrisi
- 7) Nyeri
- 8) Keletihan
- 9) Status psikososial spiritual
- 10)Citra tubuh

### **2.2.2 Diagnosa Keperawatan**

Berdasarkan pengkajian pasien kanker, diagnosis Keperawatan pada pasien kanker dapat mencakup berikut ini (PPNI 2017) :

1. Nyeri kronis berhubungan dengan saraf tertekan, infiltrasi
2. Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan, peningkatan kebutuhan metabolisme.
3. Resiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
4. Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan fungsi/struktur tubuh, perubahan biopsikosial seksualitas.
5. Kerusakan integritas kulit berhubungan dengan efek pengobatan dan penyakit.
6. Defisit Pengetahuan berhubungan dengan ketidaktahuan menemukan sumber informasi, kurang terpapar informasi
7. Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
8. Resiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi).
9. Ketidakefektifan coping berhubungan dengan kurang dukungan sosial.
10. Distress spiritual berhubungan sakit kronis.
11. Berduka berhubungan dengan antisipasi kehilangan.

### **2.2.3 Intervensi Keperawatan dan Implementasi**

Penyusunan perencanaan keperawatan diawali dengan menyusun tujuan. Tujuan utama pasien kanker mencakup perawatan dan pemeliharaan integritas jaringan, pemenuhan nutrisi, mengatasi nyeri, peredaan kelelahan, progress yang efektif melewati proses berduka, perbaikan citra tubuh, mengatasi dampak komplikasi akibat kanker, mensupport spiritualitas pasien, meningkatkan coping yang efektif. Berikut adalah intervensi keperawatan sesuai dengan diagnosis keperawatan.

1. Diagnosis keperawatan : Nyeri kronis b.d penekanan saraf

1) Tujuan dan kriteria hasil :

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien mampu untuk mengontrol dan menunjukkan tingkat nyeri dengan kriteria hasil :

- a. Mengenal faktor penyebab nyeri
- b. Melakukan tindakan manajemen nyeri dengan teknik nonfarmakologis
- c. Melaporkan nyeri, frekuensi, dan lamanya
- d. Tanda-tanda vital dalam rentang normal
- e. Klien melaporkan nyeri berkurang dengan skala 1-2 dari 10 atau nyeri ringan
- f. Ekspresi wajah tenang
- g. Klien dapat istirahat dan tidur.

2) Intervensi keperawatan

Manajemen nyeri, meliputi :

- a. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri
- b. Identifikasi skala nyeri
- c. Identifikasi respons nyeri nonverbal
- d. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri
- e. Fasilitasi istirahat dan tidur
- f. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri
- g. Ajarkan teknik nonfarmakologis untuk mengurangi nyeri
- h. Kolaborasi pemberian analgetic.

2. Defisit nutrisi b.d ketidakmampuan menelan makanan

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan kebutuhan nutrisi terpenuhi dengan kriteria hasil :

- a. Tidak ada penurunan berat badan
- b. Mampu mengidentifikasi kebutuhan nutrisi
- c. Tidak ada tandatanda malnutrisi Menunjukkan peningkatan fungsi pengecap dari menelan
- d. Asupan cairan secara oral/intravena/pe renteral sepenuhnya adekuat

2) Intervensi keperawatan

Manajemen Nutrisi, meliputi :

- a. Identifikasi status nutrisi
- b. Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan
- c. Monitor asupan makanan
- d. Monitor berat badan
- e. Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium
- f. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori
- g. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering
- h. Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu
- i. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, jika perlu

3. Perfusi perifer tidak efektif b.d penurunan konsentrasi hemoglobin

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil :

- a. Tekanan systole dan diastole dalam rentang normal
- b. Tidak ada ortostatik hipertensi

2) Intervensi keperawatan

Perawatan Sirkulasi, meliputi :

- a. Periksa sirkulasi perifer
- b. Identifikasi faktor resiko gangguan pada sirkulasi
- c. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas
- d. Catat hasil lab Hb dan Ht
- e. Lakukan hidrasi
- f. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian transfusi darah
- g. Kolaborasi pemberian transfusi darah

#### 4. Disfungsi seksual b.d perubahan struktur tubuh

##### 1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan selama diharapkan gangguan disfungsi seksual teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi
- b. Mengetahui masalah reproduksi
- c. Menunjukkan keinginan untuk mendiskusikan perubahan fungsi seksual
- d. Mengungkapkan pemahaman tentang perubahan fungsi seksual
- e. Pengenalan dan penerimaan identitas seksual pribadi
- f. Mengetahui masalah reproduksi

##### 2) Intervensi keperawatan

Konseling Seksualitas, meliputi :

- a. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas, dan penyakit menular seksual
- b. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab
- c. Monitor stress, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual
- d. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan
- e. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual
- f. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar
- g. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah diterima, dipahami dan tidak menghakimi.
- h. Jelaskan efek pengobatan, kesehatan, dan penyakit terhadap disfungsi seksual.
- i. Informasikan pentingnya modifikasi pada aktivitas seksual
- j. Kolaborasi dengan ahli seksologi, jika perlu.

5. Harga diri rendah b.d perubahan pada citra tubuh

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan masalah harga diri rendah teratasi dengan kriteria hasil :

- a. Menunjukkan penilaian pribadi tentang harga diri
- b. Mengungkapkan penerimaan diri
- c. Komunikasi terbuka
- d. Mengatakan optimisme terhadap masa depan  
Menggunakan strategi koping efektif.

2) Intervensi Kep

Promosi Koping, meliputi :

- a. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- b. Identifikasi pemahaman proses penyakit
- c. Identifikasi dampak situasi terhadap peran dan hubungan
- d. Identifikasi metode penyelesaian masalah
- e. Identifikasi kebutuhan dan keinginan terhadap dukungan sosial
- f. Diskusikan perubahan peran yang dialami
- g. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- h. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- i. Fasilitasi dalam memperoleh informasi yang dibutuhkan
- j. Motivasi untuk menentukan harapan yang realistis
- k. Dampingi saat beduka
- l. Anjurkan penggunaan sistem spiritual, jika perlu
- m. Ajarkan mengungkapkan perasaan dan persepsi
- n. Anjurkan keluarga terlibat
- o. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- p. Latih penggunaan teknik relaksasi

6. Difisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi

1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan pasien menunjukkan peningkatan pengetahuan dengan kriteria hasil:

- a. Pasien dan keluarganya menyatakan pemahan tentang penyakit, kondisi, prognosis dan program pengobatan

- b. Pasien dan keluarga mampu melaksanakan prosedur yang dijelaskan secara benar.
- c. Pasien dan keluarga mampu menjelaskan kembali apa yang dijelaskan perawat

## 2) Intervensi Keperawatan

Edukasi Proses Penyakit, meliputi :

- a. Identifikasi kesiapan dan kemampuan menerima informasi
- b. Sediakan materi dan media pendidikan kesehatan
- c. Jadwalkan pendidikan kesehatan sesuai kesepakatan
- d. Berikan kesempatan untuk bertanya
- e. Jelaskan penyebab dan faktor risiko penyakit
- f. Jelaskan proses patofisiologi munculnya penyakit
- g. Jelaskan tanda dan gejala yang ditimbulkan oleh penyakit
- h. Jelaskan kemungkinan terjadinya komplikasi
- i. Ajarkan cara meredakan atau mengatasi gejala yang dirasakan
- j. Ajarkan cara meminimalkan efek samping dari intervensi atau pengobatan
- k. Informasikan kondisi pasien saat ini
- l. Anjurkan melapor jika merasakan tanda dan gejala memberat atau tidak biasa.

## 7. Resiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopenia)

### 1) Tujuan dan kriteria hasil

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil :

- a. Tekanan darah dalam batas normal
- b. Tidak ada perdarahan pervagina
- c. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal

### 2) Intervensi Keperawatan

Pencegahan Perdarahan, meliputi :

- a. Monitor tanda dan gejala perdarahan
- b. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah

- c. Monitor tandatanda vital ortostatik
  - d. Monitor koagulasi
  - e. Pertahankan bedest selama perdarahan
  - f. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan
  - g. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan
  - h. Anjurkan meningkatkan asupan makanan dan vitamin K
  - i. Anjurkan segera melapor dokter jika terjadi perdarahan
  - j. Kolaborasi pemberian obat Pengontrol perdarahan
  - k. Kolaborasi pemberian produk darah.
8. Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)
- 1) Tujuan dan Kriteria hasil
 

Setelah dilakukan asuhan keperawatan diharapkan tidak terjadi infeksi dengan kriteria hasil :

    - a. Klien bebas dari infeksi
    - b. Menunjukkan kemampuan untuk mencegah timbulnya infeksi
    - c. Jumlah leukosit dalam batas normal
    - d. Menunjukkan prilaku hidup sehat
  - 2) Intervensi keperawatan
 

Pencegahan Infeksi, meliputi ;

    - a. Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik
    - b. Cuci tangan sebelum dan sesudah kontak dengan pasien dan lingkungan pasien
    - c. Jelaskan tanda dan gejala infeksi
    - d. Jelaskan cara mencuci tangan dengan benar
    - e. Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi
    - f. Kolaborasi pemberian antibiotic

#### **2.2.4 Evaluasi Keperawatan**

Evaluasi secara spesifik mengacu pada pencapaian tujuan setelah dilakukan Tindakan dan implementasi keperawatan. Evaluasi secara general didasarkan pada beberpa hal berikut ini (Smeltzer 2013):



1. Mencapai Pereda nyeri dan ketidaknyamanan
2. Resiko perdarahan (trombositopenia)
3. Teratasinya masalah Disfungsi seksual
4. Mempertahankan integritas jaringan yang adekuat
5. Mempertahankan status nutrisi yang adekuat
6. Meningkatnya pengetahuan
7. Meningkatnya Harga diri
8. Tidak terjadi infeksi, inflamasi, komplikasi
9. Mekanisme koping adaptif.
10. Meningkatnya spiritualitas .
11. Adaptif dan melewati proses berduka.

## DAFTAR PUSTAKA

- Bray, Freddie et al. 2018. "Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries." *CA: a cancer journal for clinicians* 68(6): 394–424.
- Carpenito-Moyet, Lynda Juall. 2006. *Nursing Diagnosis: Application to Clinical Practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Ferlay, Jacques et al. 2019. "Estimating the Global Cancer Incidence and Mortality in 2018: GLOBOCAN Sources and Methods." *International journal of cancer* 144(8): 1941–53.
- Globocan. 2012. 2012. "No Title Estimated Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Disability-Adjusted Life Years (DALYs) Worldwide in 2008."
- Kemenkes, R I. 2018. "Hasil Utama RISKESDAS 2018." *Jakarta: Kemenkes RI*.
- Kementerian Kesehatan RI. 2022. "Panduan Pelaksanaan Hari Kanker Sedunia 2022." : 1–17. [https://promkes.kemkes.go.id/download/ftjl/files90159BUKU PANDUAN HKS 2022 \(3\).pdf](https://promkes.kemkes.go.id/download/ftjl/files90159BUKU_PANDUAN_HKS_2022_(3).pdf).
- Mick, JoAnn. 2008. "Factors Affecting the Evolution of Oncology Nursing Care." *Clinical Journal of Oncology Nursing* 12(2).
- Pangribowo, Supriyono. 2019. "Beban Kanker Di Indonesia." *Pusat Data Dan Informasi Kesehatan Kementerian Kesehatan RI*: 1–16.
- PPNI, TPSD. 2017. "Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi Dan Indikator Diagnostik Edisi 1." *Dewan Pengurus Pus PPNI* 268.
- Smeltzer, Suzanne C. 2013. "Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth." In EGC.



# **BAB 3**

## **MANAJEMEN NYERI PADA KASUS KANKER**

*Oleh Christin Rony Nayoan*

### **3.1 Pendahuluan**

Nyeri pada kanker didefinisikan sebagai sensasi dan pengalaman emosional yang tidak menyenangkan dan berhubungan dengan kerusakan yang terjadi atau akan terjadi saat menjalani terapi baik pembedahan, kemoterapi atau radioterapi dalam jangka pendek atau jangka panjang karena berkaitan dengan penyakit kanker itu sendiri. (Williams JE and Broadley KE, 2009) Di seluruh dunia, kanker menyumbangkan 18,1 juta kasus baru pertahun dan menyebabkan 9,6 juta kematian pada tahun 2018. Kejadian nyeri pada penderita kanker pada penderita yang sedang menjalani pengobatan dikeluhkan sebanyak 55 % penderita dan 66 % yang berada pada stadium lanjut. (World Health Organization, n.d.) Kejadian nyeri pada pasien kanker juga berhubungan dengan jenis kankernya, seperti kejadian nyeri pada kanker pankreas sekitar 44 % dan pada kanker kepala leher 40 %. Penelitian di negara Eropa dan Israel melaporkan 56 % penderita kanker mengeluhkan nyeri sedang – berat dalam setiap bulannya dan 69 % melaporkan nyeri yang membatasi aktivitas sehari-hari. (Paice and Ferrell, 2011)

Dasar dari penatalaksanaan nyeri pada penderita kanker adalah farmakoterapi yang dapat menggunakan beberapa jenis obat dan bermacam-macam rute serta prosedur tertentu. (Paice and Ferrell, 2011; Raphael et al., 2010) Nyeri adalah keluhan yang paling sering dikeluhkan, ditakutkan dan paling membebani penderita kanker sehingga berdampak besar pada kualitas hidupnya. (KURITA et al., 2013) Pengendalian nyeri sangat penting karena nyeri akan membatasi aktivitas dari penderita kanker, menurunkan nafsu makan, mengganggu tidur. (Williams JE and Broadley KE, 2009) Kanker dan nyeri akan menyebabkan gangguan

psikologis seperti kecemasan, depresi, ketakutan dan perasaan tidak berpengharapan yang akan memicu peningkatan nyeri. (World Health Organization, n.d.) Sama dengan penelitian tersebut penelitian epidemiologik dari *International Association for the Study of Pain* ( IASP ) menyebutkan bahwa 75,4 % penderita kanker mengeluhkan nyeri sedang sampai berat dan terdapat 64,9 % episode *breakthrough pain* (BTP).(KURITA *et al.*, 2013) BTP adalah eksaserbasi nyeri sementara yang terjadi baik secara spontan atau dapat berhubungan dengan pemicu tertentu baik yang diduga maupun tidak terduga, baik pada kondisi stabil dan pengendalian nyeri lainnya.(Mercadante, 2012)

WHO dan komunitas nyeri internasional menganggap nyeri sebagai permasalahan internasional. Prevalensi nyeri pada negara - negara berkembang sangat tinggi dikarenakan lambatnya penegakkan diagnosis penyakit dan keterbatasan akses ke obat-obat golongan opioid. WHO memperkirakan lebih dari 83 % populasi dunia tidak mendapat terapi anti nyeri adekuat pada nyeri sedang berat yang dideritanya.(World Health Organization, n.d.) Hal ini sesuai dengan hasil metaanalisis yang menunjukkan bahwa prevalensi nyeri pada kanker yang tidak mendapat terapi karena peresepan obat yang tidak adekuat adalah sebesar 8-82 % dengan rata-rata 43%. Metaanalisis tersebut meneliti di daerah Amerika Utara (8-65 %, 39,1%), Eropa (9-82%, 40,3 %) dan Asia (27-79%, 59,1%). Bagi negara-negara Asia ini merupakan tantangan untuk memperbaiki manajemen nyeri terutama bagi pasien kanker. (Chen *et al.*, 2012; Paice and Ferrell, 2011)

### **3.2 Manajemen Nyeri (*World Health Organization*, n.d.)**

Terapi farmakologis adalah dasar dari manajemen nyeri pada pasien kanker. Tujuan pengobatan dalam manajemen nyeri adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan fokus pada nyeri yang ditimbulkan oleh kanker itu sendiri, seperti perluasan ke jaringan lunak, keterlibatan viseral, tulang, penekanan saraf, dan peningkatan tekanan intra kranial, serta berfokus pada efek samping dari pengobatannya seperti kerusakan saraf karena operasi, neuropati yang dipicu oleh kemoterapi,

kekakuan otot, limfoedema, maupun ulkus dekubitus karena tirah baring yang lama. Terapi farmakologis tersebut antara lain berasal dari kelompok obat analgesik non-opioid, opioid dan anti nyeri lainnya. Meliputi bermacam –macam jenis obat, rute pemberian, prinsip terapi dan perhatian dalam pemberian. Tabel.1.

Pada tahap inisiasi untuk membebaskan nyeri pada penderita kanker terapi yang direkomendasikan adalah pemberian NSAIDs, parasetamol dan opioid baik diberikan tunggal maupun dikombinasi. Pemberian obat disesuaikan dengan derajat nyeri, dan sebaiknya dikombinasi. Hasil beberapa penelitian membuktikan bahwa opioid kuat lebih baik untuk membebaskan nyeri daripada opioid lemah dan lebih disukai kombinasi opioid lemah + NSAIDs dibanding NSAIDs tunggal. Opioid yang paling disukai adalah morfin dibandingkan jenis yang lain. Untuk mempertahankan masa bebas nyeri telah di teliti oleh 13 penelitian uji coba acak yang membuktikan bahwa kombinasi opioid kuat dan NSAIDs adalah paling efektif dibanding obat penahan nyeri lainnya.

**Tabel 3.1 :** Kelompok dan Kelas Obat untuk manajemen Nyeri pada pasien Kanker (World Health Organization, n.d.)

Kelompok	Kelas Obat	Contoh
<b>Non opioid</b>	Parasetamol	Parasetamol dalam bentuk tablet atau sirup, suppositoria dan suntikan
	<i>Non steroid Antiinflammatory Drugs</i> (NSAIDs)	Ibuprofen tablet dan sirup Ketorolac tablet dan sirup Asam Asetil Salisilat tablet dan suppositoria
<b>Opioid</b>	Opioid lemah	Kodein tablet, sirup dan suntikan
	Opioid Kuat	Morfin tablet, sirup dan suntikan Hidromofon tablet, sirup dan suntikan Oksikodon tablet dan sirup Fentanil suntikan, <i>transdermal patch</i> , <i>transmucosal lozenges</i> , Metadone tablet, sirup dan suntikan
<b>Tambahan</b>	Steroid	Dexamethasone tablet dan suntikan Metilprednisolone tablet dan suntikan

Kelompok	Kelas Obat	Contoh
		Prednisolone tablet
	Antidepressan	Amitriptyline tablet Venlafaxine tablet
	Antikonvulsan	Carbamazepine tablet dan suntikan
	Bisphosphonat	Zoledronate suntikan

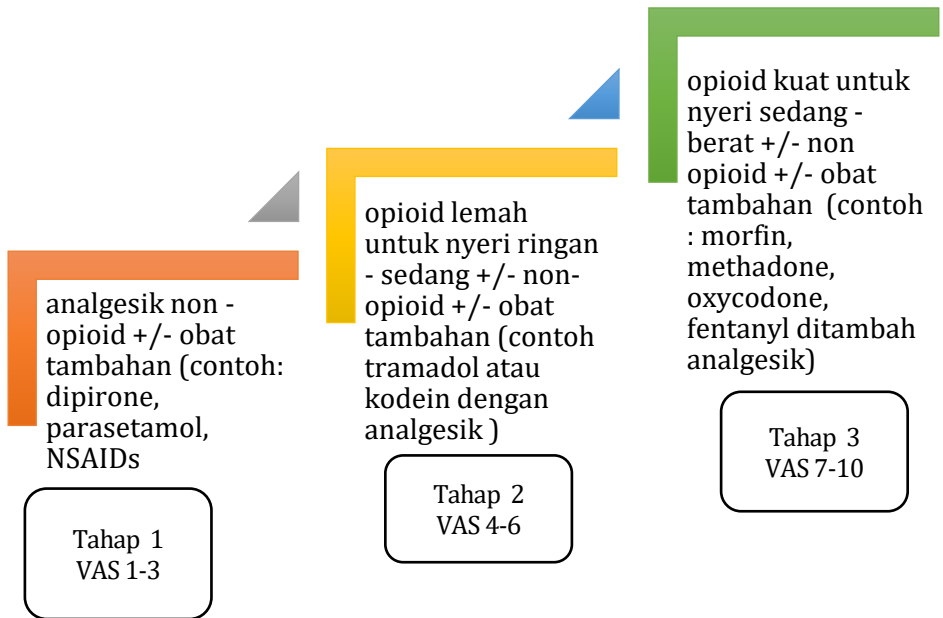
Pemberian obat analgesik jika dimungkinkan sebaiknya lewat mulut/per oral (*by mouth*), diberikan dengan interval waktu yang tetap (*by clock*). Sesuai dengan guideline dari WHO, prinsip manajemen nyeri pada penderita kanker adalah *“the right drug at the right dose at the right time intervals”* atau yang dapat diartikan obat yang tepat pada dosis yang tepat dengan waktu pemberian yang tepat. WHO memperkenalkan *WHO Analgesic Ladder* yang termuat pada gambar.3.1.(World Health Organization, n.d.)

### 3.3 Analgesik non-Opioid (Akporiaye ET et al., 2009)

Analgesik adalah senyawa yang, dalam dosis terapeutik, meredakan atau menekan rasa sakit tanpa memiliki efek anestesi umum. Analgesik berasal dari bahasa Yunani an- (tidak ada) dan -algia (nyeri). Kelompok obat ini memiliki target enzimatik, enzim siklooksigenase (COX). COX terlibat dalam sintesis mediator nyeri, salah satunya adalah prostaglandin. Mekanisme umum dari jenis analgesik ini adalah untuk memblokir pembentukan prostaglandin dengan menghambat enzim COX di tempat cedera, sehingga mengurangi pembentukan mediator nyeri. Mekanismenya hampir sama dengan obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID), obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dan inhibitor COX-2.

Efek samping yang paling umum dari obat kelas ini adalah masalah perut dan usus, perubahan darah, kerusakan hati dan ginjal, dan reaksi alergi pada kulit. Efek samping biasanya disebabkan oleh penggunaan jangka panjang dan dosis tinggi. Kelompok obat ini meliputi: parasetamol, aspirin, celecoxib, diklofenak, etodolak, fenoprofen, flurbiprofen, ibuprofen, indometasin, ketoprofen, ketorolac, meklofenamat, asam

mefanamat, nabumeton, naproxen, oksaprozin, oxyphenbutazone, fenilbutazon, Piroksikam Sulindacco.



**Gambar 3.1 : WHO Analgesic Ladder (WHO)**

Obat tambahan : obat yang dapat meningkatkan efek dari analgesik non opioid dan opioid

1. NSAIDs : dapat menjadi pendamping analgesik dan berguna meredakan inflamasi
2. Antidepresan trisiklik : Pilihan terapi; Nortriptyline, Desipramine, dan Amitriptiline. Amitriptiline dapat menyebabkan kebingungan pada pasien tua. efektif untuk neuropati diabetik dan nyeri neuropati
3. Antikonvulsan : gabapentin, pregabalin dan carbamazepine dapat meredakan nyeri terutama nyeri seperti tersetrum, tertusuk yang disebabkan disfungsi saraf perifer.



a. Asam salisilat

Kelas obat ini bekerja dengan menghambat enzim siklooksigenase secara ireversibel, sehingga mengurangi pembentukan prostaglandin dan tromboksan A<sub>2</sub>. Contoh obat golongan ini adalah aspirin, yang memiliki kemampuan menghambat biosintesis prostaglandin. Efek samping yang paling umum adalah sakit perut. Efek ini dapat dikurangi dengan meminumnya bersama makanan dan antasida.

b. Turunan aminofenol

Obat ini secara lemah menghambat prostaglandin di jaringan perifer dan tidak memiliki efek antiinflamasi yang signifikan. Contoh obat: Acetaminophen (Tylenol) adalah metabolit dari fenasetin. Obat ini membantu mengatasi nyeri ringan hingga sedang, seperti sakit kepala, nyeri otot, dan nyeri pascapersalinan. Efek samping mungkin termasuk sedikit peningkatan enzim hati. Dosis besar dapat menyebabkan pusing, lekas marah dan disorientasi.

c. Indoles dan Senyawa Terkait

Golongan obat ini merupakan penghambat prostaglandin yang paling poten. Contoh obat: Indometasin (Indocin), obat ini lebih efektif daripada aspirin. Efek samping termasuk efek gastrointestinal seperti sakit perut, diare, perdarahan gastrointestinal, dan pankreatitis, serta sakit kepala dan, jarang, penyakit hati.

d. Asam mefenamat

Kelas obat ini memiliki waktu paruh yang pendek, efek samping yang mirip dengan NSAID baru lainnya, dan tidak ada manfaat lain. Contoh obat: Meclomen dan turunan asam mefenamat. Obat ini meningkatkan efek antikoagulan oral. Kontraindikasi selama kehamilan.

e. Asam arilpropionat dan turunan

Golongan obat ini adalah analgesik yang lebih kuat daripada asetaminofen dan memiliki efek antipiretik dan antiinflamasi. Obat ini dikontraindikasikan pada pasien dengan polip hidung, angioedema, dan reaksi bronkospastik terhadap aspirin. Efek samping: gangguan gastrointestinal. Contoh farmasi: Ibuprofen (Advil), tersedia dalam dosis rendah dengan berbagai nama dagang.

f. Pirazolon dan Turunan

Obat ini memiliki efek antiinflamasi yang kuat. Contoh Obat: Phenylbutazone (butazolidine) digunakan untuk mengobati rheumatoid arthritis dan berbagai gangguan muskuloskeletal. Golongan obat ini memiliki efek samping yang serius seperti agranulositosis, anemia aplastik, anemia hemolitik, dan nekrosis tubulus.

g. Oksikam dan Turunan

Kelas obat ini adalah NSAID dengan struktur baru. Contoh obat: Piroxicam (Faldene). Ini memiliki waktu paruh yang panjang dalam pengobatan rheumatoid arthritis dan berbagai gangguan muskuloskeletal. Efek samping termasuk tinnitus, sakit kepala, dan ruam.

h. Asam asetat dan Turunan

Golongan obat ini merupakan penghambat siklooksigenase yang poten dengan efek antiinflamasi, analgesik, dan antipiretik. Contoh obat: Diklofenak (Voltaren). Ini memiliki waktu paruh yang pendek. Direkomendasikan untuk pengobatan rheumatoid arthritis dan berbagai gangguan muskuloskeletal. Efek samping termasuk ketidaknyamanan gastrointestinal, perdarahan gastrointestinal, dan tukak lambung.

### **3.4 Analgesik Non-Opioid Dalam Manajemen Nyeri Pada Penderita Kanker**

Obat yang paling sering digunakan dari golongan ini adalah acetaminophen yang adalah analgetik – antipiretik. Obat dalam golongan ini merupakan terapi tambahan untuk setiap tahapan dalam WHO analgesic ladder. Acetaminophen dapat berinteraksi dengan obat anti kanker menyebabkan hepatotoksitas. Dosis yang direkomendasikan kurang dari 2000 mg per hari dibagi 3-4 dosis, dan kurangi pemberian pada pasien dengan gangguan fungsi hati, ginjal dan riwayat peminum alkohol.

Obat lain dari tahapan pertama adalah NSAIDs atau AINS dengan cara kerja menghambat biosintesis dari prostaglandin dan mediator inflamasi lain yang dapat menginisiasi, menimbulkan, meningkatkan dan mempertahankan nyeri. Cara kerja lainnya

adalah pada sistem saraf pusat dan perifer yang belum dipahami secara jelas. NSAIDs terbagi menjadi NSAIDs selektif seperti Celecoxib ( inhibitor cyclooxygenase-2 ) dan NSAIDs tidak selektif seperti Ibuprofen atau aspirin. Efek samping dari golongan ini adalah ulkus lambung, disfungsi renal dan gangguan agregasi trombosit, dimana efek terhadap lambung berkurang pada golongan NSAIDs yang selektif, namun efek samping yang dapat ditimbulkan adalah gangguan kardiovaskuler dan serebrovaskuler pada penggunaan jangka panjang. Tabel 3.2. NSAIDs cukup efektif untuk nyeri yang dipicu oleh inflamasi seperti metastasis kanker dan mengurangi efek samping gangguan mental pada pemberian opioid. Kontraindikasi pemberiannya adalah gangguan hati dan ginjal serta perdarahan saluran cerna.

**Tabel 3.2 : Acetaminofen dan NSAIDs**

<b>Obat</b>	<b>Dosis pada BB ≥ 50 kg</b>	<b>Dosis pada BB &lt; 50 kg</b>	<b>Sediaan dalam Fornas 2013</b>
<b>Asetami- nofen</b>	4000 mg / 24 jam setiap 4-6 jam	10-15 mg / kgBB setiap 4 jam (oral)	Tablet 500 mg , sirup 120 mg / 5 mL, obat tetes 60 mg / 0,6 mL dan drip infus 1000 mg / 100 mL (restriksi = pasien ICU yang membutuhkan antipiretik)
		15-20 mg / kgBB setiap 4 jam (rektal)	
<b>Aspirin</b>	4000 mg / 24 jam setiap 4-6 jam	10-15 mg / kgBB setiap 4 jam (oral)	
		15-20 mg / kgBB setiap 4 jam (rektal)	
<b>Ibuprofen</b>	2400 mg / 24 jam setiap 6-8 jam	10 mg / kgBB setiap 6-8 jam (oral)	Tablet 200 mg, 400 mg, sirup 100 mg/5 mL dan 200mg/5 mL
<b>Naproxen</b>	1000 mg / 24 jam setiap 8-12 jam	5 mg / kgBB setiap 8 jam (oral / rektal)	
<b>Choline magne-sium tri-salicylate</b>	2000 - 3000 mg / 24 jam setiap 8-12 jam	25 mg / kgBB setiap 8 jam (oral)	
<b>Indo- methacin</b>	75-150mg / 24 jam setiap 4-6 jam	10-15 mg / kgBB setiap 4 jam (oral)	
<b>Ketorolac</b>	30 – 60 mg IM /IV selanjutnya 15-30 mg setiap 6 jam bolus IV/IM atau IV drip, penggunaan jangka pendek (3-5 hari)	0,25-1 mg / kgBB setiap 6 jam IV/IM penggunaan jangka pendek (3-5 hari)	Injeksi 30 mg/mL (restriksi = pasien yang tidak dapat menggunakan analgetik oral dan maksimal 2 hari )
<b>Celecoxib</b>	100-200 mg , terbagi 2 dosis (oral)	Belum ada data	

### 3.5 Analgesik opioid

Analgesik opioid adalah kelas obat dengan sifat seperti opium/morfin. Sifat analgesik dari opioid dapat menyebabkan kecanduan, pembiasaan dan ketergantungan fisik. Obat penahan nyeri yang ideal memiliki potensi sama kuatnya dengan morfin tanpa risiko kecanduan. Para ahli berupaya untuk mendapatkan obat semi-sintetik atau obat yang disintesis serupa dengan kerja morfin. (Paice dan Ferrell, 2011). Analgesik opioid adalah analgesik yang sangat kuat karena titik kerjanya di sistem saraf pusat (SSP). Secara umum dapat mengganggu kesadaran dan menimbulkan perasaan sejahtera (euforia). Analgesik opioid ini merupakan pereda nyeri yang paling ampuh dan sangat efektif dalam mengobati nyeri yang parah. (Raphael *et al.*, 2010)

Analgesik opioid bekerja pada reseptor opioid, tidak seperti analgesik non-opioid, yang bekerja pada enzim. Ada beberapa jenis reseptor opioid yang dikenal dan dipelajari: yaitu reseptor opioid  $\mu$ ,  $\kappa$ ,  $\sigma$ ,  $\delta$ ,  $\epsilon$ . (dan yang terbaru ditemukan adalah N/OFQ receptor, awalnya disebut opioid-receptor-like 1 (ORL-1) receptor atau "orphan" opioid receptor dan e-receptor, namun fungsinya tidak diketahui). Reseptor  $\mu$  memediasi efek analgesik, euforia dan ketergantungan fisik dari obat opioid. Reseptor  $\mu$  2 memediasi efek depresi pernapasan. Ada dua subtype reseptor  $\delta$ , yang terlibat dalam efek analgesik dan terkait dengan toleransi opioid. Reseptor  $\kappa$  berperan dalam analgesia, miosis, sedasi, dan diuresis. Reseptor opioid ini didistribusikan di otak dan sumsum tulang belakang. Reseptor  $\mu$  selektif untuk analgesik opioid (Akporiaye ET *et al.*, 2009)

Mekanisme umumnya adalah bahwa opioid akan terikat direseptor sehingga terjadi hiperpolarisasi dengan meningkatnya masuknya ion  $K^+$  ke dalam sel, dan berkurangnya pemasukan ion  $Ca^{2+}$  ke dalam sel. Penurunan kadar ion kalsium intraseluler mengurangi pelepasan peptida yang berhubungan dengan nyeri seperti dopamin, serotonin, dan substansi P, dan menghambat transmisi rangsangan nosiseptif. Efek stimulasi reseptor opioid termasuk analgesia meduler, miosis, antitusif, hipotalamus, dan efek gastrointestinal. Efek samping yang mungkin terjadi antara lain toleransi dan ketergantungan, depresi pernafasan, hipotensi,

konstipasi, sedasi, mual, muntah, dan gatal-gatal. Obat pencahar dan pelunak tinja, seperti senna dan dokusate, dapat diberikan untuk mengobati sembelit. Namun, jika gejala memburuk, antagonis opioid yang bekerja di saluran pencernaan, seperti metilnatrekson, dapat diberikan secara subkutan. (Akpories et al., 2009) Toleransi terhadap sedasi dapat berkembang dalam beberapa hari, sehingga pengobatan tambahan dapat diberikan dalam bentuk psikostimulan seperti methylphenidate 5-10 mg sekali atau dua kali sehari. Mual dan muntah dapat terjadi pada hari pertama sampai hari ketiga obat diberikan.

Deskripsi Analgesik Opioid:

a. Agonis kuat

1) Fentanil (Paice dan Ferrell, 2011; Raphael et al., 2010)

a) Kelas obat ini, seperti morfin, hidromorfon, dan oksimorfon, adalah agonis kuat yang membantu mengobati rasa sakit yang parah. Heroin adalah agonis yang kuat dan bekerja cepat. Morfin adalah standar emas untuk manajemen nyeri dan tersedia dalam beberapa bentuk sediaan termasuk oral, parenteral dan rektal. Formularium nasional menyediakan sediaan morfin 10 mg, SR 10 mg, SR 15 mg dan injeksi 10 mg / m dengan restriksi hanya untuk nyeri pada tindakan anestesi, atau nyeri kanker yang tidak respon dengan analgetika atau nyeri pada serangan jantung. Zat aktif morfin adalah M-3-G, yang berkontribusi terhadap terjadinya mioklonus, kejang, dan hiperalgesia, terutama pada pasien dengan penyakit ginjal. Efek samping serupa dapat terjadi dengan hidromorfon, metadon, dan fentanil.

b) Hidromorfon memiliki sediaan yang memiliki potensi 5 sampai 10 kali lebih kuat daripada morfin, terdapat bentuk sediaan seperti morfin: tablet oral, sirup, supositoria, parenteral, dan formulasi long-acting. Hidromorfon diglukuronidasi dan dimetabolisme oleh hidromorfon-3-glukuronida (H-3-G). Metabolit aktifnya dapat menyebabkan neurotoksisitas yang lebih parah daripada morfin. Neurotoksisitas ini terutama terkait dengan penggunaan jangka panjang dan gangguan

fungsi ginjal. Namun, hidromorfon lebih aman pada pasien dengan gangguan ginjal.

- c) Oxymorfone adalah opioid semi-sintetik yang tersedia dalam formulasi parenteral dan supositoria, serta bentuk sediaan long-acting. Oxymorfone diyakini dua kali lebih kuat dari morfin, tidak menginduksi atau menghambat jalur enzim CYP 2D6 atau CYP 3A4, dan tidak memiliki efek samping serius yang terlihat dengan opioid lain. Hidromorfon dan oksimorfon belum masuk dalam daftar obat nasional.

## 2) Phenylheptylamine (Paice dan Ferrell, 2011)

- a) Kelompok obat ini adalah metadon, yang memiliki profil yang sama dengan morfin, tetapi dengan durasi kerja yang sedikit lebih lama. Pada nyeri akut, kekuatan dan kemanjuran analgesiknya hampir setara dengan morfin. *Levomethadyl acetate* adalah turunan metadon dengan waktu paruh lebih lama dari metadon. (Akporiaye ET et al., 2009) Menurut database Cochrane, metadon dapat mengatasi nyeri neuropatik dan sama efektifnya dengan morfin dalam analgesia. Metadon bekerja dengan menghambat pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin. Ini memiliki waktu paruh yang panjang 15-60 jam. Keuntungan lain adalah variasi bentuk sediaan, seperti oral, rektal, subkutan, intravena, epidural, nasal, sublingual, dengan asio bentuk sediaan oral dan parenteral adalah 2:1 dan bentuk sediaan oral dan rektal adalah 1: 1. Metadon lebih murah daripada opioid lainnya. Mirip dengan opioid, karena bioavailabilitas obat ini dalam tubuh yang lama, akumulasi obat dapat terjadi, yang dapat terjadi dalam waktu 2-5 hari setelah pemberian obat.
- b) Metadon bisa menjadi pilihan lain atau pilihan bergiliran dengan morfin. Hasilnya menunjukkan efek yang setara dengan morfin. Metadon sangat mudah mengikat alfa-1 glikoprotein, yang banyak jumlahnya pada pasien kanker, sehingga mengurangi aktivitas metadon dan menunda timbulnya kerja obat. Metadon dimetabolisme oleh CYP3A4, CYP2D6, dan CYP1A2, ia

memiliki durasi kerja yang lebih pendek bila digunakan dengan obat yang meningkatkan kerja enzim CYP. Pada kondisi lain bila dikonsumsi dengan obat yang menghambat kerja enzim CYP maka akan memperpanjang durasi kerja obat, menyebabkan sedasi dan depresi pernapasan. Obat tersebut contohnya antidepresan golongan *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor* (SSRI) seperti fluoxetine, paroxetine, and sertraline, kemudian obat ketoconazole dan omeprazole. Methadone dapat mengganggu irama jantung pada gelombang QT atau biasa disebut *Torsade de Pointes*.

### 3) Fenilpiperidin

Meperidine dan fentanyl adalah opioid sintetis yang paling umum digunakan dengan aktivitas antimuskarinik. Subkelompok fentanil saat ini terdiri dari sufentanil dan alfentanil (Akpouriye ET et al., 2009). Fentanil tersedia dalam formularium nasional dalam sediaan injeksi 0,05 mg/mL, patch 12,5, 25 dan 50 mcg/ jam dan dikhususkan untuk penderita kanker yang tidak teratasi dengan analgesik non-opioid. Fentanil adalah opioid yang sangat lipofilik dengan rute pemberian parenteral, spinal, transdermal, transmucosal, bukal, dan intranasal. (Pace dan Ferrell, 2011)

### 4) Morfinan

Levorphanol adalah analgesik opioid sintetis yang bekerja mirip dengan morfin tetapi kurang kuat (Mercadante, 2012). Tramadol adalah opioid oral sintetis yang bekerja pada reseptor  $\mu$  untuk menghambat pengambilan kembali serotonin dan norepinefrin. Tramadol bertindak sebagai antagonis terhadap antidepresan. Tramadol dapat dipertimbangkan untuk pasien kanker dengan rotasi opioid. Tramadol tidak boleh diberikan pada pasien dengan riwayat kejang. Efek samping obat yang sering dilaporkan adalah muntah, pusing, dan lemas. (Pace dan Ferrell, 2011; Raphael et al., 2010)



b. Agonis Ringan hingga Sedang

1) Fenantren

Kodein, oksikodon, dihidrokodein, dan hidrokodeon semuanya kurang poten dibandingkan morfin, dan efek sampingnya membatasi dosis maksimum yang dapat diberikan untuk mencapai efek analgesik yang sebanding dengan morfin. (Williams JE dan Broadley KE, 2009) Penggunaannya sering dikombinasikan dengan formulasi yang mengandung aspirin atau asetaminofen dan obat lain. Kodein adalah prodrug yang membutuhkan metabolisme untuk aktivasi (kodein-6-glukuronida). Metabolisme ini disebut glukuronidasi, yang menggunakan enzim CYP2D6 dalam metabolismenya (Paice dan Ferrell, 2011)

2) Fenilheptilamin

Obat golongan ini adalah Propoksifen, yang memiliki aktivitas analgesik yang rendah, bila disetarakan dengan kodein adalah 2 : 1 (kodein). (Akporia *et al.*, 2009)

3) Fenilpiperidin

Obat dalam golongan ini adalah Difenoksilat dan metabolitnya. Difenoksin lebih sering digunakan sebagai obat anti-diare dan tidak untuk analgesik, digunakan sebagai kombinasi dengan atropin. (Paice dan Ferrell, 2011)

### 3.6 Analgesik opioid dalam manajemen nyeri pada penderita kanker

Penggunaan opioid sangat penting dalam penatalaksanaan nyeri pada kanker. Respon pasien terhadap obat golongan ini sangat bervariasi antara pasien satu dengan lainnya. Analgesik opioid berdasarkan potensinya terbagi atas opioid lemah dan opioid kuat. Tabel 3.3 Golongan opioid lemah antara lain kodein, dihidrokodein, oksikodone. Golongan opioid lemah ini biasanya dapat digunakan tunggal atau dikombinasi dengan acetaminophen sebagai terapi pada nyeri di tahap kedua dalam *WHO Analgesic Ladder* (Paice and Ferrell, 2011; Raphael *et al.*, 2010; World Health Organization, n.d.).

**Tabel 3.3 : Dosis Ekuianalgesik pada beberapa analgesik opioid dengan rute parenteral dan enteral (Akporiaye ET *et al.*, 2009; Paice and Ferrell, 2011; Swarm *et al.*, 2019)**

Jenis Obat	Dosis Ekuivalen	Rute parenteral	Rute enteral	Durasi analgesik
Morfin	10 mg	10 mg	30 mg	3-4 jam
Kodein	30-60 mg	130 mg	200 mg	3-4 jam
Fentanil	0,1 mg	0.1 mg	Yang tersedia hanya transmukosal dan bukal	1-1,5 jam
Hidrokodeon	5-10 mg	Tidak tersedia	30 – 45 mg	3-5 jam
Hidromorfon	1,5 mg	1,5 mg	7,5 mg	2-3 jam
Oksikodon	-	-	15-20 mg	3-5 jam
Oksimorfon	-	1 mg	10 mg	3-6 jam
Tramadol	-	100 mg	300 mg	-
Tapentadol	-	-	75-100 mg	-

Guideline dasar dari WHO ini diharapkan dapat memaksimalkan manajemen farmakologik pada nyeri pasien kanker. Selain itu penting untuk mengantisipasi, mencegah dan menerapi efek samping yang timbul juga interaksi obat yang berbahaya. Penggunaan analgesik baik opioid dan non opioid harus dititrasi berdasarkan tujuan terapi pada pasien, intensitas nyeri dan berat – ringannya efek samping yang timbul, kemampuan pasien untuk berfungsi normal terutama untuk tidur, status emosional, dampak nyeri tersebut bagi orang-orang sekitar pasien, yang pada akhirnya terhadap kualitas hidup pasien.(Paice and Ferrell, 2011)

Penderita kanker dengan nyeri sebaiknya memiliki rancangan manajemen nyeri sehingga dapat dimonitoring secara berkala terapi dan titrasi yang dilakukan. Rancangan manajemen nyeri tersebut juga dapat merencanakan rotasi terapi bilamana

muncul efek samping obat atau dosis eskalasi tidak dapat menimbulkan efek analgesik. (World Health Organization, n.d.)

## DAFTAR PUSTAKA

- Akporiaye ET, Aminoff MJ, Basbaum AI, Benowitz NL, Berkowitz BA, Biaggioni I, 2009. Basic and Clinical Pharmacology. Mc Graw Hill Lange.
- Chen, Chen Hsiu, Tang, S.T., Chen, Chien Hao, 2012. Meta-analysis of cultural differences in Western and Asian patient-perceived barriers to managing cancer pain. *Palliat Med* 26, 206–221. <https://doi.org/10.1177/0269216311402711>
- KURITA, G.P., TANGE, U.B., FARHOLT, H., SONNE, N.M., STRÖMGREN, A.S., ANKERSEN, L., KRISTENSEN, L., BENDIXEN, L., GRØNVOLD, M., PETERSEN, M.A., NORDLY, M., CHRISTRUP, L., NIEMANN, C., SJØGREN, P., 2013. Pain characteristics and management of inpatients admitted to a comprehensive cancer centre: a cross-sectional study. *Acta Anaesthesiol Scand* 57, 518–525. <https://doi.org/10.1111/aas.12068>
- Mercadante, S., 2012. Pharmacotherapy for Breakthrough Cancer Pain. *Drugs* 72, 181–190. <https://doi.org/10.2165/11597260-000000000-00000>
- Paice, J.A., Ferrell, B., 2011. The management of cancer pain. *CA Cancer J Clin* 61, 157–182. <https://doi.org/10.3322/caac.20112>
- Raphael, J., Hester, J., Ahmedzai, S., Barrie, J., Farquhar-Smith, P., Williams, J., Urch, C., Bennett, M.I., Robb, K., Simpson, B., Pittler, M., Wider, B., Ewer-Smith, C., DeCourcy, J., Young, A., Liossi, C., McCullough, R., Rajapakse, D., Johnson, M., Duarte, R., Sparkes, E., 2010. Cancer Pain: Part 2: Physical, Interventional and Complimentary Therapies; Management in the Community; Acute, Treatment-Related and Complex Cancer Pain: A Perspective from the British Pain Society Endorsed by the UK Association of Palliative Medicine and the Royal College of General Practitioners: Table 1. *Pain Medicine* 11, 872–896. <https://doi.org/10.1111/j.1526-4637.2010.00841.x>
- Swarm, R.A., Paice, J.A., Anghelescu, D.L., Are, M., Bruce, J.Y., Buga, S., Chwistek, M., Cleeland, C., Craig, D., Gafford, E., Greenlee, H., Hansen, E., Kamal, A.H., Kamdar, M.M., LeGrand, S., Mackey, S., Rachel McDowell, M., Moryl, N., Nabell, L.M., Nesbit, S., O'Connor, N., Rabow, M.W., Rickerson, E., Shatsky, R., Sindt, J., Urba, S.G.,

Youngwerth, J.M., Hammond, L.J., Gurski, L.A., 2019. Adult cancer pain, version 3.2019. JNCCN Journal of the National Comprehensive Cancer Network. <https://doi.org/10.6004/jnccn.2019.0038>

Williams JE, Broadley KE, 2009. Palliation of Advanced Head and Neck Cancer, in: Paul Q. Montgomery, Patrick J. Gullane, Peter H. Rhys Evans (Eds.), Principles and Practice of Head and Neck Surgery and Oncology. CRC Press, United Kingdom, pp. 151–159.

World Health Organization, n.d. WHO guidelines for the pharmacological and radiotherapeutic management of cancer pain in adults and adolescents.

# **BAB 4**

## **STRATEGI PENINGKATAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER**

*Oleh Ririn Afrian Sulistyawati*

### **4.1 Pendahuluan**

Perkembangan penyakit dan treatment pada pasien kanker dapat mengakibatkan kelemahan fisik, penurunan berat badan, dan psikologis. Hal tersebut sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker (Nayak *et al.*, 2017). Kualitas hidup merupakan masalah yang sangat memprihatinkan bagi pasien kanker, di mana mencakup masalah sosial, keuangan, psikososial, dan fisik pasien (Reale *et al.*, 2020; Vergara *et al.*, 2013).

Banyak penelitian berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien kanker. Adapun strategi yang dapat digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien kanker, antara lain:

### **4.2 Dukungan untuk Family Caregivers**

Keluarga merupakan orang yang penting di kehidupan pasien. Seperti yang kita ketahui, keluarga yang merawat pasien/*family caregivers* (FCs) melakukan berbagai upaya dan menghabiskan waktu untuk merawat pasien (Huang *et al.*, 2019; Kent *et al.*, 2016). Beberapa penelitian sebelumnya menunjukkan bahwa FCs melaporkan tingginya beban dan stres yang dialami selama merawat pasien (La *et al.*, 2021; Liu *et al.*, 2020; Sun *et al.*, 2019). Peningkatan beban dan stres pada FCs dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang diberikan pada pasien dan memperburuk kondisi psikologis pasien (Milbury *et al.*, 2013). Oleh karena itu, dibutuhkan langkah-langkah untuk mengurangi beban perawatan bagi FCs melalui pemberian edukasi dan dukungan, sehingga dapat meningkatkan fungsi FCs dan kualitas hidup mereka (Ghasemi *et al.*, 2020).

### 4.3 Manajemen Gejala

Berikut ini adalah gejala yang umumnya dialami pasien kanker (Cancer Counsil, 2019)

#### a. Nyeri

Nyeri pada pasien kanker kemungkinan disebabkan oleh kanker itu sendiri atau efek pengobatan. Berikut ini adalah beberapa cara yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pada pasien kanker, antara lain:

##### 1) Terapi farmakologi

- a) Nyeri ringan, menggunakan parasetamol atau non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs).
- b) Nyeri sedang, menggunakan codein
- c) Nyeri berat, menggunakan opioids (morphine, hydromorphone, oxycodone dan fentanyl).

##### 2) Terapi komplementer seperti pijat, meditasi, relaksasi, akupunktur, atau hipnoterapi

#### b. Mual dan muntah

Mual dan muntah pada pasien kanker dapat disebabkan oleh pengobatan dengan kemoterapi atau terapi radiasi atau pertumbuhan kanker. Berikut ini adalah beberapa cara untuk mengurangi mual dan muntah:

- 1) Mengonsumsi makanan dengan porsi kecil atau snaks/cemilan 5-6 kali dalam sehari.
- 2) Mengonsumsi makan atau minuman dengan jahe
- 3) Menggunakan obat anti mual sesuai resep
- 4) Menghindari makan makanan yang digoreng, berminyak, pedas, atau memiliki bau yang kuat
- 5) Menggunakan teknik pengurangan stres seperti meditasi.

#### c. Kehilangan selera makan

Pasien kanker sering kehilangan selera makan. Hal tersebut merupakan efek dari pengobatan atau efek gejala lainnya seperti kelelahan, mual/muntah, perubahan rasa, nyeri, kurangnya aktivitas, atau depresi. Berikut cara untuk mengatasi gejala ini:

- 1) Memilih makanan yang disukai
- 2) Menggunakan piring yang lebih kecil, piring yang besar dan penuh makanan mendorong pasien untuk berhenti makan.

- 3) Menambahkan rasa pada makanan dengan bumbu dan rempah-rempah.
  - 4) Menambahkan es krim atau krim ke buah untuk meningkatkan nutrisi.
  - 5) Mengonsumsi jus, minuman manis, atau minuman ringan di siang hari agar tetap terhidrasi.
  - 6) Menciptakan suasana makan yang menyenangkan mungkin, misal sambil mendengarkan musik, atau makan bersama teman.
  - 7) Melakukan aktivitas fisik ringan dapat merangsang nafsu makan seperti berjalan kaki.
  - 8) Mengonsumsi makanan lunak/cair agar mudah dicerna.
- d. Sesak napas
- Berikut ini adalah cara untuk mengurangi/mengatasi gejala:
- 1) Menggunakan kipas genggam atau membuka jendela untuk meningkatkan aliran udara ke wajah pasien.
  - 2) Duduk atau condongkan tubuh ke depan di atas meja, dengan tangan disilangkan di atas bantal (posisi di atas meja), dengan tujuan otot-otot pernapasan lebih rileks.
  - 3) Menggunakan pakaian yang longgar.
  - 4) Mengonsumsi banyak cairan. Dehidrasi dapat memperparah gejala.
- e. Kelelahan
- Berikut adalah cara untuk mengurangi gejala ini:
- 1) Menyusun rencana harian, dengan memperhatikan aktivitas yang dilakukan dan sertakan waktu istirahat.
  - 2) Melakukan aktivitas ringan secara teratur, seperti jalan kaki.
  - 3) Membatasi pengunjung jika pasien merasa lelah
  - 4) Membatasi atau menghindari konsumsi alkohol.
- f. Gangguan tidur
- Tidur yang cukup, penting untuk menjaga tingkat energi pasien, mengurangi kelelahan, dan meningkatkan mood. Gangguan tidur dapat disebabkan oleh nyeri, sesak napas, kecemasan atau depresi. Beberapa obat-obatan, perubahan hormonal dan mual juga dapat mempengaruhi pola tidur. Berikut adalah cara untuk mengatasi gejala ini:
- 1) Melakukan aktivitas fisik ringan setiap hari.



- 2) Membatasi atau menghindari rokok, alkohol, kafein dan makanan pedas.
- 3) Menghindari penggunaan teknologi seperti televisi, komputer, atau *smartphone* sebelum tidur.
- 4) Menjaga agar ruangan tetap gelap, tenang, dan pada suhu yang nyaman.
- 5) Menggunakan praktik relaksasi seperti mendengarkan musik yang lembut, rekaman suara hujan, dan sebagainya.

## 1. Intervensi Spiritual

Kesejahteraan spiritual merupakan komponen penting yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker (Gonzalez *et al.*, 2014; Nasution *et al.*, 2020; Phenwan *et al.*, 2019). Kesejahteraan spiritual akan mempengaruhi penerimaan penyakit saat ini, motivasi dalam menjalani pengobatan, pengambilan keputusan, dan kualitas hidup. Intervensi spiritual merupakan salah satu alternatif untuk meningkatkan coping dan kesejahteraan spiritual pada pasien kanker (Jafari *et al.*, 2013; Nasution *et al.*, 2020; Sajadi *et al.*, 2018).

Intervensi spiritual membantu pasien untuk menggunakan strategi spiritualitas mereka; membina hubungan baik dengan diri sendiri, keluarga, dan teman; meningkatkan praktik perawatan diri; menjalankan agama; meningkatkan aspek positif; dan menumbuhkan kepercayaan pasien (Moeini *et al.*, 2014). Intervensi ini berfokus pada kesejahteraan spiritual untuk mencapai kepuasan individu dengan kehidupan mereka, penerimaan, cinta, dan pengampunan (Baljani *et al.*, 2014).

Beberapa intervensi spiritual dapat digunakan diantaranya berbasis religius seperti doa, dzikir, membaca Al-Qur'an, dan kegiatan ibadah lainnya; berbasis spiritual seperti dukungan spiritual, koneksi ke Tuhan, memperoleh sejarah spiritual; atau intervensi eksistensial seperti meditasi (Babamohamadi *et al.*, 2020; Sulistyawati *et al.*, 2019). Pemberian intervensi dan konseling spiritual juga dapat dilakukan dengan mempertimbangkan kehadiran pendeta/pemuka agama (Rodríguez Vega *et al.*, 2010).

## 2. Manajemen Masalah Psikologi

Penilaian faktor sosial dan emosional, suasana hati, kecemasan, dan depresi merupakan bagian dari penilaian komprehensif pada pasien kanker. Tekanan emosional dan gejala psikologis umum terjadi pada pasien kanker, dan berdasarkan penelitian terdahulu sekitar 30-40% pasien kanker mengalami gangguan mood (Butow *et al.*, 2015). Berikut ini adalah beberapa terapi non farmakologi untuk mengatasi masalah psikologi pada pasien kanker:

a. Mindfulness Therapy

Terapi mindfulness adalah intervensi untuk meningkatkan kesadaran individu terhadap segala sesuatu, sehingga mampu menghadapi dan mengatasi kondisinya secara tepat dan positif. Mindfulness berakar dari praktik meditasi penganut ajaran Budha, yang kemudian dikembangkan dalam praktik psikiatri dan psikolog. Pada awal 1980, mindfulness diperkenalkan oleh Jon Kabat-Zinn melalui *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), di mana terapi ini diberikan pada pasien dengan nyeri kronis. Setelah itu, terapi ini dikembangkan oleh John Teasdale, Zindel Segal, dan Mark Williams menjadi *Mindfulness-based Cognitive Therapy* (MBCT) yang mengkolaborasikan *mindfulness* dengan terapi kognitif.



<https://blog.virginiacancer.com/mindfulness-meditation-and-yoga-benefits-for-cancer-patients>

Terapi mindfulness digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup pada pasien kanker, dan mengatasi masalah psikologis seperti distres, kecemasan, stres, dan depresi (Dobos *et al.*, 2015; Fish *et al.*, 2014; Gotink *et al.*, 2015; Johns *et al.*, 2016; Lengacher *et al.*, 2016; Mackenzie *et al.*, 2013; Poulin *et al.*, 2016; Reich *et*

*al.*, 2017; Zhang *et al.*, 2016). Terapi ini juga dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pasien. Mindfulness membantu pasien mengontrol emosinya saat timbul nyeri dan kondisi stres lainnya, dengan menarik perhatian pasien dari gejala yang tidak menyenangkan (Brown & Jones, 2010). Saat

melakukan terapi ini, fokus pasien ke nyeri yang dialami berkurang, sehingga toleransi terhadap nyeri meningkat (Ngamkham et al., 2019).

Terapi mindfulness dapat dilakukan melalui langkah **STOP** (Liao et al., 2020). **STOP** merupakan akronim dari:

**S**=stop (hentikan segala aktivitas yang Anda kerjakan)

**T**=take (ambil napas dalam-dalam. Ini menghubungkan Anda kembali dengan tubuh Anda. Perhatikan pernapasan Anda dan biarkan diri Anda terus bernapas secara normal dan alami)

**O**=observe (amati apa yang terjadi pada Anda saat ini, termasuk pikiran, perasaan, dan emosi)

**P**=proceed (lanjutkan aktivitas yang dilakukan sebelumnya/akan dilakukan)

#### b. *Acceptance and Commitment Therapy (ACT)*



<https://www.kemalarikan.com/en/acceptance-commitment-therapy-act-in-the-treatment-of-depression-and-anxiety.html>

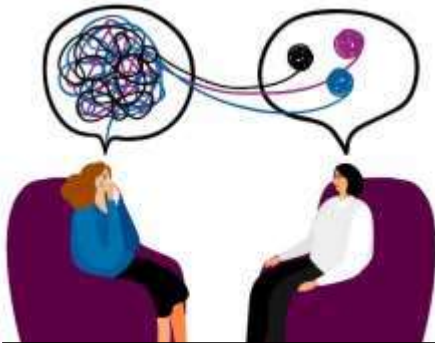
ACT merupakan intervensi psikologis unik berbasis empiris yang menggunakan strategi penerimaan dan perhatian, disertai dengan strategi komitmen dan perubahan perilaku, yang bertujuan untuk meningkatkan fleksibilitas psikologis. Fleksibilitas psikologis

didefinisikan sebagai kemampuan untuk dapat secara sadar memaknai perasaan dan pikiran mereka, dan berkomitmen untuk mencapai tujuan (Hayes, 2004). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa ACT dapat meningkatkan fungsi dan kualitas hidup pada pasien kanker (Arch & Mitchell, 2016; Feros et al., 2011; González-Fernández et al., 2018; González-Fernández & Fernández-Rodríguez, 2019; N J Hulbert-Williams et al., 2015; Nicholas J Hulbert-Williams & Storey, 2016).

Pelaksanaan ACT melibatkan tujuh proses (Hayes, 2004), di antaranya:

- 1) *Confronting the system*; terapis membantu individu untuk memeriksa strategi yang telah diadopsi untuk mengatasi masalah yang dihadapi.
- 2) *Recognising control as the problem*; terapis membantu individu untuk memahami peristiwa-peristiwa yang dapat memperburuk pikiran dan perasaan.
- 3) *Identifying cognitive defusion and mindfulness*; terapis memfasilitasi individu untuk mencapai defusi kognitif, sebagai sarana untuk mendorong fleksibilitas yang lebih besar dalam respon perilaku. Pada proses ini, terapis membantu individu untuk memperbaiki dampak negatif dari pikiran.
- 4) *Developing a transcendent sense of self*; terapis melibatkan individu dalam pengalaman yang mendorong ke posisi transedensi, yaitu kondisi di mana individu dapat mengeksplorasi sensasi fisik, respon emosional secara lebih objektif, ingatan, dan pola kognitif.
- 5) *Clarifying values*; terapis mendorong individu untuk mengembangkan kesadaran yang lebih besar tentang nilai-nilai yang dapat memotivasi individu dalam penerimaan, kemauan, dan tindakan berkomitmen yang membantu individu untuk mengendalikan hidup mereka.
- 6) *Establishing commitment*; proses terakhir dalam ACT adalah membentuk perilaku berkomitmen yang sesuai dengan nilai-nilai individu dan dapat berfungsi untuk memberdayakan mereka

### c. Cognitive Behavioral Therapy (CBT)



<https://medium.com/spark-live/advantages-of-cognitive-behavioral->

CBT adalah intervensi psikologis yang digunakan untuk mengubah perilaku disfungsional dan pola pikir. Beberapa penelitian menunjukkan bahwa terapi ini mampu meningkatkan kualitas hidup pasien kanker (Benjamin *et al.*, 2011; Getu *et al.*, 2021; Matthews *et al.*, 2018;

McCarter *et al.*, 2016; Tauber *et al.*, 2019; Ye *et al.*, 2018; Zhang *et al.*, 2016).

CBT memiliki tiga komponen utama, yaitu terapi keterampilan koping, terapi pemecahan masalah, dan metode restrukturisasi kognitif. Tujuan dari restrukturisasi kognitif adalah untuk memperbaiki pikiran maladaptif sementara terapi keterampilan koping berkontribusi untuk mengembangkan kapasitas koping klien dalam situasi stres. Terapi pemecahan masalah adalah kombinasi dari teknik restrukturisasi kognitif dan prosedur pelatihan keterampilan koping (Dubson, 2010). CBT dilakukan sebanyak 8 – 12 kali pertemuan, dengan 1 – 2 kali pertemuan untuk setiap minggunya (Rothbaum *et al.*, 2000).

## DAFTAR PUSTAKA

- Arch, J. J., & Mitchell, J. L. 2016. An Acceptance and Commitment Therapy (ACT) group intervention for cancer survivors experiencing anxiety at re-entry. *Psycho-Oncology*, 25(5), 610–615. <https://doi.org/10.1002/pon.3890>
- Babamohamadi, H., Kadkhodaei-Elyaderani, H., Ebrahimian, A., & Ghorbani, R. 2020. The Effect of Spiritual Care Based on the Sound Heart Model on the Spiritual Health of Patients with Acute Myocardial Infarction. *Journal of Religion and Health*, 59(5), 2638–2653. <https://doi.org/10.1007/s10943-020-01003-w>
- Baljani, E., Kazemi, M., Amanpour, E., & Tizfahm, T. 2014. The Relationship Between Religion, Spiritual Well-being, Hope and Quality of life in Patients with Cancer. *Basic & Clinical Cancer Research*, 28–36.
- Benjamin, C. L., Puleo, C. M., Settapani, C. A., Brodman, D. M., Edmunds, J. M., Cummings, C. M., & Kendall, P. C. 2011. History of Cognitive-Behavioral Therapy in Youth. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(2), 179–189. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.01.011>
- Brown, C. A., & Jones, A. K. P. 2010. Meditation experience predicts less negative appraisal of pain: Electrophysiological evidence for the involvement of anticipatory neural responses. *PAIN*, 150(3), 428–438. <https://doi.org/10.1016/J.PAIN.2010.04.017>
- Butow, P., Price, M. A., Shaw, J. M., Turner, J., Clayton, J. M., Grimison, P., Rankin, N., & Kirsten, L. 2015. Clinical pathway for the screening, assessment and management of anxiety and depression in adult cancer patients: Australian guidelines. *Psycho-Oncology*, 24(9), 987–1001. <https://doi.org/10.1002/pon.3920>
- Cancer Counsil. 2019. *Living with Advanced Cancer; A guide for people with cancer, their families and friends* (J. Mothoneos (ed.)). Cancer Council Australia.
- Dobos, G., Overhamm, T., Büssing, A., Ostermann, T., Langhorst, J., Kümmel, S., Paul, A., & Cramer, H. 2015. Integrating mindfulness in supportive cancer care: a cohort study on a mindfulness-based day care clinic for cancer survivors. *Supportive Care in*

- Cancer* 2015 23:10, 23(10), 2945–2955.  
<https://doi.org/10.1007/S00520-015-2660-6>
- Dubson, K. S. 2010. Handbook of cognitive-behavioral therapies. *Choice Reviews Online*, 48(03), 48-1760-48-1760.  
<https://doi.org/10.5860/CHOICE.48-1760>
- Feros, D. L., Lane, L., Ciarrochi, J., & Blackledge, J. T. 2011. Acceptance and Commitment Therapy (ACT) for improving the lives of cancer patients: a preliminary study. *Psycho-Oncology*, n/a-n/a.  
<https://doi.org/10.1002/pon.2083>
- Fish, J. A., Ettridge, K., Sharplin, G. R., Hancock, B., & Knott, V. E. (2014). Mindfulness-based Cancer Stress Management: impact of a mindfulness-based programme on psychological distress and quality of life. *European Journal of Cancer Care*, 23(3), 413–421.  
<https://doi.org/10.1111/ECC.12136>
- Getu, M. A., Chen, C., Panpan, W., Mboineki, J. F., Dhakal, K., & Du, R. 2021. The effect of cognitive behavioral therapy on the quality of life of breast cancer patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Quality of Life Research*, 30(2), 367–384. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02665-5>
- Ghasemi, M., Arab, M., & Shahrababaki, P. M. 2020. Relationship between caregiver burden and family functioning in family caregivers of older adults with heart failure. *Journal of Gerontological Nursing*, 46(6), 25–33. <https://doi.org/10.3928/00989134-20200511-04>
- González-Fernández, S., & Fernández-Rodríguez, C. 2019. Acceptance and Commitment Therapy in Cancer: Review of Applications and Findings. *Behavioral Medicine (Washington, D.C.)*, 45(3), 255–269. <https://doi.org/10.1080/08964289.2018.1452713>
- González-Fernández, S., Fernández-Rodríguez, C., Paz-Caballero, M. D., & Pérez-Álvarez, M. 2018. Treating anxiety and depression of cancer survivors: Behavioral activation versus acceptance and commitment therapy. *Psicothema*, 30(1), 14–20.  
<https://doi.org/10.7334/psicothema2017.396>
- Gonzalez, P., Castañeda, S. F., Dale, J., Medeiros, E. A., Buelna, C., Nuñez, A., Espinoza, R., & Talavera, G. A. 2014. Spiritual well-being and depressive symptoms among cancer survivors. *Supportive Care in Cancer*, 22(9), 2393–2400. <https://doi.org/10.1007/s00520-014-2207-2>





- Gotink, R. A., Chu, P., Busschbach, J. J. V., Benson, H., Fricchione, G. L., & Hunink, M. G. M. 2015. Standardised Mindfulness-Based Interventions in Healthcare: An Overview of Systematic Reviews and Meta-Analyses of RCTs. *PLOS ONE*, 10(4), e0124344. <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0124344>
- Hayes, S. C. 2004. Integrative Behavioral Couples Therapy (IBCT; Jacobson & Christensen, 1996), and Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT. In *Borkovec & Roemer* (Vol. 35). Martell.
- Huang, Y.-P., Wang, S.-Y., Chen, S.-H., Hsu, W.-Y., & Chang, M.-Y. 2019. The experience of spousal caregivers of patients recently diagnosed with cancer in Taiwan. *Collegian*, 26(4), 477–484. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.12.005>
- Hulbert-Williams, N J, Storey, L., & Wilson, K. G. 2015. Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of Acceptance and Commitment Therapy. *European Journal of Cancer Care*, 24(1), 15–27. <https://doi.org/10.1111/ecc.12223>
- Hulbert-Williams, Nicholas J, & Storey, L. 2016. Psychological flexibility correlates with patient-reported outcomes independent of clinical or sociodemographic characteristics. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 24(6), 2513–2521. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-3050-9>
- Jafari, N., Zamani, A., Farajzadegan, Z., Bahrami, F., Emami, H., & Loghmani, A. 2013. The effect of spiritual therapy for improving the quality of life of women with breast cancer: A randomized controlled trial. *Psychology, Health & Medicine*, 18(1), 56–69. <https://doi.org/10.1080/13548506.2012.679738>
- Johns, S. A., Brown, L. F., Beck-Coon, K., Talib, T. L., Monahan, P. O., Giesler, R. B., Tong, Y., Wilhelm, L., Carpenter, J. S., Von Ah, D., Wagner, C. D., de Groot, M., Schmidt, K., Monceski, D., Danh, M., Alyea, J. M., Miller, K. D., & Kroenke, K. 2016. Randomized controlled pilot trial of mindfulness-based stress reduction compared to psychoeducational support for persistently fatigued breast and colorectal cancer survivors. *Supportive Care in Cancer* 2016 24:10, 24(10), 4085–4096. <https://doi.org/10.1007/S00520-016-3220-4>

- Kent, E. E., Rowland, J. H., Northouse, L., Litzelman, K., Chou, W.-Y. S., Shelburne, N., Timura, C., O'Mara, A., & Huss, K. 2016. Caring for caregivers and patients: Research and clinical priorities for informal cancer caregiving. *Cancer*, 122(13), 1987–1995. <https://doi.org/10.1002/cncr.29939>
- La, I. S., Johantgen, M., Storr, C. L., Zhu, S., Cagle, J. G., & Ross, A. 2021. Caregiver burden and related factors during active cancer treatment: A latent growth curve analysis. *European Journal of Oncology Nursing*, 52, 101962. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.101962>
- Lengacher, C. A., Reich, R. R., Paterson, C. L., Ramesar, S., Park, J. Y., Alinat, C., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Miladinovic, B., Jacobsen, P. B., Cox, C. E., Goodman, M., & Kip, K. E. 2016. Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer Survivors: A Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 34(24), 2827. <https://doi.org/10.1200/JCO.2015.65.7874>
- Liao, Y., Wang, L., Luo, T., Wu, S., Wu, Z., Chen, J., Pan, C., Wang, Y., Liu, Y., Luo, Q., Guo, X., Xie, L., Zhou, J., Chen, W., & Tang, J. 2020. Protocol: Brief mindfulness-based intervention of 'STOP (Stop, Take a Breath, Observe, Proceed) touching your face': a study protocol of a randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(11), 41364. <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2020-041364>
- Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. 2020. Caregiver burden: A concept analysis. *International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445. <https://doi.org/10.1016/J.IJNSS.2020.07.012>
- Mackenzie, M. J., Carlson, L. E., Ekkekakis, P., Paskevich, D. M., & Culos-Reed, S. N. 2013. Affect and Mindfulness as Predictors of Change in Mood Disturbance, Stress Symptoms, and Quality of Life in a Community-Based Yoga Program for Cancer Survivors. *Evidence-Based Complementary and Alternative Medicine*, 2013, 13. <https://doi.org/10.1155/2013/419496>
- Matthews, E., Carter, P., Page, M., Dean, G., & Berger, A. 2018. Sleep-Wake Disturbance: A Systematic Review of Evidence-Based Interventions for Management in Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(1), 37–52. <https://doi.org/10.1188/18.CJON.37-52>

- McCarter, K., Martínez, Ú., Britton, B., Baker, A., Bonevski, B., Carter, G., Beck, A., Wratten, C., Guillaumier, A., Halpin, S. A., & Wolfenden, L. 2016. Smoking cessation care among patients with head and neck cancer: a systematic review. *BMJ Open*, 6(9), e012296. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012296>
- Milbury, K., Badr, H., Fossella, F., Pisters, K. M., & Carmack, C. L. 2013. Longitudinal associations between caregiver burden and patient and spouse distress in couples coping with lung cancer. *Supportive Care in Cancer*, 21(9), 2371–2379. <https://doi.org/10.1007/s00520-013-1795-6>
- Moeini, M., Taleghani, F., Mehrabi, T., & Musarezaie, A. 2014. Effect of a spiritual care program on levels of anxiety in patients with leukemia. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*, 19(1), 88–93.
- Nasution, L. A., Afyanti, Y., & Kurniawati, W. 2020. Effectiveness of Spiritual Intervention toward Coping and Spiritual Well-being on Patients with Gynecological Cancer. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 273–279. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_4\\_20](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_4_20)
- Nayak, M., George, A., Vidyasagar, M., Mathew, S., Nayak, S., Nayak, B., Shashidhara, Y., & Kamath, A. 2017. Quality of Life among Cancer Patients. *Indian J Palliat Care*, 23(4), 445–450.
- Ngamkham, S., Holden, J. E., & Smith, E. L. 2019. A Systematic Review: Mindfulness Intervention for Cancer-Related Pain. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(2), 161. [https://doi.org/10.4103/APJON.APJON\\_67\\_18](https://doi.org/10.4103/APJON.APJON_67_18)
- Phenwan, T., Peerawong, T., & Tulathamkij, K. 2019. The Meaning of Spirituality and Spiritual Well-Being among Thai Breast Cancer Patients: A Qualitative Study. *Indian Journal of Palliative Care*, 25(1), 119–123. [https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC\\_101\\_18](https://doi.org/10.4103/IJPC.IJPC_101_18)
- Poulin, P. A., Romanow, H. C., Rahbari, N., Small, R., Smyth, C. E., Hatchard, T., Solomon, B. K., Song, X., Harris, C. A., Kowal, J., Nathan, H. J., & Wilson, K. G. 2016. The relationship between mindfulness, pain intensity, pain catastrophizing, depression, and quality of life among cancer survivors living with chronic neuropathic pain. *Supportive Care in Cancer* 24:10, 24(10), 4167–4175. <https://doi.org/10.1007/S00520-016-3243-X>
- Reale, M. L., De Luca, E., Lombardi, P., Marandino, L., Zichi, C., Pignataro,

- D., Ghisoni, E., Di Stefano, R. F., Mariniello, A., Trevisi, E., Leone, G., Muratori, L., La Salvia, A., Sonetto, C., Bironzo, P., Aglietta, M., Novello, S., Scagliotti, G. V., Perrone, F., & Di Maio, M. 2020. Quality of life analysis in lung cancer: A systematic review of phase III trials published between 2012 and 2018. *Lung Cancer*, 139, 47–54. <https://doi.org/10.1016/j.lungcan.2019.10.022>
- Reich, R. R., Lengacher, C. A., Alinat, C. B., Kip, K. E., Paterson, C., Ramesar, S., Han, H. S., Ismail-Khan, R., Johnson-Mallard, V., Moscoso, M., Budhrani-Shani, P., Shivers, S., Cox, C. E., Goodman, M., & Park, J. 2017. Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(1), 85–95. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2016.08.005>
- Rodríguez Vega, B., Palao, A., Torres, G., Hospital, A., Benito, G., Pérez, E., Dieguez, M., Castelo, B., & Bayón, C. 2010. Combined therapy versus usual care for the treatment of depression in oncologic patients: a randomized controlled trial. *Psycho-Oncology*, n/a-n/a. <https://doi.org/10.1002/pon.1800>
- Rothbaum, B. O., Meadows, E. A., Resick, P., & Foy, D. W. 2000. *Cognitive-behavioral therapy*. In E. B. Foa, T. M. Keane, & M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. The Guilford Press.
- Sajadi, M., Niazi, N., Khosravi, S., Yaghobi, A., Rezaei, M., & Koenig, H. G. 2018. Effect of spiritual counseling on spiritual well-being in Iranian women with cancer: A randomized clinical trial. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 30, 79–84. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2017.12.011>
- Sulistyawati, R. A., Probosuseno, & Setiyarini, S. 2019. Dhikr Therapy for Reducing Anxiety in Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 6(4), 411–416. [https://doi.org/10.4103/apjon.apjon\\_33\\_19](https://doi.org/10.4103/apjon.apjon_33_19)

- Sun, V., Raz, D. J., & Kim, J. Y. 2019. Caring for the Informal Cancer Caregiver. *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 13(3), 238–242. <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000438>
- Tauber, N. M., O'Toole, M. S., Dinkel, A., Galica, J., Humphris, G., Lebel, S., Maheu, C., Ozakinci, G., Prins, J., Sharpe, L., Smith, A. "Ben," Thewes, B., Simard, S., & Zachariae, R. 2019. Effect of Psychological Intervention on Fear of Cancer Recurrence: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Clinical Oncology*, 37(31), 2899–2915. <https://doi.org/10.1200/JCO.19.00572>
- Vergara, N., Montoya, J. E., Luna, H. G., Amparo, J. R., & Cristal-Luna, G. 2013. Quality of Life and Nutritional Status Among Cancer Patients on Chemotherapy. *Oman Medical Journal*, 28(4), 270–274. <https://doi.org/10.5001/omj.2013.75>
- Ye, M., Du, K., Zhou, J., Zhou, Q., Shou, M., Hu, B., Jiang, P., Dong, N., He, L., Liang, S., Yu, C., Zhang, J., Ding, Z., & Liu, Z. 2018. A meta-analysis of the efficacy of cognitive behavior therapy on quality of life and psychological health of breast cancer survivors and patients. *Psycho-Oncology*, 27(7), 1695–1703. <https://doi.org/10.1002/pon.4687>
- Zhang, J., Xu, R., Wang, B., & Wang, J. 2016. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complementary Therapies in Medicine*, 26, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.CTIM.2016.02.012>

# **BAB 5**

## **DAMPAK PSIKOSOSIAL KANKER**

*Oleh Wibowo Hanafi Ari Susanto*

### **5.1 Pendahuluan**

Pada masa ini, banyak bermunculan berbagai penyakit kronis yang mengancam jiwa dan berdampak pada kematian. Salah satu jenis penyakit berbahaya adalah kanker. Untuk mengatasi penyakit tersebut tidak jarang dibutuhkan berbagai jenis pengobatan baik kemoterapi, operasi serta radiasi. Berbagai jenis pengobatan penyakit tersebut seringkali menimbulkan stressor jangka panjang dan terus menerus bagi penderita penyakit tersebut. Respon pertama kali yang ditunjukkan oleh penderita kanker sering kali terkejut dan tidak menerima, takut serta cemas. Dan sering kali individu tidak memiliki pengetahuan yang mumpuni dalam menangani penyakit yang diderita (Kirana, 2016).

Oleh karena itu, untuk dapat memahami lebih lanjut mengenai penyakit tersebut sangat perlu untuk membahas dan mengulas lebih lanjut terkait dampak psikososial pasien kanker.

### **5.2 Dampak Psikososial Pasien Kanker**

Adapun beberapa hal yang harus dipahami terkait dampak psikososial kanker adalah:

#### **5.2.1 Resiliensi**

Resiliensi merupakan kemampuan seseorang dalam menghadapi serta beradaptasi terhadap berbagai masalah yang mungkin muncul. Kemampuan ini merupakan kemampuan seseorang dalam bertahan terhadap tekanan, mengalami kesengsaraan atau adversity, serta menghadapi trauma. Dalam tahap resiliensi seorang individu akan melakukan penilaian, mengatasi, serta meningkatkan kapasitas diri dalam keterpurukan (Kirana, 2016).

### **5.2.2 Dukungan sosial**

Dalam menghadapi tekanan psikologis, dibutuhkan ketersediaan berbagai sumber daya yang mendukung kenyamanan fisik serta psikologis. Pada kondisi ini individu sangat membutuhkan perasaan ingin dihargai dicintai dan diperhatikan oleh orang-orang terdekatnya. Dukungan sosial merupakan bentuk perilaku esponsif dan melayani yang dilakukan oleh anggota keluarga. Berbagai bentuk dukungan, baik dukungan emosional, informasi serta instrumental sangat dibuthkan oleh pasien kanker (Kirana, 2016).

Berbagai bentuk dampak aspek psikososial pasien kanker tersebut pada akhirnya akan beerdampak pada kualitas hidup (QOL) pasien kanker. Kualitas hidup merupakan persepsi pasien kanker terhadap aktifitas terapi yang dijalani. Adapun beberapa hal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker adalah harapan, tujuan standar, dan lingkungan dimana mereka berada. Adapun beberapa hal yang mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker adalah sebagai berikut. (Risdayanti and Herlina, 2020):

### **5.2.3 Kondisi fisik pasien yang menjalani kemoterapi**

Adapun efek samping pasien yang menjalani kemoterapi diantaranya adalah sering mengalami lemah, letih lesu dan kelelahan dan kesusahan dalam berkonsentrasi. Adapaun jika seorang pasien sudah selesai menjalani kemoterapi, biasanya mereka akan melakukan berbagai aktifitas yang dapat memberikan efek rileks seperti berolahraga ringan. Namun demikian, biasanya efek kemoterapi akan hilang setelah 2 minggu proses terapi dengan keluhan nyeri disekujur tubuh. Setelah efek samping dari terapi yang dijalankan, biasanya pasien akan merasa lebih nyaman dengan berkurangnya berbagai keluhan seperti nyeri dan berbagai jenis keluhan fisik lainnya. Kemoterapi pada adasarnya bertujuan membunuh kuman secara berkala yang berseifat abnormal serta progresif.

### **5.2.4 Kondisi psikososial pasien yang menjalani kemoterapi**

Adapun beberapa gejala yang muncul adalah cemas, stress, depresi, konflik peran, perubahan peran sosial dan isosolasi sosial akibat kecemasan dan stress yang diderita.

Dalam literatur lainnya disebutkan bahwa bentuk dukungan psikososial dapat berupa kecemasan, pesimisme harapan, kesadaran kesesuaian, serta neurotisme. Adapun beberapa gejala yang menunjukkan penurunan kualitas hidup adalah stres dan depresi. Selain itu, variabel lainnya dari psikososial adalah strategi koping. Strategi koping ada yang bersifat adaptif serta maladaptif.

Koping individu yang adaptif dapat berupa, perenungan, penerimaan diri, penghindaran serta represi. Dalam hal antisipasi kanker biasanya wanita memiliki tingkat antisipasi yang jauh lebih tinggi dibandingkan pada lelaki. Hal tersebut diakibatkan karena unsur *neoadjuvant* wanita yang jauh lebih tinggi. Wanita cenderung memiliki kekhawatiran berlebih terhadap risiko infertilitas yang disebabkan efek terapi dan pengobatan yang dijalankan (Sari *et al.*, 2020).

### **5.2.5 Kondisi lingkungan pasien yang menjalani kemoterapi**

Bantuan kondisi lingkungan kesehatan biasanya terdiri atas berbagai bantuan jaminan kesehatan seperti BPJS, biasanya untuk aktifitas pengobatan, pasien kanker dicover oleh BPJS. Namun demikian biasanya pasien kanker biasanya tidak bisa bergantung hanya dengan pengobatan medis, biasanya mereka akan lebih mengupayakan berbagai jenis pengobatan lainnya seperti pengobatan herbal.

### **5.2.6 Jenis makanan yang dihindari**

Pada penderita hal yang paling sering dianjurkan adalah mengonsumsi berbagai sayur sayuran dan buah buahan yang dapat mendukung stamina dan membantu melawan kanker.

### **5.2.7 Kondisi spiritual pasien kanker**

Adapun kondisi spiritual pasien kanker sering kali akan merubah nilai serta prinsip hidup. Biasanya beberapa komponen tersebut akan berubah sebelum dan setelah menderita kanker. Adapun bentuk perubahan spiritual pasien kanker bisa seperti bentuk kemarahan kepada Tuhannya, mengingkari keberadaan Tuhannya, serta perasaan takut akan kematian (Risdayanti and Herlina, 2020).



Berdasarkan hasil penelitian pasien wanita dengan kanker payudara merupakan individu yang paling rentan dalam menghadapi stres. Beberapa faktor yang paling mempengaruhi tingkat stres penderita kanker adalah tingkat pendidikan. Tingkat pendidikan seseorang akan sangat mempengaruhi kemampuan seseorang dalam memperoleh informasi dalam penanganan penyakit yang dimiliki dan berakibat pada tingkat stress pasien kanker (Utami and Mustikasari, 2017).

### 5.3 Penanganan Aspek Psikososial Pasien Kanker

Adapun beberapa faktor pemicu stres dapat ditangani dengan beberapa tindakan seperti brief CBT, brief CBT dapat menangani tingkat stres dan *body image* pasien kanker menjadi jauh lebih baik. Dengan terapi ini pasien akan jauh lebih tenang, dan berfikir lebih jernih terhadap situasi yang dihadapi. Beberapa tujuan pasien dalam mengikuti terapi ini adalah agar dapat beraktifitas dan sembuh kembali seperti semula.

Strategi brief CBT adalah dengan mengarahkan pemikiran negative seseorang, saat koping yang dimiliki oleh pasien kanker mengalami kegagalan. CBT akan menggabungkan teknik berfikir rasional dan perilaku dalam mengatasi serta menghasilkan sikap penerimaan dan mengatasi gangguan mood yang cenderung tidak stabil. Biasanya CBT dilakukan dalam 6 sesi dengan 1 pertemuan. Adapun 6 sesi tersebut terdiri dari identifikasi perilaku, penentuan aktivitas perilaku, serta skill dalam mengatasi masalah dan menghalangi datangnya pemikiran negative yang sering kali muncul serta melakukan *maintenance* terhadap perilaku yang sudah adaptif (Nisman, 2016).

Adapun beberapa bentuk perilaku pasien kanker atau yang menderita penyakit ada yang memiliki respon cepat atau inisiatif mencari pengobatan dan ada yang tidak memiliki respon dan lebih memilih untuk berpasrah. Adapun beberapa penggolongan perilaku adalah sebagai berikut:

#### 5.3.1 Perilaku medikasi atau pengobatan modern

Adapun beberapa bentuk perilaku mencari pengobatan seperti melakukan pemeriksaan diri atau deteksi dini ke pelayanan kesehatan baik rumah sakit ataupun puskesmas baik dengan

mammografi, kemotrafi, ultrasonografi, operasi dan radiasi ataupun pengobatan atau konsultasi kedokter.

### **5.3.2 Perilaku medikasi atau pengobatan tradisional**

Perilaku mencari pengobatan tradisional sangat bergantung pada faktor sosial dan budaya. Beberapa jenis pengobatan tradisional yang sering digunakan adalah konsumsi obat herbal, akupuntur, konsumsi obat serta terapi tambahan seperti terapi ozon.

### **5.3.3 Perilaku *self treatment* atau jenis pengobatan sendiri**

Perilaku ini biasanya ditempu oleh seseorang yang memiliki tingkat kepercayaan diri yang tinggi untuk dapat membantu dirinya sendiri dan melakukan pengobatan sendiri. Adapun beberapan bentuk pengobatan yang dapat dilakukan sendiri seperti kebiasaan mengkonsumsi buah-buahan sayuran, mengkonsumsi vitamin, melakukan pijat guna relaksasi, melakukan yoga, serta rekreasi.

### **5.3.4 Perilaku yang lebih cenderung memilih pengobatan (*no treatment*)**

Tindakan ini dapat dilakukan jika seseorang sudah memiliki keyakinan tinggi dapat sembuh tanpa adanya prosedur medikasi. Adapun keyakinan jenis ini biasanya tumbuh dikarenakan adanya kondisi yang tidak mendukung seperti akses terhadap pelayanan kesehatan yang cukup jauh hingga bentuk pelayanan dari petugas kesehatan yang kurang mumpuni, tidak *responsive* dan tidak didukung dengan sikap ataupun skill yang baik.

Adapun skema bentuk usaha mencari pengobatan adalah sebagai berikut:



(Yulianarista and Suarya, 2020)

Adapun beberapa bentuk respon pasien biasanya akan berbeda untuk setiap individu. Individu yang sudah sampai pada tahap penyesuaian dan penerimaan terhadap kondisi yang ada akan mengalami kestabilan emosi yang jauh lebih baik. Individu dalam tahap ini akan lebih banyak berpasrah terhadap setiap apapun keputusan tuhan dan memilih untuk berpersangka baik dan bersyukur walaupun dalam kondisi yang tidak mudah. Individu yang sudah dalam tahap penyesuaian juga akan lebih gampang dalam bekerjasama dengan orang lain dan sudah mampu memilih prioritas dan efektifitas terapi mana yang paling tepat (Psikososial *et al.*, 2015).

Tahap penyesuaian sangat *identic* dengan terciptanya *emotional well being*. *Emotional well being* pada pasien kanker sangat dipengaruhi oleh jumlah dukungan sosial yang diterima oleh penderita. Emotional dapat didapatkan baik dari keluarga, teman sejawat, ataupun dari lingkungan sosial. Berbagai bentuk dukungan yang diterima akan sangat membantu kecepatan penyembuhan penyakit pasien tersebut. Pasien akan merasa terbuka menerima kondisinya dan secara cepat melakukan pengobatan untuk kesembuhannya (Dedi, Murdiana and Zainuddin, 2021).

Adapun beberapa bentuk gangguan psikologis yang diderita oleh penderita kanker adalah gangguan dalam hubungan seksuan, gangguan citra diri, reaksi penolakan kemarahan serta berbagai ketakutan dan kecemasan yang bersifat traumatis dan dapat

mengganggu aspek *bio psiko sosio cultural* pasien. Oleh karena itu petugas kesehatan diharapkan dapat memberikan terapi tidak hanya yang berfokus pada farmakologis namun juga non farmakologis (Distinarista, Wuriningsih and Laely, 2006).

Pada intinya, terapi yang paling efektif dalam mengatasi masalah pasien kanker adalah diri sendiri dan dukungan baik dengan melakukan CBT terapi, ataupun meningkatkan proses penerimaan dan pemaafan terhadap diri sendiri. Beberapa hal tersebut akan dapat menumbuhkan sikap positif dan kondisi yang lebih baik (Rahmandani and Subandi, 2010).

## DAFTAR PUSTAKA

- Dedi, A., Murdiana, S. and Zainuddin, K. 2021. 'Pengaruh Dukungan Sosial terhadap Emotional Well Being Pasien Kanker Payudara', *Pinisi Journal Of Art, Humanity And Social Studies*, 1(4), pp. 100–107.
- Distinarista, H., Wuriningsih, apriliani yulianti and Laely, anna jumatul. 2006. 'Potret Kecemasan Pada Pasien Kanker Payudara', *nunnisula nursing conference*, (December), pp. 1–6.
- Kirana, L. A. 2016. 'Dukungan Sosial dan Resiliensi Pada Pasien Kanker Payudara (Studi Kasus Pada Pasien Kanker Payudara yang Sedang Menjalani Kemoterapi)', *Psikoborneo: Jurnal Ilmiah Psikologi*, 4(4). doi: 10.30872/psikoborneo.v4i4.4238.
- Nisman. 2016. 'Peran BRIEF CBT Terhadap Tingkat Depresi dan Masalah Body Image Pasien Kanker Payudara Dewasa Muda', *Jurnal Ilmiah Psikologi MANASA*, 5(2), pp. 103–113.
- Psikososial, P. et al. (2015) 'MASTEKTOMI Nuril Nofiya Sari Muhammad Syafiq Abstrak'.
- Rahmandani, A. and Subandi, M. A. 2010. 'Pengaruh Terapi Pemaafan Dalam Meningkatkan Penerimaan Diri Penderita Kanker Payudara', *Jurnal Intervensi Psikologi (JIP)*, pp. 141–172. doi: 10.20885/intervensipsikologi.vol2.iss2.art1.
- Risdayanti and Herlina, N. 2020. 'Hubungan Antara Faktor Psikososial dan Faktor Lingkungan dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Abdul Wahab Sjahranie Samarinda', *Borneo Student Research*, 1(3), pp. 2118–2129.
- Sari, Y. I. P. et al. 2020. 'Aspek Psikologis pada Layanan Keperawatan Pasien Kanker Payudara: A Systematic Review', *Jurnal Penelitian Kesehatan 'SUARA FORIKES' (Journal of Health Research 'Forikes Voice')*, 11(April), p. 25. doi: 10.33846/sf.v11i0.647.
- Utami, S. S. and Mustikasari, M. 2017. 'Aspek Psikososial Pada Penderita Kanker Payudara: Studi Pendahuluan', *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 20(2), pp. 65–74. doi: 10.7454/jki.v20i2.503.
- Yulianarista, I. G. and Suarya, L. M. 2020. 'Gambaran perilaku mencari pengobatan pada perempuan dengan kanker payudara', *Jurnal Psikologi Udayana*, 1(1), pp. 1–11. Available at: <https://journal.ugm.ac.id/jkki/article/view/38260/22971>.

# BAB 6

## TATALAKSANA MEDIS PASIEN KANKER

*Oleh Puspita Sari*

### 6.1 Pendahuluan

Kanker adalah kelainan genetik yang dihasilkan dari perubahan genetik atau epigenetik pada sel somatik yang berasal dari pertumbuhan sel abnormal dan dapat tersebar kebagian tubuh lainnya. Pada tahun 2018, tercatat 18 juta kasus kanker secara global dimana 9,5 juta kasus kanker pada pria, 8,5 juta kasus pada wanita, dan 9,6 kematian juga tercatat pada tahun yang sama. Kasus kanker terbanyak menyebar secara global yaitu prostat, payudara, paru-paru perut, kanker kolorektal, dan keganasan kulit non-melanoma (Saini *et al.*, 2020).

Dampak kanker meningkat secara signifikan dari hari ke hari. Adapun penyebab yang bertanggung jawab untuk menyebabkan kanker adalah tembakau 22%, 15% kanker disebabkan oleh infeksi seperti HIV, Hepatitis B, Epstein-Barr, dan 10% karena pola makan yang buruk, obesitas, konsumsi alkohol yang berlebihan, paparan radiasi pengion, dll (Saini *et al.*, 2020).

Penelitian pengobatan presisi untuk masa depan perawatan kanker yang lebih baik banyak dilakukan saat ini. Terapi yang umum diberikan kepada pasien adalah kemoterapi, terapi radiasi, imunoterapi, pembedahan dan terapi hormon serta kombinasi dari terapi-terapi tersebut. Transplantasi *stem cell* juga merupakan terapi terbaik untuk kanker tetapi diberikan setelah terapi umum untuk memulihkan pasien (Saini *et al.*, 2020). Setelah pengobatan berhasil, rehabilitasi khusus mungkin diperlukan. Namun ketika pengobatan kanker tidak kuratif, menjaga kualitas hidup setinggi mungkin adalah yang terpenting. Bagi banyak pasien, perawatan suportif dan paliatif sangat penting dan ini sering kali melibatkan berbagai bidang yang melampaui disiplin onkologi ('Cancer Management', 1997).

Dalam tulisan ini akan dibahas mengenai berbagai tatalaksana medis pasien kanker.

## 6.2 Biomarker Dalam Pengobatan Kanker

Pengujian biomarker adalah cara untuk mencari gen, protein, dan zat lain (disebut biomarker atau penanda tumor) yang dapat memberikan informasi tentang kanker. Kanker setiap orang memiliki pola biomarker yang unik. Beberapa biomarker memengaruhi cara kerja perawatan kanker tertentu. Pengujian biomarker dapat membantu pasien dan dokter untuk memilih pengobatan kanker. Selain itu, ada juga jenis biomarker lain yang dapat membantu dokter mendiagnosis dan memantau kanker selama dan setelah perawatan.

Pengujian biomarker berbeda dengan pengujian genetik yang digunakan untuk mengetahui apakah seseorang mewarisi mutasi yang membuat mereka lebih mungkin terkena kanker. Mutasi yang diwariskan merupakan yang dimiliki sejak lahir yang diturunkan oleh orang tua.

Pengujian biomarker adalah bagian penting dari pengobatan presisi, juga disebut pengobatan yang dipersonalisasi. Pengobatan presisi adalah pendekatan perawatan medis di mana pencegahan, diagnosis, dan pengobatan penyakit disesuaikan dengan gen, protein, dan zat lain dalam tubuh pasien. Hasil tes biomarker dapat menunjukkan bahwa kanker memiliki biomarker tertentu yang ditargetkan oleh terapi yang diketahui. Hal ini berarti bahwa terapi tersebut dapat bekerja untuk mengobati kanker pasien. Selain itu, juga dapat menunjukkan bahwa kanker memiliki biomarker yang dapat mencegah terapi tertentu bekerja. Informasi ini dapat menghindarkan pasien dari perawatan yang tidak akan membantu pengobatannya.

Ada beberapa kondisi penyebab mengapa pengujian biomarker mungkin tidak membantu, yaitu :

- a. Pasien tidak dapat dengan aman mendapatkan biopsi yang diperlukan untuk pengujian.
- b. Tidak ada cukup jaringan tumor dalam sampel biopsi pasien untuk melakukan pengujian biomarker.
- c. Tes tidak menemukan biomarker pada kanker pasien yang cocok dengan terapi yang tersedia.
- d. Tes mengidentifikasi terapi pencocokan yang akan digunakan di luar label, dan asuransi pasien tidak menanggung biayanya.

- e. Tes mengidentifikasi terapi pencocokan yang sedang diuji dalam uji klinis, dan pasien tidak dapat berpartisipasi dalam uji coba.

### 6.3 Kemoterapi Dalam Mengobati Kanker

Kemoterapi merupakan pengobatan kanker dengan target membunuh sel kanker melalui obat-obatan. Sel kanker umumnya memiliki kemampuan pertumbuhan dan pembelahan cepat dapat dihentikan atau diperlambat oleh kemoterapi. Tujuan pengobatan kemoterapi adalah :

1. Penyembuhan kanker. Penggunaan kemoterapi yaitu mengurangi kekambuhan sel kanker, menghentikan bahkan memperlambat pertumbuhan selnya.
2. Meredakan gejala kanker. Salah satu penyebab rasa sakit pada tumor adalah ukuran tumor.

Kemoterapi digunakan pula dalam mengobati berbagai jenis kanker. Setiap orang dapat menerima pengobatan yang berbeda. Beberapa pasien menerima kemoterapi tunggal, namun ada pula yang mendapatkan pengobatan kemoterapi dikombinasi dengan pengobatan lainnya. Jenis perawatan yang dibutuhkan pasien tergantung pada jenis kanker, apakah sudah menyebar, dan di mana penyebarannya. Ketika digunakan dengan perawatan lain, kemoterapi dapat bekerja dengan cara berikut:

- a. Sebagai kemoterapi *neoadjuvant* yaitu melalui pengecilan ukuran tumor yang dilakukan sebelum operasi atau terapi radiasi.
- b. Sebagai kemoterapi *adjuvant* yaitu melalui penghancuran sel kanker yang dapat tersisa setelah dilakukan operasi atau terapi radiasi.
- c. Mendukung efikasi pengobatan lainnya agar lebih maksimal.
- d. Membunuh sel kanker yang datang kembali atau bahkan telah metastasis ke bagian tubuh lainnya. (Program, 1993) .

Kemoterapi dapat diberikan dalam beberapa cara yaitu :

- a. Oral dapat diberikan dalam bentuk pil, kapsul, atau cairan yang diminum



- b. Intravena (IV) diberikan secara injeksi langsung masuk ke pembuluh darah. Suntikan dapat diberikan pada otot lengan, paha, atau pinggul, atau tepat di bawah kulit di bagian lemak lengan, kaki, atau perut pasien.
- c. Intratekal dapat disuntikkan ke dalam ruang antara lapisan jaringan yang menutupi otak dan sumsum tulang belakang
- d. Intraperitoneal (IP) diberikan langsung ke rongga peritoneum, yang merupakan area di tubuh yang berisi organ seperti usus, lambung dan hati.
- e. Intra-arteri (IA) diberikan langsung ke arteri yang mengarah ke kanker
- f. Topikal dapat diperoleh krim yang dioleskan ke kulit pasien.

Metode kemoterapi yang paling sering diberikan kepada pasien yaitu melalui infus intravena yang ditpatkan di pembuluh darah di tangan atau lengn bawah pasien.

## 6.4 Terapi Hormon Dalam Pengobatan Kanker

Terapi hormon disebut juga terapi hormonal ataturpu terapi endokrin. Terapi ini merupakan pengobatan kanker melalui perlambatan atau bahkan penghentian pertumbuhan kanker dengan penggunaan horman. Adapun tujuannya untuk :

- a. Mengobati kanker, dengan cara menghentikan atau memperlambat pertumbuhan kanker serta mengurangi kemungkinan kembali tumbuhnya sel kanker.
- b. Meringankan gejala kanker. Terapi hormon dapat digunakan untuk mengurangi atau mencegah gejala ataupun mereka yang sedang menjalani operasi atau terapi radiasi.

Walaupun demikian, Terapi hormon dapat mengakibatkan beberapa efek. Contohnya untuk pria yang menerima terapi hormon untuk kanker prostat termasuk hot flashes, kehilangan minat atau kemampuan untuk berhubungan seks, tulang melemah, diare, mual, payudara membesar dan lembut, kelelahan. Sedangkan bagi wanita yang menerima terapi hormon pada kanker payudara dapat mengakibatkan keluhan *hot flashes*, kekeringan vagina, perubahan

dalam periode Anda jika Anda belum mencapai menopause, kehilangan minat pada seks, mual, perubahan suasana hati dan kelelahan.

Berikut beberapa cara pemberian terapi hormon yaitu:

- a. Oral, dalam bentuk pil.
- b. Injeksi, melalui suntikan di otot lengan, paha, atau pinggul, atau tepat di bawah kulit di bagian lemak lengan, kaki, atau perut.
- c. Operasi, berupa pembedahan untuk mengangkat organ yang menghasilkan hormon. Pada wanita, ovarium diangkat. Pada pria, testis diangkat.

Pemberian terapi hormon akan memberi pengaruh berbeda tergantung jenis kanker, jenis terapi serta dosis yang diperoleh.

## **6.5 Hipertermia untuk Mengobati Kanker**

Hipertermia adalah jenis perawatan dengan menggunakan metode pemanasan suhu jaringan tubuh hingga setinggi 113 °F untuk membantu merusak dan membunuh sel kanker dengan sedikit atau tanpa membahayakan jaringan normal. Hipertermia untuk mengobati kanker disebut juga terapi termal, ablasi termal, atau termoterapi.

Berbagai jenis teknik dapat digunakan untuk membuat panas untuk pengobatan hipertermia. Teknik-teknik ini meliputi:

- Probe yang menghasilkan energi dari gelombang mikro
- Gelombang radio (juga disebut frekuensi radio)
- Laser
- USG
- Memanaskan cairan seperti darah atau obat kemoterapi dan memasukkannya ke dalam tubuh (disebut perfusi)
- Menempatkan seluruh tubuh di ruang berpemanas atau mandi air panas atau membungkus dengan selimut berpemanas

Hipertermia untuk mengobati kanker tidak tersedia secara luas. Pengobatan ini digunakan bersamaan dengan perawatan lainnya yaitu terapi radiasi serta kemoterapi untuk pasien stadium lanjut. Jenis kanker stadium lanjut yaitu seperti: kanker usus, kandung kemih, kanker otak, kanker serviks, kanker payudara, kanker kerongkongan, kanker pada kepala dan leher, kanker hepar, kanker paru-paru, melanoma, mesothelioma, sarkoma dan kanker dubur.

Hipertermia pada banyak uji klinis telah menunjukkan bila digunakan dengan perawatan seperti terapi radiasi dan kemoterapi dapat membantu mengecilkan tumor dan mungkin membuatnya lebih mudah untuk membunuh sel kanker.

Selama perawatan, dokter membuat area perawatan mati rasa dan memasukkan probe kecil dengan termometer kecil ke dalam tumor. Termometer membantu dokter mengamati dengan cermat suhu tumor dan jaringan di sekitarnya selama perawatan. Teknik pencitraan, seperti CT scan, dapat digunakan untuk memastikan probe berada di tempat yang tepat.

Hipertermia dapat digunakan untuk mengobati area tubuh yang kecil, area yang luas, atau seluruh tubuh. Pada hipertermia lokal, dokter menerapkan panas ke area kecil. Jenis hipertermia lokal yang digunakan tergantung pada lokasi tumor.

Hipertermia eksternal digunakan untuk mengobati tumor yang berada di atau tepat di bawah kulit. Untuk jenis hipertermia ini, dokter menempatkan perangkat yang menghasilkan panas di sekitar atau di dekat area perawatan.

Hipertermia intraluminal atau endocavitary digunakan untuk mengobati tumor di dalam atau di dekat rongga tubuh, seperti esofagus atau rektum. Pada jenis hipertermia ini, dokter menempatkan probe yang menghasilkan panas di dalam rongga dan memasukkannya ke dalam tumor.

Hipertermia interstisial digunakan untuk mengobati tumor jauh di dalam tubuh, seperti di otak. Jenis hipertermia ini memungkinkan tumor dipanaskan ke suhu yang lebih tinggi daripada teknik eksternal. Dokter akan memasukkan probe atau jarum ke dalam tumor Anda saat Anda dibius. Teknik pencitraan, seperti ultrasound, dapat digunakan untuk membantu memastikan probe berada di tempat yang tepat. Sumber panas kemudian dimasukkan ke dalam probe.

Ablasi frekuensi radio merupakan jenis hipertermia interstisial yang menggunakan gelombang radio untuk memanaskan dan membunuh sel kanker.

Pada hipertermia regional, dokter menerapkan panas ke area tubuh yang luas, seperti rongga, organ, atau anggota badan. Teknik yang digunakan pada hipertermia regional meliputi teknik jaringan dalam, perfusi regional, dan perfusi peritoneum hipertermik kontinu.

Teknik jaringan dalam mengobati kanker di dalam tubuh, seperti kanker serviks atau kandung kemih. Selama prosedur ini, perangkat yang memberikan panas ditempatkan di sekitar rongga atau organ yang akan dirawat dan energi difokuskan pada area tersebut untuk menaikkan suhunya.

Teknik perfusi regional mengobati kanker di lengan dan kaki, seperti melanoma, atau di beberapa organ, seperti hati atau paru-paru. Selama prosedur ini, sebagian darah Anda dikeluarkan, dipanaskan, dan kemudian dipompa kembali ke anggota tubuh atau organ. Kemoterapi sering diberikan selama perawatan ini.

Perfusi peritoneum hipertermik berkelanjutan mengobati kanker di dalam rongga peritoneum.

Perawatan ini diberikan selama operasi. Saat Anda dibius, obat kemoterapi yang dipanaskan mengalir dari alat penghangat melalui rongga peritoneum Anda, menyebabkan suhu di area tersebut mencapai 106 hingga 108°F.

Hyperthermia seluruh tubuh mengobati kanker yang telah menyebar ke seluruh tubuh. Dalam jenis hipertermia ini, Anda ditempatkan di ruang termal atau dibungkus dengan selimut air panas yang menaikkan suhu tubuh Anda menjadi 107 atau 108 °F untuk waktu yang singkat.

Manfaat hipertermia yaitu dapat membantu bekerja lebih baik. Adapun kelemahan hipertermia untuk mengobati kanker yaitu pengobatan dengan hipertermia membutuhkan peralatan dan keahlian khusus dan tidak tersedia secara luas. Juga tidak jelas apakah itu membantu orang hidup lebih lama.

Efek samping hipertermia yaitu sebagian besar jaringan sehat tidak rusak selama hipertermia jika suhu tetap di bawah 111°F. Tetapi fitur yang berbeda dari jaringan yang berbeda dapat menyebabkan suhu yang lebih tinggi terjadi di tempat-tempat tertentu. Hal ini dapat menyebabkan luka bakar, lecet, ketidaknyamanan, atau nyeri.

Teknik perfusi dapat menyebabkan pembengkakan, pembekuan darah, pendarahan, dan kerusakan lain pada jaringan normal di area yang dirawat. Tetapi sebagian besar efek samping ini membaik setelah perawatan.

Diare, mual, dan muntah sering terjadi setelah hipertermia seluruh tubuh. Namun pengobatan dapat pula menimbulkan efek yang tidak umum, termasuk masalah jantung dan pembuluh darah.

## 6.6 Imunoterapi untuk Mengobati Kanker

Imunoterapi merupakan jenis pengobatan dengan cara meningkatkan kemampuan sistem kekebalan tubuh dalam membunuh sel kanker. Penggunaan organisme hidup dalam pengobatan kanker adalah metode imunoterapi yang bagian dari jenis terapi biologis.

Sistem kekebalan ini terdiri atas sel darah putih dan kelenjar getah bening. Sistem kekebalan tubuh berfungsi normal sebagai pertahanan tubuh terhadap infeksi. Selain itu juga berperan sebagai pendeteksi, penghancur sel abnormal, pencegah serta penghambat pertumbuhan sel kanker. Sel yang berfungsi sebagai kekebalan tubuh dapat dijumpai disekitar sel tumor dan disebut limfosit infiltrasi tumor. Hal ini merupakan penanda bahwa sistem kekebalan dapat merespon tumor. Pasien yang ditemukan limfosit infiltrasi sering kali memiliki respon yang baik dibandingk dengan yang tidak.

Namun demikian, walaupun sistem kekebalan tubuh dapat berfungsi sebagai pencegah atau dapat memperlambat pertumbuhan kanker, sel kanker memiliki metode menghindari penghancuran oleh sistem kekebalan melalui :

- a. Perubahan genetik yang membuatnya kurang terlihat oleh sistem kekebalan tubuh.
- b. Protein permukaan sel yang dapat mematikan sel-sel kekebalan.
- c. Mengubah sel normal di sekitar tumor sehingga mengganggu cara sistem kekebalan tubuh merespon sel kanker.

Berikut jenis imunoterapi yang dapat digunakan yaitu :

- a. Penghambat sistem kekebalan. Obat ini akan bekerja menghambat sistem kekebalan sehingga respon kekebalan tidak terlalu kuat. Adapun caranya adalah dengan menghalangi sel-sel kekebalan agar dapat merespon lebih tinggi pada sel kanker.
- b. Terapi transfer sel-T. Memiliki tujuan peningkatan kemampuan alami sel-T untuk membunuh sel kanker. Caranya yaitu dengan mengambil sel kekebalan dari tumor dan memilih yang aktif untuk membunuh sel kanker. Namun, dapat pula melalui rekayasa pada laboratorium sel dipilih untuk dibuat sehingga dapat menyerang sel kanker lebih baik, kemudian selanjutnya

dimasukkan kembali dalam tubuh secara injeksi. Cara ini disebut juga terapi sel imun.

- c. Antibodi monoklonal, merupakan protein yang direkayasa di laboratorium yang dirancang dapat mengikat sel kanker dengan cara menjadikannya target spesifik. Dalam bekerja, antibodi akan menandai sel kanker sehingga lebih mudah dikenali untuk selanjutnya dilakukan penghancuran oleh sistem kekebalan tubuh. Antibodi ini juga dapat disebut antibodi terapeutik.
- d. Vaksin pengobatan. Cara kerjanya yaitu membunuh sel kanker dengan peningkatan respon sistem kekebalan terhadap sel kanker. Vaksin ini berbeda dengan vaksin pencegahan penyakit.
- e. Modulator sistem kekebalan. Bekerja dengan melalui peningkatan respon kekebalan tubuh terhadap sel kanker. Agen ini akan berpengaruh pada bagian tertentu dari sistem kekebalan tubuh.

Penggunaan imunoterapi dalam pengobatan kanker telah disetujui namun, terapi ini belum banyak digunakan seperti pengobatan lainnya. Imunoterapi dapat memberikan efek, yang bekerja dalam sistem kekebalan yang telah ditingkatkan tidak hanya melawan kanker namun juga bertindak melawan sel dan jaringan sehat.

Beberapa jenis imunoterapi yang dapat diberikan yaitu :

- a. Secara intravena langsung melalui injeksi ke pembuluh darah.
- b. Oral dalam bentuk pil atau kapsul.
- c. Topikal dalam bentuk krim yang digosokkan ke kulit. Jenis imunoterapi ini dapat digunakan untuk tatalaksana kanker kulit dini.
- d. Intravesika masuk ke kandung kemih.

## **6.7 Terapi Radiasi Dalam Mengobati Kanker**

Terapi radiasi merupakan metode yang mengobati kanker dengan cara penggunaan radiasi dosis tinggi dengan tujuan membunuh dan membuat ukuran sel tumor menjadi kecil. Terapi ini juga disebut radioterapi. Pada dosis rendah, penggunaan radiasi bertujuan untuk

rontgen yaitu melihat bagian dalam tubuh, seperti pada gigi maupun patah tulang.

Pada terapi radiasi dosis tinggi, sel kanker dapat dibunuh atau diperlambat pertumbuhannya melalui kerusakan DNA-nya. Selanjutnya sel tersebut tidak dapat melakukan perbaikan dan pembelahan akhirnya mati. Sel yang mati akan dipecah dan dikeluarkan dari tubuh.

Sel kanker secara tidak langsung dibunuh melalui terapi radiasi. Waktu yang diperlukan dapat berlangsung hari hingga minggu sampai DNA rusak dan sel kanker mati. Selanjutnya, sel kanker terus mati berminggu hingga berbulan setelah terapi radiasi berakhir.

Terdapat dua jenis utama terapi radiasi yaitu sinar eksternal dan internal. Jenis terapi tergantung pada beberapa faktor, termasuk: jenis kanker, ukuran tumor, lokasi tumor, seberapa dekat tumor dengan jaringan normal yang sensitif terhadap radiasi, riwayat kesehatan umum dan riwayat medis pasien. Selain itu bergantung pula pada pengobatan yang terima sebelumnya, usia dan penyakit penyerta.

Terapi radiasi eksternal dilakukan dengan cara mengarahkan mesin radiasi ke lokasi sel kanker. Mesin tersebut tidak menyentuh pasien, namun bergerak mengirimkan radiasi kebagian tubuh pasien dari berbagai arah. Jenis ini termasuk pengobatan lokal, karena terlokalisasi dibagian tubuh tertentu dari pasien yang mengalami kanker. Misalnya, jika pasien menderita kanker di paru-paru, maka terapi radiasi yang diperoleh dibagian dada, tidak dibagian tubuh lainnya.

Sumber radiasi pada terapi radiasi internal dapat diperoleh dalam bentuk padat dan cair. Brachytherapy merupakan terapi radiasi internal dengan sumber yang padat, caranya adalah dengan menempatkan kapsul yang mengandung sumber radiasi pada tubuh pasien didalam atau didekat tumor. Sifatnya terlokalisasi pada bagian tertentu tubuh, sumber radiasinya akan mengeluarkan radiasi untuk sementara waktu.

Terapi radiasi internal yang bersumber dari cairan adalah merupakan terapi sistemik. Sistemik karena pengobatan akan masuk ke dalam darah serta ke jaringan diseluruh tubuh pasien. Cara bekerjanya dengan mencari dan membunuh sel kanker. Terapi radiasi sistemik dapat masuk kedalam tubuh dengan cara ditelan atau melalui injeksi intravena. Ekskresi cairan tubuh seperti urin, keringat, dan air

liur, akan mengeluarkan radiasi untuk sementara waktu. Terapi radiasi bertujuan untuk mengobati kanker, meredakan gejala, menyembuhkan kanker, mencegahnya kembali, menghentikan serta memperlambat pertumbuhannya.

Pemberian terapi radiasi dapat dikombinasikan dengan perawatan kanker lainnya seperti pembedahan, kemoterapi dan imunoterapi. Waktu pemberiannya dapat diberikan sebelum, selama atau setelah perawatan lain. Hal tersebut bertujuan untuk meningkatkan keberhasilan pengobatan. Durasi waktu pemberian terapi bergantung pada jenis kanker dan tujuan pemberian terapi.

## 6.8 Transplantasi Sel punca

Transplantasi sel punca hematopoiesis merupakan sebuah upaya untuk mengembalikan sel yang membentuk darah pada pasien yang menjalani kemoterapi dosis tinggi dalam pengobatan kanker tertentu.

Sel punca hemopoietik penting karena merupakan cikal bakal pertumbuhan bermacam sel darah. Jenis sel darah utama yaitu:

- a. Sel darah putih, memiliki fungsi sebagai sistem kekebalan dapat membantu melawan infeksi.
- b. Sel darah merah, memiliki fungsi sebagai pembawa oksigen ke seluruh tubuh.
- c. Trombosit, memiliki fungsi membantu pembekuan darah.

Saat melakukan transplantasi sel punca, pasien akan disuntikkan melalui pembuluh darah berupa sel punca sehat. Selanjutnya, sel akan masuk mengikuti aliran darah, sel punca pun akan melakukan perjalanan kesum-sum tulang. Kemudian, sel ini bertindak sebagai pengganti sel yang mengalami kerusakan oleh karena pengobatan. Asal sel punca hematopoietik yaitu berasal dari sum-sum tulang, aliran darah maupun tali pusat. Bentuk transplantasi dapat berupa:

- a. *Autologous*, yaitu asal sel punca dari pasien.
- b. *Alogenic*, yaitu asal sel punca dari orang lain. Donor dapat berasal saudara sedarah atau orang lain.
- c. *Syngeneic*, yaitu asal sel punca dari saudara kembar identik, jika pasien memiliki.



Cara kerja transplantasi sel punca yaitu melalui pemulihan kemampuan tubuh dalam memproduksi sel punca setelah pengobatan lainnya dengan dosis tinggi, sehingga disimpulkan bahwa secara tidak langsung untuk bekerja melawan sel kanker. Berbeda pada multiple myeloma dan leukimia. Tujuan transplantasi pada kasus ini adalah agar sel punca langsung bekerja melawan sel kanker. Hal tersebut dapat terjadi setelah dilakukan transplantasi alogenik disebut graft versus tumor. Kejadian ini berupa sel darah putih donor pasien (donor) menyerang sel kanker yang tersisa di tubuh pasien (tumor). Keberhasilan pengobatan diperoleh dari efek tersebut. Trasplantasi sel punca juga dapat digunakan pada kasus neuroblastoma dan multiple myeloma.

Pada pasien yang menjalani terapi transplantasi alogenik, pasien dapat mengalami *graft-versus-host*. Kejadian ini terjadi saat sel darah putih dari pasien donor menyerang sel tubuh pasien karena dikenali sebagai benda asing. Efek sampingnya dapat mengakibatkan kerusakan kulit, hepar, usus dan organ lainnya. Kondisi ini dapat dialami setelah tindakan transplantasi atau bahkan beberapa minggu setelahnya. Pemberian kortikosteroid dapat dilakukan untuk menekan sistem kekebalan tubuh jika terjadi kondisi ini.

Kejadian *graft-versus-host* dapat diminimalisir dengan mencari donor pasien yang cocok dengan pasien *recipient* . selain itu pemberian obat yang bersifat menekan sistem kekebalan tubuh juga dapat diberikan sebagai bentuk upaya pencegahan.

## **6.9 Pembedahan Dalam Mengobati Kanker**

Pembedahan dalam mengobati kanker, adalah sebuah tindakan yang dilakukan oleh dokter ahli bedah dengan cara pengangkatan kanker dari tubuh pasien. Dokter Ahli bedah akan menggunakan pisau untuk memotong jaringan kanker pada tubuh pasien selama tindakan pembedahan. Kulit, otot dan tulang tidak jarang dilakukan pemotongan. Setelah operasi, luka dapat menimbulkan nyeri dan membutuhkan waktu pemulihan.

Pemberian anestesi merupakan pemberian obat atau zat lain yang dapat menyebabkan kehilangan rasa dan kesadaran pasien sehingga pasien tidak merasakan sakit saat operasi. Adapun jenis anestesi yaitu :

- a. Anestesi lokal bersifat lokal yang mengakibatkan hilangnya sensasi pada area kecil tubuh
- b. Anestesi regional akan mengakibatkan hilang rasa pada bagian tubuh lebih luar dari lokal, seperti lengan atau kaki.
- c. Anestesi umum akan mengakibatkan hilangnya rasa dan kesadaran pasien sehingga pasien tampak seperti tidur.

Berikut ini merupakan cara lain dalam melakukan tindakan operasi yang tidak menggunakan pisau bedah yaitu :

- a. *Cryosurgery* atau *cryotherapy* yang menggunakan suhu ekstrim dingin yang dihasilkan oleh nitrogen cair atau gas argon. Tujuannya pemberiannya agar jaringan abnormal dapat dihancurkan. Penggunaan terapi ini pada pengobatan kanker kulit stadium awal, retinoblastoma, dan lesi pra kanker pada kulit dan leher rahim.
- b. Laser merupakan terapi yang menggunakan sinar cahaya yang kuat digunakan untuk memotong jaringan. Sinar laser dapat fokus dengan sangat akurat memotong pada area kecil, sehingga tepat digunakan pada pembedahan. Terapi jenis ini digunakan untuk mengecilkan atau menghancurkan tumor atau pertumbuhan sel yang mungkin berubah menjadi kanker. Terapi laser paling sering digunakan untuk mengobati tumor dipermukaan tubuh atau dilapisan dalam organ dalam. Contoh pada karsinoma sel basal, perubahan serviks yang mungkin berubah menjadi kanker, dan kanker paru-paru serviks.
- c. Hipertermia merupakan pengobatan pada area tubuh yang terkena kanker dengan menggunakan suhu tinggi. Tujuannya adalah merusak dan membunuh sel kanker serta menjadikannya lebih sensitif terhadap radiasi dan obat kemoterapi tertentu. Salah satu jenis hipertermia yaitu ablasi frekuensi radio. Terapi ini menggunakan gelombang radio energi tinggi dalam menghasilkan panas. Namun, terapi hipertermia belum digunakan secara luas dan sedang dipelajari dalam uji klinis.
- d. Terapi fotodinamik merupakan jenis pengobatan yang menggunakan obat-obatan yang bereaksi terhadap jenis cahaya tertentu. Ketika tumor terkena cahaya ini, obat ini menjadi aktif dan membunuh sel kanker di dekatnya. Terapi fotodinamik

paling sering digunakan untuk mengobati atau meredakan gejala yang disebabkan oleh kanker kulit dan kanker paru-paru.

Ada banyak jenis operasi. Jenisnya berbeda berdasarkan tujuan pembedahan, bagian tubuh yang memerlukan pembedahan, jumlah jaringan yang akan diangkat, dan, dalam beberapa kasus, apa yang disukai pasien. Dalam operasi terbuka, ahli bedah membuat satu sayatan besar untuk mengangkat tumor, beberapa jaringan sehat, dan mungkin beberapa kelenjar getah bening di dekatnya. Sedangkan, dalam operasi invasif minimal, ahli bedah membuat beberapa sayatan kecil, bukan satu yang besar. Dia memasukkan tabung tipis panjang dengan kamera kecil ke salah satu potongan kecil. Tabung ini disebut laparoskop. Kamera memproyeksikan gambar dari bagian dalam tubuh ke monitor, yang memungkinkan ahli bedah untuk melihat apa yang dia lakukan. Dokter akan menggunakan alat bedah khusus yang dimasukkan melalui sayatan kecil lainnya untuk mengangkat tumor dan beberapa jaringan sehat.

Jenis operasi invasif minimal membutuhkan potongan yang lebih kecil, waktu pemulihannya lebih sedikit daripada operasi terbuka. Hasil terapi pembedahan bekerja paling baik untuk tumor padat yang terdapat pada area yang sama sehingga bersifat lokal. Artinya pengobatan mengobati bagian tubuh pasien yang terkena kanker. Ini tidak digunakan untuk leukemia (sejenis kanker darah) atau untuk kanker yang metastase.

Tidak jarang, terapi pembedahan adalah satu-satunya pengobatan yang dibutuhkan oleh pasien. Namun paling sering, pengobatan dilakukan dengan mengkombinasi jenis perawatan kanker lainnya dengan tujuan hasil pengobatan yang optimal. Adapun tujuan terapi pembedahan dapat digunakan untuk:

- a. Menghilangkan seluruh tumor
- b. Mengangkat sel kanker yang terdapat di satu area (terlokalisasi)
- c. Menghancurkan tumor
- d. Pembedahan menghilangkan jaringan kanker. *Debulking* digunakan untuk mengangkat seluruh tumor yang dapat merusak organ atau tubuh. Menghilangkan bagian dari tumor dapat membantu pengobatan bekerja lebih baik.

- e. Meringankan gejala kanker. Pembedahan digunakan untuk mengangkat tumor yang menyebabkan rasa sakit atau penekanan.

Dokter Ahli bedah akan melakukan segala yang mereka bisa untuk mencegah masalah selama operasi. Namun, masing-masing memungkinkan terjadi komplikasi sebagai berikut:

- a. Rasa sakit. Pasien akan merasakan nyeri di bagian tubuh yang dioperasi. Rasa sakitnya tergantung pada luasnya luka operasi.
- b. Infeksi. Sebagai upaya pencegahan infeksi, dilakukan perawatan pada area luka operasi. Jika pasien mengalami infeksi, dapat diberikan antibiotik.
- c. Pendarahan. Hal ini dapat terjadi jika ada kerusakan jaringan didekatnya, dan reaksi terhadap anestesi.

Adapun persiapan sebelum, selama dan setelah operasi yaitu:

- a. Sebelum operasi. Pasien dipersiapkan dengan sebelumnya dilakukan pemeriksaan darah, rontgen dada, elektrokardiogram (EKG). Pasien dipuasakan dalam jangka waktu tertentu sebelum operasi. Sangat penting untuk pasien meluk puasa karena jika tidak, operasi dapat dijadwalkan ulang.
- b. Selama operasi. Pasien akan dibius dan dokter ahli bedah akan mengangkat kanker, dapat dilakukan dengan mengambil beberapa jaringan sehat disekitarnya. Mengambil jaringan yang sehat ini akan membantu meningkatkan kemungkinan bahwa semua kanker telah diangkat. Terkadang, kelenjar getah bening atau jaringan lain didekat tumor, juga diangkat. Jaringan ini akan diperiksa di bawah mikroskop untuk melihat apakah kanker telah menyebar. Selain itu, dapat pula diketahui apakah jaringan terdekat mengandung kanker, sehingga dapat dipertimbangkan pengobatan lainnya sebagai kombinasi.
- c. Setelah operasi. Pasien akan diedukasi mengenai cara merawat luka, cara mengontrol rasa sakit, serta kegiatan yang harus dan tidak boleh dilakukan, tanda-tanda infeksi dan langkah-langkah pencegahannya.

Setelah pembedahan pasien akan diminta untuk melakukan kontrol setidaknya satu kunjungan lagi satu atau dua minggu setelah pasien pulang. untuk memastikan pasien sembuh sebagaimana mestinya.

## **6.10 Terapi Target Dalam Mengobati Kanker**

Terapi target dilakukan dengan memberikan target pada protein. Protein tersebut dapat mengontrol pertumbuhan sel kanker, pembelahan dan penyebarannya. Pengobatan ini adalah dasar dari pengobatan presisi. Protein lebih mudah untuk diberikan target pada pengobatan ketika peneliti memahami mengenai perubahan DNA dan protein yang berperan sebagai regulator terjadinya kanker. Sebagian besar terapi yang ditargetkan adalah obat molekul kecil berupa antibodi monoklonal. Sebagian besar terapi yang ditargetkan adalah obat molekul kecil atau antibodi monoklonal (Dermime, 2014).

Antibodi monoklonal, juga dikenal sebagai antibodi terapeutik yang dapat direkayasa di laboratorium. Protein ini dirancang untuk menempel pada target spesifik yang ditemukan pada sel kanker. Beberapa antibodi ini memberikan tanda pada sel kanker sehingga mereka akan dikenali dan dihancurkan oleh sistem kekebalan tubuh. Antibodi monoklonal lainnya secara langsung menghentikan pertumbuhan sel kanker atau menyebabkannya sel hancur sendiri. Yang lain lagi membawa racun ke sel kanker.

Untuk beberapa jenis kanker, seperti Chronic Myelositic Leukimia, pengobatan pasien dapat menggunakan target melalui obat tertentu, sehingga mereka dapat menjalani pengobatan. Tetapi sebagian besar tumor pasien perlu diuji untuk melihat apakah mengandung target yang ada obatnya.

Pengujian kanker pada pasien untuk terapi target disebut pengujian biomarker. Sebelumnya, pasien akan menjalani biopsi untuk pengujian biomarker. Biopsi dilakukan dengan mengangkat mengambil sedikit jaringan tumor untuk dilakukan diuji. Ada beberapa risiko untuk menjalani biopsi. Risiko ini bervariasi tergantung pada ukuran tumor dan di mana letaknya. Mengetahui jenis kanker pada daftar terapi target yang disetujui untuk mengobati kanker tertentu mungkin menjadi pilihan baik bagi pasien.

Sebagian besar jenis terapi target dapat membantu pengobatan sel kanker dengan mengganggu protein spesifik yang membantu pertumbuhan dan penyebaran tumor ke seluruh tubuh. Hal ini berbeda dengan kemoterapi, yang seringkali membunuh semua sel yang tumbuh dan membelah dengan cepat. Salah satu alasan mengapa sel kanker berkembang adalah karena sel dapat bersembunyi dari sistem kekebalan. Terapi bertarget tertentu dapat menandai sel kanker sehingga lebih mudah bagi sistem kekebalan untuk menemukan dan menghancurkannya. Cara kerja lainnya yaitu membantu meningkatkan sistem kekebalan untuk bekerja lebih baik melawan kanker. Selain itu, menghentikan pertumbuhan sel kanker dengan mengganggu sinyal yang menyebabkan pembelahan sel kanker yang terjadi terus menerus. Sel sehat dalam tubuh pasien membelah untuk membuat sel baru hanya ketika mereka menerima sinyal kuat untuk melakukannya. Sinyal-sinyal ini mengikat protein pada permukaan sel, kemudian memerintahkan sel untuk membelah. Proses ini membantu sel baru terbentuk hanya saat tubuh membutuhkannya. Namun, beberapa sel kanker memiliki perubahan pada protein di permukaannya yang memberi tahu mereka untuk membelah tanpa melihat apakah ada sinyal atau tidak. Beberapa terapi yang ditargetkan mengganggu protein ini, mencegahnya memberi tahu sel untuk membelah. Proses ini membantu memperlambat pertumbuhan kanker yang tidak terkendali.

Penghentian sinyal dapat membantu membentuk pembuluh darah. Untuk tumbuh melampaui ukuran tertentu, tumor perlu membentuk pembuluh darah baru dalam proses yang disebut angiogenesis. Tumor mengirimkan sinyal yang memulai angiogenesis. Beberapa terapi target disebut inhibitor angiogenesis. Bekerja dengan mengganggu sinyal dalam pembentukan suplai darah. Tanpa suplai darah, tumor tetap kecil. Jika tumor sudah memiliki suplai darah, pengobatan dapat mengakibatkan pembuluh darah mati, sehingga tumor menyusut.

Zat pembunuh sel kanker dapat dikirimkan kesel kanker, dengan mengabungkan beberapa antibodi monoklonal seperti racun, obat kemoterapi, atau radiasi. Setelah antibodi monoklonal ini menempel pada target di permukaan sel kanker, sel mengambil zat pembunuh sel, menyebabkan mereka mati.

Sel sehat akan mengalami apoptosis secara teratur ketika mereka menjadi rusak atau tidak lagi dibutuhkan. Tapi, sel kanker punya cara untuk menghindari proses apoptosis ini. Beberapa terapi yang ditargetkan dapat menyebabkan sel kanker melalui proses apoptosis sel ini.

Terapi yang target memang memiliki beberapa kelemahan yaitu sel kanker dapat menjadi resisten. Resistensi dapat terjadi ketika target itu sendiri berubah dan terapi yang ditargetkan tidak dapat berinteraksi dengannya. Atau bisa juga terjadi ketika sel kanker menemukan cara baru untuk tumbuh yang tidak bergantung pada target. Karena resistensi, terapi target memiliki efektivitas lebih tinggi bila digunakan dengan kombinasi terapi lainnya seperti kemoterapi dan radiasi.

Obat untuk terapi target termasuk sulit dikembangkan. Hal ini karena struktur target, fungsi target dalam sel atau keduanya. Para ilmuwan berpikir bahwa itu akan kurang berefek dibanding kemoterapi. Namun, efek samping yang mungkin didapatkan pada pasien tergantung pada jenis terapi dan bagaimana tubuh bereaksi terhadapnya.

Efek samping yang paling umum dari terapi target adalah diare dan gangguan fungsi hati. Efek samping lain mungkin termasuk:

- a. Gangguan koagulasi
- b. Hipertensi
- c. Fatigue
- d. Stomatitis
- e. Perubahan pada kuku
- f. Alopesia atau kerontokan rambut
- g. Ruam kulit

## DAFTAR PUSTAKA

- 'Cancer Management'. 1997. *Practice Nursing*, 8(13), pp. 11–13. doi: 10.12968/pnur.1997.8.13.11.
- Dermime, S. 2014. 'Carcinogenesis & Mutagenesis', (June). doi: 10.4172/2157-2518.S14-00.
- Program, N. T. 1993. 'Oncology Nursing Society.', *ONS news / Oncology Nursing Society*, 8(8 Suppl), pp. 1–44. doi: 10.4135/9781483345758.n422.
- Saini, A. *et al.* 2020. 'Cancer Causes and Treatments See Profile Cancer Causes and Treatments', *International Journal of Pharmaceutical Sciences and Research*, 11(7), p. 3121. doi: 10.13040/IJPSR.0975-8232.11(7).3121-34.





# **BAB 7**

## **TERAPI KOMPLEMENTER PADA MASALAH PSIKOLOGI, NYERI DAN GANGGUAN NUTRISI PASIEN KANKER**

*Oleh Jenny Saherna*

### **7.1 Konsep Terapi Komplementer**

#### **7.1.1 Definisi**

Terapi komplementer adalah terapi yang bersifat tradisional dan alamiah, sebagai pelengkap dan pendamping tindakan pengobatan medis terhadap proses kesembuhan dan mempertahankan daya tahan tubuh. Terapi ini boleh dilaksanakan oleh perawat sebagai alternatif terapi mandiri keperawatan. Terapi ini, secara teknik mudah diaplikasikan pada kehidupan sehari-hari, dalam bentuk konsumsi obat-obatan bahan-bahannya juga mudah didapatkan, selain itu harga biasanya tergolong lebih murah dan ekonomis dibandingkan obat-obatan medis.

Terapi komplementer sekarang ini banyak diminati oleh beberapa kelompok masyarakat diberbagai negara, dengan alasan keyakinan turun temurun, keuangan, diyakini membantu mempercepat level penyembuhan penyakit dan meminimalisir masuknya reaksi obat kimia di dalam tubuh. Terapi ini, didukung dalam dunia keperawatan oleh beberapa konsep teori menurut Leininger, Nightingale dan Roger (Widyatuti, 2008).

Standar praktik pengobatan komplementer sudah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia nomor 15 tahun 2018 pasal 1, bahwa tatacara pelaksanaan pelayanan kesehatan tradisional komplementer harus mengacu pada keahlian/skill berdasarkan pengalaman sesuai tradisi turun temurun yang bisa dipertanggungjawabkan tanpa melanggar norma dan kode etik yang berlaku di masyarakat. Mengoptimalkan dalam pemanfaatan ilmu biokultural dan biomedis yang terbukti secara ilmiah berdasarkan *Evidence Base Nursing* (EBN). Obat

tradisional komplementer berupa bahan ramuan seperti bahan yang bersal dari tumbuhan, hewan, mineral, bahan sediaan sarian/*galenik* serta campuran bahan yang dipercaya secara turun temurun dan terbukti khasiatnya aman diaplikasikan atau dikonsumsi oleh seseorang yang bertujuan untuk pengobatan serta membantu memperbaiki kesehatan (Dikriansyah, 2018).

Perawat professional ialah perawat yang mampu, mengintegrasikan keilmuan, keahlian klinik dan update keilmuan berdasarkan hasil analisis dari berbagai EBN (*Evidence Based Nursing*) sebagai landasan dalam menetapkan intervensi dan implementasi keperawatan (Achmad Fauji; dkk, 2014).

### 7.1.2 Peran Perawat pada Penerapan Terapi Komplementer

Perawat adalah tenaga kesehatan yang berkompentensi khusus dibidangnya dalam merawat pasien dan memiliki legal etik untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien.

Beberapa tugas dan peran perawat yaitu :

- a. Perawat sebagai advokat
  - Memberikan informasi terkait pilihan tindakan medis yang akan dilakukan terhadap diri pasien.
  - Melindungi dan menjaga hak-hak pasien
  - Memfasilitasi hak atas informasi penyakit yang dialami pasien dan menjaga kerahasiaan atas hak privasi
  - Memberikan kebebasan pasien untuk menentukan pilihan menolak atau menerima
  - Memfasilitasi hak ganti rugi atas kelalaian

- b. Perawat sebagai edukator

Perawat memprioritaskan komunikasi dua arah (perawat – pasien) untuk membantu pasien merubah perilaku positif setelah terbina trust (kepercayaan), sehingga pasien mau membuka hati, pikiran dan mau menerima masukan atau saran yang disampaikan oleh perawat melalui pendidikan kesehatan.

### 7.1.3 Macam-Macam Terapi Komplementer

Teknik terapi komplementer mempunyai beberapa pilihan yang bisa dilakukan oleh perawat sebagai alternatif tindakan pendamping selain medis.

Dibawah ini beberapa jenis terapinya menurut (Zulfa Rufida; dkk, 2018) yaitu :

a. Relaksasi

Mengoptimalkan pengaturan siklus pola pernapasan dengan tujuan mengurangi ketegangan, meminimalkan stimulasi nyeri dan mengurangi kerja otak. Teknik relaksasi dilakukan dengan cara seperti dibawah ini :

- Menarik napas dalam melalui hidung sampai dada tampak terangkat (paru-paru mengembang)
- Tahan napas beberapa detik
- Kemudian menghembuskan napas secara perlahan melalui mulut
- Ulangi teknik diatas berulang kali sampai terasa efek yang diharapkan

b. Distraksi

Mengalihkan perhatian kelain agar pasien tidak terfokus pada keluhan yang dirasakannya. teknik ini, dilakukan dengan cara memanfaatkan kegemaran atau hobi pasien misalnya suka bermain game melalui ponsel, suka ngobrol/bercerita, suka membaca buku atau sejenisnya, suka nyemil, suka nonton siaran di televisi dan lain sebagainya

c. Meditasi

Kegiatan ini memerlukan suasana lingkungan yang mendukung seperti meminimalisir kebisingan, membatasi kunjungan bertamu, mengosongkan kegiatan untuk kesiapan diri fokus pada kegiatan ini, menyediakan waktu sejenak untuk konsentrasi, ada ruangan atau tempat untuk sendiri tanpa ada gangguan. Cara melakukan meditasi ini lebih banyak mengutamakan pernapasan bagian perut, mampu merelaksasikan tubuh dan melakukan secara perlahan.

d. *Mind-body Therapy*

Terapi yang memusatkan pada otak, merelaksasikan pikiran seperti : biofeedback, yoga, tai chi, hypnotherapy, humor, musik, berdoa/ibadah, journaling dan terapi seni.

e. Biomedis

- Teknik homeopathy : pengobatan dengan menggunakan larutan yang di encerkan sampai dosis terendah yang berasal dari bahan-bahan alamiah, seperti dari tumbuhan atau hewan
- Teknik naturopathy : pengobatan dengan mengandalkan tanaman herbal, massage/pijatan, akupunktur, bekam dan pemahaman tentang gizi yang membantu proses pengobatan

f. Biologis

Terapi yang kembali pada hal-hal yang natural atau original seperti mengkonsumsi makanan organik dan herbal alami dari ekstrak tumbuhan

g. Manipulatif

Terapi yang berkonsentrasi pada kemampuan kerjasama tubuh dan stimulasi dari luar untuk memicu peningkatan sistem daya tahan tubuh, rasa nyaman dan sensasi relaks tubuh seperti : hidroterapi, pijat reflexy, terapi warna dan pencahayaan, rolfiing dan kiropraksi.

h. Energi

Teknik yang mengharapakan paparan energi berasal dari luar tubuh seperti : eksternal qi gong magnet, terapi batu, giok, reiki, terapi sentuhan dan bioelektromagnetik.

## **7.2 Masalah Psikologi pada Pasien kanker**

### **7.2.1 Konsep Psikologi**

Psikologi dipandang sebagai ilmu pengetahuan ilmiah sesuai mekanisme kerjanya adalah mengumpulkan informasi, data dan kesimpulan yang dilakukan dengan sistematis (Zulfan Saam, 2019).

Psikologi adalah keilmuan yang mempelajari tentang masalah kejiwaan, memahami berbagai macam tingkah laku seseorang dan sesuatu yang tidak bisa dilihat namun bisa dirasakan, sebagai gambaran psikis dalam bentuk tingkah laku,

yang bisa dilihat yaitu respon emosi individu contoh menangis, gelisah, cemas, sedih, bahagia, terharu, nyeri, rasa nyaman, aman dan terancam.

### **7.2.2 Mekanisme Koping (Pertahanan Diri)**

Beragam cara meluapkan perasaan emosi sering dikaitkan dengan karakter sifat seseorang pada saat mengalami problema hidup, oleh sebab itu setiap individu akan memiliki caranya masing-masing dalam menyelesaikan masalahnya.

Mekanisme koping individu sangat bervariasi untuk mempertahankan diri setiap mengalami masalah, cemas dan stres, hal ini akan muncul tanpa disadari jika seseorang menerima informasi misal dikatakan "memiliki penyakit kanker", disaat seperti ini koping diri akan di uji untuk bisa menyelesaikan permasalahan yang dialami, apakah diri sendiri mampu melewati mekanisme pertahanan diri dengan baik atau sebaliknya, apabila seseorang tidak mampu menjalani mekanisme koping dengan baik, lama-kelamaan akan berdampak buruk terhadap, kejiwaan, mental dan kesehatan.

Beberapa mekanisme pertahanan diri dibawah ini yang sering dialami oleh manusia menurut (Zulfan Saam, 2019) sebagai berikut :

a. Rasionalisasi

Menimbang dan menyesuaikan apakah masalah yang dialami bisa diterima dengan akal sehat secara logika dan bisa diterima dengan rasional, untuk menghindari konflik diri

b. Kompensasi

Perasaan kecewa atas masalah yang diderita, namun masih bisa tawar menawar atas dampak positifnya bahwa masih ada kelebihan diri yang bisa diterima

c. Sublimasi

Mekanisme kerja menyelesaikan konflik dengan cara yang lebih konstruktif dan berkualitas tinggi.

d. Kompensasi berlebihan

Menyelesaikan problem dengan cara tidak sesuai aturan dan terkesan berlebihan, contoh : dianjurkan untuk diet gula, namun tidak mengkonsumsi gula sama sekali dan berakibat

mengalami hipoglikemia sehingga memperparah kondisi kesehatan

e. Reaksi konversi

Permasalahan/konflik yang didapat, secara langsung berdampak pada reaksi stimulus tubuh, contoh : pada saat gugup menjalani ujian, reaksi tubuh sering BAK, tidak nafsu makan dan gemetaran.

f. Menarik diri

Kegagalan dalam menyelesaikan konflik, sehingga tidak mau lagi untuk berusaha dan membatasi diri bergaul, sosialisasi bahkan mengurung diri di rumah

### **7.3 Terapi Komplementer Masalah Psikologis pada Pasien Kanker**

Psikologis pada pasien kanker adalah pasien dengan emosi yang sangat labil. Penyakit kanker sangat mempengaruhi mental dan kejiwaan pasien karena keadaan kondisi tubuh semakin lemah dan daya tahan tubuh semakin memburuk, sehingga pasien sering kali mengalami stres dan depresi, kebanyakan penderita kanker mengalami gangguan mekanisme koping yang buruk, sehingga muncul perilaku menarik diri, tidak mampu bersosialisasi dengan baik, menyendiri, menutup diri, bahkan enggan berkomunikasi oleh sebab itu, sebagai perawat mampu memiliki strategi dalam menghadapi pasien tersebut.

Strategi yang bisa dilakukan pada penderita kanker selain dari pengobatan medis, perlu diberikan terapi komplementer pendukung untuk membantu pasien manajemen koping diri dengan baik. Terapi komplementer yang bisa dilakukan oleh perawat pada masalah gangguan psikologis yaitu :

a. Bina trust

Perawat mampu membuat pasien percaya kepada kita, bahwa dengan bantuan tim tenaga kesehatan, penyakit yang diderita bisa dijalani dengan baik dengan perasaan yang nyaman serta tidak tertekan. Pasien mau mencurahkan isi hati, bercerita keluh kesah dan mau mengungkapkan harapan yang diinginkan

b. Relaksasi

Pasien mampu melakukan teknik relaksasi dengan baik dan sempurna setiap sesi, sehingga pasien dapat merasakan efek positif pada dirinya

c. Distraksi

Mampu mengalihkan perhatian agar tidak terfokus kepada penyakit yang dialami dengan cara melakukan aktifitas yang positif dan menyenangkan seperti melakukan *mind- body therapy*.

## 7.4 Masalah Nyeri pada Pasien Kanker

Nyeri merupakan sensasi rasa sakit, rasa tidak nyaman oleh karena adanya truma atau kerusakan jaringan pada area tubuh yang mendapatkan rangsangan dari luar dan dalam tubuh. Rasa nyeri fisiologis ialah nyeri yang dirasakan masih bisa ditoleransi oleh tubuh karena sistem pertahanan tubuh bekerja sebagai alarm tubuh untuk berhati-hati menjaga tubuh agar tetap stabil.

Pasien dengan penyakit kanker memiliki rasa nyeri diluar ambang batas toleransi dikarenakan respon metastase kanker, biasanya pasien yang mengalami rasa nyeri ini tidak akan berkurang nyerinya hanya dengan obat anti analgesik biasa, dokter akan memberikan dosis obat analgesik golongan tinggi. Pasien yang mengalami nyeri kanker ini cenderung stres, cemas, depresi, tidak nafsu makan, kurang tidur dan histeris.

Pasien dengan kanker servikal merasakan nyeri yang sangat signifikan dan banyak dukungan dari mereka, membutuhkan lebih banyak obat penghilang rasa nyeri daripada yang diresepkan, disebabkan karena kebutuhan yang tidak terpenuhi untuk kontrol nyeri termasuk kesempatan yang terlewatkan untuk mendiskusikan cara kontrol nyeri pada saat kunjungan ke klinik dan sikap pasien terhadap manajemen nyeri. Hambatan finansial dan akses untuk mendapatkan obat pereda nyeri sangat minimal, hampir susah didapatkan tanpa resep dokter (BELL *et al.*, 2022).

Data dari survei nasional mengungkapkan satu dari empat kunjungan wanita dan satu dari tujuh kunjungan wanita dengan kanker payudara, masing-masing mereka menerima resep obat nyeri dan obat opioid. Karakteristik pasien dan penyedia obat nyeri, sangat



berkontribusi dalam penerapan teknik manajemen nyeri pada pasien kanker payudara. Penelitian lebih lanjut diperlukan untuk mengevaluasi secara konsekuensi penerapan teknik manajemen nyeri dalam jangka panjang pada pasien kanker payudara (Talwar et al., 2022).

Terapi komplementer yang membantu mengurangi rasa nyeri bisa menggunakan teknik nautraphaty yaitu :

a. *Massage* (Pijat)

Pijatan mempunyai manfaat untuk memperlancar sirkulasi aliran darah keseluruh tubuh, membantu memberikan sensasi relaksasi pada otot-otot yang kaku, hangat, rasa nyaman dan menenangkan.

b. Akupuntur

Menusukan jarum-jarum kecil ke beberapa titik bagian tubuh untuk mengalirkan energi *chi* kedalam tubuh agar mendapatkan manfaat positif seperti mengurangi rasa nyeri, meredakan peradangan sendi, mengurangi obesitas dan mengatasi stroke. Menurut (Huemer et al., 2022) bahwa akupuntur merupakan pengobatan yang menjanjikan untuk mengurangi rasa nyeri karena penyakit kanker, tetapi sampai sekarang ini bukti nyeri neuropatik akan segera langsung hilang efek dari akupuntur tersebut masih terbatas.

c. Bekam

Teknik tindakan invasif yang di tusuk jarum kecil pada permukaan kulit, kemudian dihisap menggunakan cup yang membuat kulit didlam cup tersebut, tersedot ikut terangkat dengan tujuan memindahkan plasma darah dan cairan tubuh yang tercampur dengan zaat-zat berbahaya keluar dari tubuh. Manfaat bekam yaitu melancarkan aliran pembuluh darah, menstimulasi kinerja syaraf, menstabilkan sistem imunitas tubuh, membuat tubuh rileks dan mengurangi rasa nyeri.

Menurut (Musavi et al., 2021) temuan penelitiannya, menunjukkan ada dampak positif yang baik manajemen nyeri sendiri pada keparahan nyeri terhadap peningkatan indikator kualitas hidup pada pasien kanker metastatik, sesuai dengan temuan studi saat ini dapat membantu mahasiswa keperawatan, perawat dan tim lainnya untuk meningkatkan keterampilan kontrol

nyeri dan meningkatkan kualitas hidup pada pasien dengan kanker metastatik.

Pasien dengan penyakit kanker, umumnya merasakan pengalaman nyeri mulai dari sedang hingga berat terkait penyakitnya, strategi manajemen nyeri khasnya terfokus pada terapi obat-obatan, satu pembaharuan strategi sekarang ini dengan realitas virtual terbukti mampu meningkatkan kontrol nyeri selain intervensi farmakologis biasa, berdasarkan data hasil penelitian didapatkan bahwa teknologi baru seperti realitas virtual mendukung untuk meningkatkan strategi manajemen nyeri pada pasien rawat inap dengan kanker (Groninger *et al.*, 2022).

## **7.5 Gangguan Nutrisi pada Pasien Kanker**

### **7.5.1 Konsep Nutrisi**

Nutrisi adalah sebuah partikel penting yang berasal dari makanan untuk membantu proses metabolisme dalam tubuh, membantu pertumbuhan tubuh, memperbaiki jaringan yang rusak, membantu menyeimbangkan fungsi organ dan proses pertumbuhan tubuh.

Nutrisi merupakan substansi kimia yang ada dalam makanan, berguna sebagai proses metabolik dalam tubuh manusia, nutrisi sebuah zat pembangun yang diperlukan untuk perbaikan jaringan secara konstan aktif dan digunakan sebagai aktivitas jaringan, selain itu zat ini berguna untuk bayi dan anak-anak sebagai tambahan yang diperlukan untuk membentuk jaringan baru yang diperlukan sebagai proses pertumbuhan (Susanti Nilam, 2017)

Pasien dengan penyakit kanker, rata-rata mengalami gangguan nutrisi karena patologi yang terjadi dalam tubuhnya, salah satu penyebab berasal dari metastase kanker yang terus berkembang, menggorogoti dan membunuh sel-sel yang sehat disekitarnya. Metastase kanker mempengaruhi keseimbangan dalam tubuh sehingga tubuh akan mengalami kekeliruan dalam menerima stimulus yang diterima.

Nutrisi merupakan bagian yang sangat penting bagi penderita kanker, rata-rata mereka mengalami malnutrisi, sebagian besar mengalami masalah terkait diet yang berpotensi

serius mengalami penurunan berat badan dan kehilangan massa otot. Hasil survei nasional mendapatkan setengah penderita kanker memiliki jalur untuk bisa konsultasi ke ahli gizi, sepertiga orang telah menggunakan salah satu strategi diet alternatif dan lebih dari setengah orang masih merasa bingung tentang nutrisi, diet makanan yang bagaimana harus mereka konsumsi untuk tetap menstabilkan kebutuhan nutrisi tubuh selama mereka menjalani pengobatan kanker (Sullivan *et al.*, 2021)

### **7.5.2 Fungsi Makanan**

Makanan memiliki peranan yang sangat penting dan prioritas utama dibutuhkan tubuh untuk kelangsungan hidup, sebagai proses penyembuhan dari berbagai penyakit, membantu proses kesembuhan luka, sebagai proses pertumbuhan tubuh dan mempertahankan sistem imunitas tubuh, oleh sebab itu apabila kondisi tubuh mengalami masalah kesehatan, terkadang bisa mempengaruhi penurunan nafsu makan seseorang dan akan berdampak pada keparahan penyakit yang diderita.

Makanan yang dikonsumsi oleh individu memiliki manfaat dan fungsi nya masing-masing berdasarkan varian yang dikonsumsi secara fisiologis menurut (Susanti Nilam, 2017) yaitu :

- a. Makanan sebagai sumber energi utama bagi tubuh, karena energi yang dihasilkan adalah proses dari oksidasi makanan
- b. Membantu dan menggantikan sel-sel dan jaringan tubuh yang rusak
- c. Mengatur kebutuhan aktivitas tubuh
- d. Menjaga sistem imunitas tubuh terhadap serangan penyakit

### **7.6 Terapi Komplementer Gangguan Nutrisi pada Pasien Kanker**

Pasien dengan penyakit kanker banyak mengalami malnutrisi akibat dari berbagai faktor penyebab, sehingga asupan nutrisi dan reabsorpsi menjadi terhambat, rata-rata pasien dengan kanker akan mengalami kecemasan yang berat, stres, depresi, memiliki pengalaman rasa nyeri sedang sampai berat hingga gangguan citra diri, yang mana faktor tersebut akan mempengaruhi kejiwaan dan nafsu makan mereka. Tim kesehatan harus bisa

membantu meminimalisir masalah tersebut, sehingga akan membantu pasien bertahan hidup lebih lama dan meningkatkan rasa nyaman serta kestabilan kondisi kesehatan pasien. Selain terapi pengobatan pharmacology, pasien perlu diberikan terapi komplementer pendukung untuk membantuk pemenuhan nutrisi pada pasien kanker.

Beberapa terapi komplementer yang bisa dijadikan sebagai intervensi keperawatan untuk membantu perbaikan gangguan nutrisi pada pasien kanker dan mampu membantu pasien kanker dengan masalah gangguan nutrisi berdasarkan EBN (*Evidence Based Nursing*) yaitu :

- a. Menurut (Santi Manurung; dkk, 2021) Pasien kanker yang mendapatkan terapi pengobatan kemoterapi memiliki efek mual, muntah, tidak nafsu makan dan rasa tidak nyaman, sehingga pasien tersebut diberikan tindakan beberapa terapi komplementer terapi tersebut terbukti efektif secara signifikan, seperti :
  - Akupresur, Akupuntur, Pijat kaki,
  - Latihan pernapasan, Yoga dan *guide imagery*
- b. Pasien kanker yang menjalani pengobatan kemoterapi mengalami penurunan mual muntah disebabkan pemberian aroma terapi jahe hal ini dikarenakan aroma jahe mampu memblok *hormon serotonin* yaitu *neurotransmitter* yang di sintetiskan terhadap *neuro serotoninergis* dalam sel *enterokromafin* dan sistem syaraf pusat yang dapat memberikan sensasi perasaan nyaman, sehingga mual dan muntah dapat diatasi (Rostinah & Utami, 2018)
- c. Menurut (Yokota et al., 2022) dalam penelitiannya menyelidiki pengaruh pemberian makanan melalui tabung enteral, nutrisi parenteral dan hidrasi, memiliki potensi yang menguntungkan dalam kelangsungan hidup terhadap populasi pasien kanker kepala dan leher dan kanker kerongkongan stadium akhir pada perawatan paliatif di ruang icu, nutrisi pasien tersebut berangsur-angsur dalam satu minggu pertama, mengalami peningkatan kearah perbaikan nutrisi

## DAFTAR PUSTAKA

- Achmad Fauji; dkk. 2014. *Praktik Keperawatan Berbasis Bukti pada Pasien Kanker* (Ari Maftuhin (ed.); 1st ed.). CV. Trans Info Media.
- BELL, S. G., APPIAH-KUBI, A., KONNEY, T. O., TAWIAH, A., YOST, S., KOBERNIK, M. E. K., & LAWRENCE, E. R. 2022. Barriers to adequate pain control among women with cervical cancer: exploring unmet pain control needs in Ghana. *AJOG Global Reports*, 2(3), 100065. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2022.100065>
- Dikriansyah, F. 2018. Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 15 Tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer. *Kemenkes RI*, 3(2), 1–36.
- Groninger, H., Stewart, D., Wesley, D., Cowgill, J., & Mete, M. 2022. Virtual reality for management of cancer pain: Study rationale and design. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 26, 100895. <https://doi.org/10.1016/j.conctc.2022.100895>
- Huemer, M., Jahn-Kuch, D., Hofmann, G., & Pichler, M. 2022. A case report of immediate effects of acupuncture on neuropathic cancer breakthrough pain. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 48(February), 101599. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2022.101599>
- Musavi, M., Jahani, S., Asadizaker, M., Maraghi, E., & Razmjoo, S. 2021. The Effect of Pain Self-Management Education on Pain Severity and Quality of Life in Metastatic Cancer Patients. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 8(4), 419–426. <https://doi.org/10.4103/apjon.apjon-2097>
- Rostinah, M., & Utami, A. T. 2018. Pengaruh pemberian aromatherapi jahe terhadap penurunan mual dan muntah pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi di rumah sakit umum imelda pekerja indonesia medan tahun 2017. *Jurnal Ilmiah Keperawatan Imelda*, 4(1), 373–382.
- Santi Manurung; dkk. 2021. Bebas Mual Muntah akibat Kemoterapi dengan terapo Komplementer pada Pasien Kanker Payudara. *Journal of Telenursing (JOTING)*, 3(2), 621–628.

- Sullivan, E. S., Rice, N., Kingston, E., Kelly, A., Reynolds, J. V., Feighan, J., Power, D. G., & Ryan, A. M. 2021. A national survey of oncology survivors examining nutrition attitudes, problems and behaviours, and access to dietetic care throughout the cancer journey. *Clinical Nutrition ESPEN*, 41, 331–339. <https://doi.org/10.1016/j.clnesp.2020.10.023>
- Susanti Nilam. 2017. *Ilmu Dasar Keperawatan Pengantar Ilmu Gizi untuk Perawat* (Ari Maftuhin (ed.); 1st ed.). CV. Trans Info Media.
- Talwar, A., Rege, S., & Aparasu, R. R. 2022. Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy Pain management practices for outpatients with breast cancer. *Exploratory Research in Clinical and Social Pharmacy*, 6(June), 100155. <https://doi.org/10.1016/j.rcsop.2022.100155>
- Widyatuti, W. 2008. Terapi Komplementer Dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 53–57. <https://doi.org/10.7454/jki.v12i1.200>
- Yokota, S., Amano, K., Oyamada, S., Ishiki, H., Maeda, I., Miura, T., Hatano, Y., Uneno, Y., Hori, T., Matsuda, Y., Kohara, H., Suzuki, K., Morita, T., Mori, M., Inoue, S., Yokomichi, N., Imai, K., Tsukuura, H., Yamauchi, T., ... Otani, H. 2022. Effects of artificial nutrition and hydration on survival in patients with head and neck cancer and esophageal cancer admitted to palliative care units. *Clinical Nutrition Open Science*, 41, 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.nutos.2021.11.008>
- Zulfa Rufida; dkk. 2018. *Terapi Komplementer*. 145. [https://doi.org/10.1007/978-3-662-49054-9\\_1734-1](https://doi.org/10.1007/978-3-662-49054-9_1734-1)
- Zulfan Saam, S. W. 2019. *Psikologi Keperawatan* (5th ed.). PT.RajaGrafindo Persada.



# **BAB 8**

## **PERAWATAN PADA KELOMPOK KHUSUS (ANAK, IBU HAMIL, DAN LANSIA)**

*Oleh Natalia Ratna Yulianti*

### **8.1 Perawatan Kanker pada Anak**

Kanker menjadi salah satu *global burden of disease* pada anak, remaja dan perempuan (Childhood Cancer Collaborator, 2019; Bhakta *et al.*, 2019). Data statistik WHO menunjukkan bahwa setiap tahunnya terdapat 400.000 anak dengan rentang usia 0-19 tahun menderita kanker (World Health Organization, 2022) dan pada tahun 2020, WHO mencatat bahwa kejadian kanker di Indonesia menduduki angka tertinggi di Asia Tenggara, yaitu sebesar 8.677 pasien anak (Bayu, 2022).

Kanker pada anak dan orang dewasa memiliki beberapa perbedaan, yaitu pada skrining, jenis dan penyembuhan. Kanker pada anak tidak dapat dideteksi lebih awal seperti halnya pada orang dewasa. Jenis kanker pada anak adalah leukemia, kanker otak, limfoma, dan tumor padat seperti neuroblastoma dan Wilms tumor (WHO, 2021; Kyle and Carman, 2014)). Kejadian kanker pada anak laki-laki lebih besar daripada anak perempuan (Hockenberry and Wilson, 2015; Liu *et al.*, 2019). Hasil penelitian menunjukkan bahwa kesembuhan kanker pada anak lebih tinggi dibandingkan pada orang dewasa (The American Cancer Society, 2022). Namun demikian, kesembuhan tersebut bergantung pada ketersediaan dan keterjangkauan pada pelayanan kesehatan yang komprehensif dimana pasien tinggal. Kesembuhan pasien anak dengan kanker pada negara dengan tingkat pendapatan tinggi mencapai 80%, sedangkan pada negara tingkat pendapatan rendah kurang dari 30% (Hockenberry and Wilson, 2015).



### 8.1.1 Pencegahan

Tidak seperti pada orang dewasa, kanker pada anak sangat jarang diketahui penyebabnya sehingga sulit untuk dicegah. Namun demikian ada beberapa jenis kanker yang rentan terjadi pada anak yang dapat dicegah sejak dini seperti kanker kulit dan kanker payudara. Kanker kulit pada anak rentan terjadi pada anak yang memiliki warna mata, kulit, dan rambut terang, kulitnya mudah terbakar, dan tinggal di ekuator. Pencegahan meliputi edukasi bagi orang tua dan anak. Orang tua dan anak diajarkan supaya menghindari paparan sinar matahari secara langsung. (Rastrelli, Alaibac, Stamare, dalam Hockenberry and Wilson, 2015).

Sedangkan edukasi untuk pencegahan kanker payudara dilakukan pada remaja putri tentang pemeriksaan payudara sendiri. Kanker payudara merupakan salah satu penyebab utama kematian. Pada remaja laki-laki diajarkan tentang pemeriksaan testis mandiri setiap bulan. Pemeriksaan meliputi ukuran dan berat. Anak diminta melaporkan kepada orang tua atau tenaga kesehatan apabila menemukan benjolan, pembengkakan, atau berat pada salah satu testis. (Kyle and Carman, 2014; Hockenberry and Wilson, 2015)

### 8.1.2 Diagnosis Dini

Tenaga kesehatan perlu mengetahui *cardinal signs and symptoms* penyakit kanker pada anak sebagai upaya penegakan dini kanker. Tanda dan gejala tersebut menurut American Cancer Society (American Cancer Society, 2019) adalah

- a. Masa yang tidak biasa dan membesar
- b. Pucat yang tidak dapat dijelaskan dan kehilangan energi
- c. Mendadak mudah memar
- d. Nyeri menetap dan terlokalisasi atau pincang
- e. Sering sakit kepala dan disertai muntah
- f. Perubahan mendadak pada penglihatan
- g. Penurunan berat badan yang cepat dan berlebihan

### 8.1.3 Terapi Medis

Terapi medis pada anak meliputi (Zembower, 2014):

- a. Pembedahan
- b. Terapi radiasi

c. Kemoterapi

#### 8.1.4 Atraumatic care

Perawatan anak dengan kanker mempertahankan prinsip *atraumatic care* sebagai berikut:

**a. *Family Centered Care***

Asuhan keperawatan pada anak menerapkan *family-centered care (FCC)*. Keseluruhan proses asuhan keperawatan dari pengkajian sampai dengan evaluasi melibatkan keluarga pasien (Hockenberry, Wilson and Rodgers, 2017; Mooney-Doyle, Rodrigues dos Santos and Woodgate, 2020). Sisk *et al.* (2017), Salvador and Crespo, (2019), dan Gibson, (2019) mengidentifikasi fungsi komunikasi perawat-keluarga dalam perawatan anak dengan kanker, yaitu:

- 1) Mendorong terjalinnya hubungan yang menyembuhkan
- 2) Hubungan perawat dan keluarga akan memberikan keluarga dukungan, bimbingan, dan pemahaman tentang penyakit dan pengalaman yang dialami keluarga.
- 3) Bertukar informasi
- 4) Ketika keluarga mendapatkan informasi tentang penyebab, diagnosis, tindakan, prognosis, dan efek jangka panjang dari terapi yang diterima anak, maka hubungan antara tenaga kesehatan dan keluarga pasien terbina dengan baik sehingga keluarga mampu memberikan keputusan yang tepat atas perawatan anak.
- 5) Membuat keputusan
- 6) Pemberi pelayanan kesehatan perlu menerapkan komunikasi yang efektif, seperti memahami pergumulan keluarga sehingga mampu membimbing keluarga dalam mengambil keputusan
- 7) Mengelola ketidakpastian
- 8) Ketidakpastian setelah anak didiagnosis kanker meliputi prognosis, efek samping, frekuensi perawatan di rumah sakit, efek jangka panjang. Komunikasi yang efektif selama menerapkan fcc, memungkinkan pemberi pelayanan kesehatan memberikan jawaban atas ketidakpastian atau mengelola ketidakpastian itu sendiri.

9) Merespon semua emosi

10) Ketika fcc diterapkan, orang tua mampu mengungkapkan semua emosi selama mendampingi anak mendapatkan perawatan kanker. Dengan demikian perawat dapat memberikan pertolongan ketika orang tua mengalami kecemasan, kesedihan, kemarahan, dan depresi.

11) Meningkatkan efikasi diri dan kesejahteraan

12) Dengan diberikan kesempatan untuk bekerja sama dengan tim pemberi pelayanan kesehatan, orang tua dapat memastikan bahwa kebutuhan anak mereka terpenuhi. Karena efikasi diri orang tua meningkat, maka secara otomatis kesejahteraan mereka menjadi lebih baik.

## **b. Terapi Bermain**

Perawatan anak di rumah sakit menerapkan terapi bermain untuk meminimalkan trauma anak dengan cara pengurangan tingkat ketakutan dan kecemasan dan memberikan otonomi bagi anak selama dirawat di rumah sakit. Kegiatan bermain selama perawatan memberikan manfaat memperbaiki keterampilan komunikasi dan koping dan meningkatkan harga diri (Hockenberry and Wilson, 2011; Sezici, Ocakci and Kadioglu, 2017).

Kegiatan/terapi bermain yang diterapkan dalam perawatan anak dengan kanker mampu memberikan suasana yang menghibur di tengah situasi yang tidak menyenangkan (Schleisman and Mahon, 2018). Kegiatan/terapi bermain tersebut mampu mengurangi kecemasan dan depresi, meningkatkan perilaku kooperatif, dan mengurangi ketakutan pada anak, termasuk dalam menghadapi operasi. Kegiatan bermain meliputi menggambar, melukis, bermain puzzle, bercerita, dan terapi bermain berkelompok (Mechtel and Stoeckle, 2017; Shojaei, Golparvar and Aghaei, 2019; Ibrahim *et al.*, 2020; Gazestan *et al.*, 2021). Terapi bermain juga terbukti membantu pasien anak yang menjalani kemoterapi melalui terapi okupasi yang berbasis pada kegiatan bermain. Terapi ini mampu mengurangi nyeri, kecemasan, dan tingkat kelelahan (Mohammadi, Mehraban and Damavandi, 2017). Nyeri kronis, dan dampak kemoterapi memungkinkan anak mengalami

depresi. Hal ini dapat dikurangi dengan *cognitive-behavioral story therapy* dan *cognitive-behavioral art-play therapy* (Shojaei, Golparvar and Aghaei, 2019). Selain itu depresi dapat dicegah dengan meningkatkan resiliensi diri. Terapi bermain berpusat pada anak terbukti mampu meningkatkan resiliensi pada anak penderita leukemia (Ghasemzadeh and Ka, 2022).

### **8.1.5 Asuhan Keperawatan**

#### **a. Pengkajian**

Pengkajian terkini pada pasien kanker anak menggunakan pengkajian kelompok gejala yang dapat memberikan pemahaman yang lebih baik terhadap gejala yang dialami pasien dan mendukung penentuan strategi pengelolaan gejala yang lebih efektif. Berikut adalah salah satu kelompok gejala yang muncul pada anak dengan kanker (Rodgers *et al.*, 2016)

- 1) Ketidaknyamanan gejala dan gambaran diri  
Mulut kering, gatal, diare, mati rasa pada tangan dan kaki, perubahan kulit, merasa kuatir, dan persepsi diri yang berubah
- 2) Malfungsi sistem sirkulasi dan respirasi  
Napas pendek, batuk, pusing, bengkak, dan masalah pada sistem perkemihan
- 3) Kelelahan, gangguan tidur, dan depresi
- 4) Kesulitan berkonsentrasi, sulit tidur, kekurangan energi, merasa ngantuk, merasa sedih, kuatir, mudah tersinggung, dan berkeringat.
- 5) Gambaran diri dan kesulitan makan
- 6) penurunan berat badan, rambut rontok, sariawan, konstipasi, dan sulit menelan.
- 7) Iritasi gastrointestinal dan nyeri
- 8) Mual, muntah, kehilangan nafsu makan, nyeri, perubahan cita rasa. Pengkajian muntah pada anak dapat dilakukan dengan menggunakan *Pediatric Nausea Assessment Tool (PeNAT)* (Sherani, Boston and Mba, 2019)

#### **b. Diagnosis dan Intervensi Keperawatan** (Tim Pokja DPP PPNI, 2018a; Tim Pokja DPP PPNI, 2018b)

- 1) Diagnosis Keperawatan: Risiko infeksi d.d.

- Efek procedure invasive
- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: immunosupresi
- Ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder: leukopenia

#### Intervensi Keperawatan: Pencegahan infeksi

Faktor risiko terjadinya infeksi pada pasien kanker adalah penyakit itu sendiri, terapi pembedahan, terapi radiasi dan kemoterapi (Zembower, 2014). Selain menerapkan manajemen pencegahan dan pengendalian infeksi secara umum, pemberian makanan bagi pasien kanker direkomendasikan berdasarkan *Food Safety Guidelines (FSGs)* daripada menggunakan diet neutropenik (Moody *et al.*, 2017)

#### 2) Diagnosis Keperawatan: Nyeri b.d.

- Agen pencedera fisiologis (neoplasma)
- Agen pencedera kimiawi (kemoterapi)
- Agen pencedera fisik (terapi radiasi, prosedur operasi)

#### Intervensi Keperawatan

##### a. Manajemen nyeri

##### b. Pemberian analgesik

Perawat secara mandiri dapat menerapkan terapi non farmakologi yang telah terbukti secara efektif menurunkan nyeri. Terapi tersebut adalah reiki, teknik distraksi, dan terapi pijat. Reiki mampu menurunkan nyeri atau membuat nyeri tidak lebih buruk pada pasien anak yang menjalani transplantasi sumsum tulang *hematopoietic* (Zucchetti *et al.*, 2019). Teknik yang lain adalah distraksi yang tidak perlu mengeluarkan banyak biaya. Teknik ini untuk mengurangi nyeri saat perawat/dokter melakukan prosedur yang menggunakan jarum sunik. Contoh teknik distraksi yang terbukti efektif adalah *virtual reality game*, meniup gelembung sabun, musik, teknik pernapasan Hey-Hu, *virtual reality video*, buku interaktif (Bukola and Paula, 2017). Sementara itu, terapi pijat telah terbukti menurunkan tingkat

nyeri pasien anak dengan kanker (Genik *et al.*, 2019). Sedangkan terapi farmakologis telah diatur oleh WHO dalam Management of Cancer Pain untuk diterapkan tenaga kesehatan (Organization, 2018; Alnajar, Darawad and Samarkandi, 2017)

3) Nausea b.d.

- Tumor terlokalisasi
- Efek agen farmakologis

Intervensi Keperawatan:

- Manajemen mual
- Manajemen muntah

Intervensi yang dapat diterapkan untuk mengatasi mual/muntah pada pasien anak karena dampak kemoterapi adalah terapi non farmakologis, yaitu aromaterapi (Trial *et al.*, 2018), akupresur Nei Guan (Yuliar, Susanah and Nurhidayah, 2019) dan terapi farmakologis berupa antiemetik (Navari, 2017).

4) Diagnosis Keperawatan: Defisit nutrisi b.d.

- Ketidakmampuan menelan makanan
- Ketidakmampuan mencerna makanan
- Ketidakmampuan mengabsorbsi nutrient
- Peningkatan kebutuhan metabolisme
- Faktor psikologis (mis. Stress, keengganan untuk makan)

Intervensi Keperawatan:

- Manajemen nutrisi
- Promosi berat badan

Anak penderita kanker memerlukan nutrisi yang adekuat untuk meningkatkan keberlangsungan hidup, mencegah penyakit infeksius, mengurangi lama waktu rawat, dan meningkatkan kualitas hidup (Triarico *et al.*, 2019; Rogers and Barr, 2020). Status nutrisi anak penderita kanker perlu diupayakan berada di status gizi baik, tidak kurang dan tidak

lebih. Anak penderita kanker yang kekurangan atau kelebihan nutrisi terbukti memperoleh hasil terapi yang tidak optimal, mengalami gangguan perkembangan. Dampak buruk kekurangan nutrisi terjadi di negeri berkembang (Barr and Ladas, 2020; Sala et al dalam Fabozzi *et al.*, 2022).

- 5) Diagnosis Keperawatan: Gangguan citra tubuh b.d. efek tindakan/pengobatan (pembedahan, kemoterapi, terapi radiasi)

Intervensi Keperawatan:

- Promosi citra tubuh
- Promosi coping

Promosi citra tubuh dapat dilakukan dengan konseling. Pelibatan keluarga dalam konseling terbukti efektif dalam memperbaiki citra tubuh pasien (Khalid, Malik and Musharraf, 2018). Tindakan lainnya dengan *Animal-facilitated Therapy (AFT)*. Tenaga kesehatan menggunakan AFT untuk mengedukasi pasien tentang kesehatan fisik dan pikiran. AFT terbukti mampu meningkatkan pemikiran positif pasien. Binatang piaraan juga mampu membantu coping positif pasien dalam menjalani kemoterapi (Urbanski and Lazenby, 2012)

- 6) Diagnosis Keperawatan: Berduka b.d. antisipasi kematian keluarga atau orang yang berarti.

Intervensi Keperawatan

- a. Dukungan proses berduka
- b. Dukungan emosional

Kedukaan karena kehilangan anak dirasakan oleh orang tua sebagai kehilangan yang lain dari yang lain. Dukungan perawat berupa program pendampingan dan berkelanjutan bagi orang tua yang sedang berduka bahkan setelah pemakaman terbukti sangat bermanfaat (Berrett-Abebe *et al.*, 2017). Intervensi lain adalah dengan menyelenggarakan kegiatan seni yang dilakukan anak dan/atau bersama orang

tua yang nantinya dapat ditinggalkan bagi orang tua sebagai kenang-kenangan setelah anak tidak ada. Karya seni tersebut dapat membantu orang tua melewati proses berduka (Schaefer *et al.*, 2020)

7) Diare b.d.

- Inflamasi gastrointestinal
- Malabsorpsi

Intervensi Keperawatan:

- a) Manajemen diare
- b) Pemantauan cairan

Diare pada anak dengan kanker sering berhubungan dengan *Clostridium Difficile Infection (CDI)*. Terapi farmakologis yang direkomendasikan adalah probiotik, oral metronidazole or oral vancomycin, dan vancomycin (Diorio *et al.*, 2018).

8) Konstipasi b.d. penurunan motilitas gastrointestinal

Intervensi Keperawatan:

- Manajemen eliminasi fekal
- Manajemen konstipasi

Methylnaltrexone terbukti efektif untuk mengatasi konstipasi karena terapi opioid pada penderita kanker anak dan remaja (Flerlage and Baker, 2015) .

9) Ansietas b.d. krisis situasional (penyakit kanker)

Intervensi Keperawatan:

- a. Reduksi ansietas
- b. Terapi relaksasi

Pasien anak penderita kanker mengetahui akhir dari perjalanan penyakit mereka dan sering mengalami kecemasan dan distress tersendiri. Untuk mengatasi kecemasan dan distress anak, topik prognosis penyakit kanker dibicarakan melalui komunikasi yang efektif antara pemberi pelayan kesehatan dengan pasien anak dan keluarga (Laronne *et al.*, 2021). Selain komunikasi efektif, terapi pijat juga terbukti mampu menurunkan kecemasan perawatan paliatif pada anak (Genik *et al.*, 2019).



## 8.2 Perawatan Kanker pada Ibu Hamil

Kejadian kanker pada ibu hamil dilaporkan jarang terjadi, 1 kasus dari 1000 ibu hamil per tahunnya (Hepner *et al.*, 2019), namun angka tersebut meningkat karena dimungkinkan berhubungan dengan meningkatnya usia kehamilan dan kejadian obesitas pada wanita (Eastwood-Wilshere *et al.*, 2019; McCormick and Peterson, 2018; Silverstein *et al.*, 2022). Jenis kanker yang sering terjadi pada ibu hamil adalah kanker payudara, kanker serviks, kanker ovarium, dan limfoma (Maggen *et al.*, 2020)

Kanker pada kehamilan menjadi dilema etik karena menyangkut keselamatan ibu dan janin. Jika tumor tidak menunjukkan perkembangan, maka kehamilan dapat dipertahankan untuk mendapatkan berat badan janin yang adekuat (Jeremic *et al.*, 2017). Sayangnya, penegakan diagnosis kanker pada kehamilan sering terlambat karena tanda dan gejala yang muncul mirip dengan tanda dan gejala masa prenatal, yaitu kelemahan, perubahan bentuk payudara, mual, dan/atau perdarahan rektal (Silverstein *et al.*, 2022; Beharee and Wang, 2019). Untuk mengatasi persoalan tersebut, deteksi dini “tiga tahap” telah dikembangkan walaupun masih terbatas untuk kanker serviks. Tiga tahap tersebut adalah pemeriksaan sitologi serviks, *colposcopy*, dan biopsi serviks (Beharee and Wang, 2019).

### 8.2.1 Tata Laksana Medis

Tata laksana medis dilakukan berdasarkan pertimbangan dampak terhadap keamanan dan keselamatan fetus. Hal ini harus didiskusikan secara mendalam oleh tim kesehatan dan pasien dengan berpijak pada prinsip keyakinan dan etik yang dimiliki oleh pasien (Silverstein *et al.*, 2022). Perubahan fisiologis dalam kehamilan dapat mengganggu distribusi dan efikasi terapi sistemik, seperti kemoterapi, terapi hormonal, dan *targeted therapy* (Boere *et al.*, 2017)

#### a. Pembedahan

Meskipun pembedahan pada kehamilan dapat dilakukan pada usia kehamilan berapapun, tindakan tersebut sebaiknya dilakukan pada awal trimester kedua untuk mencegah aborsi spontan yang disebabkan oleh pembesaran uterus karena

peningkatan suplai darah (Jeremic *et al.*, 2017; Peccatori, Azim, Orecchia, *et al.* dalam Wolters *et al.*, 2021).

**b. Terapi radiasi**

Terapi radiasi pelvis tidak dianjurkan selama kehamilan karena berdampak pada kematian fetus. Beda halnya ketika kanker menyerang area diluar pelvis, maka radiasi dapat dilakukan pada trimester pertama dengan pertimbangan fetus masih berada jauh dari lokasi yang akan diberikan terapi radiasi. Radiasi yang mengenai fetus berasal dari penyebaran radiasi internal dan eksternal serta kebocoran radiasi (Kal & Struikmans dalam Wolters *et al.*, 2021

**c. Kemoterapi**

Sama dengan tindakan pembedahan, kemoterapi tidak disarankan pada trimester pertama untuk mencegah gangguan pembentukan organ pada janin (Cardonick dan Iacobucci dalam Wolters *et al.*, 2021). Setelah usia kehamilan 35 minggu, kemoterapi dihentikan untuk memberi kesempatan sumsum tulang ibu dan fetus mengalami perbaikan setelah kemoterapi terakhir (Wolters *et al.*, 2021). Namun demikian, wanita hamil yang diberikan kemoterapi pada usia kehamilan trimester kedua tetap diberikan informasi tentang risiko lebih besar memiliki bayi lahir prematur dan bayi lahir kecil dibandingkan dengan bayi yang ibunya tidak mendapatkan kemoterapi selama kehamilan (Garofalo *et al.*, 2016). Penelitian retrospektif oleh Danet *et al.*, (2018) menemukan bahwa wanita hamil yang mendapatkan kemoterapi memiliki risiko malformasi fetus, premature dan gangguan kondisi neonates lainnya. Risiko tertogenik ini bergantung pada usia kehamilan, agen, dosis, dan transfer plasenta (Silverstein *et al.*, 2022).

**d. Targeted therapy**

*Targeted therapy* adalah kumpulan obat dengan mekanisme aksi dan karakteristik yang beragam yang memiliki implikasi untuk penggunaan pada saat kehamilan. Terapi ini menyasar tumor tertentu yang mempengaruhi fisiologi perkembangan fetus sehingga kemungkinan akan meningkatkan kematian fetus dan komplikasi kehamilan (Wolters *et al.*, 2021). Karena dampak tersebut, maka terapi ini tidak dianjurkan selama kehamilan (Boere *et al.*, 2017).

**Tabel 8.1 : Pengelolaan kanker per trimester**

	Trimester Pertama 0-12 minggu	Trimester Kedua 13-26 minggu	Trimester Ketiga >27 minggu
Pembedahan			
Terapi Radiasi non-pelvic			
Terapi Radiasi pelvic			
Kemoterapi			
<i>Targeted Therapy</i>			



Memungkinkan

Tidak dianjurkan karena terbatasnya bukti, kecuali rituximab dan imatinib

Kontraindikasi

Sumber: Wolters, V. et al. (2021) 'Management of pregnancy in women with cancer', International Journal of Gynecological Cancer, 31, pp. 314–322. doi: 10.1136/ijgc-2020-001776.

## 8.2.2 Asuhan Keperawatan

### a. Pengkajian

Terdiri dari pemeriksaan fisik, pemeriksaan psikologis, dan pemeriksaan diagnostik sebagai berikut :

#### 1) Pemeriksaan Fisik

Tanda dan gejala yang muncul dapat berasal dari perubahan fisiologis kehamilan, kanker itu sendiri (Eastwood-wilshire *et al.*, 2019)

- Perubahan kulit, dapat disalahartikan dengan hiperpigmentasi kehamilan.
- Mual, penurunan berat badan, anoreksia, dan muntah; dapat dianggap sebagai hiperemesis gravidarum.
- Konstipasi, kembung, kram, anemia karena kekurangan zat besi; dianggap sebagai tanda dan gejala yang wajar pada masa kehamilan dan paska melahirkan.

- d. Masa payudara yang lebih kecil; tanda ini sulit dikenali dengan adanya hiperplasia *mammae* fisiologis
- e. Perdarahan rektal dan vaginal (termasuk setelah *coitus*); harus diperiksa lebih lanjut, salah satunya dengan tes skrining serviks.
- f. Perubahan serviks; sulit untuk ditafsirkan karena perubahan serviks pada masa kehamilan adalah hal yang wajar.

## 2) Pemeriksaan psikologis

Ibu hamil seharusnya merasakan kebahagiaan menantikan kelahiran anaknya. Namun, setelah didiagnosis kanker, maka rasa Bahagia bercampur menjadi sedih, takut, dan cemas. Ibu menjadi cemas akan keselamatan janinnya dan setelah dirinya sendiri. Penelitian menunjukkan bahwa tingkat distress ibu hamil dengan kanker lebih tinggi dibandingkan dengan ibu hamil tanpa penyakit penyerta (Maggen *et al.*, 2020)

## 3) Pemeriksaan diagnostik yang disarankan (Silverstein *et al.*, 2022)

### a. Ultrasound

Ultrasound adalah pemeriksaan diagnostik yang paling aman karena tidak berisiko terhadap janin. Namun, ultrasound memiliki kelemahan karena hasil gambar sangat bergantung pada operator sehingga kemungkinan gambar yang dihasilkan kurang baik.

### b. MRI

MRI menjadi pilihan selanjutnya karena gambar yang dihasilkan lebih baik dari ultrasound dan tidak menimbulkan radiasi ionisasi. Radiasi yang menggunakan media kontras gadolinium tidak disarankan karena dapat melewati plasenta sehingga membahayakan janin.

### c. X-Ray dan CT-Scan

Pemeriksaan ini tidak disarankan karena radiasi yang melebihi ambang batas keamanan terbukti berhubungan dengan kematian, malformasi, retardasi

mental janin, kanker sekunder, dan usia gestasi dini. Namun, dengan teknologi terkini yang menggunakan perisai radiasi, pemeriksaan ini dapat dilakukan dengan pengkajian secara hati-hati dan menyeluruh terhadap kemungkinan efek samping yang dihasilkan.

## **b. Diagnosis dan Intervensi Keperawatan**

- 1) Diagnosis Keperawatan: Distress spiritual b.d. kondisi penyakit kronis

Intervensi Keperawatan:

- a. Dukungan spiritual
- b. Promosi koping

Hasil penelitian menunjukkan bahwa koping yang dipilih pasien dan pasangannya ketika mengalami distress adalah dengan koping positif, internalisasi, dan menyalahkan orang lain. (Vandenbroucke *et al.*, 2018). Untuk membentuk koping yang positif, pasien memerlukan dukungan dari orang-orang terdekat dan tenaga kesehatan (Benson *et al.*, 2020). Koping positif ini terbukti membantu keefektifan manajemen stress pasien (Ozdemir and Arslan, 2018).

- 2) Diagnosis Keperawatan: Nausea b.d. tumor terlokalisasi, efek agen farmakologis

Intervensi Keperawatan:

- a. Manajemen mual
- b. Manajemen muntah

Mengonsumsi jahe terbukti mampu menurunkan mual pada wanita yang menerima kemoterapi (Arslan and Ozdemir, 2015). Belum ada penelitian tentang keamanan konsumsi jahe pada wanita hamil yang menderita kanker. Namun, jahe sendiri aman dikonsumsi oleh wanita hamil yang mengalami mual (Stanisiere, Mousset and Lafay, 2018; Sarecka-Hujar and Musiol\_Szulc, 2022).

- 3) Diagnosis Keperawatan: Risiko gangguan pertumbuhan d.d. terpapar teratogen

Intervensi Keperawatan:

- a) Konseling
- b) Perawatan kehamilan trimester pertama
- c) Perawatan kehamilan trimester kedua dan ketiga

Konseling membahas tentang waktu yang tepat untuk terapi, manfaat dan risiko terapi (Silverstein *et al.*, 2022). Perawatan kehamilan trimester pertama, kedua, dan ketiga memperhatikan rekomendasi jadwal pemberian terapi dan kontrol terhadap janin (Wolters *et al.*, 2021).

### **8.3 Perawatan Kanker pada Lansia**

Sebagian besar penderita kanker berusia lebih dari 65 tahun (Rostoft *et al.*, 2022). Faktor risiko terjadinya kanker pada usia lanjut ini adalah konsumsi tembakau, berjemur yang berlebihan, konsumsi alkohol yang berlebihan, diet tidak sehat dan kelebihan berat badan (Estapé, 2018). Selain itu, faktor penuaan memiliki peran penting terjadinya kanker karena perubahan *stem cell* (sel induk/sel punca) yang mengubah formasi kanker (Republic *et al.*, 2016).

Populasi lanjut usia pada umumnya memiliki penyakit degeneratif, seperti hipertensi, diabetes, hiperkolesterolemia, dan osteoporosis, yang pada penderita kanker menjadi komorbid. Komorbid memiliki peran terhadap tingkat kematian penderita kanker lansia (Hurria, 2013), walaupun penelitian Jørgensen *et al.* (2012) menunjukkan bahwa kematian tersebut tidak selalu berhubungan dengan kematian karena kanker.

#### **8.3.1 Tata Laksana Medis**

Pemberian terapi kanker pada usia lanjut memerlukan perhatian khusus karena kondisi lansia yang lemah dan memiliki komorbid. Terapi kanker dapat menurunkan kualitas hidup lansia, meningkatkan ketergantungan terhadap orang lain, meningkatkan interaksi obat, dan bahkan berisiko kematian (Heredia *et al.*, 2019). Colloca & Monfardini dalam Colloca *et al.*, 2020 memaparkan bahwa tim multidisipliner yang terdiri dari dokter radioterapi, dokter onkologi dan dokter geriatrik perlu memperhatikan lima hal berikut: keadaan fisik (apakah pasien sehat, lemah, atau menuju kelemahan?), kondisi kognitif, harapan hidup aktif, kualitas hidup (kebutuhan dan wasiat individu), dan lingkungan (apakah lingkungan sosial pasien mengizinkan pasien mendapatkan terapi tertentu?)

Berikut adalah beberapa terapi kanker yang dilakukan pada populasi lansia:

**a. Radiasi**

Terapi radiasi dengan teknologi terbaru menjadi terapi paling disarankan karena tingkat toksitasnya yang rendah dan mampu mempertahankan kualitas hidup pasien lansia dengan kanker (Colloca *et al.*, 2020), namun masih ada yang berpendapat bahwa terapi ini berbahaya bagi pasien lansia (Etapé, 2018). Oleh karena itu beberapa hal berikut harus dipertimbangkan dalam menentukan terapi ini, yaitu sifat tumor *loco-regional* yang mungkin akan menjadi lebih lemah atau semakin agresif, risiko kematian atau komorbid yang memungkinkan perubahan harapan hidup pasien, pengkajian fungsi cadangan (*functional reserve assessment*) yang mampu mempredikasikan efek toksisitas karena radiasi dan kemampuan pasien menyelesaikan program terapi secara lengkap, dan tujuan terapi yang mungkin dapat berubah dari kuratif ke paliatif (Smith & Smith dalam Colloca *et al.*, 2020).

**b. Kemoterapi**

Dampak toksisitas hematologis yang sering terjadi pada lansia penerima kemoterapi adalah neutropenia, anemia, dan trombositopenia. Sedangkan toksisitas non hemalogis adalah mual dan muntah, diare, mukositis, toksisitas kardiovaskuler, toksisitas renal, toksisitas neurologis, ototoksitas, kesehatan tulang, letih, toksisitas dermatologis, akibat toksisitas yang lain (Heredia *et al.*, 2019).

**c. Pembedahan**

Komplikasi pembedahan sebagai terapi kanker pada pasien lansia dengan komorbid terjadi lebih tinggi dibandingkan pada pasien tanpa komorbid. Komplikasi tersebut meningkatkan masa rawat inap dan semakin tingginya angka kematian (Grosso *et al.*, 2012). Dampak operasi tersebut dapat diprediksi dengan menggunakan Memorial Sloan Kettering-Frailty Index (MSK-FI). MSK-FI mengkaji status fungsional pasien dan komorbid pasien. Skor total pada rentang 0-11. Pasien dengan skor MSK-FI semakin tinggi akan menjalani masa rawat lebih lama, dirawat di ICU, dan memiliki risiko kematian lebih tinggi (Shahrokni *et al.*, 2019).

### 8.3.2 Asuhan Keperawatan

#### a. Pengkajian

Pengkajian secara komprehensif pada pasien lansia dengan kanker adalah langkah awal yang sangat penting karena mampu mengungkap masalah-masalah geriatrik dan banyak komorbid yang dapat mengganggu pengobatan kanker dan menjadi perancu penyebab kematian karena kanker. Dengan demikian, pengkajian komprehensif membantu pengambilan keputusan terhadap pengambilan keputusan terhadap pengobatan yang akan diterima (Caillet and Laurent, 2014).

Model Pengkajian Geriatri (Rostoft *et al.*, 2022)

##### 1) Status fungsional

Berhubungan dengan toksisitas karena kemoterapi, admisi rumah sakit, penurunan fungsi, dan kematian. Terdapat dua fungsi utama dari sudut pandang geriatric, yaitu aktivitas sehari-hari [activities daily living (ADLs)], seperti perawatan/kegiatan individu sehari-hari yaitu, mandi, makan, menyisir rambut, dan bekerja dan *instrumental activities of daily living (IADLs)*, seperti memasak, mencuci baju, bepergian, berbelanja, dan mengatur keuangan (Hurria, 2013).

##### 2) Kondisi fisik secara obyektif

Dapat memprediksi kematian, komplikasi tindakan/terapi, dan penurunan fungsi.

##### 3) Kejadian jatuh

Berhubungan dengan toksisitas kemoterapi, komplikasi paska operasi, dan penurunan fungsi.

##### 4) Fungsi kognitif

Mengkaji kapasitas untuk memberikan izin terhadap pengobatan atau kepatuhan menjalani pengobatan, dan penurunan kognitif berhubungan dengan pengobatan, rendahnya harapan hidup, toksisitas kemoterapi, dan delirium.

##### 5) Mood (depresi)

Mengkaji penyesuaian psikologis terhadap pengobatan. Mood (depresi) berhubungan dengan komplikasi paska operasi, toleransi terhadap pengobatan, penurunan fungsi, dan kematian. Depresi terbukti berhubungan erat dengan



usia sehingga lansia dengan penyakit kanker memiliki tingkat depresi lebih tinggi daripada orang muda yang terkena kanker. Gejala yang muncul seperti merasa kesepian, tidak bergairah Menyusun perencanaan, memiliki harapan masa depan yang kecil, merasa lemah, dan ketidaknyamanan fisik (Estapé, 2018).

**6) Status nutrisi**

Berhubungan dengan kematian, kemungkinan penyelesain pengobatan, dan pemanfaatan perawatan kesehatan.

**7) Komorbid**

Mengkaji penyebab kematian, pertahanan hidup, toleransi terhadap pengobatan, dan masuk rumah sakit.

**8) Polifarmasi**

Komplikasi paska operasi, toksisitas kemoterapi, penurunan fungsi, dan kematian.

**9) Dukungan sosial**

Berhubungan dengan perkembangan kanker, toksisitas kemoterapi, pertahanan hidup yang rendah, dan kepatuhan terhadap pengobatan.

**b. Diagnosis dan Intervensi Keperawatan (Tim Pokja DPP PPNI, 2018a; Tim Pokja DPP PPNI, 2018b)**

Diagnosis dan intervensi keperawatan yang akan dipaparkan adalah diagnosis yang khusus terjadi pada lansia dengan kanker.

**1) Diagnosis Keperawatan: Gangguan mobilitas fisik b.d.**

- Ketidakbugaran fisik
- Efek agen farmakologi

**Intervensi**

- a. Dukungan perawatan diri
- b. Dukungan perawatan diri: BAB/BAK
- c. Dukungan perawatan diri: Berpakaian
- d. Dukungan perawtaa diri: makan/minum
- e. Dukungan perawatan diri: mandi

Sebuah penelitian kualitatif memaparkan lansia dengan kanker memiliki keinginan yang kuat untuk melakukan aktivitas sehari-hari mereka dengan senormal mungkin dan

seperti yang pernah mereka lakukan sebelum mereka sakit. Tenaga kesehatan memberikan dukungan dan memprioritaskan perawatan yang berpusat pada individu dirasakan para lansia mampu memberikan semangat hidup (Helene *et al.*, 2015).

2) Diagnosis Keperawatan: Distress spiritual b.d. kondisi penyakit kronis

Intervensi Keperawatan:

- a. Dukungan spiritual
- b. Promosi koping

Suatu telaah literatur terhadap hasil penelitian menemukan bahwa banyak lansia dengan penyakit kanker mengalami depresi yang memerlukan pengobatan. Oleh karenanya tenaga kesehatan diharapkan mampu mengurangi distress lansia tersebut dengan memberikan pengobatan dan dukungan emosional, serta dalam menghadapi masalah-masalah akhir kehidupan (Parpa *et al.*, 2014). Koping yang sering digunakan lansia adalah koping religious dimana mereka mengaitkan penyebab dan kejadian sakit mereka dengan aspek religious (Estapé, 2018).

## DAFTAR PUSTAKA

- Alnajjar, M. K., Darawad, M. W. and Samarkandi, O. A. 2017. 'Knowledge and Attitudes Toward Cancer Pain Management Among Nurses at Oncology Units', *Journal of Cancer Education*. doi: 10.1007/s13187-017-1285-5.
- American Cancer Society. 2019. *Finding Cancer in Children*. Available at: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/finding-childhood-cancers-early.html> (Accessed: 8 August 2022).
- Arslan, M. and Ozdemir, L. 2015. 'Oral Intake of Ginger for Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting Among Women With Breast Cancer', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, (October), pp. E92–E97. doi: 10.1188/15.CJON.E92-E97.
- Barr, R. D. and Ladas, E. J. 2020. 'The role of nutrition in pediatric oncology', *Expert Review of Anticancer Therapy*, 00(00), pp. 1–8. doi: 10.1080/14737140.2020.1719834.
- Bayu, D. 2022. *Penderita kanker anak Indonesia terbanyak di Asia Tenggara*. Available at: <https://dataindonesia.id/ragam/detail/penderita-kanker-anak-indonesia-terbanyak-di-asia-tenggara%0ADimas>.
- Beharee, N. and Wang, J. 2019. 'Diagnosis and treatment of cervical cancer in pregnant women', *Cancer Medicine*, 8(June), pp. 5425–5430. doi: 10.1002/cam4.2435.
- Benson, R. B. *et al.* 2020. 'Challenges, Coping Strategies , and Social Support among Breast Cancer Patients in Ghana', *Advances in Public Health*, pp. 1–11. doi: <https://doi.org/10.1155/2020/4817932>.
- Berrett-abebe, J. *et al.* 2017. 'Parental experiences with a hospital-based bereavement program following the loss of a child to cancer', *Palliative and Supportive Care*, 15, pp. 348–358. doi: 10.1017/S1478951516000821.
- Bhakta, N. *et al.* 2019. 'Review Childhood cancer burden : a review of global estimates', *Lancet Oncology*, 20(1), pp. e42–e53. doi: 10.1016/S1470-2045(18)30761-7.
- Boere, I. *et al.* 2017. 'Cancer in pregnancy: safety and efficacy of systemic therapies', *Current Opinion of Oncology*, 29(5), pp. 1–7. doi: 10.1097/CCO.0000000000000386.

- Bukola, I. M. and Paula, D. 2017. 'The Effectiveness of Distraction as Procedural Pain Management Technique in Pediatric Oncology Patients: A Meta-analysis and Systematic Review', *Journal of Pain and Symptom Management*, 54(4), pp. 589-600.e1. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2017.07.006.
- Caillet, P. and Laurent, M. 2014. 'Optimal management of elderly cancer patients: usefulness of the Comprehensive Geriatric Assessment', *Clinical Interventions in Aging*, 9, pp. 1645–1660. doi: 10.2147/CIA.S57849.
- Collaborator, G. 2017 C. C. 2019. 'Articles The global burden of childhood and adolescent cancer in 2017: an analysis of the Global Burden of Disease Study 2017', *Lancet Oncology*, 20(1211), pp. 1211–1225. doi: 10.1016/S1470-2045(19)30339-0.
- Colloca, G. *et al.* 2020. 'Management of The Elderly Cancer Patients Complexity: The Radiation Oncology Potential', *Aging and Disease*, 11(3), pp. 649–657. doi: <http://dx.doi.org/10.14336/AD.2019.0616> Management.
- Danet, C. *et al.* 2018. 'Pregnancy outcomes in women exposed to cancer chemotherapy', *Pharmacoepidemiol Drug Safety*, 27(August), pp. 1302–1308. doi: 10.1002/pds.4689.
- Diorio, C. *et al.* 2018. 'Guideline for the Management of Clostridium Difficile Infection in Children and Adolescents With Cancer and Pediatric Hematopoietic Stem-Cell Transplantation Recipients', *Journal of Clinical Oncology*, 36(31). doi: 10.1200/JCO.18.00407.
- Eastwood-wilshire, N. *et al.* 2019. 'Cancer in Pregnancy', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 15(July), pp. 296–308. doi: 10.1111/ajco.13235.
- Estapé, T. 2018. 'Cancer in the Elderly: Challenges and Barriers', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, pp. 40–42. doi: 10.4103/apjon.apjon.
- Fabozzi, F. *et al.* 2022. 'Management of Nutritional Needs in Pediatric Oncology: A Consensus Statement', *Cancers*, 14(3378), pp. 1–13. doi: <https://doi.org/10.3390/cancers14143378>.

- Flerlage, J. E. and Baker, J. N. 2015. 'Methylnaltrexon for Opioid-Induced Constipation in Children and Adolescents and Young Adults with Progressive Incurable Cancer at the End of Life', *Journal of Palliative Medicine*, 18(7), pp. 631–633. doi: 10.1089/jpm.2014.0364.
- Garofalo, S. *et al.* 2016. 'Perinatal outcome in pregnant women with cancer: are there any effects of chemotherapy?', *European Journal of Cancer Care*, (July), pp. 1–7. doi: 10.1111/ecc.12564.
- Gazestan, E. M. *et al.* 2021. 'The Effect of Group Play Therapy on Anxiety in Children Diagnosed with Leukemia', 11(2), pp. 49–55.
- Genik, L. M. *et al.* 2019. 'MASSAGE THERAPY FOR SYMPTOM REDUCTION AND IMPROVED QUALITY OF LIFE IN CHILDREN WITH CANCER IN PALLIATIVE CARE: A PILOT study', *Complementary Therapies in Medicine*, 48(November). doi: 10.1016/j.ctim.2019.102263.
- Ghasemzadeh, T. M. and Ka, S. R. 2022. 'Effectiveness of Child-centered Play Therapy on Resiliency of Children with Leukemia Cancer', *پیشبردنایزبابینامردکدوکروحمربباتیروآنکدوکلاتیمهبناترسیمسول*, *Iranian Journal of Pediatric Nursing (JPEN)*, 8(3). doi: 10.22034/JPEN.8.3.47.
- Gibson, F. 2019. 'Principle of Nursing in Oncology', in Charnay-Sonnek, F. and Murphy, A. E. (eds) *Principle of Nursing in Oncology*. Switzerland: Springer.
- Grosso, G. *et al.* 2012. 'Major postoperative complications and survival for colon cancer elderly patients', *BMC Surgery*, 12 (Suppl(S20)), pp. 1–5.
- Helene, S. *et al.* 2015. 'How older people with incurable cancer experience daily living: A qualitative study from Norway', *Palliative and Supportive Care*, 13, pp. 1037–1048. doi: 10.1017/S1478951514001011.
- Hepner, A. *et al.* 2019. 'Cancer During Pregnancy: The Oncologist Overview', *World Journal of Oncology*, 10(1), pp. 28–34.
- Heredia, J. F. V *et al.* 2019. 'Management of the toxicity of chemotherapy and targeted therapies in elderly cancer patients', *Clinical and Translational Oncology*, (0123456789). doi: 10.1007/s12094-019-02167-y.

- Hockenberry, M. J. and Wilson, D. 2015. *Wong's nursing care of infants and children*. 10th edn. Missouri: Elsevier Inc.
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. and Rodgers, C. 2017. *Wong's Essentials of Pediatric Nursing*. Missouri: Elsevier.
- Hockenberry, M. and Wilson, D. 2011. *Wong 's Clinical Manual of Pediatric Nursing*. 8th edn. Missouri: Elsevier.
- Hurria, A. 2013. 'Management of Elderly Patients With Cancer', *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*, 11(5), pp. 698–701.
- Ibrahim, H. A. *et al.* 2020. 'The Effectiveness of Play Therapy in Hospitalized Children with Cancer: Systematic Review', *Journal of Nursing Practice*, 3(2), pp. 233–243.
- Jeremic, K. *et al.* 2017. 'Cancer during pregnancy – clinical characteristics , treatment outcomes and prognosis for mothers and infants', *Journal of Perinatal Medicin*. doi: 10.1515/jpm-2016-0212.
- Jørgensen, T. L. *et al.* 2012. 'Comorbidity in elderly cancer patients in relation to overall and cancer-specific mortality', *British Journal of Cancer*, 196, pp. 1353–1360. doi: 10.1038/bjc.2012.46.
- Khalid, J., Malik, J. and Musharraf, S. 2018. 'Role of Family Support in Body Image Satisfaction and Psychological Distress among Patients with Dermatology Issues', *Primary Health Care*, (August). doi: 10.7748/phc.2018.e1351.
- Kyle, T. and Carman, S. 2014. *Buku Ajar Keperawatan Pediatri (Essentials of Pediatric Nursing)*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Laronne, A. *et al.* 2021. "'Some things are even worse than telling a child he is going to die": Pediatric oncology healthcare professionals perspectives on communication with children about cancer and end of life', *Pediatric Blood & Cancer*. doi: <https://doi.org/10.1002/pbc.29533>.
- Liu, Z. *et al.* 2019. *Enigmatic gender difference in cancer incidence: evidences from childhood cancers*. Oxford.
- Maggen, C. *et al.* 2020. 'Pregnancy and Cancer : the INCIP Project'.
- Mccormick, A. and Peterson, E. 2018. 'C a n c e r i n P r e g n a n c y', *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*, 45(2), pp. 187–200. doi: 10.1016/j.ogc.2018.01.009.

- Mohammadi, A., Mehraban, A. H. and Damavandi, S. A. 2017. 'Effect of Play - based Occupational Therapy on Symptoms of Hospitalized Children with Cancer : A Single - subject Study', *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 4(2), pp. 168–172. doi: 10.4103/apjon.apjon.
- Moody, K. M. *et al.* 2017. 'A randomized trial of the effectiveness of the neutropenic diet versus food safety guidelines on infection rate in pediatric oncology patients', *Pediatric Blood & Cancer*, (June), pp. 1–8. doi: 10.1002/pbc.26711.
- Mooney-Doyle, K., Rodrigues dos Santos, M. and Woodgate, R. L. 2020. 'Pediatric Oncology Series Editors', in Hinds, P. S. and Linder, L. (eds) *Pediatric Oncology Nursing: Defining Care Through Science*. Switzerland: Springer.
- Navari, R. M. 2017. 'Management of Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Pediatric Patients', *Pediatric Drugs*. doi: 10.1007/s40272-017-0228-2.
- Organization, W. H. 2018. *WHO Guidelines for the Pharmacological and Radiotherapeutic Management fo Cancer Pain in Adults and Adolescents*. Switzerland: World Health Organization.
- Ozdemir, D. and Arslan, F. T. 2018. 'An investigation of the relationship between social support and coping with stress in women with breast cancer', *Psycho-Oncology*, 27(9), pp. 2214–2219. doi: 10.1002/pon.4798.
- Parpa, E. *et al.* 2014. 'Elderly cancer patients ' psychopathology : A systematic review Aging and mental health', *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 60(1), pp. 9–15. doi: 10.1016/j.archger.2014.09.008.
- 'Pediatric Oncology Nursing\_ Defining Care Through Science-Springer Nature. 2020. Pamela S. Hinds\_ Lauri Linder.pdf' (no date).
- Republic, C. *et al.* 2016. 'Ageing as an Important Risk Factor for Cancer', *Anticancer Research*, 36, pp. 5009–5017. doi: 10.21873/anticanres.11069.
- Rogers, P. C. and Barr, R. D. 2020. 'The relevance of nutrition to pediatric oncology: A cancer control perspective', *Pediatric Blood & Cancer*, 67(November 2019), pp. 1–8. doi: 10.1002/pbc.28213.
- Rostoft, S. *et al.* 2022. 'Geriatric Assessment and Management in Cancer', *Journal of Clinical Oncology*, 39(19). doi:

10.1200/JCO.21.00089.

- Salvador, Á. and Crespo, C. 2019. 'The Benefits of Family-Centered Care for Parental Self-Efficacy and Psychological Well-being in Parents of Children with Cancer', *Journal of Child and Family Studies*, pp. 1926–1936. doi: 10.1007/s10826-019-01418-4.
- Sarecka-Hujar, B. and Musiol-Szulc. 2022. 'Herbal Medicines — Are They Effective and Safe during Pregnancy?', *Parmaceutics*, 14, pp. 1–27. doi: <https://doi.org/10.3390/pharmaceutics14010171>.
- Schaefer, M. R. et al. 2020. 'Healing the Hearts of Bereaved Parents: Impact of Legacy Artwork on Grief in Pediatric Oncology', *Journal of Pain and Symptom Management*, pp. 1–11. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2020.04.018.
- Schleisman, A. and Mahon, E. 2018. 'Creative Play', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 22(2), pp. 137–140. doi: 10.1188/18.CJON.137-140.
- Sezici, E., Ocakci, A. F. and Kadioglu, H. 2017. 'Use of Play Therapy in Nursing Process: A Prospective Randomized Controlled Study', *Journal of Nursing Scholarship*, pp. 1–8. doi: 10.1111/jnu.12277.
- Shahrokni, A. et al. 2019. 'Development and Evaluation of a New Frailty Index for Older Surgical Patients With Cancer', pp. 1–11. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.3545.
- Sherani, F., Boston, C. and Mba, N. 2019. 'Latest Update on Prevention of Acute Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting in Pediatric Cancer Patients', *Current Oncology Reports*, pp. 21–89. doi: <https://doi.org/10.1007/s11912-019-0840-0> PEDIATRIC.
- Shojaei, Z., Golparvar, M. and Aghaei, A. 2019. 'Comparing the Effectiveness of Group Story Therapy and the Art-Play Therapy on Anxiety and Depression in Children with Cancer: Based on the Framework, Principles and Rules of Cognitive-Behavioral Approach و یه‌ورگ هصق ینامرد و رنه . یزاب ینامرد رب بارطضا و', *Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing (IJRN)*, 6(1). doi: 10.21859/ijrn-06107.
- Silverstein, J. et al. 2022. 'Multidisciplinary Management of Cancer During Pregnancy', *JCO Oncology Practice*, 16(9), pp. 545–558.



doi: 10.1200/OP.20.00077.

- Sisk, B. A. *et al.* 2017. 'Communication in pediatric oncology : State of the field and research agenda', (June), pp. 1–10. doi: 10.1002/pbc.26727.
- Society, T. A. C. 2022. *What Are the Differences Between Cancers in Adults and Children?* Available at: <https://www.cancer.org/cancer/cancer-in-children/differences-adults-children.html>.
- Stanisiere, J., Mousset, P. and Lafay, S. 2018. 'How Safe Is Ginger Rhizome for Decreasing Nausea and Vomiting in Women during Early Pregnancy?', *Foods*, 7, pp. 1–29. doi: 10.3390/foods7040050.
- Tim Pokja DPP PPNI. 2018a. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (SDKI)*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Tim Pokja DPP PPNI. 2018b. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia (SIKI)*,. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Trial, P. *et al.* 2018. 'The Use of Aromatherapy to Reduce Chemotherapy-Induced Nausea in Children With Cancer : A Randomized ', *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, pp. 1–7. doi: 10.1177/1043454218782133.
- Triarico, S. *et al.* 2019. 'Impact of malnutrition on survival and infections among pediatric patients with cancer : a retrospective study', *European Review for Medical and Pharmacological Sciences*, 23, pp. 1165–1175.
- Urbanski, B. L. and Lazenby, M. 2012. 'Distress Among Hospitalized Pediatric Cancer Modified by Pet-Therapy Intervention to Improve Quality of Life', *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 29(5), pp. 272–282. doi: 10.1177/1043454212455697.
- Vandenbroucke, T. *et al.* 2018. 'Psychological distress and cognitive coping in pregnant women diagnosed with cancer and their partners', *Psycho-Oncology*, 21(10), pp. 2521–2521. doi: 10.1002/pon.4301.
- Wolters, V. *et al.* 2021. 'Management of pregnancy in women with cancer', *International Journal of Gynecological Cancer*, 31, pp. 314–322. doi: 10.1136/ijgc-2020-001776.
- World Health Organization (no date) *Childhood cancer: key facts*. Available at: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cancer-in-children> (Accessed: 1 August 2022).

- Yuliar, T. P., Susanah, S. and Nurhidayah, I. 2019. 'Effect of Nei Guan Acupressure Point as Adjuvant Therapy on Highly Emetogenic Chemotherapy-Induced Nausea-Vomiting in School-Age Children with Cancer', *Padjajaran Nursing Journal*, 7(1), pp. 67–76. doi: 10.24198/jkp.
- Zembower, T. R. 2014. 'Epidemiology of Infections in Cancer Patients', in Rosen, S. T. (ed.) *Cancer Treatment and Research*. New York City: Springer US, pp. 44–89. doi: 10.1007/978-3-319-04220-6.
- Zucchetti, G. *et al.* 2019. 'The Power of Reiki : Feasibility and Efficacy of Reducing Pain in Children With Cancer Undergoing Hematopoietic Stem Cell Transplantation'. doi: 10.1177/1043454219845879.



# BAB 9

## PERAWATAN LUKA PADA PASIEN KANKER

*Oleh Dessy Hadrianti*

### 9.1 Pendahuluan

Kanker adalah sel yang terus tumbuh secara terus menerus. Pertumbuhan tidak terkendali, tidak normal (Supriyanto, 2014). Kanker merupakan dari suatu penyakit diakibatkan oleh pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh abnormal. Sel-sel kanker semakin berkembang dengan cepat, terus membelah diri, tidak bisa dikendalikan dan kemudian sel akan masuk kedalam jaringan sekitarnya (invasif) dan akan terus menyebar melalui jaringan ikat, melalui darah serta akan menyerang organ penting di dalam tubuh serta menyerang syaraf tulang belakang (Tim cancer, 2010).

Luka kanker juga dikenal *fungating malignant wound* atau *malignant cutaneous wound*. Luka kanker infiltrasi sel tumor dimana akan merusak ke lapisan epidermis, dermis dikarenakan adanya deposisi dan atau proliferasi sel yang ganas dengan bentuk yang tidak beraturan, bentuk yang menonjol dan seringkali muncul benjolan yang keras, non mobile, berbentuk seperti jamur, sangat mudah berdarah, mudah terinfeksi, adanya nyeri, serta mengeluarkan cairan yang berbau, serta sulit untuk disembuhkan (Gitarja, 2007).

Luka kanker kerusakan yang terjadi dikarenakan adanya infiltrasi dari sel kanker (Hoplamazin, 2006 : Gitarja dkk, 2019). Luka pada kanker ditandai penurunannya vaskularisasi pada jaringan yang mana jaringan tersebut akan mengalami hipoksia dan kemudian menjadi nekrosis. Sehingga memudahkan bagi bakteri anaerob/aerob berkembang sehingga menimbulkan bau yang tidak sedap. Peningkatan permeabilitas fibrinogen/plasma menyebabkan cairan plasma keluar secara berlebihan di luka yang eksudat. Jumlah platelet yang semakin berkembang dan berperan menekan tumbuh dan meluasnya sel tumor mengakibatkan luka rentan berdarah dan sulit untuk sembuh (Gitarja, 2007).

## 9.2 Pengkajian dan Prinsip Perawatan Luka Kanker

Pengkajian pada luka kanker meliputi keluhan utama, riwayat pada kesehatan, pengkajian fisik serta psikososiospiritual. Keluhan yang dirasakan pada pasien luka yang tidak kunjung sembuh, bentuk pada luka yang tidak beraturan, adanya kemerahan, teraba keras, serta nodul dan pada akhirnya luka menjadi nekrotik, menyebabkan bau yang tidak nyaman, mengeluarkan cairan yang sangat berlebihan, kadang kadang muncul bersamaan dengan perdarahan (Gitarja, 2007).

Masalah psikososial berkaitan luka kanker ada atau tidaknya gangguan citra tubuh bagi pasien, gangguan dalam berkomunikasi, terganggunya dalam menggunakan pakaian, adanya perasaan denail, depresi, malu, ketakutan, gangguan seksualitas serta rasa bersalah di dalam diri.

Pengkajian fisik meliputi letak luka, warna dasar luka, masalah yang khas pada luka kanker serta kemungkinan dari faktor faktor menghambat dalam penyembuhan luka. Keluhan pada penderita luka kanker adalah bau tidak sedap, sehingga diperlukan dalam penanganan dengan mengganti balutan. Balutan luka yang tidak menyerap cairan akan menimbulkan cairan pada luka menggenang sehingga mengenai pada kulit yang sehat pada sekitar luka dan apabila balutan tidak diganti akan menimbulkan maserasi pada sekitar kulit. Maserasi ini akan menyebabkan rasa tidak nyaman seperti rasa nyeri dan gatal. Penggunaan perekat yang sulit untuk dibuka bisa menimbulkan maserasi saat balutan dibuka. Infeksi ditandai dengan identifikasi secara klinis ketika adanya peningkatan suhu, jumlah eritrosit meningkat, secara klinis pada luka eritema meluas, edema, cairan berubah menjadi purulent, rasa nyeri yang lebih sensitive, peningkatan suhu pada tubuh serta peningkatan sel darah putih dan muncul bau khas. (Gitarja, 2007)

Perawatan luka adalah perawatan luka untuk merupakan mencegah terjadi trauma (cidera) pada kulit atau jaringan yang lainnya, patah tulang dan luka operasi yang dapat merusak permukaan pada kulit. Serangkaian kegiatan terdiri dari pembersihan bagian luka, mengganti balutan, memfiksasi balutan, tindakan pemberian rasa

nyaman terdiri dari membersihkan kulit dan daerah drainase, memasang perban (Bryant & Nix, 2007).

Menurut Gitarja ( 2007), prinsip manajemen perawatan luka kanker diantaranya adalah mengontrol bau yang tidak sedap, mengatasi dalam produksi cairan yang berlebih, mengontrol dan mencegah perdarahan, merawat pada kulit disekitar luka serta mengontrol nyeri serta kejadian dari infeksi. Autolytic debridement metode yang cukup dianjurkan membuang jaringan mati. Balutan untuk mengatasi cairan berlebih bervariasi tergantung cairan. Apabila cairan sedikit cukup menggunakan salep dan kassa kemudian di balut keseluruhan menutup semua area pada luka. Cairan yang banyak menggunakan *selulosa hydrofiber* dan luka kanker adanya fistula bisa menggunakan kantung kolostomi. Pencegahan perdarahan dengan hati-hati dalam membuka balutan, menciptakan suasana lembab di bagian luka memudahkan pada pergantian balutan, serta mencuci lembut untuk menghindari terjadinya perdarahan. Jenis balutan apabila terjadi perdarahan bisa menggunakan *calcium alginate*.

Penanganan pada luka kanker memiliki tujuan:

1. Mengurangi malodor/bau
2. Mengontrol eksudat
3. Mengontrol nyeri
4. Mempertahankan integritas kulit disekitar luka
5. Mencegah perdarahan
6. Debridemen (bila perlu, diutamakan autolysis)
7. Pemilihan balutan yang sesuai
8. Meningkatkan kualitas

(Gitarja dkk, 2019)

**Tabel 9.1 : Prinsip Manajemen Luka Kanker**

Karakteristik pada luka Kanker	Manajemen
<i>Mal odor</i>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pilih balutan yang mengandung antimikroba</li><li>2. Berkolaborasi pemberian antibiotic apabila terjadi infeksi</li></ol>
<i>Eksudat yang berlebih</i>	Pihilah balutan yang yang mampu menyerap eksedut yang berlebih/banyak
Mudah berdarah	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Pemilihan balutan untuk menghentikan perdarahan</li><li>2. Mencaga luka tetap lembab untuk menghindari terjadi perdarahan</li></ol>
Nyeri Hebat	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Gunakan balutan yang bisa menjaga kelembaban untuk mengurangi trauma</li><li>2. Pemberian analgetik</li></ol>

(Gitarja dkk, 2019)

Teknik perawatan luka menurut Gitarja (2008) adalah:

1) Pencucian Luka

Tujuan dari pencucian luka adalah untuk menghilangkan jaringan nekrotik, kelebihan cairan pada luka, sisa balutan bekas sisa tubuh yang dimetabolisme dalam cairan pada luka.

2) Debridement

Jaringan nekrotik mengganggu proses penyembuhan luka dan merupakan tempat berkembang biak bakteri. Debridemen terdiri dari metode yaitu mechanical, surgical/bedah, enzimatik, autolisis dan biokimia. Cara yang efektif untuk membuat dasar luka dengan Autolisis debridemen. (Gitarja, 2008).

Peluruhan dengan autolysis untuk jaringan nekrotik oleh tubuh sendiri dengan lingkungan luka dalam kondisi yang lembab, dimana, proteolitik enzim selektif dalam melepas jaringan nekrosis dari tubuh. Dalam kondisi yang ringan/lunak, jaringan nekrosis mudah terkelupas dengan sendirinya atau dapat dibantu dengan intervensi bedah (surgical) atau mechanical

debridement. Tindakan lain dengan biomekanik dengan maggots (larva atau belatung) (Suriadi, 2007).

### 3) Dressing

Topikal (eksternal) adalah bahan yang dioleskan atau ditempelkan bagian atas permukaan kulit atau bagian tubuh dan tidak digunakan secara sistemik (masuk ke dalam tubuh melalui pencernaan dan pembuluh darah (Arisanty, 2014).

Salah satu teknik dressing adalah *modern dressing*. Perawatan penyembuhan luka, dengan menggunakan balutan semi occlusive, full occlusive dan impermeable dressing berdasarkan pertimbangan biaya (*cost*), kenyamanan, keamanan. (Schultz, et al 2005: Gitarja, 2007)

Bentuk modern dressing yang dipakai : *calcium alginate, hydrocolloide, hidroaktif gel, metcovazine, polyurethane foam*, (Gitarja, 2008)

#### a. Calcium Alginate

Berasal dari rumput laut, dimana akan menjadi gel apabila bercampur dengan cairan luka. *Calcium Alginate* jenis balutan yang bisa menyerap kelebihan cairan dari luka dan kelebihan dari *calcium alginate* memiliki kemampuan dalam merangsang proses pembekuan darah jika terjadi perdarahan ringan serta barrier terhadap kontaminasi oleh pseudomonas (Gitarja, 2008).

#### b. Hydroaktif gel

Dapat sebagai proses peluruhan jaringan nekrotik dengan sendirinya. Hidrogel mengandung air yang banyak, sehingga suasana luka awalnya kering yang disebabkan jaringan nekrotik akan jadi lembab.

#### c. Polyurethane foam

*Polyurethane foam* adalah balutan dengan daya serap tinggi yang banyak digunakan pada luka eksudat dan hanya pada luka merah. Tidak diperlukan balutan tambahan dapat langsung di aplikasikan langsung pada luka dan membuat dasar luka lebih rata, terutama dalam kondisi hipergranulasi (Gitarja, 2008). *Non-adherent wound contact layer, highly absorptive, semi-permeable, adhesive dan non-adhesive*. Indikasi eksudat sedang – berat. Kontraindikasi pada luka dengan eksudat minimal,



jaringan nekrotik hitam. Contoh : *cutinova*, *lyofoam*, *tielle*, *allevyn*, *versiva* (Agustina, 2009).

d. Metcovazin

Metcovazin sangat mudah digunakan cukup dioleskan, berbentuk salep putih dalam sachet. Berfungsi sebagai alat bantu untuk support *autolysis debridement* (mengangkat jaringan nekrotik) untuk menghindari luka saat membuka balutan, mengurangi bau tidak sedap dan membantu menjaga suasana lembab dan granulasi (Gitarja, 2008).

## DAFTAR PUSTAKA

- Agustina, T. 2009. Gambaran Sikap Pasien Diabetes Mellitus di Poli Penyakit Dalam RSUD Dr. Moewardi Surakarta Terhadap Kunjungan Ulang Konsultasi Gizi. Surakarta : Karya Tulis Ilmiah.
- Bryant & Nix. 2007. Acute and Chronic Wound Current Managemen Concept. St Louis: Mosby Elsevier
- Gitarja, dkk. 2019. Modul Pelatihan Perawatan Luka 2019: Bogor. Yayasan Wocare Indonesia
- Gitarja widasari Sri & Christina Asmi SJ. 2007. Penatalaksanaan Perawatan Luka Kanker. Indonesia Journal of Cancer 3. 110-114
- Gitarja Widasari. 2008. Perawatan Luka Diabetes. Bogor: Wocare Publishing
- Suriadi. (2007). *Manajemen Luka*. Pontianak : Stikep Muhammadiyah.
- Supriyanto. 2014. Kanker, Deteksi Dini, Pengobatan dan Peyembuhannya: Yogyakarta. Parama Ilmu
- Tim CancerHelp. Stop Kanker. Jakarta Selatan: Agra Medika Pustaka. 2010



# **BAB 10**

## **HOME CARE DAN DUKUNGAN KELUARGA PADA PASIEN DENGAN TERAPI KOMPLEMENTER PADA KASUS KANKER**

*Oleh Herlina*

### **10.1 Pendahuluan**

Pasien dengan kanker merupakan kondisi kualitas hidup yang menurun seperti kualitas tidur dan aktivitas sehari-hari. Pasien dengan kanker muncul tidak dengan tiba-tiba, namun merupakan penyakit degeneratif yang berkembang dan bertahan dalam jangka waktu yang lama atau lebih dari enam bulan. (Sarafino, E. P., & Smith, T. W, 2014).

Kanker merupakan salah satu penyebab kematian tertinggi di dunia, namun sebagian besar kanker dapat disembuhkan. Pengobatan kanker dibagi menjadi tiga modalitas yaitu pembedahan, radioterapi dan kemoterapi. Pengobatan tersebut disebut dengan terapi konvensional. (Rizal, dkk, 2018)

Selain itu terapi komplementer lainnya juga dapat diterapkan pada pasien kanker seperti terapi SEFT (*Spiritual freedom technique*) ini dapat diterapkan sebagai salah satu terapi komplementer untuk menurunkan tingkat stress pada pasien kanker ovarium. Terapi yang dapat diberikan yaitu menggabungkan energy spiritual dan metode tapping, sehingga pasien menjadi lebih rileks dan tenang. Terapi ini dapat menurunkan kategori stress pasien yang mengalami kanker (Karolin, dkk. 2019).

## 10.2 Pengertian *Home Care*

*Home care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan pada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka, dengan tujuan membantu pasien kembali ke level kesehatan yang optimal dan mandiri (Yuliansyah, 2019).

Departemen Kesehatan Republik Indonesia menyebutkan bahwa *home care* adalah pelayanan kesehatan yang diberikan kepada individu dan keluarga di tempat tinggal mereka yang berkesinambungan dan komprehensif, dengan tujuan meningkatkan, mempertahankan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalkan akibat dari penyakit (Depkes RI, 2002)

*Home care* disediakan jika seseorang yang membutuhkan perawatan secara terus menerus lebih memilih tinggal di rumah, perawatan tersebut mudah dan tidak efektif jika dilakukan oleh keluarga tau temannya sendiri (*National Association For Home Care*, 1996).

### 10.2.1 Tujuan *Home Care*

Menurut Direktorat Bina pelayanan Keperawatan Departemen kesehatan RI dalam makalah seminar nasional tahun 2007, tujuan dari *home care* yaitu mengurangi frekuensi hospitalisasi dengan cara meningkatkan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, sehingga dapat meningkatkan efisiensi waktu, biaya, tenaga dan pikiran. Tujuan khusus dari *home care* yaitu :

- a. Kebutuhan dasar pasien dapat dipenuhi seperti : biologi, psikologi, sosiologi dan spiritual
- b. Kemandirian pasien dan keluarga dapat ditingkatkan dalam perawatan perawatan serta pemeliharaan anggota keluarga yang memiliki masalah kesehatan
- c. Kebutuhan terhadap pelayanan kesehatan yang diberikan di rumah terpenuhi

### 10.2.2 Manfaat dari *Home Care*

Manfaat *home care* menurut Irma, dkk tahun 2018 dalam *home care for senior* tahun 2011, yaitu:

- a. Perawatan harkat dan kemandirian dibutuhkan bagi individu

- b. Upaya pencegahan atau penundaan perawatan di rumah sakit atau panti jompo
- c. Kebebasan dan kenyamanan yang maksimal bagi individu itu sendiri
- d. Perawatan yang diberikan berdasarkan permintaan atau disesuaikan dengan kebutuhan individu dan keluarga
- e. Keluarga dapat memberikan dukungan penuh kepada individu sehingga terjalin kebersamaan antar keluarga tersebut

Manfaat *home care nursing* menurut Triwibowo, 2012 dalam Parellangi, 2020 yaitu:

- a. Sempurnanya pelayanan akan lebih maksimal, holistik dan komprehensif
- b. Profesionalisme dalam pelayanan
- c. Adanya naungan etik dan legal keperawatan dalam pelayanan keperawatan yang mandiri sehingga dapat diaplikasikan
- d. Terpenuhinya kebutuhan pasien sehingga Asuhan keperawatan yang profesional yang diperoleh lebih nyaman dan puas.

### **10.2.3 Jenis Pelayanan di Rumah Atau *Home Care***

Menurut Rice (2006) dalam Parellangi (2020) perawatan kesehatan di rumah meliputi kasus-kasus yang umum pasca perawatan di rumah sakit dan kasus yang dijumpai di komunitas. Kasus tersebut terdiri dari kasus umum dan kasus khusus.

- a. Kasus umum yang merupakan pasca perawatan di rumah sakit diantaranya klien dengan :
  - 1) Gagal ginjal
  - 2) Gangguan oksigenasi
  - 3) Perlukaan kronis
  - 4) Diabetes
  - 5) Gangguan fungsi perkemihan
  - 6) Kondisi pemulihan atau rehabilitasi
  - 7) Terapi cairan intravena
  - 8) Gangguan fungsi persyarafan
  - 9) HIV/AIDS

- b. Kasus khusus dengan kondisi khusus di rumah diantaranya dengan klien:
  - 1) Post partum
  - 2) Gangguan kesehatan mental
  - 3) Lanjut usia
  - 4) Terminal
  - 5) Penyakit obstruksi paru khusus

#### **10.2.4 Home Care Pada Pasien Dengan Terapi Komplementer**

May Nina Wulandari tahun 2022 mengatakan bahwa *home care* atau perawatan dirumah dapat diberikan pada pasien kanker dengan terapi komplementer. Pasien kanker tersebut diantaranya:

- a. Kanker payudara
- b. Kanker ovarium
- c. Kanker serviks
- d. Kanker rahim
- e. Kanker kolorektal
- f. Leukimia
- g. Kanker Hati
- h. Kanker usus
- i. Kanker otak
- j. Kanker Paru
- k. Limpoma
- l. Kanker darah
- m. Kanker lambung

(May Nina Wulandari, 2022)

#### **10.3 Dukungan Sosial**

Dukungan sosial bagi pasien kanker sangat dibutuhkan, dukungan tersebut dapat berupa dorongan untuk melawan kanker (*figthing spirit*) sehingga dapat membantu pasien untuk dapat bertahan. Dukungan sosial yang tinggi di peroleh pasien dapat menunjukan prognosa dan penyesuaian yang lebih baik (Taylor, dkk.1986).

Dukungan sosial merupakan transaksi interpersonal yang melibatkan berbagai aspek. Aspek-aspek tersebut diantaranya:

- a. Dukungan emosional (rasa suka, cinta dan empati)  
Dukungan emosional: merupakan perhatian secara emosional yang berupa kehangatan, kepedulian, dan empati yang diterima oleh individu sehingga individu tersebut dapat yakin pada dirinya bahwa ada perhatian dari orang lain kepada dirinya.
- b. Dukungan penghargaan (informasi yang berhubungan dengan evaluasi diri)  
Dukungan penghargaan: penilaian berisi penghargaan yang positif, dorongan maju atau persetujuan terhadap gagasan atau perasaan individu.
- c. Dukungan materi atau instrumental (berupa materi atau pelayanan)  
Dukungan materi: bantuan nyata yang berupa dukungan materi seperti layanan, barang-barang dan finansial)
- d. Dukungan informasi (Tentang lingkungan)  
Dukungan informasi: dukungan yang diberikan dapat berupa saran-saran, nasehat, petunjuk yang diperoleh orang lain, sehingga dalam pemecahan masalah individu dapat membatasi masalahnya dan mencoba jalan keluar.  
Orang dengan dukungan sosial tinggi akan kurang menilai situasi yang penuh stres dan akan mengubah respon mereka terhadap sumber stres. Dukungan sosial juga bermanfaat bagi kesehatan, tanpa mempedulikan banyaknya stres yang dialami seseorang.

### **10.3.1 Sumber Dukungan Sosial Yang Potensial Pada Pasien Kanker**

Menurut Meyerowitz 1986 mengatakan sumber dukungan sosial yang potensi pada pasien kanker yaitu:

- a. Dokter atau paramedis
- b. Pasangan atau keluarga
- c. Pasien lain yang mempunyai kondisi sama.



### **10.3.2 Dukungan Keluarga pada Pasien Kanker**

Dukungan keluarga sangat penting di dalam suatu keluarga. Apalagi dukungan yang diberikan pada pasien dengan kanker. Hasil penelitian dari Helda Firda Yanti tahun 2021 mengatakan menunjukan bahwa dukungan sosial paling tinggi dari ketiga sumber cukup tinggi yaitu dukungan pasangan atau keluarga dibandingkan dengan dukungan dari teman dan sesama pasien serta dukungan dokter atau tim medis lainnya. Perawat senantiasa meningkatkan pelayanan kepada penderita kanker dengan memperhatikan kebutuhan bio-psiko-sosio dan spiritual melalui pendidikan kesehatan dan konseling kepada penderita maupun keluarga.

Berikut yang dirasakan oleh pasien kanker yang mendapatkan dukungan keluarga yang baik atau positif:

- a. Mempunyai perasaan yang nyaman
- b. Dapat meningkatkan kualitas hidup pasien
- c. Kecemasan berkurang

(Helda Firda Yanti, 2021)

### **10.3.4 Jenis Terapi Komplementer Pada Pasien kanker**

- a. Latihan Yoga dapat membantu mengatasi fatigue: mengurangi kelelahan dan meningkatkan kualitas hidup pada pasien kanker payudara sehingga memaksimalkan proses pengobatan (Indah., dkk, 2021 & Setiawan, dkk, 2021). Latihan yoga dapat meningkatkan kualitas hidup pada pasien kanker yaitu:
  - 1) Penggabungan antara tehnik pernapasan relaksasi dan tehnik fisik.
  - 2) Latihan pernapasan dapat meningkatkan ekspansi paru dan suplai oksigen kedalam sel seluler, sehingga kebutuhan oksigen untuk proses metabolisme didalam sel terpenuhi.
  - 3) Proses metabolisme pada tubuh akan meningkatkan fungsi kerja organ secara maksimal.
  - 4) Melalui relaksasi, fungsi kerja hormon akan masimal
  - 5) Fungsi kelenjar hipofisis sebagai penghasil hormon adeno-kortikotropin menekan kelenjar adrenal untuk mengatur ekskresi adrenalin dan kortisol dalam batas normal.
  - 6) Menurunkan stress biologis dan psikologis

- 7) Meningkatkan kualitas hidup penderita kanker khususnya wanita
- b. Terapi akupuntur pada pasien kanker payudara yaitu terapi pijat yang dapat membantu mengurangi rasa nyeri dan memperbaiki kualitas hidup pada pasien kanker stadium lanjut yang mengalami keluhan nyeri sedang sampai berat. (Laily Yuliatun, 2019)
- c. Terapi SEFT (*Spiritual Emotional Freedom Technique*): tehnik penggabungan dari *spiritual power* dan energi *psychology* dengan menggunakan *tapping* pada beberapa titik tertentu pada tubuh pada pasien kanker ovarium di sertai doa, keikhlasan dan kepasrahan (Adisty, dkk. 2019) dan Risa, dkk 2021 menyebutkan bahwa tehnik SEFT memiliki 3 tahap yaitu:
  - 1) *The Set-up*: untuk memastikan agar aliran energi dalam tubuh terarah dengan cepat. Berupa pikiran negatif spontan atau keyakinan bawah sadar negatif
  - 2) *The Tune-in*:
    - a) Jika terjadi pada masalah fisik, *tune-in* dilakukan dengan cara merasakan rasa yang dialami, lalu mengarahkan pikiran pasien ke tempat rasa sakit, dibarengi dengan hati dan mulut sambil berdoa dengan bersuara
    - b) Jika terjadi pada masalah emosi, lakukan *tune-in* dengan cara memikirkan sesuatu atau peristiwa spesifik tertentu yang dapat membangkitkan emosi negatif (marah, sedih, takut dan lainnya) hati dan mulut berdoa dengan bersuara
  - 3) *The Tapping*: ketukan riangn dengan dua ujung jari pada titik-titik tertentu di tubuh sambil terus Tune-in. Titik-titik ini adalah kunci dari "*the major engergi meridians*", yang jika diketuk beberapa kali akan berdampak pada ternetralisirnya gangguan emosi atau rasa sakit yang di rasakan. Karena aliran tubuh berjalan dengan normal dan seimbang kembali.
- d. Distraksi dengan mendengarkan musik. Musik dapat bermanfaat sebagai terapi untuk meningkatkan kemampuan manusia dari berbagai penyakit, selain itu musik juga dapat menurunkan mual muntah.

- e. Menurut May Nina Wulandari tahun 2022 berdasarkan *literatur* yang telah di *review* ditemukan bahwa fungsi aromaterapi merupakan terapi komplementer yang dapat digunakan pada pasien. Aromaterapi tersebut diantaranya:
- 1) Menggunakan minyak astiri dengan minyak lobak dan parafin dalam konsentrasi 5 dan 10% setiap malam selama 2 minggu dengan durasi 20 menit inhalasi. Hasil menunjukkan bahwa kualitas tidur pasien kanker meningkat secara signifikan pada dua kelompok aromaterapi dengan dua konsentrasi minyak astiri yang berbeda.
  - 2) Pencampuran antara lavender dan ylang-ylang dengan ratio 2;1, dosis 3 tetes (0,05cc tiap tetes). Aroma terapi efektif untuk meningkatkan kualitas tidur, menurunkan TD dan stress pada pasien yang menjalani kemoterapi
  - 3) Pencampuran antara bibit gandum dengan lavender, peppermint atau chamomile, kemudian masukan 1 tetes setiap aroma, setiap malam, dalam 14 sesi akut selama tiga minggu. Hasil ditemukan yaitu aroma terapi dapat memperbaiki insomnia dan gejala lain yang biasa dialami oleh pasien dengan leukemia akut.
  - 4) Campuran dari minyak lavender, serai, neroli, jeruk bali, bergamot, kemenyan, cendana. Dilakukan 6 sesi setiap minggu selama 6 minggu. Hasil ditemukan bahwa aromaterapi bermanfaat untuk meningkatkan fungsi emosional dan kelelahan serta mengurangi gejala kecemasan, insomnia dan depresi di antara pasien kanker payudara setelah enam sesi perawatan mingguan selama 6 jam.
  - 5) Minyak aromaterapi lavender dioles 1-2 kali, lakukan pemijatan pada punggung tangan selama 10 menit dan lakukan selama 10 menit selama 3 hari berturut-turut. Hasilnya bahwa pijat aromaterapi dapat direkomendasikan sebagai intervensi keperawatan mandiri di pelayanan kesehatan guna meningkatkan kualitas tidur pasien kanker.
  - 6) Minyak aromaterapi lavender/3ml diberikan 1 kali per hari selama 3 malam pada jam 10 sebelum tidur. Hasil

ditemukan bahwa aromaterapi dapat meningkatkan kualitas tidur mereka.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adhistry, dkk. 2019. Terapi Komplementer: Terapi Seft Pada Stress Dan Adaptasi Pasien Kanker Ovarium. Seminar Nasional Keperawatan “Penguatan keluarga sebagai support system terhadap tumbuh kembang anak dengan kasus paliatif” Tahun 2019.
- Hidayat, S. 2017. Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Kualitas Hidup Pasien Kanker Serviks Di Rumah Sakit Ibnu Sina Makassar Periode Januari-Juni 2017. NASPA Journal, 42(4),1. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Helda Firda Yanti. 2021. Literature Review: Analisis Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Kecemasan Penderita Kanker Serviks. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Badan Pengembangan Dan Pemberdayaan Sdm Kesehatan Politeknik Kesehatan Kemenkes Palangka Raya Program Studi D-iii Keperawatan 2021.
- Indah, dkk. 2021. Terapi Komplementer Yoga Membantu Mengatasi Fatigue Pasien Kanker Payudara. Journal of Telenursing (JOTING). Volume 3, Nomor 1, Juni 2021. [e-ISSN: 2684-8988.p-ISSN: 2684-8996. DOI: https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2218](https://doi.org/10.31539/joting.v3i1.2218)
- Irma S, dkk. 2018. Panduan Tutorial dan Home Visit Kesehatan Keluarga. UMM Press. ISBN:978-979-796-315-6
- Meyerowitz, B.E. 1980. Psychological Correlates of Breast Cancer and Its Treatments. Psychological Bulletin. Vol.87, No 1, 108-131
- Mekar D.A & Wahyu E. 2010. Peran Keluarga Dalam Memberikan Dukungan Terhadap Pencapaian Integritas Diri Pasien Kanker Payudara Post Radikal Mastektomi. Jurnal Keperawatan Soedirman (The Soedirman Journal of Nursing), Volume 5, No.2, Juli 2010.
- Muhana S.U & Nadia UI.H. 1998. Dukungan Sosial Pada Penderita Kanker. Jurnal Psikologi. 1998, No 1, 44-54. Universitas Indonesia.
- May Nina Wulandari. 2022. Pengaruh Aromaterapi Terhadap Kualitas Tidur Pada Pasien Kanker Dengan Kemoterapi: *Literature Review*. Skripsi.



- Risa, dkk. 2021. Penerapan terapi Komplementer Pada Pasien Kanker Payudara menggunakan Teknik SEFT. Artikel Keperawatan. 24 Desember 2021. Gustinerz. <https://gustinerz.com/penerapan-terapi-komplementer-pada-pasien-kanker-payudara-menggunakan-teknik-seft/>
- Setiawan, dkk. 2021. Yoga Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker: Literature Review. Journal Of Holistic Nursing Science. Vol. 8 No. 1. 2021. pp. 75-88. <https://doi.org/10.31603/nursing.v8i1.3848>
- Sukmana, et. al. 2020. Modul Praktik Klinik Homecare. Gunawana Lestari
- Taylor, S.E., Falke, R.L., Shoptaw, S.J. and Lichtman, R.R.1986. Social Suport, Support Group, and the cancer Pastient. Journal of Consulting and Clinical Psychology. Vol. 54, No.5, 608-615.

# **BAB 11**

## **DOKUMENTASI ASUHAN**

### **KEPERAWATAN DAN DOKUMENTASI**

### **PALATIF PADA KASUS KANKER**

*Oleh Zuriati*

#### **11.1 Pendahuluan**

Asuhan keperawatan merupakan proses atau rangkaian kegiatan pada praktek keperawatan yang diberikan secara langsung kepada klien di berbagai tatanan pelayanan kesehatan dan dilaksanakan berdasarkan kaidah-kaidah keperawatan sebagai suatu profesi berdasarkan ilmu dan kiat keperawatan yang bersifat humanistik dan berdasarkan pada kebutuhan objek klien untuk mengatasi masalah yang dihadapi klien. Proses keperawatan sendiri diawali dari langkah pengkajian, diagnosis, intervensi, implementasi dan evaluasi yang harus didokumentasikan. Sebagai bukti bahwa perawat telah melaksanakan tindakan asuhan keperawatan, maka setiap tindakan mulai dari pengkajian hingga evaluasi proses keperawatan perlu di dokumentasikan. (Mangole, Rompas and Ismanto, 2015)

Pendokumentasian asuhan keperawatan secara akurat dan berkesinambungan adalah salah satu kewajiban perawat. Hal ini diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 148 tahun 2010 tentang izin dan penyelenggaraan praktik perawat, dalam pasal 12 ayat 1, disebutkan bahwa perawat berkewajiban melakukan pencatatan asuhan keperawatan secara sistematis, dan memenuhi standar. Dokumentasi merupakan catatan otentik dalam penerapan manajemen asuhan keperawatan professional. Dokumentasi keperawatan merupakan alat yang sangat penting yang dapat di gunakan sebagai indikator sebuah pelaksanaan asuhan keperawatan di rumah sakit (Nursalam, 2015)

Dokumentasi keperawatan merupakan bukti pencatatan dan pelaporan yang dimiliki tenaga keperawatan. Pencatatan



dokumentasi keperawatan itu berguna untuk kepentingan pasien, para perawat serta seluruh tim kesehatan yang bekerja memberikan pelayanan kesehatan kepada satu orang pasien (Prabowo, 2017). Dokumentasi keperawatan adalah suatu catatan yang memuat seluruh data yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, perencanaan keperawatan, tindakan keperawatan, dan penilaian keperawatan yang disusun secara sistematis, valid, dan dapat dipertanggungjawabkan secara moral dan hukum (Ali, 2010) .

Tujuan dari pelaksanaan dokumentasi keperawatan adalah membantu klien dalam mencapai tujuan yang telah ditetapkan, yang mencakup tentang peningkatan kesehatan dan memfasilitasi coping, perencanaan tindakan keperawatan akan dapat dilaksanakan dengan baik. Selama tahap pelaksanaan, perawat terus melakukan pengumpulan dan memilih tindakan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan klien. Semua tindakan keperawatan dicatat kedalam format yang telah ditetapkan oleh institusi (Nursalam, 2015)

Perawatan paliatif merupakan pendamping pengobatan medis. Perawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan penderita kanker dengan prioritas utama adalah kualitas hidup dan bukan kesembuhan penderita. Meningkatnya kualitas hidup penderita karena perawatan paliatif, diharapkan akan membantu penderita siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stres menghadapi penyakit yang dideritanya (Aslakson *et al.*, 2012)

Peran perawat sebagai pemberi asuhan merupakan komponen penting yang esensial dalam sistem pemberian pelayanan kesehatan. Perawat yang bekerja secara tim, dengan metode komunikasi yang baik akan memudahkan pasien untuk memahami dengan baik maksud dan tujuan sebuah tindakan keperawatan yang akan dilakukan oleh perawat. Hal tersebut dikenal sebagai upaya perawat untuk memberikan asuhan keperawatan, pengobatan, juga rasa nyaman terhadap pasien dengan menjalankan proses keperawatan secara baik. Asuhan keperawatan dapat dikatakan berhasil dan selesai jika semua tujuan asuhan keperawatan yang telah ditetapkan dalam perencanaan keperawatan telah tercapai.

## **11.2 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Berdasarkan Metode Keperawatan**

Dokumentasi keperawatan adalah catatan yang memuat seluruh informasi yang dibutuhkan untuk menentukan diagnosis keperawatan, menyusun rencana keperawatan, melaksanakan dan mengevaluasi tindakan keperawatan yang disusun secara sistematis, valid dan dapat dipertanggung jawabkan secara moral dan hukum (Nursalam, 2015). Dokumentasi merupakan pernyataan tentang kejadian atau aktifitas yang otentik dengan membuat catatan tertulis. Dokumentasi keperawatan berisi hasil aktivitas keperawatan yang dilakukan perawat terhadap klien, mulai dari pengkajian hingga evaluasi. Dokumentasi keperawatan dalam bentuk dokumen asuhan keperawatan merupakan salah satu alat bukti tanggung jawab dan tanggung gugat atas perbuatan perawat selama menjalankan tugas pelayanan keperawatan (Asmadi, 2008).

Proses keperawatan merupakan suatu metode sistematis dan terorganisasi untuk pemberian asuhan keperawatan, dengan fokusnya yaitu terhadap reaksi atau respon individu pada kelompok atau individu lainnya terhadap gangguan kesehatan yang dialami, baik secara aktual maupun potensial. Proses keperawatan juga berfungsi untuk memberikan kemampuan kepada perawat dalam memberikan asuhan keperawatan kepada pasien termasuk dalam pemecahan masalah yang dialami (Nursalam, 2015). Beberapa komponen keperawatan menurut (Dinarti and Mulyanti, 2017) berikut ini :

### **1. Dokumentasi Pengkajian**

Dokumentasi pengkajian keperawatan merupakan catatan tentang hasil pengkajian yang dilaksanakan untuk mengumpulkan informasi dari pasien, membuat data dasar tentang pasien, dan membuat catatan tentang respons kesehatan pasien. Pengkajian yang komprehensif atau menyeluruh, sistematis yang logis akan mengarah dan mendukung pada identifikasi masalah-masalah pasien. Masalah-masalah ini dengan menggunakan data pengkajian sebagai dasar formulasi yang dinyatakan sebagai diagnosa keperawatan.

Tujuan metode dokumentasi dalam pengkajian keperawatan untuk:

- a. Mengumpulkan, mengorganisir, dan mencatat data yang menjelaskan respon manusia yang mempengaruhi pola-pola kesehatan pasien.
- b. Hasil dokumentasi pengkajian akan menjadi dasar penulisan rencana asuhan keperawatan
- c. Memberikan keyakinan tentang informasi dasar tentang kesehatan pasien untuk dijadikan referensi status kesehatannya saat ini atau yang lalu
- d. Memberikan data yang cukup untuk menentukan strategi perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien.

Menurut (Dinarti and Mulyanti, 2017) dalam melaksanakan dokumentasi pada tahap pengkajian perlu diketahui bahwa jenis dokumentasi keperawatan meliputi:

- a. Dokumentasi pada saat pengkajian awal (*Initial Assessment*)  
Dokumentasi yang dibuat ketika pasien pertama kali masuk rumah sakit. Data yang dikaji pada pasien berupa data awal yang digunakan sebagai dasar dalam pemberian asuhan keperawatan.
- b. Dokumentasi pengkajian lanjutan (*Ongoing Assessment*)  
Data pada dokumentasi ini merupakan pengembangan dasar yang dilakukan untuk melengkapi pengkajian awal dengan tujuan semua data menjadi lengkap sehingga mendukung informasi tentang permasalahan kesehatan pasien. Hasil pengkajian ini dimasukkan dalam catatan perkembangan terintegrasi pasien atau pada lembar data penunjang.
- c. Dokumentasi pengkajian ulang (*Reassessment*)  
Dokumentasi ini merupakan pencatatan terhadap hasil pengkajian yang didapat dari informasi selama evaluasi. Perawat mengevaluasi kemajuan data terhadap pasien yang sudah ditentukan.

Menurut (Nursalam, 2015) dalam pengkajian keperawatan terdapat jenis data yang dapat diperoleh, yaitu:

- a. Data Subjektif

Data subjektif diperoleh dari hasil pengkajian terhadap pasien dengan teknik wawancara, keluarga, konsultan, dan tenaga kesehatan lainnya serta riwayat keperawatan. Data ini berupa keluhan atau persepsi subjektif pasien terhadap status kesehatannya.

b. Data Objektif

Informasi data objektif diperoleh dari hasil observasi, pemeriksaan fisik, hasil pemeriksaan penunjang dan hasil laboratorium. Fokus dari pengkajian data objektif berupa status kesehatan, pola koping, fungsi status respons pasien terhadap terapi, risiko untuk masalah potensial, dukungan terhadap pasien. Karakteristik data yang diperoleh dari hasil pengkajian seharusnya memiliki karakteristik yang lengkap, akurat, nyata dan relevan. Data yang lengkap mampu mengidentifikasi semua masalah keperawatan pada pasien.

Menurut (Nursalam, 2015) untuk memperoleh data pada tahap pengkajian metode yang dapat digunakan perawat adalah:

a. Komunikasi Efektif

Komunikasi dalam pengkajian keperawatan lebih dikenal dengan komunikasi terapeutik yang merupakan upaya mengajak pasien dan keluarga untuk bertukar pikiran dan perasaan. Untuk dapat memperoleh data yang akurat perawat perlu menjadi pendengar aktif terhadap keluhan pasien, adapun unsur yang menjadi pendengar yang aktif adalah dengan mengurangi hambatan dalam berkomunikasi.

b. Observasi

Observasi merupakan tahap kedua dari pengumpulan data. Pada pengumpulan data ini perawat mengamati perilaku dan melakukan observasi perkembangan kondisi kesehatan pasien. Kegiatan observasi meliputi *sight*, *smell*, *hearing*, *feeling*, dan *taste*. Kegiatan tersebut mencakup aspek fisik, mental, sosial dan spiritual.

c. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan bersamaan dengan wawancara, yang menjadi fokus perawat pada pemeriksaan

ini adalah kemampuan fungsional pasien. Tujuan dari pemeriksaan fisik ini adalah untuk menentukan status kesehatan pasien, mengidentifikasi masalah kesehatan dan mengambil data dasar untuk menentukan rencana tindakan perawatan.

## 2. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah keputusan klinis mengenai seseorang, keluarga, atau masyarakat sebagai akibat dari masalah kesehatan atau proses kehidupan yang aktual atau potensial. Diagnosa keperawatan merupakan dasar dalam penyusunan rencana tindakan asuhan keperawatan. Diagnosis keperawatan sejalan dengan diagnosis medis sebab dalam mengumpulkan data-data saat melakukan pengkajian keperawatan yang dibutuhkan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ditinjau dari keadaan penyakit dalam diagnosa medis. Apabila perawat menegakan diagnosa keperawatan maka dokter menegakan diagnosa medik, tabel dibawah ini menunjukkan perbedaan antara diagnosa medis dan diagnosa keperawatan (Nursalam, 2015).

Menurut (Nursalam, 2015) tujuan dokumentasi diagnosa keperawatan adalah:

- a. Menyampaikan masalah klien dalam istilah yang dapat dimengerti semua perawat
- b. Mengenali masalah-masalah utama klien pada pengkajian
- c. Mengetahui perkembangan keperawatan
- d. Masalah dimana adanya respons klien terhadap status kesehatan atau penyakit
- e. Faktor-faktor yang menunjang atau menyebabkan suatu masalah (etiologi)
- f. Kemampuan klien untuk mencegah atau menyelesaikan masalah.

Metode dokumentasi diagnosa keperawatan meliputi:

- 1) Tuliskan masalah/problem pasien atau perubahan status kesehatan pasien

- 2) Masalah yang dialami pasien didahului adanya penyebab dan keduanya dihubungkan dengan kata "sehubungan dengan atau berhubungan dengan"
- 3) Setelah masalah (problem) dan penyebab (etiologi), kemudian diikuti dengan tanda dan gejala (symptom) yang dihubungkan dengan kata "ditandai dengan"
- 4) Tulis istilah atau kata-kata yang umum digunakan
- 5) Gunakan bahasa yang tidak memvonis.

Diagnosa keperawatan dapat dibedakan menjadi kategori yaitu Aktual, Risiko, Kemungkinan, Keperawatan Wellness (Nursalam, 2015).

a. Aktual

Diagnosa Keperawatan aktual menjelaskan masalah nyata saat ini sesuai dengan data klinik yang ditemukan. Syarat menegakkan diagnosa keperawatan aktual harus ada unsur PES. Symptom (S) harus memenuhi kriteria mayor dan sebagian kriteria minor dari pedoman diagnosa NANDA, Misalnya: Hasil pengkajian diperoleh data klien mual, muntah, diare dan turgor jelek selama 3 hari. Diagnosa: Kekurangan volume cairan tubuh berhubungan dengan kehilangan cairan secara abnormal.

b. Risiko

Diagnosa Keperawatan Risiko menjelaskan masalah kesehatan yang nyata akan terjadi jika tidak dilakukan intervensi.

c. Kemungkinan

Diagnosa keperawatan kemungkinan menjelaskan bahwa perlu adanya data tambahan untuk memastikan masalah keperawatan kemungkinan. Pada keadaan ini masalah dan faktor pendukung belum ada tapi sudah ada faktor yang dapat menimbulkan masalah.

d. Diagnosa Keperawatan "Wellness"

Diagnosa keperawatan wellness (sejahtera) adalah keputusan klinik tentang keadaan individu, keluarga, dan atau masyarakat dalam transisi dari tingkat sejahtera tertentu ke tingkat sejahtera yang lebih tinggi.

### 3. Dokumentasi Intervensi Keperawatan

Pada tahap ini perawat membuat rencana tindakan keperawatan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Perencanaan keperawatan adalah suatu rangkaian kegiatan penentuan langkah - langkah pemecahan masalah dan prioritasnya, perumusan tujuan, rencana tindakan dan penilaian asuhan keperawatan pada pasien / klien berdasarkan analisis data dan diagnosa keperawatan (Prabowo, 2017).

Menurut (Prabowo, 2017) tujuan dokumentasi perencanaan keperawatan adalah:

- a. Untuk mengidentifikasi fokus keperawatan kepada klien atau kelompok
- b. Untuk membedakan tanggungjawab perawat dengan profesi kesehatan lainnya
- c. Untuk menyediakan suatu kriteria guna pengulangan dan evaluasi Keperawatan
- d. Untuk menyediakan kriteria klasifikasi klien
- e. Menyediakan suatu pedoman dalam penulisan

Dalam membuat rencana keperawatan, ada beberapa hal yang perlu untuk diperhatikan sebagai berikut:

- a. Menentukan Prioritas Masalah
- b. Menentukan Tujuan dan Kriteria Hasil
- c. Menentukan Rencana Tindakan
- d. Dokumentasi

### 4. Dokumentasi Implementasi Keperawatan

Implementasi keperawatan adalah serangkaian kegiatan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien dari masalah status kesehatan yang dihadapi kestatus kesehatan yang baik yang menggambarkan kriteria hasil yang diharapkan. Proses pelaksanaan implementasi harus berpusat kepada kebutuhan klien, faktor-faktor lain yang mempengaruhi kebutuhan keperawatan, strategi implementasi keperawatan, dan kegiatan komunikasi (Ali, 2010)

Dalam pelaksanaannya terdapat tiga jenis implementasi keperawatan (Ali, 2010) yaitu:

- 1) Independent Implementations Adalah implementasi yang diprakarsai sendiri oleh perawat untuk membantu pasien dalam mengatasi masalahnya sesuai dengan kebutuhan, misalnya: membantu dalam memenuhi activity daily living (ADL), memberikan perawatan diri, mengatur posisi tidur, menciptakan lingkungan yang terapeutik, memberikan dorongan motivasi, pemenuhan kebutuhan psiko-sosio-kultural, dan lain-lain.
  - 2) Interdependen/Collaborative Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar kerjasama sesama tim keperawatan atau dengan tim kesehatan lainnya, seperti dokter. Contohnya dalam hal pemberian obat oral, obat injeksi, infus, kateter urin, naso gastric tube (NGT), dan lain-lain.
  - 3) Dependent Implementations Adalah tindakan keperawatan atas dasar rujukan dari profesi lain, seperti ahli gizi, physiotherapies, psikolog dan sebagainya, misalnya dalam hal: pemberian nutrisi pada pasien sesuai dengan diet yang telah dibuat oleh ahli gizi, latihan fisik (mobilisasi fisik) sesuai dengan anjuran dari bagian fisioterapi.
5. Dokumentasi Evaluasi Keperawatan
- Dokumentasi pada tahap evaluasi adalah membandingkan secara sistematis dan terencana tentang kesehatan klien dengan tujuan yang telah ditetapkan dengan kenyataan yang ada pada klien, dilakukan dengan cara bersinambungan dengan melibatkan klien dan tenaga kesehatan lainnya. Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir dari rangkaian proses keperawatan yang berguna apakah tujuan dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan tercapai atau perlu pendekatan lain (Dinarti and Mulyanti, 2017).
- Metode yang digunakan dalam evaluasi antara lain:
- a. Observasi langsung adalah mengamati secara langsung perubahan yang terjadi dalam keluarga



- b. Wawancara keluarga, yang berkaitan dengan perubahan sikap, apakah telah menjalankan anjuran yang diberikan perawat
- c. Memeriksa laporan, dapat dilihat dari rencana asuhan keperawatan yang dibuat dan tindakan yang dilaksanakan sesuai dengan rencana
- d. Latihan stimulasi, berguna dalam menentukan perkembangan kesanggupan melaksanakan asuhan keperawatan.

Menurut (Dinarti and Mulyanti, 2017)Langkah Melakukan Evaluasi

- a. Menentukan kriteria, standar dan pertanyaan evaluasi
- b. Mengumpulkan data baru tentang klien
- c. Menafsirkan data baru
- d. Membandingkan data baru dengan standar yang berlaku
- e. Merangkum hasil dan membuat kesimpulan
- f. Melaksanakan tindakan yang sesuai berdasarkan kesimpulan

### **11.3 Dokumentasi Asuhan Keperawatan Paliatif**

#### **Kanker**

Asuhan keperawatan yang diberikan pada setiap tatanan pelayanan harus didokumentasikan dengan jelas dan ringkas. Semua data yang dicatat adalah akurat dan tepat waktu. Prinsip dasar dokumentasi perawatan paliatif sama dengan prinsip umum dokumentasi keperawatan. Catatan perkembangan tetap menjadi alat utama untuk komunikasi perawat dengan anggota tim kesehatan lainnya. Dokumentasi di perawatan paliatif merupakan dokumentasi yang dilaksanakan pada pasien yang menjalani rawat inap. Intervensi ditujukan pada pengembalian kestabilan, pencegahan komplikasi, dan adaptasi pasien serta meningkatkan kualitas hidup. Kebutuhan pasien kanker stadium lanjut adalah pengendalian nyeri kanker. Perawatan paliatif berfokus pada perawatan yang membantu pasien mengatasi gejala-gejala dari penyakit kanker seperti nyeri, sesak napas, kelelahan, sembelit, mual, kehilangan nafsu makan, kesulitan tidur, dan depresi (Bisset, 2005).

Perawatan paliatif diberikan sejak diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat. Artinya tidak memperdulikan pada stadium dini atau lanjut, masih bisa disembuhkan atau tidak, mutlak perawatan paliatif harus diberikan kepada penderita. Perawatan paliatif tidak berhenti setelah penderita meninggal, tetapi masih diteruskan dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang berduka (Craig, 2000)

Komponen dokumentasi perawatan paliatif terdiri dari:

1. Dokumentasi Pengkajian Paliatif

Dokumentasi Pengkajian yang meliputi, riwayat kesehatan, keadaan pasien serta hasil pemeriksaan fisik. Terdiri dari data subjektif seperti pasien menyatakan bahwa ia menolak diambil darahnya untuk pemeriksaan. Data objektif seperti: tanda vital, tingkat kesadaran, feses cair atau padat, impaksi, distensi abdomen, gelisah, status emosi, berat badan, edema, mencabut alat-alat seperti infus, NGT

2. Dokumentasi Diagnosa Keperawatan Paliatif

Dokumentasi Diagnosa keperawatan yang sering dijumpai adalah : Nyeri, nutrisi kurang dari kebutuhan, konstipasi, diare, risiko konstipasi, perubahan eliminasi, urine, risiko cidera, hambatan mobilitas fisik hambatan kemampuan berpindah, intoleransi aktivitas, kurangnya perawatan diri, gangguan mobilitas, gangguan perkemihan, gangguan integritas kulit, kurangnya pengetahuan,.

3. Dokumentasi Rencana keperawatan paliatif

Berisi tentang informasi bagaimana perawatan dan usaha-usaha yang dilakukan untuk mengatasi masalah. Mobilitas fisik dan ambulasi dipertahankan jika memungkinkan, nyeri pasien dan gejala lain terkontrol, pengurangan anxietas.

4. Dokumentasi Implementasi keperawatan paliatif

yaitu tahap pelaksanaan yang berisi tentang tindakan yang telah diberikan kepada pasien untuk mengatasi masalahnya dan untuk meningkatkan atau mempertahankan kesehatannya. Setiap tindakan yang dilakukan harus segera didokumentasikan dengan cepat. Tulis tanggal pelaksanaan, nama jelas dengan dibubuhi tanda tangan perawat. Hal ini merupakan suatu mekanisme pertanggung - gugatan perawat

dalam melaksanakan perawatan jika ada hal-hal yang tidak diinginkan.

5. Dokumentasi Evaluasi keperawatan paliatif

Berisi tentang kondisi pasien dan tujuan perawatan yang telah dinilai setelah diberikan asuhan keperawatan. Perawat mengevaluasi tingkat keyamanan klien dengan penyakit dan kualitas hidupnya. Keberhasilan evaluasi tergantung sebagian pada ikatan yang terbentuk dengan klien. Evaluasi sangat penting untuk menentukan apa yang harus dilakukan perawat selanjutnya. Apabila pasien sudah meninggal, perawat harus melakukan pendokumentasian tentang waktu, tempat pasien meninggal. Perawat juga harus mencatat apa saja barang-barang atau alat-alat yang terpasang pada tubuh pasien.

Pengkajian keperawatan paliatif ditunjukkan pada respon klien terhadap masalah kesehatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia. Pengkajian Asuhan Keperawatan Paliatif pada kanker (Carter, 2014).

## **ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN PALIATIF**

### **Pengkajian Pasien Paliatif**

#### **A. Riwayat Kesehatan Klien**

1. Riwayat kesehatan sekarang  
Riwayat ini berisikan mengenai penyakit yang sedang diderita klien saat ini.
2. Riwayat kesehatan dahulu  
Adalah berisikan mengenai keadaan pasien di masa lalu, apakah sudah pernah dirawat di rumah sakit untuk penyakit yang sama.
3. Riwayat kesehatan keluarga pasien  
Riwayat ini berisikan data apakah anggota keluarga sudah pernah menderita penyakit yang sama dengan yang klien alami saat ini.
4. Keadaan Umum : Keadaan secara umum yang tampak dari fisik klien ketika melakukan pengkajian
5. Pemeriksaan Tanda-tanda Vital : Tekanan Darah (TD), Nadi, Suhu, Respiratory Rate (RR).
6. Pemeriksaan Wajah
  - a. Mata : Kelengkapan dan kesimetrisan mata (+/-), kelopak mata/palpebra oedem (+/-), peradangan (+/-), luka (+/-), benjolan (+/-), bulu mata rontok atau tidak, konjunktiva dan sclera perubahan warna (anemis /an anemis), pupil (isokor/an isokor)
  - b. Hidung : Inspeksi dan palpasi : Amati meatus : perdarahan (+/-), pembengkakan (+/-), pembesaran / polip (+/-)
  - c. Mulut : Amati bibir : kelainan konginetal (labioscisis, palatoscisis, atau labiopalatoscisis), warna bibir, lesi (+/-), bibir pecah (+/-), caries (+/-), perdarahan (+/-) dan abses (+/-)
  - d. Telinga : Amati bagian telinga luar : Bentuk, ukuran, warna, lesi (+/-), nyeri tekan (+/-), peradangan (+/-), perdarahan (+/-)

7. Pemeriksaan Kepala, dan Leher

a. Kepala

- Inspeksi : bentuk kepala, Hidrocephalus (+/-), Luka (+/-), darah (+/-), Trepanasi (+/-).
- Palpasi : Nyeri tekan (+/-)

b. Leher : Bentuk leher (simetris atau asimetris), peradangan (+/-), massa (+/-), pembesaran kelenjar limfe (+/-), pembesaran kelenjar tiroid (+/-), pembesaran Vena jugularis (+/-).

8. Pemeriksaan Thoraks/Dada

a. Inspeksi Pemeriksaan Paru : Bentuk torak (normal chest/ pigeon chest/*funnel chest*/*barrel chest*), Susunan ruas tulang belakang (Kyphosis/Scoliosis/Lordosis), Bentuk dada (simetris/asimetris), keadaan kulit ?, Retraksi otot bantu pernafasan : retraksi intercosta (+/-), retraksi suprasternal (+/-), Sternomastoid (+/-), pernafasan cuping hidung (+/-). Pola nafas : (Eupnea/Takipneu/ Bradipnea/Apnea /Chene Stokes/Biot's/Kusmaul)

b. Palpasi : Pemeriksaan taktil/vocal fremitus : getaran antara kanan dan kiri teraba (sama/tidak sama)

c. Perkusi area paru : (Sonor/Hipersonor/Dullnes)

d. Auskultasi : Suara nafas area Vesikuler, bronchial, bronkovesikuler, Suara ucapan terdengar : Bronkophoni (+/-), Egophoni (+/-), Pectoriloqui (+/-), Suara tambahan terdengar : Rales (+/-), Ronchi (+/-), Wheezing (+/-), Pleural friction rub (+/-), bunyi tambahan lain, Keluhan lain yang dirasakan terkait Px. Torak dan Paru

9. Pemeriksaan Jantung

a. Inspeksi : Ictus cordis (+/-), pelebaran

b. Palpasi : pulsasi pada dinding torak teraba : (lemah/kuat/tidak teraba)

c. Perkusi : Batas-batas jantung

d. Auskultasi : BJ I, BJ II terdengar, Bunyi jantung tambahan : BJ III (+/-), Gallop Rhythm (+/-), Murmur (+/-), keluhan lain terkait dengan jantung.

## 10. Pemeriksaan Abdomen

- a. Inspeksi : Bentuk Abdomen, massa / Benjolan (+/-), kesimetrisan (+/-), bayangan pembuluh darah vena (+/-)
- b. Auskultasi : Frekuensi peristaltic usus
- c. Palpasi :
  - Palpasi Hepar : diskripsikan : Nyeri tekan (+/-), pembesaran (+/-), perabaan (keras / lunak)
  - Palpasi Lien : menunjukkan pembesaran lien
  - Palpasi Appendik : nyeri tekan /lepas (+/-), nyeri menjalar kontralateral (+/-).
  - Palpasi Ginjal : nyeri tekan (+/-), pembesaran (+/-) (N = ginjal tidak teraba).
- d. Perkusi : Normalnya hasil perkusi pada abdomen adalah tympani. Keluhan lain yang dirasakan terkait dengan Px. Abdomen.

## 11. Pemeriksaan Genetalia dan Rektal

- a. Genetalia Pria : Inspeksi dan palpasi Hernia (+/-), femoral hernia (+/-), pembengkakan (+/-)
- b. Pada Wanita : Inspeksi peradangan (+/-), Lubang uretra : stenosis /sumbatan (+/-).

## 12. Pemeriksaan Ektremitas/Muskuloskeletal

- a. Inspeksi Otot antar sisi kanan dan kiri (simetris/asimetris), deformitas (+/-)
- b. Palpasi Oedem : lingkaran lengan, lakukan uji kekuatan otot

## 13. Pemeriksaan Fungsi Pendengaran / Penghidu / Tenggorokan :

- Uji ketajaman pendengaran : tes bisik, dengan arloji, uji weber : seimbang/lateralisasi kanan/lateralisasi kiri,
- Uji rinne : hantaran tulang lebih keras/lemah/sama dibanding dengan hantaran udara,
- Uji swabach : memanjang/memendek/sama
- Uji Ketajaman penciuman dengan menggunakan rangsang bau-bauan.
- Pemeriksaan tenggorokan: lakukan pemeriksaan tonsil, adakah nyeri telan.

#### 14. Pemeriksaan Fungsi Neurologis

- a. Menguji tingkat kesadaran dengan GCS (Glasgow Coma Scale)
- b. Memeriksa tanda-tanda rangsangan otak, nyeri kepala (+/-), kaku kuduk (+/-), mual – muntah (+/-) kejang (+/-) penurunan tingkat kesadaran (+/-)
- c. Memeriksa nervus cranialis : Nervus I : Olfaktorius (pembau ), Nervus II : Opticus (penglihatan), Nervus III : Oculomotorius, Nervus IV: Trochlearis, Nervus V : Trigemini, Nervus VI Abducent, Nervus VII : Facialis, Nervus VIII : Auditorius, Nervus IX : Glossopharyngeal, Nervus X : Vagus, Nervus XI : Accessorius, Nervus XII : Hypoglossal
- d. Memeriksa fungsi motorik : ukuran otot (simetris/asimetris), atrofi (+/-) gerakan-gerakan yang tidak disadari oleh klien (+/-).
- e. Memeriksa fungsi sensorik : kepekaan saraf perifer : benda tumpul, benda tajam. Menguji sensasi panas/dingin, kapas halus, minyak wangi.

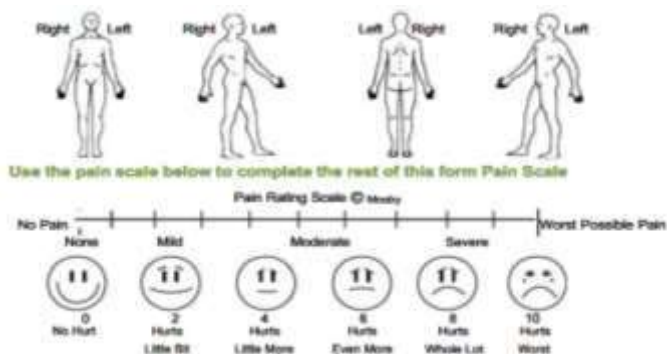
#### 15. Pemeriksaan Kulit/Integument : adakah lesi (+/-), jaringan parut (+/-), warna kulit, bila ada luka bakar dengan luas %, Palpasi : tekstur (halus/kasar), turgor, kelenturan (baik/jelek), nyeri tekan (+/-), kelainan - kelainan pada kulit : Hiperpigmentasi (+/-), Spider Naevi (+/-), Striae (+/-)

#### 16. Pemeriksaan Rambut : Penyebaran (merata / tidak), Bau, rontok (+/-), warna, Alopesia (+/-), Hirsutisme (+/- ), alopesia (+/-)

#### 17. Pemeriksaan Penunjang/Diagnostik Medik/Pemeriksaan Radiologi

### B. Domain 1 Kondisi Kesehatan Fisik (lampirkan form ESAS-R)

- Nyeri : Ketika mengkaji pasien sangat penting untuk mendengarkan pasien, memperhatikan pada bahasa yang digunakan untuk mendeskripsikan nyeri akan membantu diagnosanya. Tipe nyeri dapat ditentukan dari obat apa yang harus digunakan. Perhatikan detail penting selama pengkajian. Tandai area nyeri pada diagram dibawah ini.



KEY : Pattern : Onset, duration, persistent, intermittent  
 Description : Burning, shooting, pins and needles, heavy, aching, throbbing, tender, sharp etc.  
 Type : Neuropathic, somatic, visceral or bone  
 Location (lokasi): \_\_\_\_\_  
 Severity (Tingkat keparahan) (0-10) : \_\_\_\_\_  
 Pattern (pola): \_\_\_\_\_  
 Description (deskripsi) : \_\_\_\_\_  
 What makes it worse (apa yang membuat semakin memburuk): \_\_\_\_\_  
 What makes it better (apa yang membuat semakin baik): \_\_\_\_\_

Where does the pain go to (Nyeri mempengaruhi apa? (radiation): \_\_\_\_\_

Type: \_\_\_\_\_

Significance of Pain (how does it affect the patient in terms of activities of daily living and quality of life etc) Bagaimana nyeri mempengaruhi pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari dan kualitas hidup : \_\_\_\_\_

Obat yang digunakan dan dosisnya

Nama Obat	Dosis	Rute	Fungsi



C. Domain 2 Kondisi Sosial dan Pekerjaan

- Dukungan keluarga: Siapa yang tinggal bersama anda? Adakah anak/orang lain yang masih tergantung pada anda? Adakah pikiran lain mengenai hubungan dalam keluarga?
- Dukungan emosional dan sosial Apakah anda memiliki dukungan dari pihak lain? Keluarga besar, teman, tetangga? Apakah anda memerlukan dukungan dari pihak lain?
- Kondisi praktikal Apakah ada kesulitan dalam bergerak, melakukan pekerjaan? Apakah ada pikiran lain mengenai siapa yang merawat untuk hari kedepan, finansial?
- Harapan pasien Apa harapan anda mengenai tujuan perawatan? Tempat untuk perawatan? Rumah sakit, rumah, atau tempat lain?

D. Domain 3 Kondisi Psikologis

- Kondisi pikiran dan suasana hati (*mood*) Apakah dalam bulan terakhir anda merasakan: Merasa putus asa atau merasa tidak berdaya? kehilangan minat? Apakah anda merasa depresi? Apakah anda merasa tegang atau cemas? Apakah anda pernah mengalami serangan panik? Apakah ada hal spesifik yang anda harapkan?
- Penyesuaian terhadap sakit Apa pemahaman anda terhadap sakit saat ini? Gali dengan hati-hati ekspektasi pasien
- Sumber – sumber dan hal yang menguatkan Apakah sumber dukungan anda? Misalnya: orang-orang, hobi, iman dan kepercayaan?
- Total Pain (nyeri multidimensi yang tidak terkontrol) Adakah masalah psikologis, sosial, spiritual yang dialami yang berkontribusi terhadap gejala yang dialami?
- Sakit sebelumnya (dapat dikaji langsung atau pada keluarga): Adakah risiko stress psikologikal dan riwayat masalah kesehatan mental?

E. Domain 4 Kondisi Spiritual (gunakan format HOPE)

- a. H (*Sources of hope*/sumber dari harapan)  
Apa yang memberi anda harapan (atau kekuatan, nyaman, dan damai) pada saat sakit?

- b. O (*Organised religion*/Organisasi agama)  
Apakah anda bagian dari organisasi agama atau kepercayaan? Dalam hal apa dan bagaimana hal tersebut mendukung anda?
- c. P (*Personal spirituality & practices*/tindakan spiritualitas pribadi)  
Bagian apa dalam kepercayaan spiritual anda yang paling bermakna secara pribadi?
- d. E (*Effect on medical care and end of life issues*/ efek dari perawatan dan isu akhir kehidupan)  
Dari hal yang anda sebutkan tadi, apa yang anda harapkan dari kami sebagai tim kesehatan untuk memfasilitasi kebutuhan anda dalam beberapa hari ke depan ini? Bahkan minggu atau bulan ke depan?

(Mailani and Cholina, 2015) menyatakan 4 karakteristik spiritual Hubungan dengan diri sendiri :

- a. Apa makna dan arti hidup anda atau apa yang anda pahami tentang tujuan hidup? Bagaimana anda menyadari bahwa makna dan tujuan hidup anda saat ini berdasarkan apa yang telah anda kerjakan?
- b. Hubungan dengan orang lain atau sesama– Bagaimana hubungan anda selama ini dengan orang-orang sekitar?
- c. Hubungan dengan alam– Apakah anda menyukai tentang alam? Apakah ini membuat anda merasa tenang dan damai di saat mengalami masalah?
- d. Hubungan dengan Tuhan– Apakah anda selama ini mengikuti acara keagamaan atau berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang membantu anda dalam dukungan keagamaan?

**Lampiran 1:** Petunjuk Pengisian Format Pengkajian Keperawatan Paliatif (Carter, 2014) adalah :

<b>Domain 1 : Kondisi Kesehatan Fisik</b> Gunakan form ESAS, silahkan ditambahkan data dibawah ini, jika diperlukan dan muncul dalam masalah di ESAS <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nyeri : termasuk dalam somatic, visceral, neuropatik? Ambil riwayat nyeri secara spesifik : PQRST.</li> <li>• Terapi : tuliskan terapi apa yang didapatkan pasien (Obat, cairan infuse, tindakan operasi)</li> <li>• Kelelahan : Kelelahan tidak seimbang dengan aktivitas (deskripsikan saat aktivitas apa) dan berkurang dengan istirahat.</li> <li>• Pernafasan : adakah sesak nafas, batuk, adakah sputum atau sekresi lain?</li> <li>• Pencernaan : adakah anoreksia, mual, muntah, konstipasi</li> <li>• Tingkat kesadaran : Insomia, kebingungan, delirium, kecemasan, depresi</li> <li>• Data lain : balance cairan, edema, adanya luka dan lain-lain</li> </ul>	<b>Domain 2 : Kondisi Sosial dan Pekerjaan</b> Tuliskan data yang anda dapatkan dari pertanyaan dibawah ini: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dukungan keluarga : Siapa yang tinggal bersama anda? Adakah anak/orang lain yang masih tergantung pada anda? Adakah pikiran lain mengenai hubungan dalam keluarga?</li> <li>• Dukungan emosional dan sosial Apakah anda memiliki dukungan dari pihak lain? Keluarga besar, teman, tetangga? Apakah anda memerlukan dukungan dari pihak lain?</li> <li>• Kondisi praktikal Apakah ada kesulitan dalam bergerak, melakukan pekerjaan? Apakah ada pikiran lain mengenai siapa yang merawat untuk hari kedepan, finansial?</li> <li>• Harapan pasien Apa harapan anda mengenai tujuan perawatan? Tempat untuk perawatan? Rumah sakit, rumah, atau tempat lain?</li> </ul>
<b>Domain 3 : Kondisi Psikologis</b> Tuliskan data yang anda	<b>Domain 4 Kondisi Spirirual (Format HOPE)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• H (Sources of</li> </ul>

<b>Domain 1 : Kondisi Kesehatan Fisik</b>	<b>Domain 2 : Kondisi Sosial dan Pekerjaan</b>
<p>dapatkan dari pertanyaan dibawah ini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kondisi pikiran suasana hati (mood) apakah dalam bulan terakhir anda merasakan: Merasa putus asa atau merasa tidak berdaya?, Kehilangan minat?, apakah anda merasa depresi?, apakah anda merasa tegang atau cemas?, apakah anda pernah mengalami serangan panic? Apakah ada hal yang spesifik yang anda harapkan?</li> <li>• Penyesuaian terhadap sakit, Apa pemahaman anda terhadap sakit saat ini?, Gali dengan hati-hati ekspektasi pasien.</li> <li>• Sumber - sumber dan hal yang menguatkan, Apakah sumber dukungan anda? Misalnya: Orang-orang, hobi, iman dan kepercayaan</li> <li>• Total pain (nyeri multimensi yang tidak terkontrol). Adakah masalah psikologis, social, spiritual yang dialami yang berkontribusi terhadap gejala yang dialami?.</li> <li>• Sakit sebelumnya (dapat dikaji langsung atau pada keluarga) : adakah risiko stress psikologikal dan riwayat masalah kesehatan mental?</li> </ul>	<p>hope/sumber dari harapan)</p> <p>Apa yang memberi anda harapan (atau kekuatan, nyaman, dan damai) pada saat sakit?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O (Organised religion / Organisasi agama) Apakah anda bagian dari organisasi agama atau kepercayaan? Dalam hal apa dan bagaimana hal tersebut mendukung anda?</li> <li>• P (Personal spirituality &amp; practices/tindakan spiritualitas pribadi) Bagian apa dalam kepercayaan spiritual anda yang paing bermakna secara pribadi?</li> <li>• E (Effect on medical care and end of life issues/ efek dari perawatan dan isu akhir kehidupan) Dari hal yang anda sebutkan tadi, apa yang anda harapkan dari kami sebagai tim kesehatan untuk memfasilitasi kebutuhan anda dalam beberapa hari ke depan ini? Bahkan minggu atau bulan ke depan?</li> </ul>

**Analisa Data :**

Data Fokus (DS, DO)	Etiologi (related factors lihat Nanda dan sesuaikan dengan kasus pasien)	Masalah Keperawatan

**Lampiran 2 :** Format ESAS-R- Modifikasi dari *Edmonton Symptom Assessment System-Revised version* (Hannon *et al.*, 2015)

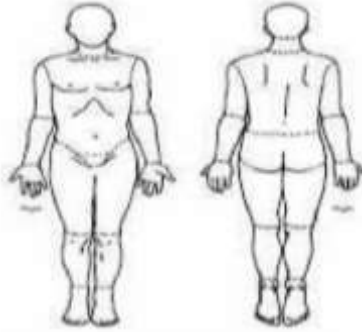
1. Silahkan lingkari nomor yang paling menjelaskan kondisi anda sekarang:

Tidak ada nyeri (pain)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat nyeri
Tidak kelelahan/kurangnya energi (tiredness)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat lelah
Tidak merasa mengantuk (drowsiness)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat mengantuk
Tidak Mual (Nausea)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat mual
Tidak ada penurunan nafsu makan berat (appetite)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Penurunan nafsu makan
Tidak sesak napas (short of breath)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat sesak napas
Tidak depresi/merasa sedih (depression/feeling sad)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat depresi
Tidak cemas (anxiety/feeling nervous)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Sangat cemas
Kondisi kesehatan secara keseluruhan yang terbaik (wellbeing: how you feel overall)	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Kondisi kesehatan buruk
Tidak ada masalah lain: _____ tulis apa masalahnya, misal konstipasi	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	Kondisi buruk (tulis apa masalahnya)

Nama Pasien :  
Tanggal/Pukul :

Diisi oleh (*checklist* salah satu)  
[ ] Pasien  
[ ] Keluarga  
[ ] Tenaga kesehatan professional  
[ ] pasien/keluarga dengan dibantu yang merawat/perawat (*caregiver assisted*)

2. Silahkan tandai dalam gambar ini bagian mana yang anda rasakan nyeri :



Kesehatan emosional : Bagaimana ketertarikan pasien akan interaksi sosial atau terhadap minat? Bagaimana perasaan pasien terhadap penyakitnya?

Keintiman seksual dan kepuasan: Apakah klien merasa memiliki kesempatan untuk mengekspresikan kasih sayang baik secara fisik maupun emosional?

*Anxiety and Fear* : Apakah klien terlihat gelisah atau takut? Bisa di sebabkan oleh: tidak mampu mengontrol nyeri, isu spiritual, kehilangan control fisik.

Depresi : Apakah klien merasa depresi? Putus asa atau tidak berdaya?

*Distress at end of life* : Apakah klien menderita karena: tdk mampu mengontrol delirium, kesulitan nafas yg berat Antisipasi dukacita/ Kesedihan: Apakah klien dan keluarga merasa berduka karena kehilangan atau kerugian akibat penyakit, misalnya: keintiman dan uang.

*Attitudes of Death and dying* : Apakah klien memiliki permintaan terhadap perkembangan penyakitnya? Apakah ada petunjuk perawatan ke depannya?

Kerangka pikir modifikasi dari Teori *Peaceful End Of Life* (Menurut Ruland dan Moore)

- **Nyeri:** Mengkaji nyeri dengan menanyakan bagian mana nyeri yang dirasakan? Seperti apa nyeri yang di rasakan dan durasinya? Apa yang dilakukan jika mengalami nyeri?
- **Kenyamanan:** Cara menangani masalah yang dialami? (apakah dengan mengatur posisi, istirahat atau aktifitas, teknik relaksasi, bercerita, menggambar)

- **Respek dan menghargai martabat:** Bagaimana cara anda menerima/berekspresi ketika mengetahui kondisi saat ini?
- **Kedamaian:** Bagaimana perasaan anda ketika perawat atau dokter menjelaskan kondisi anda saat ini? Apakah anda meragukan atau menghargai keputusan yang telah diberitahu?
- **Hubungan dekat dengan orang lain:** Bagaimana hubungan pasien dengan orang lain? Apa yang dirasakan ketika orang lain memberikan perawatan untuk memenuhi kebutuhan dasar?
- **Alasan memiliki Teori *Peaceful End Of Life* ini** adalah karena teori memfokuskan pada pasien kondisi terminal dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dengan pendekatan.
- **Kesehatan emosional:** Hal ini dilakukan karena kesehatan emosional mempengaruhi kondisi klinis pasien
- **Keintiman seksual dan kepuasan:** Penting untuk menanyakan hal ini, karena kondisi ini juga dapat mempengaruhi kondisi fisik dan psikologis klien.
- **Anxiety and Fear:** Perlu ditanyakan untuk mengurangi tingkat ansietas klien.
- **Depresi:** Hal ini agar dapat mengetahui kesehatan mental dan dapat membantu klien mengatasi stress dan depresinya.
- ***Distress at end of life:*** Kondisi ini masih berhubungan dengan kondisi fisik klien perlu ditanyakan agar ketika menjelang kematian klien bisa mengalami peaceful death.
- **Antisipasi dukacita/ Kesedihan:** Bagian ini agar kita dapat mengetahui rasa duka cita klien dan keluarga serta keluhan yang dirasakan berkaitan dengan kondisi penyakit dan kerugian yang dialami seperti finansial.
- ***Attitudes of Death and dying:*** Misalnya saja klien memiliki permintaan terakhir tentang bagaimana ia ingin dimakamkan seperti aturan, cara dan keinginannya yang menjelang ajal.

## DAFTAR PUSTAKA

- Ali, Z. 2010. *Dasar-dasar dokumentasi keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Aslakson, R. A. et al. 2012. 'Nurse-perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end-of-life care for surgical ICU patients: A qualitative exploration', *Journal of Palliative Medicine*, 15(8), pp. 910-915. doi: 10.1089/jpm.2011.0481.
- Asmadi. 2008. *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Bisset, M. 2005. 'Palliative Care Nursing: Principles and Evidence for Practice', *British Journal of Cancer*, 92(4), pp. 794-795. doi: 10.1038/sj.bjc.6602371.
- Carter, I. 2014. *in Palliative Care*.
- Craig, S. 2000. 'Oxford Textbook of Palliative Medicine, 2nd ed.', *The Primary Care Companion to The Journal of Clinical Psychiatry*, 02(05), p. 184. doi: 10.4088/pcc.v02n0505.
- Dinarti and Mulyanti, Y. 2017. 'Dokumentasi Keperawatan', *Kementerian Kesehatan Republik Indonesia*, p. 172. Available at: <http://bppsdmk.kemkes.go.id/pusdiksdmk/wp-content/uploads/2017/11/PRAKTIKA-DOKUMEN-KEPERAWATAN-DAFIS.pdf>.
- Hannon, B. et al. 2015. 'Modified Edmonton Symptom Assessment System Including Constipation and Sleep: Validation in Outpatients With Cancer', *Journal of Pain and Symptom Management*, 49(5), pp. 945-952. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2014.10.013.
- Mailani, F. and Cholina, T. S. 2015. 'Pengalaman Spiritualitas pada Pasien Penyakit Ginjal Kronik yang Menjalani Hemodialisis Spiritual Experience of Chronic Renal Failure Patient Undergoing Hemodialysis', 3, pp. 11-17.
- Mangole, J., Rompas, S. and Ismanto, A. 2015. 'Hubungan Perilaku Perawat Dengan Pendokumentasian Asuhan Keperawatan Di Kardiovaskular and Brain Center Rsup Prof. Dr. R. D. Kandou Manado', *Jurnal Keperawatan UNSRAT*, 3(2), p. 109372.
- Nursalam. 2015. *Manajemen Keperawatan Aplikasi dalam Keperawatan Profesional*. Jakarta: Salemba Medika.
- Prabowo, T. 2017. *Dokumentasi Keperawatan*. Yogyakarta: Pustaka



Baru.

## **BIODATA PENULIS**



### **Zahri Darni, S.Kp., M.Kep**

Dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung

Zahri Darni, S.Kp., M.Kep adalah dosen tetap STIKes Fatmawati, menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Ilmu Keperawatan di Fakultas Kedokteran Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Padjajaran Bandung (2000), kemudian melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Muhammadiyah Jakarta (2013). Saat ini menjabat sebagai Ketua Program Studi DIII Keperawatan STIKes Fatmawati. Selain mengajar, aktif dalam melaksanakan kegiatan penelitian dan pengabdian kepada masyarakat.

## **BIODATA PENULIS**



### **Masruroh**

Staf pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang Jawa Timur

Penulis adalah staf pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum ( Unipdu) Jombang Jawa Timur. Penulis menempuh pendidikan D-3 Ilmu Keperawatan tahun 1991 di Akademi Keperawatan Darul ulum Jombang kemudian melanjutkan jenjang Strata satu di Program studi Ilmu keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2000. Pada tahun 2009 Penulis melanjutkan kuliah pasca sarjana di Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga Surabaya kemudian pada tahun 2021 penulis menyelesaikan program studi program doctor di fakultas yang sama di Universitas Airlangga. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan, dan menulis artikel di beberapa jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.

## **BIODATA PENULIS**



### **Christin Rony Nayoan**

Dosen tetap di Universitas Tadulako Program Studi Profesi Dokter

Penulis lahir pada tahun 1981 di sebuah kota kecil di Sulawesi Tengah bernama Luwuk. Penulis merupakan dosen tetap di Universitas Tadulako Program Studi Profesi Dokter. Penulis merupakan dosen farmakologi selama lebih dari 10 tahun dan telah menyelesaikan pendidikan Spesialis THT-KL di Fakultas Kedokteran Universitas Diponegoro dan melanjutkan fellowship di Kelompok Studi Onkologi Bedah Kepala dan Leher.

## BIODATA PENULIS



### **Ririn Afrian Sulistyawati, S.Kep.,Ns.,M.Kep**

Dosen Program Studi Keperawatan Program Sarjana  
Universitas Kusuma Husada Surakarta

Penulis lahir di Selong, 26 April 1992. Penulis adalah dosen tetap Program Studi Keperawatan Program Sarjana, Universitas Kusuma Husada Surakarta. Penulis menyelesaikan program studi S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, kemudian melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Gadjah Mada dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah.

Selain mengajar, penulis juga aktif melakukan penelitian, pengabdian masyarakat dan publikasi di jurnal nasional maupun internasional. Penulis juga telah menghasilkan buku saku yang berjudul Pedoman Terapi Dzikir. Penulis dapat dihubungi melalui email: [ririnafrian@gmail.com](mailto:ririnafrian@gmail.com).

## BIODATA PENULIS



### **Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep**

Staf Dosen Jurusan Keperawatan  
Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Klaten tanggal 4 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Nabire, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2018. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : [wibowohanafi@gmail.com](mailto:wibowohanafi@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Puspita Sari**

Dosen Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran  
Universitas Tadulako

Penulis lahir di Palu tanggal 17 Februari 1988. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Kedokteran Fakultas Kedokteran, Universitas Tadulako. Menyelesaikan pendidikan S1 Sarjana Kedokteran (2009) dan Profesi Dokter pada Fakultas Kedokteran Universitas Islam Indonesia (2011), kemudian menyelesaikan S2 Ilmu Biomedis pada Pascasarjana FKKMK Universitas Gadjah Mada (2018). Saat ini penulis merupakan dosen tetap pada Bagian Patologi Anatomi Fakultas Kedokteran Universitas Tadulako. Korespondensi dengan penulis dapat melalui [sari.puspt88@gmail.com](mailto:sari.puspt88@gmail.com)

## **BIODATA PENULIS**



### **Jenny Saherna**

Dosen FKIK Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Buntok tanggal 30 Januari 1986. Penulis adalah dosen tetap di Program Studi Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan (FKIK), Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan pada tahun 2008, lulus Profesi Ners pada tahun 2009, menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan pada tahun 2016. Penulis menekuni bidang menulis untuk mempermudah peserta didik mencari bahan landasan teori dalam pemecahan kasus dan masalah keperawatan khususnya pada pasien dengan penyakit kanker. Penulis juga memiliki praktik keperawatan mandiri yang berpraktik di Banjarmasin Kalimantan Selatan, praktik ini berfokus pada perawatan luka, sebagai aplikatif konsep yang didapat dan pengalaman dalam merawat pasien luka.



## BIODATA PENULIS



**Natalia Ratna Yulianti, Ns., MAN.**

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners  
STIKes St. Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Semarang tanggal 2 Juli 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners, STIKes St. Elisabeth Semarang, menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan melanjutkan S2 pada jurusan Master of Art in Nursing, Angeles University Foundation, Filipina. Penulis menekuni bidang Keperawatan/Kesehatan Anak dengan mengampu Mata Ajar Keperawatan Anak dan membimbing Praktik Keperawatan Anak di beberapa rumah sakit, melakukan penelitian, inovasi dan pengabdian kepada masyarakat pada anak dan remaja yang juga dipublikasikan di jurnal nasional. Saat ini penulis menjadi Pengurus Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Jawa Tengah.

## **BIODATA PENULIS**



**Dessy Hadrianti, Ns., M.Kep.**

Dosen Program Studi S1 Keperawatan Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin

Penulis lahir di Kandangan tanggal 12 Desember 1985. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi S1 Keperawatan, Fakultas Keperawatan dan Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Banjarmasin. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan.

Penulis juga selain aktif sebagai pengajar mata kuliah keperawatan medical bedah, memiliki praktik perawat mandiri dimana focus pada perawatan luka yang bernama “Ronissa Wound Care”

## **BIODATA PENULIS**



**Herlina, S.Kep.,Ners.,M.Kep**

Dosen Program Studi Diploma III Keperawatan  
Akademi Keperawatan Bethesda Serukam

Penulis lahir di Melayang tanggal 05 Juni 1986. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma III Keperawatan, Akademi Keperawatan Bethesda Serukam. Menyelesaikan Pendidikan Diploma III Keperawatan di Akademi Keperawatan Bethesda Serukam, S1 Keperawatan + Ners di STIK Muhammdiyah Pontianak dan melanjutkan S2 Keperawatan di Universitas Diponegoro.

## BIODATA PENULIS



**Zuriati, S.Kep, Ners, M.Kep .**  
Dosen Program Studi Profesi Ners  
STIKes Istara Hermina Jakarta

Penulis ini lahir di Padang, 3 Juli 1981 adalah Dosen aktif dan Ketua Program Studi Ners di STIKes Istara Hermina Jakarta. Sekarang penulis lagi melanjutkan Program Ph.D di *Lincoln University Malaysia*. Penulis selama jadi dosen kurang lebih 13 Tahun dan sudah menghasilkan beberapa Buku antara lain: Buku Ajar Asuhan Keperawatan Respirasi dan Buku Ajar Muskuloskeletal, buku Monograf *Terapi Komplementer dalam Menurunkan Skala Nyeri* dan Buku Monograf Buku “Fisioterapi Dada dan Posisi Tripod” pada pasien Gangguan Pernafasan. Selain itu penulis aktif menulis artikel ilmiah di beberapa Jurnal dan Prosiding, baik Nasional maupun Internasional. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi mahasiswa dan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan bersihan jalan nafas.