

Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep
Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep
Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B
Ns. Furaida Khasanah, M.Kep
Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep



KEPERAWATAN ONKOLOGI



KEPERAWATAN ONKOLOGI

Buku Keperawatan Onkologi yang berada di tangan pembaca ini terdiri dari 5 Bab :

Bab 1 Peran Perawat Onkologi dalam Asuhan Keperawatan

Bab 2 Konsep End Of Life Penyakit Terminal

Bab 3 Deteksi dan Diagnosis Onkologi

Bab 4 Penatalaksanaan Gejala Efek Samping Toksisitas Pengobatan Kanker

Bab 5 Perawatan Paliatif Onkologi



**eureka
media aksara**
Anggota IKAPI
No. 225/JTE/2021



0858 5343 1992



eurekamediaaksara@gmail.com



Jl. Banjaran RT.20 RW.10

Bojongsari - Purbalingga 53362

ISBN 978-634-221-285-1



9

786342

212851

KEPERAWATAN ONKOLOGI

Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep

Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep

Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B

Ns. Furaida Khasanah, M.Kep

Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep



PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA

KEPERAWATAN ONKOLOGI

Penulis : Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep
Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep
Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B
Ns. Furaida Khasanah, M.Kep
Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep

Desain Sampul : Eri Setiawan

Tata Letak : Ayu May Lisa

ISBN : 978-634-221-285-1

Diterbitkan oleh : **EUREKA MEDIA AKSARA, JANUARI 2025**
ANGGOTA IKAPI JAWA TENGAH
NO. 225/JTE/2021

Redaksi:

Jalan Banjaran, Desa Banjaran RT 20 RW 10 Kecamatan Bojongsari
Kabupaten Purbalingga Telp. 0858-5343-1992
Surel : eurekamediaaksara@gmail.com
Cetakan Pertama : 2025

All right reserved

Hak Cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak atau memindahkan sebagian atau seluruh
isi buku ini dalam bentuk apapun dan dengan cara apapun,
termasuk memfotokopi, merekam, atau dengan teknik perekaman
lainnya tanpa seizin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas berkat dan rahmat-Nya, penulis dapat menyelesaikan buku ini. Penulisan buku merupakan buah karya dari pemikiran penulis yang diberi judul “Keperawatan Onkologi”. Penulis menyadari bahwa tanpa bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak sangatlah sulit bagi penulis untuk menyelesaikan karya ini. Oleh karena itu, penulis mengucapkan banyak terima kasih pada semua pihak yang telah membantu penyusunan buku ini. Sehingga buku ini bisa hadir di hadapan pembaca.

Buku ini terbagi menjadi 5 bab yang membahas 1. Peran Perawat Onkologi dalam Asuhan Keperawatan, 2. Konsep *End Of Life* Penyakit Terminal, 3. Deteksi dan Diagnosis Onkologi, 4. Penatalaksanaan Gejala Efek Samping Toksisitas Pengobatan Kanker, 5. Perawatan Paliatif Onkologi.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kesempurnaan. Oleh karena itu kritik dan saran yang membangun sangat dibutuhkan guna penyempurnaan buku ini. Akhir kata saya berharap Tuhan Yang Maha Esa berkenan membalas segala kebaikan semua pihak yang telah membantu. Semoga buku ini akan membawa manfaat bagi pengembangan ilmu pengetahuan.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 PERAN PERAWAT ONKOLOGI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN	
Oleh : Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep	1
A. Pendahuluan	1
B. Peran Perawat Onkologi dalam Asuhan Keperawatan	2
C. Peran Perawat Onkologi.....	3
D. Perawatan Keperawatan Onkologi	11
DAFTAR PUSTAKA.....	13
BIODATA PENULIS.....	14
BAB 2 KONSEP <i>END OF LIFE</i> PENYAKIT TERMINAL	
Oleh : Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep.....	16
A. Pendahuluan	16
B. Definisi Penyakit Terminal	17
C. Lintasan <i>End of Life</i>	19
D. Perspektif Pasien tentang <i>End of Life</i>	21
E. Gejala dan Perasaan Kompleks Pasien di <i>End of Life</i>	22
F. Perspektif Keluarga tentang Sekarat dan Kematian.....	25
G. Peran Penyedia Layanan Kesehatan di <i>End of Life</i>	26
H. Pertimbangan Etika dalam Perawatan <i>End of Life</i>	27
I. Perencanaan Perawatan <i>End of Life</i>	28
DAFTAR PUSTAKA.....	31
BIODATA PENULIS.....	36
BAB 3 DETEKSI DAN DIAGNOSIS ONKOLOGI	
Oleh : Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B	37
A. Pendahuluan	37
B. Deteksi Dini Kanker dalam Praktik Keperawatan.....	38
C. Proses Diagnostik Kanker	41
D. Pemeriksaan Laboratorium dalam Diagnostik Kanker.....	46

	E. Teknik Pencitraan dalam Deteksi dan Diagnostik Kanker	47
	DAFTAR PUSTAKA	50
	TENTANG PENULIS	52
BAB 4	PENATALAKSANAAN GEJALA EFEK SAMPING TOKSISITAS PENGOBATAN KANKER	
	Oleh : Ns. Furaida Khasanah, M.Kep	53
	A. Pendahuluan	53
	B. Manajemen Toksisitas pada Berbagai Macam Pengobatan Kanker	54
	C. Penatalaksanaan Efek Samping Kemoterapi	60
	DAFTAR PUSTAKA	64
	TENTANG PENULIS	68
BAB 5	PERAWATAN PALIATIF ONKOLOGI	
	Oleh : Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep	69
	A. Pendahuluan	69
	B. Pengertian Perawatan Paliatif, Perawatan Suportif, dan Onkologi paliatif	71
	C. Prinsip-Prinsip Perawatan Paliatif	74
	D. Indikasi Perawatan Paliatif Onkologi	74
	E. Langkah-Langkah dalam Perawatan Paliatif :.....	75
	F. Tim Multidisiplin.....	75
	G. Perawatan Paliatif pada Onkologi Dewasa.....	79
	H. Perawatan Paliatif Onkologi pediatri	94
	I. Model Perawatan Paliatif dalam Onkologi Pediatri	106
	DAFTAR PUSTAKA	111
	TENTANG PENULIS	113



KEPERAWATAN ONKOLOGI

Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep

Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep

Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B

Ns. Furaida Khasanah, M.Kep

Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep



BAB

1

PERAN PERAWAT ONKOLOGI DALAM ASUHAN KEPERAWATAN

Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep

A. Pendahuluan

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

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.

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.

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 (Darni et al., 2022)

B. Peran Perawat Onkologi dalam Asuhan Keperawatan

Perawat adalah tenaga kesehatan yang berkompentensi Khusus dibidangnya dalam merawat pasiendan memiliki legal dan etik untuk melaksanakan asuhan keperawatan kepada pasien, adapun Beberapa tugas dan peran perawat yaitu :

1. Perawat sebagai advokat

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

2. 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 (darni et al., 2022).

Perawat onkologi berpraktik di berbagai tempat, termasuk rumah sakit perawatan akut, klinik perawatan rawat jalan, kantor onkologis swasta, fasilitas terapi radiasi, lembaga perawatan kesehatan di rumah, dan lembaga komunitas. Mereka berpraktik bekerja sama dengan sejumlah

disiplin onkologi, termasuk onkologi bedah, onkologi radiasi, onkologi ginekologi, onkologi pediatrik, dan onkologi medis. Perawat onkologi terlibat erat dengan berbagai masalah perawatan suportif yang dihadapi oleh pasien kanker dan keluarga.

C. Peran Perawat Onkologi

Selama beberapa dekade, terdapat banyak perubahan dari peran perawat onkologi. Peran perawat menjadi lebih kompleks, seiring dengan semakin berkembangnya ilmu dan teknologi terapi pengobatan kanker. Dengan semakin majunya teknologi, termasuk dalam terapi biologi dan kemoterapi, keahlian perawat yang lebih komprehensif diperlukan, mulai pengkajian hingga pemberian asuhan keperawatan kepada klien. Peran perawat, terutama perawat spesialis onkologi tidak hanya melakukan tindakan yang prosedural saja seperti memasang infus, namun juga memberikan asuhan keperawatan yang lebih kompleks, misalnya memberikan edukasi kepada klien, baik saat menjalani rawat inap maupun saat klien menjalani rawat jalan. Berikut beberapa peran perawat onkologi dalam merawat klien:

1. Sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan (Caregiver)

Peran perawat sebagai caregiver merupakan peran utama dari perawat onkologi, yaitu memberikan asuhan keperawatan kepada klien. Menurut Potter & Perry (2013), perawat dapat membantu klien mempertahankan dan mendapatkan kembali kesehatan, mengelola penyakit dan gejala, serta mencapai fungsi dan kemandirian tingkat maksimal melalui proses penyembuhan. Perawat memberikan kesembuhan melalui keterampilan fisik dan interpersonal yang dimiliki. Penyembuhan melibatkan lebih dari mencapai peningkatan kesehatan fisik. Perawat hendaknya dapat memenuhi semua kebutuhan perawatan kesehatan klien, baik secara emosi, spiritual, dan kesejahteraan sosial klien. Sebagai caregiver, klien dan keluarga menentukan tujuan dan membantu mereka

mencapai tujuan dengan biaya keuangan, waktu, dan energi yang minimal.

2. Sebagai Manajer

Peran sebagai manajer yang melakukan kolaborasi dengan tenaga medis lain. Melalui peran ini, perawat dituntut bisa berdiskusi mengenai masalah kesehatan yang klien hadapi dan mencari solusi terbaik bagi perawatan klien (Potter & Perry, 2013). Menurut Waite & Richey (2019), peran perawat sebagai manajer seperti melibatkan staf, perawatan klien, keselamatan klien, sekaligus memajukan praktik keperawatan.

3. Sebagai Inisiator

Peran perawat dalam terapi komplementer adalah sebagai inisiator. Perawat membangun komunikasi yang menghargai dan terbuka, dimana klien merasa nyaman dan terbuka untuk berbicara (Black & Hawks, 2014). Seorang perawat profesional dikenal sebagai perawat yang terampil, kompeten, dan berpengetahuan luas yang berfokus pada peningkatan hasil dalam mencrapkan intervensi berbasis bukti dalam tindakan keperawatan (King & Gerard, 2012). Perawat dalam menerapkan intervensi berbasis bukti hendaknya mempertimbangkan intervensi yang hemat biaya dan dapat meningkatkan kualitas pelayanan untuk mengurangi fatigue pada klien kanker (Stanley et al., 2008).

Perawat diharapkan memiliki pengetahuan dan keterampilan serta berperan aktif dalam manajemen penyakit kronis dan menilai serta mengelola gejala fisik seperti fatigue pada kanker (King & Gerrad, 2012). Intervensi dapat termasuk membuat dan mengevaluasi rencana latihan individual untuk klien rawat inap dengan kanker dan mengembangkan pengetahuan discharge planning serta selama rawat jalan (Mcgowan, 2016).

4. Sebagai Advokat

Perawatan paliatif adalah komponen kunci untuk perawatan yang berkualitas. Sebagai perawat onkologi, perawat berperan sebagai advokat dan mengubah perawatan

paliatif pada penderita kanker. Selain itu perawat dapat memberikan dukungan emosional dan psikososial yang dibutuhkan klien (Goodman, 2015).

Integrasi perawatan paliatif spesialis pada klien kanker adalah dengan meningkatkan kontrol gejala, perawatan akhir hidup, komunikasi terkait keschatan, dan kesinambungan perawatan (Salins et al., 2016).

tingkat kepuasan yang lebih tinggi pada klien dan keluarga mereka, klien dan keluarga memiliki pengetahuan lebih baik tentang diagnosis dan prognosis, diskusi tujuan perawatan, dan dokumentasi perkembangan secara langsung (Elsayem et al., 2004).

Peran perawat paliatif spesialis terintegrasi di pusat perawatan kanker telah menunjukkan peningkatan manajemen gejala, dukungan psikologis yang lebih baik untuk klien dan keluarga, discharged planning, penurunan angka kematian di rumah sakit, Sesuai dengan studi dari Cook, McIntyre, Recoche, & Lee, (2019), peran perawat onkologi dapat berperan sebagai pendidik, komunikator, advokasi.

5. **Sebagai Inovator**, Peneliti dan Change Agent perawat berperan sebagai inovator, peneliti, dan change agent. Sebagai peneliti, perawat menyelidiki masalah untuk meningkatkan asuhan keperawatan dan lebih jauh mendefinisikan serta memperluas ruang lingkup praktik keperawatan (Potter & Perry, 2013). Dalam hal ini, perawat melakukan identifikasi bahwa dengan media yang digunakan selama ini di lahan praktik seperti lembar balik, leaflet, dan secara verbal masih ditemukan klien yang belum mcngerti mengenai penanganan mual muntah pada klien yang mendapat kemoterapi, meskipun mereka sering terpapar dengan informasi tersebut. Dengan pengembangan media edukasi berbentuk video, perawat melakukan penelitian dengan menilai keefektifan dalam peningkatan pengetahuan klien dan keluarga. Selain itu, perawat juga secara tidak langsung melakukan peran sebagai inovator dan

change agent. Studi dari Toole et al., (2019) menjalankan peran sebagai inovator, klien melaporkan adanya kepuasan dengan inovasi yang diberikan oleh perawat. Dengan pemberian edukasi ini, diharapkan terjadi juga perubahan perilaku khususnya penanganan mual muntah dengan menghindari jenis makanan yang dapat merangsang mual muntah, serta mengonsumsi makanan yang dianjurkan. Dengan demikian, diharapkan kondisi klien menjadi lebih baik dan pengobatan kemoterapi dapat berjalan lancar.

Peran perawat onkologi difokuskan pada penilaian pasien, edukasi pasien, koordinasi perawatan, perawatan langsung pasien, manajemen gejala, dan perawatan suportif. Untuk menggambarkan betapa beragamnya peran tersebut dan pentingnya peran tersebut dalam rangkaian perawatan kanker, diberikan contoh-contoh yang terkait dengan peran perawat onkologi dalam perawatan langsung pasien, manajemen gejala, dan perawatan suportif.

1. Penilaian Pasien

Perawat diharapkan ahli dalam menilai status fisik dan emosional pasien, riwayat kesehatan masa lalu, praktik kesehatan, dan pengetahuan pasien dan keluarga tentang penyakit dan pengobatannya. Perawat onkologi meninjau rencana pengobatan dengan dokter onkologi, menyadari hasil yang diharapkan dan kemungkinan komplikasi, dan secara independen menilai status fisik dan emosional umum pasien. Sangat penting untuk menyelesaikan riwayat keperawatan dan pemeriksaan fisik yang terperinci.

Perawat onkologi diharapkan mengetahui hasil dan implikasi umum dari semua studi laboratorium, patologi, dan pencitraan yang relevan. Penilaian pemahaman pasien tentang penyakit dan pengobatan yang diusulkan sangat penting dalam meredakan kecemasan dan merumuskan rencana perawatan. Memperoleh informasi ini akan membantu menghindari kesalahpahaman dan harapan yang membingungkan. Persiapan pasien yang menyeluruh

meningkatkan kepatuhan terhadap program pengobatan dan dapat memengaruhi hasil pengobatan juga.

Rencana asuhan keperawatan dikembangkan sebagai respons terhadap kebutuhan khusus yang diidentifikasi dari penilaian. Minimalnya, rencana ini meningkatkan

- a. Pemahaman pasien tentang tujuan terapi, jadwal perawatan, dan kemungkinan efek samping terapi;
- b. Persiapan fisik dan psikologis untuk terapi;
- c. Kenyamanan fisik dan psikologis; dan
- d. Kepatuhan.

2. Pendidikan Pasien

Perawat sering kali memiliki kesempatan yang lebih baik daripada anggota tim perawatan kesehatan lainnya untuk mengembangkan hubungan yang diperlukan untuk upaya pendidikan yang efektif dengan pasien dan keluarga mereka. Pendidikan pasien dan keluarga dimulai sebelum terapi dan berlanjut selama dan setelah terapi. Penguatan berkelanjutan selama kursus perawatan membantu memastikan keberhasilan. Alat bantu pengajaran tertulis dan visual yang sesuai dapat digunakan, serta rujukan ke profesional lain atau program komunitas, seperti kelompok pendukung kanker.

Pendidikan tersebut mencakup pengalaman terstruktur dan tidak terstruktur untuk membantu pasien mengatasi diagnosis mereka, penyesuaian jangka panjang, dan gejala; untuk mendapatkan informasi tentang pencegahan, diagnosis dan perawatan; dan untuk mengembangkan keterampilan, pengetahuan, dan sikap untuk mempertahankan atau mendapatkan kembali status kesehatan. Pendidikan yang direncanakan ini menggunakan kombinasi metode yang paling memenuhi kebutuhan, kemampuan, dan gaya belajar pasien. *Oncology Nursing Society* (ONS) telah meningkatkan definisi ini dengan merekomendasikan kriteria hasil pendidikan pasien berikut : Pasien dan/atau keluarga harus dapat

- a. Menggambarkan keadaan penyakit dan terapi pada tingkat yang konsisten dengan status pendidikan dan emosional pasien;
- b. Berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan rencana perawatan dan aktivitas kehidupan;
- c. Mengidentifikasi sumber daya masyarakat yang tepat yang menyediakan informasi dan layanan;
- d. Menjelaskan tindakan yang tepat untuk masalah yang sangat dapat diprediksi, keadaan darurat onkologi, dan efek samping utama dari penyakit dan/atau terapi; dan
- e. Menjelaskan jadwal saat terapi yang sedang berlangsung diprediksi.

3. Koordinasi Perawat

Perawat onkologi memainkan peran penting dalam mengoordinasikan berbagai teknologi kompleks yang kini umum digunakan dalam diagnosis dan perawatan kanker. Koordinasi ini meliputi perawatan langsung pasien; dokumentasi dalam rekam medis; partisipasi dalam terapi; manajemen gejala; pengaturan rujukan ke penyedia layanan kesehatan lain; edukasi pasien dan keluarga; serta konseling selama diagnosis, terapi, dan tindak lanjut. Perawat harus bertindak sebagai lini komunikasi pertama pasien. Idealnya, pasien dan keluarga harus merasa bebas untuk menghubungi perawat onkologi melalui telepon selama seluruh program perawatan. Banyak pasien yang bepergian jauh, jadi pentingnya komunikasi melalui telepon harus ditekankan. Hal ini memungkinkan komunikasi pasien yang berkelanjutan, pengenalan dini keadaan darurat, dan dukungan emosional yang teratur.

4. Perawatan Pasien Langsung

Mayoritas anggota ONS memberikan perawatan pasien langsung yang melibatkan kemoterapi. Sertifikasi nasional untuk kemoterapi saat ini belum ada. Setiap institusi harus memiliki kebijakan tertulis untuk sertifikasi kemoterapi, pemberian obat antineoplastik (semua rute),

penanganan dan pembuangan obat yang aman, pengelolaan reaksi yang tidak diinginkan, seperti reaksi alergi, dan metode untuk dokumentasi. ONS saat ini menawarkan kursus pelatih kemoterapi. Para pelatih ini kemudian dapat menawarkan kursus pelatihan kemoterapi di masyarakat kepada perawat onkologi berdasarkan pedoman dan kurikulum ONS.

Tanggung jawab penting perawat yang terlibat dalam pemberian kemoterapi adalah memastikan dosis dan obat yang tepat diberikan melalui rute yang tepat kepada pasien yang tepat. Regimen kompleks obat-obatan yang berpotensi mematikan digunakan dalam berbagai situasi.

5. Manajemen Gejala

Perawat onkologi ditantang setiap hari untuk menangani berbagai gejala yang dialami pasien kanker dan keluarga mereka sebagai akibat dari kanker atau pengobatannya. Perawat memilah masalah pasien dan membantu dalam evaluasi gejala dan memulai intervensi. Misalnya, data subjektif dan objektif, termasuk informasi tentang pengobatan kemoterapi terakhir dan pengetahuan tentang riwayat pasien, memandu perawat dalam menentukan disposisi dan pengobatan pasien. Banyak kemajuan telah dibuat dalam mengelola efek samping kemoterapi, dan perawat telah memberikan kontribusi yang signifikan terhadap keberhasilan ini. Misalnya, mual dan muntah adalah dua gejala paling umum yang terkait dengan kemoterapi.

Pengendalian gejala-gejala ini telah menjadi prioritas penelitian keperawatan. Banyak penelitian telah membantu mendefinisikan mual dan muntah dan mengembangkan alat untuk mengukur kejadian, tekanan, dan pengalaman individu yang terkait dengan gejala-gejala ini. Informasi ini membantu dalam pengobatan mual dan muntah dan evaluasi efektivitas pengobatan yang diresepkan.

6. Perawatan Suportif

Perawat onkologi terlibat erat dengan berbagai masalah perawatan suportif yang dihadapi oleh pasien kanker dan keluarga mereka. Bab ini tidak memungkinkan pembahasan terperinci tentang berbagai bidang perawatan suportif dan paliatif, tetapi dua bidang layak disebutkan secara khusus, yaitu keterlibatan perawat dalam manajemen nyeri dan dalam penyembuhan.

Karena perawat menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien yang mengalami nyeri dibandingkan dengan profesional kesehatan lainnya, sangatlah penting bagi perawat untuk memiliki pengetahuan tentang penilaian nyeri dan manajemen nyeri baik secara farmakologis maupun nonfarmakologis, untuk memberikan pengendalian nyeri yang baik serta edukasi kepada pasien dan keluarga. Namun, seperti halnya profesi perawatan kesehatan lainnya, hambatan dalam memberikan pengendalian nyeri yang efektif juga ada dalam keperawatan.

Perawatan keperawatan harus direncanakan untuk meningkatkan kenyamanan pasien, memberikan pasien dan keluarga mereka informasi yang terkait dengan pengendalian nyeri, memberikan informasi tentang dan bantuan dengan intervensi perilaku dan fisik, mencegah dan meringankan efek samping terapi farmakologis, dan meningkatkan kepatuhan pasien terhadap terapi dan tindak lanjut yang diperlukan. Perawat harus menjelaskan alasan intervensi dan menyediakan waktu untuk pertanyaan pasien dan keluarga. Edukasi pasien harus mencakup nama-nama agen farmakologis, jadwal dosis, efek samping, intervensi untuk meredakan mual dan muntah, seperti antiemetik, dan intervensi untuk meredakan konstipasi. Perawat harus memantau efektivitas dan efek samping intervensi farmakologis, status pernapasan, dan fungsi usus, serta fungsi mental dan kognitif. Pasien dan keluarga harus tahu

cara menghubungi petugas medis jika terjadi keadaan darurat dan harus merasa bebas untuk melakukannya.

D. Perawatan Keperawatan Onkologi

Keperawatan onkologi terus berkembang dan dapat berbeda secara signifikan di berbagai budaya. Saat ini, perawat onkologi bekerja di berbagai tempat seperti rumah sakit, klinik dokter swasta, infus rawat jalan, pusat radiasi, lembaga kesehatan rumah, dan lingkungan masyarakat, yang mendukung banyak disiplin ilmu onkologi. Peran perawat onkologi bervariasi dari fokus masyarakat pada penyaringan, deteksi, dan pencegahan hingga fokus perawatan yang lebih intensif seperti transplantasi darah dan sumsum tulang. Terlepas dari tempatnya, perawat yang bekerja dalam perawatan kanker bertanggung jawab untuk berfokus pada penilaian pasien, pengelolaan gejala, pendidikan, koordinasi, dan perawatan suportif.

Perawatan paliatif diperlukan untuk mendukung perawatan kanker yang komprehensif. Karena tren dalam perawatan kesehatan bergeser dari model biaya untuk layanan ke model berbasis nilai yang berpusat pada pasien, harapannya adalah peningkatan akan terjadi dalam integrasi perawatan paliatif ke dalam perawatan onkologi yang komprehensif. Perawat telah belajar untuk memasukkan tujuan pengasuh ke dalam rencana perawatan. Diagnosis kanker sering kali mengakibatkan tekanan dalam domain perawatan fisik, psikososial, spiritual, dan emosional. Saat ini, keperawatan perawatan paliatif berfokus pada pemberian perawatan kepada pasien dan keluarga individu, dalam populasi penyakit tertentu, dan masalah perawatan paliatif dalam perawatan kesehatan dan masyarakat secara keseluruhan. Pelatihan yang tepat sangat penting untuk memiliki pengetahuan dan keterampilan untuk menangani berbagai aspek kanker.

Dengan meningkatnya populasi lansia di negara-negara maju di seluruh dunia, pasien dapat memilih untuk mendapatkan perawatan akhir hayat di berbagai tempat seperti

rumah sakit, fasilitas rawat jalan, atau di rumah. Baik perawat onkologi baru maupun yang berpengalaman perlu merasa nyaman dalam memberikan perawatan keperawatan akhir hayat. Ada program pelatihan, *End-of-Life Nursing Education Consortium* (ELNEC), yang berfokus pada pendidikan keperawatan untuk memberikan perawatan akhir hayat yang optimal kepada pasien dan keluarga mereka. Kelelahan merupakan masalah yang signifikan bagi perawat onkologi yang memberikan perawatan akhir hayat. Untuk mendukung ketahanan dan mempertahankan tenaga kerja, perawat onkologi memerlukan strategi tentang cara mendukung pasien yang kompleks ini, keluarga mereka, dan diri mereka sendiri agar berhasil dalam memberikan perawatan akhir hayat yang berkualitas tinggi.

Sebagai kesimpulan, perawat perawatan memainkan peran penting dalam memberikan perawatan onkologi, termasuk memberikan berbagai macam rejimen pengobatan yang kompleks. Koordinasi meliputi perawatan pasien secara langsung, dokumentasi dalam rekam medis, partisipasi dalam terapi, manajemen gejala, pengaturan rujukan ke penyedia layanan kesehatan lain, edukasi keluarga dan pasien, serta diagnosis, terapi, dan tindak lanjut. Memberikan edukasi dan kompetensi berkelanjutan kepada perawat perawatan, menerapkan praktik berbasis bukti, dan mengidentifikasi model pemberian perawatan keperawatan yang tepat akan mendukung pemberian perawatan berkualitas dalam lingkungan yang kompleks ini (Hussain et al., 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Abdurrahmat Fathoni. (2006). *Metodologi Penelitian dan Teknik Penyusunan Skripsi*. Rineka Cipta.
- Darni, Z., Nayoan, C. R., Sulistyawati, R. A., Hanafi, W., Susanto, A., Sari, P., Saherna, J., Yulianti, N. R., Hadrianti, D., Herlisa, & Zuriati. (2022). *Perawatan pasien kanker*.
- Hussain, F., Alhayli, S., & Aljurf, M. (2021). Data unit, translational research, and registries. In *The Comprehensive Cancer Center: Development, Integration, and Implementation*. https://doi.org/10.1007/978-3-030-82052-7_16
- Mundir. (2013). Metode Penelitian Kualitatif dan Kuantitatif. In Hisbiyatul Hasanah (Ed.), *STAIN Jember Press*. STAIN Jember Press.
- Noverita Irmayati, Sri Yona, Agung Waluyo, E. (2023). *Asuhan Keperawatan Spesialistik Klien dengan Kanker Kolorektal*. 26 September 2023. https://books.google.co.id/books?id=dw7ZEAAQBAJ&pg=PA101&dq=peran+perawat+onkologi&hl=id&newbks=1&newbks_redir=0&source=gb_mobile_search&ovdme=1&sa=X&ved=2ahUKEwiGkcup4PHAxWJyzgGHcbMAEIQ6wF6BAGOEAU#v=onepage&q=peran perawat onkologi&f=false
- Sandu Siyoto, & Sodik, M. A. (2015). *Dasar Metodologi Penelitian*. Literasi Media Publishing.
- Syahrum, & Salim. (2014). *Metode Penelitian Kuantitatif* (R. Ananda (ed.); Vol. 1). Citapustaka Media.

BIODATA PENULIS



Ns. Hendri Heriyanto, S.Kep., M.Kep

lahir di Kepahiang pada tanggal 15 Mei 1982 anak kedua dari tiga bersaudara . Pendidikan D3 Keperawatan diselesaikan di AKPER Propinsi Bengkulu dan melanjutkan Pendidikan S1 dan S2 di Universitas Padjadjaran Bandung pada Fakultas Keperawatan dengan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah. Pekerjaan Menjadi Tenaga Pendidik di Poltekkes Kemenkes Bengkulu sebagai Dosen Jurusan Keperawatan semenjak tahun 2002 s.d sekarang. Ini adalah karya kedua saya semoga akan ada karya - karya selanjutnya. Email : hendriasik79@gmail.com (untuk Google Scholar) dan hendri_heriyanto@poltekkesbengkulu.ac.id (email institusi)

DAFTAR PUSTAKA

- Abdal (2015) Kebijakan Publik (Memahami Konsep Kebijakan Publik), UIN Sunan Gunung Djati. Bandung. Available at: <http://repository.unimal.ac.id/3602/1/Pertemuan2Kebijakan.pdf>.
- Dewi, N.L.Y. (2019) 'Dinamika Collaborative Governance Dalam Studi Kebijakan Publik', *Jurnal Ilmiah Dinamika Sosial*, 3(2), p. 200. Available at: <https://doi.org/10.38043/jids.v3i2.2188>.
- Fatmariyanti, Y. and Fauzi, A. (2023) 'Kebijakan Publik Versi William Dunn: Analisis Dan Implementasi', *Journal of Humanities and Social Studies*, 1(1), pp. 1-9.
- Handoyo, E. (2012) Kebijakan Publik. Semarang: Widya karya.
- Marwiah, S. (2022) 'Buku Ajar Kebijakan Publik'.
- Meutia, I.F. (2017) Analisis Kebijakan Publik, CV. Anugrah Utama Raharja. Bandar Lampung.
- Muadi, S., MH, I. and Sofwani, A. (2016) 'Konsep dan Kajian Teori Perumusan Kebijakan Publik', *JRP (Jurnal Review Politik)*, 6(2), pp. 195-224. Available at: <https://doi.org/10.15642/jrp.2016.6.2.195-224>.
- Pramono, J. (2020) Implementasi dan Evaluasi Kebijakan Publik, Unisri Press. Surakarta.
- Rantung, M.I.R. (2024) Evaluasi Kebijakan Publik (Konsep dan Model), Tahta Media Group. Available at: <http://tahtamedia.co.id/index.php/issj/article/view/73>. **Te**

BAB 2

KONSEP *END OF LIFE* PENYAKIT TERMINAL

Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep

A. Pendahuluan

Pada konteks penyakit terminal, istilah "end of life" merujuk pada tahap akhir perjalanan hidup seseorang saat mereka dihadapkan pada penyakit yang tidak dapat disembuhkan yang berujung pada kematian. Pada tahap ini, fokus perawatan sering kali bergeser dari penyembuhan penyakit ke manajemen gejala dan peningkatan kualitas hidup.

Berikut adalah beberapa bagian yang penting dari konsep *end of life* pada penyakit terminal:

1. Perawatan paliatif: pendekatan mendasar terhadap akhir kehidupan, dengan tujuan meredakan gejala, ketidaknyamanan, rasa nyeri, dan stres yang disebabkan oleh penyakit terminal. Perawatan ini tidak hanya menangani masalah fisik, tetapi juga meningkatkan kesejahteraan emosional, sosial, dan spiritual pasien dan keluarganya.
2. Keinginan pasien: Diskusi terkait permintaan pasien, seperti apakah mereka ingin menerima atau menolak jenis perawatan tertentu, memastikan bahwa perawatan yang ditawarkan sesuai dengan nilai dan preferensi mereka. Hal ini sering kali memerlukan penyusunan dokumen yang dikenal sebagai "surat wasiat" saat pasien masih hidup.
3. Kualitas Hidup: Berfokus pada kualitas hidup berarti memberikan perawatan yang meningkatkan kenyamanan dan kebahagiaan pasien, bukan sekadar memperpanjang

hidup mereka tanpa memperhatikan kualitas hidup. Hal ini mencakup bantuan psikologis, sosial, dan spiritual.

4. Dukungan Keluarga: Keluarga biasanya orang paling dekat dengan pasien dan seringkali terlibat dalam perawatan akhir hayat. Dukungan merupakan hal yang sangat penting bagi pasien, baik dukungan emosional, terapi, atau pelatihan tentang cara merawat pasien secara optimal.
5. Tempat Perawatan: Pada tahap ini, pasien dapat dirawat di rumah, di rumah sakit, atau di fasilitas perawatan khusus seperti *hospice*. Pilihan pasien dan keluarga, serta kondisi medis pasien, sering kali memengaruhi pilihan lokasi perawatan.
6. Manajemen Gejala: Ini mencakup pengelolaan nyeri, mual, sesak napas, dan gejala lain yang mungkin timbul. Perawatan ini bertujuan untuk membuat pasien merasa lebih nyaman dan mengurangi penderitaan.
7. Penanganan gejala: meliputi penanganan ketidaknyamanan termasuk nyeri, mual, sesak napas, dan gejala lain yang mungkin muncul. Perawatan ini bertujuan untuk mengurangi penderitaan dan mengurangi ketidaknyamanan yang dirasakan.
8. Pertimbangan hukum dan etika: mencakup keputusan tentang perawatan yang tepat, hak pasien untuk menerima atau menolak perawatan, dan kesulitan hukum apa pun yang mungkin timbul selama perawatan akhir hayat.

Perawatan akhir hayat berfokus pada pemberian bantuan secara holistik sekaligus melindungi martabat pasien di tahap akhir kehidupan mereka. Pendekatan ini mengakui bahwa setiap orang memiliki keinginan dan minat yang berbeda, dan perawatan harus disesuaikan dengan kebutuhan masing-masing.

B. Definisi Penyakit Terminal

Penyakit terminal mengacu pada penyakit atau kondisi yang tidak dapat disembuhkan dan diperkirakan akan menyebabkan kematian pasien (Salins et al., 2018). Penyakit ini

sering dikaitkan dengan penyakit progresif seperti kanker, penyakit jantung lanjut, dan demensia. Istilah ini menunjukkan bahwa penyakit tersebut pasti akan berkembang menuju kematian, terlepas dari upaya pengobatan (Hui et al., 2014; Salins et al., 2018).

Pasien dengan penyakit terminal biasanya memiliki harapan hidup yang terbatas, yaitu 6 bulan atau kurang jika penyakitnya berjalan normal. Namun, prognosis sulit diprediksi secara tepat, jadi jangka waktu ini tidak mutlak (Tatum, 2020).

Penyakit terminal melibatkan penurunan bertahap dan tidak dapat dipulihkan yang pada akhirnya menyebabkan kematian pasien. Tahap akhir, yang dikenal sebagai *actively dying*, mengacu pada jam atau hari sebelum kematian ketika fungsi fisiologis menurun (Huffman & Harmer, 2024; Salins et al., 2018).

Prognosis terminal 6 bulan atau kurang merupakan kriteria utama untuk kelayakan perawatan *hospice*. *Hospice* menyediakan perawatan paliatif yang berfokus pada kenyamanan dan kualitas hidup bagi pasien yang sakit parah menjelang akhir hayat (Tatum, 2020).

Meskipun terkadang disebutkan jangka waktu tertentu, penyakit terminal pada dasarnya adalah penentuan klinis yang dibuat oleh dokter untuk pasien berdasarkan lintasan dan prognosis penyakit secara keseluruhan (Hui et al., 2014; Salins et al., 2018). Hal ini bertujuan untuk mengidentifikasi pasien yang pengobatannya tidak lagi bersifat kuratif dan fokus perawatan harus dialihkan ke paliatif dan perencanaan akhir hayat (Huffman & Harmer, 2024; Salins et al., 2018; Tatum, 2020).

Perlu dipahami perbedaan antara penyakit terminal dengan penyakit kronis. Perbedaannya sangat penting untuk memberikan perawatan yang tepat. Penyakit terminal berfokus pada kenyamanan di akhir hayat (Huffman & Harmer, 2024; Tatum, 2020), sementara penyakit kronis memerlukan strategi manajemen jangka panjang untuk mempertahankan kualitas hidup. Penyakit kronis adalah kondisi jangka panjang berlangsung bertahun-tahun atau seumur hidup, seperti

diabetes atau penyakit jantung. Penyakit ini sering kali dapat ditangani tetapi tidak dapat disembuhkan. Keduanya memerlukan pendekatan yang disesuaikan untuk memenuhi kebutuhan unik pasien dan keluarga (CDC, 2024; Hacker, 2024).

Perawatan paliatif diperlukan untuk berbagai macam penyakit. Mayoritas pasien dewasa membutuhkan perawatan paliatif memiliki penyakit kronis yang semakin memburuk. Beberapa diantaranya penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit pernapasan kronis (10,3%), AIDS (5,7%) dan diabetes (4,6%). Banyak kondisi lain yang mungkin memerlukan perawatan paliatif, termasuk gagal ginjal, penyakit hati kronis, multiple sclerosis, penyakit Parkinson, rheumatoid arthritis, penyakit neurologis, demensia, kelainan bawaan dan tuberkulosis yang resistan terhadap obat (WHO, 2020).

C. Lintasan *End of Life*

Istilah lintasan akhir hayat atau *End of Life trajectory* mengacu pada pola penurunan yang dialami individu saat mereka mendekati kematian, yang dipengaruhi oleh status kesehatan mereka saat ini. Memahami lintasan ini penting bagi para profesional perawatan kesehatan, karena membantu dalam memberikan perawatan dan dukungan yang tepat selama fase kritis kehidupan ini.

Lintasan EOL secara umum meliputi penyakit terminal (fase awal, pra-terminal, dan terminal), kegagalan organ, kelemahan, dan kematian mendadak (Cohen-Mansfield et al., 2018). Penjelasannya berikut ini:

1. Penyakit Terminal

Fase-fase penyakit terminal (Cohen-Mansfield et al., 2018; Ebeling et al., 2023), berikut ini:

- a. Fase Awal: Pasien sering mengalami periode stabilitas relatif berkepanjangan, di mana mereka dapat mempertahankan tingkat fungsi yang wajar.
- b. Fase Pra-terminal: Fase ini biasanya dimulai beberapa bulan sebelum kematian, ditandai dengan penurunan bertahap dalam kemampuan fisik dan kognitif.

- c. Fase Terminal: Fase ini ditandai dengan kemunduran yang cepat selama beberapa minggu hingga bulan, yang berujung pada kematian. Fase ini sering kali melibatkan penanganan gejala yang signifikan dan intervensi perawatan paliatif.

2. Kegagalan Organ

Penurunan kronis, pasien dengan gagal organ (misalnya, jantung, ginjal) mengalami penurunan kesehatan yang stabil dengan eksaserbasi akut atau krisis yang memerlukan intervensi medis. Selanjutnya, rawat inap yang sering, gejala yang menurunkan status fungsional dasar menyebabkan pasien sering mengunjungi unit gawat darurat. Fase akhir hayat berupa kematian dapat terjadi akibat penurunan yang tiba-tiba atau bertahap. Selama fase ini, tujuan pasien dan keluarga harus didiskusikan untuk menyelaraskan pengobatan dengan keinginan pasien dan keluarga (Ebeling et al., 2023; Qureshi et al.).

3. Kelemahan

Penurunan bertahap berupa penurunan fungsi fisik dan kognitif yang lambat namun berkelanjutan yang membutuhkan lebih banyak perawatan. Peningkatan ketergantungan terjadi ketika pasien menjadi semakin bergantung pada keluarga atau *caregiver* untuk aktivitas sehari-hari, dengan tantangan signifikan terkait komunikasi dan pemahaman kondisi pasien. Fase penurunan akhir hayat dapat berlangsung selama berbulan-bulan atau bertahun-tahun, yang memerlukan penilaian dan penyesuaian rencana perawatan yang berkelanjutan (Duhoux et al., 2024).

4. Kematian mendadak

Pada bagian ini berupa transisi yang tidak dapat diprediksi, lintasan ini ditandai oleh transisi mendadak dari kesehatan ke kematian, sering kali disebabkan oleh kejadian medis akut seperti serangan jantung atau stroke. Sering kali persiapan terbatas, kesempatan untuk perencanaan

perawatan lanjutan atau intervensi paliatif sangat terbatas karena sifat penurunan yang tiba-tiba (Allard et al., 2024).

D. Perspektif Pasien tentang *End of Life*

Berikut penjelasan perspektif pasien tentang “end of life” atau akhir hayat:

1. Komunikasi dan pengambilan Keputusan

Pasien menghargai komunikasi yang terbuka dan jujur dengan tim perawatan kesehatan mereka mengenai prognosis dan pilihan pengobatan mereka. Mereka ingin berpartisipasi dalam pengambilan keputusan dan agar preferensi mereka dihormati, meskipun itu berarti menunda atau mendelegasikan pembicaraan tertentu kepada orang yang dipercaya. Kepekaan terhadap kesiapan dan gaya komunikasi setiap pasien sangatlah penting (Mack et al., 2021).

2. Manajemen gejala dan kualitas hidup

Sebagai pasien yang mendekati akhir hayatnya, mereka mengutamakan kenyamanan, menghilangkan rasa sakit, dan mempertahankan kualitas hidup setinggi mungkin (Bittencourt et al., 2023). Pasien ingin menghindari rasa sakit yang tidak perlu dan intervensi agresif yang dapat memperpanjang hidup dengan mengorbankan kualitas (Mack et al., 2021). Perawatan paliatif pada individu yang memenuhi kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual sangat dihargai.

3. Lokasi perawatan dan kematian

Mayoritas pasien lebih suka meninggal di rumah, dikelilingi oleh orang-orang yang mereka cintai dan di lingkungan yang familier. Namun, lokasi kematian yang sebenarnya sering kali berbeda dari lokasi yang diinginkan karena sejumlah faktor (Pinto et al., 2024). Pasien lebih suka menerima perawatan di lingkungan yang mencerminkan nilai-nilai dan tujuan mereka, seperti di rumah, fasilitas perawatan paliatif, atau rumah perawatan paliatif (Mack et al., 2021; Pinto et al., 2024).

4. Otonomi dan perencanaan perawatan lanjutan

Pasien menginginkan otonomi dalam keputusan akhir hidupnya, dan mereka ingin arahan lanjutan mereka dipatuhi. Pasien menghargai kesempatan untuk membicarakan dan mendokumentasikan preferensi mereka untuk perawatan yang dapat mempertahankan hidup, resusitasi, dan rencana donasi organ (Duhoux et al., 2024). Perencanaan perawatan lanjutan memastikan bahwa keinginan pasien dipahami dan dihormati oleh tim perawatan kesehatan dan anggota keluarganya.

5. Keterlibatan dan dukungan keluarga

Pasien memahami pentingnya peran keluarga mereka dalam perawatan akhir hayat dan ingin memastikan bahwa orang yang mereka cintai menerima dukungan emosional dan praktis (Mack et al., 2021). Pasien menghargai kesempatan untuk menghabiskan waktu bersama keluarga, menciptakan kenangan, dan menyelesaikan urusan yang belum selesai (Hernández-Zambrano et al., 2020; Mack et al., 2021). Selanjutnya, pasien menginginkan orang yang mereka cintai terlibat dalam pengambilan keputusan dan menerima dukungan duka setelah kematiannya.

E. Gejala dan Perasaan Kompleks Pasien di *End of Life*

Pasien mengalami serangkaian perasaan dan gejala kompleks yang meliputi dimensi fisik, psikologis, dan psikososial di akhir hayat. Memahami pengalaman ini sangat penting bagi penyedia layanan kesehatan dan keluarga untuk memberikan dukungan dan perawatan yang tepat.

1. Pengalaman Fisik

Pasien yang mendekati akhir hayatnya sering mengalami berbagai sensasi fisik yang dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup mereka. Pengalaman fisik yang umum meliputi:

- a. Nyeri; mayoritas pasien melaporkan nyeri yang terus-menerus, yang dapat melemahkan dan membuat stres. Manajemen nyeri yang efektif sangat penting, karena

pengendalian nyeri yang tidak memadai dapat menyebabkan peningkatan penderitaan dan kecemasan (Hoare et al., 2024; Li, 2024).

- b. Kelelahan; kelelahan ekstrem sering dilaporkan, sehingga menyulitkan pasien untuk melakukan aktivitas sehari-hari atau menikmati waktu bersama orang yang dicintai. Kelelahan ini dapat diperburuk oleh penyakit dan pengobatan yang mendasarinya (Kolstrøm et al., 2023).
- c. Sesak napas; dispnea merupakan gejala umum lainnya, terutama pada pasien dengan kondisi pernapasan atau jantung. Sensasi sesak napas dapat menyebabkan kecemasan dan kepanikan, yang selanjutnya mempersulit kondisi emosional pasien (Black et al., 2018).
- d. Mual dan Kehilangan Nafsu Makan; mual dapat disebabkan oleh obat-obatan atau penyakit itu sendiri, yang menyebabkan penurunan nafsu makan dan asupan nutrisi, yang dapat memengaruhi kekuatan dan kenyamanan secara keseluruhan (Li, 2024).

2. Pengalaman Psikologis

Gejala psikologis lazim ditemukan pada pasien yang menghadapi penyakit terminal:

- a. Depresi; mayoritas pasien mengalami depresi di akhir hayat. Pasien yang belum bisa menerima penyakitnya, tidak mendapat dukungan yang cukup dari keluarga maupun orang terdekat, dan tidak dapat memanajemen gejala yang muncul serta kehilangan makna dalam hidupnya dapat mengarah ke depresi (Iskandar et al., 2021; Pitman et al., 2018).
- b. Kecemasan; kecemasan tentang kematian, kekhawatiran terhadap anggota keluarga, dan ketakutan terhadap hal yang tidak diketahui adalah perasaan yang umum. Pasien juga mungkin mengalami tekanan eksistensial saat mereka menghadapi kematiannya (Iskandar et al., 2021; Pitman et al., 2018).

- c. Perubahan Kognitif; kebingungan atau delirium dapat terjadi karena pengobatan atau perkembangan penyakit, yang memengaruhi kemampuan komunikasi dan pengambilan keputusan. Hal ini dapat menyebabkan frustrasi bagi pasien dan pengasuh (Götze et al., 2018).

3. Pengalaman Psikososial

Aspek psikososial dari kematian melibatkan respons emosional dan dinamika sosial yang memengaruhi pasien dan keluarganya, meliputi:

- a. Isolasi Sosial; mayoritas pasien merasa terisolasi seiring perkembangan penyakitnya, yang dapat memperburuk perasaan kesepian dan putus asa. Hilangnya interaksi sosial sering kali menyebabkan penurunan kesejahteraan emosional (Iskandar et al., 2021).
- b. Dinamika Keluarga; dampak penyakit terminal tidak hanya dirasakan oleh pasien, tetapi juga anggota keluarga, yang mungkin mengalami kesedihan dan stres yang diantisipasi. Pengasuh keluarga sering kali menyatakan bahwa mereka merasa kewalahan dengan tanggung jawab mereka saat menghadapi penyakit orang yang mereka cintai (Götze et al., 2018).
- c. Gangguan Spiritual; pasien bergumul dengan pertanyaan eksistensial tentang makna dan tujuan hidup saat mereka mendekati kematian. Perawatan spiritual dapat memainkan peran penting dalam mengatasi masalah ini, memberikan kenyamanan selama masa yang penuh tantangan ini (Black et al., 2018)

Pasien di akhir hayat mengalami berbagai macam perasaan yang meliputi ketidaknyamanan fisik, tekanan psikologis, dan tantangan psikososial. Mengatasi pengalaman ini memerlukan pendekatan holistik yang mencakup manajemen gejala yang efektif, dukungan psikologis, dan perhatian terhadap dinamika keluarga atau *caregiver* pasien.

F. Perspektif Keluarga tentang Sekarat dan Kematian

Sangat penting memahami bagaimana keluarga menghadapi tantangan emosional, sosial, dan praktis kompleks terkait dengan perawatan akhir hayat atau *end of life*. Pentingnya komunikasi, pengaruh budaya, dan lanskap perawatan paliatif yang terus berkembang dalam membentuk pandangan terkait *end of life*.

Komunikasi yang efektif di antara anggota keluarga tentang kematian dan proses menuju kematian sangatlah penting. Banyak keluarga kesulitan untuk membahas topik-topik ini karena dianggap menjadi hal yang tabu dan ketidaknyamanan pribadi. Percakapan terbuka tentang kematian dapat memberikan dampak emosional yang positif bagi orang yang sedang sekarat dan orang-orang yang mereka cintai. Keluarga yang terlibat dalam diskusi tentang preferensi akhir hayat sering kali menyatakan pengalaman kematian yang lebih baik, karena pasien merasa lebih siap dan didukung selama masa sulit ini (Keeley, 2017; Saarinen et al., 2023)

Meskipun ada manfaatnya, banyak keluarga merasa sulit untuk memulai pembicaraan ini. Faktor-faktor seperti rasa takut, norma budaya, dan kepercayaan bahwa membicarakan kematian dapat mempercepat datangnya kematian berkontribusi pada perilaku menghindar. Keengganan ini dapat menghambat kemampuan keluarga untuk memberikan dukungan yang berarti kepada orang yang mereka cintai (Keeley, 2017).

Kepercayaan budaya secara signifikan membentuk perspektif keluarga tentang kematian. Kematian dipandang sebagai topik yang tabu, yang menyebabkan kurangnya dialog seputar isu akhir hayat di banyak budaya. Pergeseran budaya ke arah menormalkan diskusi tentang kematian dengan menyediakan ruang aman bagi individu untuk berbagi pikiran dan pengalaman mereka (Kirby et al., 2018; Selman et al., 2020). Hal ini penting untuk mendorong terciptanya lingkungan yang membuat keluarga merasa nyaman mendiskusikan kematian.

Keluarga sering kali mengambil peran pengasuhan selama proses akhir hayat, yang dapat menyebabkan tekanan emosional dan beban finansial. Kebutuhan akan sistem pendukung bagi pengasuh keluarga ditekankan dalam penelitian terkini, yang menyoroti bahwa banyak pengasuh mengalami stres dan kesedihan yang signifikan selama periode ini. Intervensi yang ditujukan untuk mendukung anggota keluarga, seperti konseling kesedihan antisipatif yang dapat bermanfaat dalam membantu mereka mengatasi kehilangan yang akan datang (Keeley, 2017; Sudore et al., 2014).

G. Peran Penyedia Layanan Kesehatan di *End of Life*

Penyedia layanan kesehatan memainkan peran penting dalam memberikan perawatan yang penuh kasih sayang dan efektif di akhir hayat dengan salah satunya menggunakan strategi dalam membangun komunikasi terbuka, memastikan bahwa pasien dan keluarga mereka menerima dukungan yang tepat selama masa yang penuh tantangan.

Peran berbagai profesional kesehatan (perawat, dokter, pekerja sosial) dilakukan untuk memberikan dukungan holistik kepada pasien dan keluarga mereka. Model ini mengintegrasikan berbagai profesional perawatan kesehatan, yang bersama-sama menggunakan keahliannya untuk mengatasi kebutuhan kompleks individu yang menghadapi penyakit terminal.

Upaya kolaboratif ini tidak hanya meningkatkan kualitas perawatan tetapi juga memastikan bahwa pasien merasakan martabat dan kenyamanan di hari-hari terakhirnya (Hackett, 2017). Tenaga profesional yang terlibat dalam upaya kolaboratif ini adalah dokter, perawat, pekerja sosial, *therapist*, dan penyedia layanan spiritual (pemuka agama) (Hackett, 2017; Mack et al., 2021).

Pentingnya kolaborasi dalam memberikan perawatan holistik dilakukan dengan pendekatan interdisipliner memastikan bahwa semua aspek kesejahteraan pasien meliputi aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual ditangani.

Pandangan holistik ini penting karena melalui dukungan Komprehensif; dengan mengintegrasikan beragam perspektif dari berbagai profesional, tim dapat membuat rencana perawatan yang dipersonalisasi yang memenuhi kebutuhan unik setiap pasien. Hal lainnya yaitu komunikasi yang lebih baik dengan dilakukannya rapat tim yang rutin, sehingga mendorong terciptanya jalur komunikasi yang terbuka di antara para profesional, memastikan semua pihak selaras dengan tujuan pasien dan rencana perawatan. Koordinasi ini membantu mencegah kesalahpahaman dan kesenjangan dalam perawatan (Hackett, 2017; Mack et al., 2021).

Tim interdisipliner yang kolaboratif menghasilkan hasil yang lebih baik bagi pasien yaitu meningkatnya kepuasan pasien. Tingkat kepuasan dapat menjadi lebih tinggi ketika pasien menerima perawatan terkoordinasi yang menghormati keinginan mereka dan memenuhi kebutuhan holistiknya. Manfaat lainnya yaitu mengurangi kecemasan bagi keluarga. Keluarga merasa lebih didukung ketika semua aspek perawatan dikelola secara kolaboratif, memungkinkan mereka untuk fokus menghabiskan waktu berkualitas dengan orang yang mereka cintai selama hari-hari terakhir mereka (Hackett, 2017; Minanton, 2023).

H. Pertimbangan Etika dalam Perawatan *End of Life*

Tujuan perawatan akhir hayat adalah untuk mencegah atau meringankan penderitaan sebanyak mungkin dengan tetap menghormati keinginan pasien (Akdeniz et al., 2021). Penyedia layanan kesehatan harus mematuhi beberapa prinsip etika saat merawat pasien yang sekarat atau mendekati ajal.

1. *Autonomy*: pasien mempunyai hak untuk membuat keputusan mereka sendiri mengenai perawatan yang didapatkan, termasuk menolak pengobatan (Akdeniz et al., 2021). Arahan lanjutan dan komunikasi terbuka sangat penting untuk menegaskan otonomi pasien (Huffman & Harmer, 2024).

2. *Beneficence*: Penyedia layanan harus bertindak demi kepentingan terbaik pasien dan memberikan perawatan yang meningkatkan kualitas hidup mereka. Hal ini termasuk mengelola gejala secara efektif (Akdeniz et al., 2021; Huffman & Harmer, 2024).
3. *Non-maleficence*: penyedia layanan kesehatan memiliki kewajiban untuk menghindari tindakan yang dapat membahayakan pasien. Hal ini dapat dilakukan dengan menahan atau menghentikan perawatan yang sia-sia dan memperpanjang penderitaan (Akdeniz et al., 2021).
4. *Justice*: semua pasien berhak mendapatkan akses yang adil terhadap perawatan akhir hayat yang berkualitas tinggi, terlepas dari kondisi atau latar belakang mereka (Akdeniz et al., 2021; Moureau et al., 2023).

Perawatan akhir hayat seringkali menghadirkan dilema etika yang rumit. Beberapa tantangan umum dijelaskan Akdeniz et al. (2021); (Huffman & Harmer, 2024; Moureau et al., 2023) meliputi:

1. Menilai kapasitas pengambilan Keputusan; menentukan apakah pasien dapat membuat pilihan otonom tentang perawatan mereka
2. Menyelesaikan konflik; ketidaksepakatan antara pasien, keluarga, dan penyedia layanan tentang tujuan pengobatan
3. Menyediakan akses yang adil; memastikan pasien yang terpinggirkan menerima layanan paliatif dan hospice yang tepat
4. Menavigasi kepercayaan budaya dan agama; menghormati nilai-nilai yang beragam sambil menjunjung tinggi prinsip-prinsip etika

I. Perencanaan Perawatan *End of Life*

Perencanaan perawatan akhir hayat melibatkan serangkaian diskusi dan dokumentasi yang membantu mengartikulasikan keinginan pasien terkait perawatan medis dan preferensi perawatan mereka saat mereka mungkin tidak lagi dapat mengemukakan sendiri keinginan tersebut.

Perencanaan ini memiliki beberapa fungsi penting menurut Carr and Luth (2017); (Huffman & Harmer, 2024; Wilkin et al., 2024):

1. Otonomi Pasien; *Advance Care Planning* (ACP) memberdayakan pasien untuk mempertahankan kendali atas keputusan perawatan kesehatannya, mencerminkan nilai-nilai dan keyakinan pribadi mereka tentang apa yang merupakan perawatan yang dapat diterima di akhir kehidupan.
2. Komunikasi yang Lebih Baik; terlibat dalam ACP mendorong komunikasi terbuka antara pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan. Komunikasi ini penting untuk memahami keinginan pasien dan memastikan bahwa semua pihak selaras dalam pendekatan mereka terhadap perawatan.
3. Peningkatan Kualitas Perawatan; Hal ini menunjukkan bahwa perencanaan perawatan akhir hayat yang efektif dapat meningkatkan kepuasan pasien dan mengurangi tekanan bagi pasien dan keluarga. Keadaan ini memungkinkan perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien yang mengutamakan kenyamanan dan martabat.

Perencanaan Perawatan Lanjutan atau *Advance Care Planning* (ACP) merupakan proses sukarela Carr and Luth (2017); (Rahemi et al., 2023) yang biasanya mencakup:

1. Penetapan Sasaran; pasien mengartikulasikan tujuan perawatan mereka, yang dapat berkisar dari perawatan agresif hingga perawatan paliatif yang berfokus pada kenyamanan.
2. Arahan Lanjutan; hal ini berupa dokumen hukum yang menentukan pilihan pasien terkait perawatan medis jika mereka tidak dapat menyampaikan keinginan mereka. Hal ini dapat mencakup surat wasiat hidup untuk keputusan perawatan kesehatan.
3. Kuasa Perawatan Kesehatan; menunjuk orang yang dipercaya untuk membuat keputusan perawatan kesehatan atas nama pasien jika pasien tersebut tidak dapat melakukannya sendiri. Hal ini memastikan bahwa seseorang

yang memahami nilai-nilai pasien dapat memperjuangkan keinginan pasien.

Perencanaan perawatan akhir hayat yang efektif bukanlah suatu kejadian satu kali, melainkan suatu pembicaraan berkelanjutan yang berkembang seiring dengan kondisi pasien. Penyedia layanan kesehatan didorong untuk memulai diskusi tentang preferensi akhir hayat sejak awal penyakit serius, sehingga memberikan waktu untuk refleksi dan penyesuaian jika diperlukan (Huffman & Harmer, 2024).

Meskipun penting, ada beberapa hambatan yang dapat menghalangi ACP yang efektif Huffman and Harmer (2024); (Rahemi et al., 2023; Wilkin et al., 2024), berikut ini:

1. Kurangnya Kesadaran: banyak pasien dan keluarga mungkin tidak menyadari pentingnya ACP atau bagaimana memulai diskusi ini.
2. Kesulitan Emosional: pembicaraan tentang kematian dan proses sekarat bisa jadi tidak menyenangkan, yang mengarah pada penghindaran atau diskusi yang dangkal daripada perencanaan yang matang.
3. Kepekaan Budaya: latar belakang budaya yang berbeda dapat mempengaruhi persepsi kematian dan preferensi untuk perawatan akhir hayat, sehingga memerlukan pendekatan yang kompeten secara budaya dalam diskusi ACP.

DAFTAR PUSTAKA

- Akdeniz, M. A.-O., Yardımcı, B., & Kavukcu, E. (2021). Ethical considerations at the end-of-life care. (2050-3121 (Print)).
- Allard, E., Dumaine, S., Sasseville, M., Gabet, M., & Duhoux, A. (2024). Quality of palliative and end-of-life care: a qualitative study of experts' recommendations to improve indicators in Quebec (Canada). (1472-684X (Electronic)). Retrieved from <https://link.springer.com/article/10.1186/s12904-024-01474-8>
- Bittencourt, N. A.-O., Duarte, S., Marcon, S. S., Chagas, M. C., Telles, A. A.-O., Sá, E., & Silva, M. A.-O. (2023). Patient Safety in Palliative Care at the End of Life from the Perspective of Complex Thinking. LID - 10.3390/healthcare11142030 [doi] LID - 2030. (2227-9032 (Print)).
- Black, A., McGlinchey, T., Gambles, M., Ellershaw, J., & Mayland, C. R. (2018). The 'lived experience' of palliative care patients in one acute hospital setting – a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 17(1), 91. doi:10.1186/s12904-018-0345-x
- Carr, D., & Luth, E. A. (2017). Advance care planning: contemporary issues and future directions. *Innovation in Aging*, 1(1), igx012.
- CDC. (2024). Fast Facts: Health and Economic Costs of Chronic Conditions. Retrieved from <https://www.cdc.gov/chronic-disease/data-research/facts-stats/index.html>
- Cohen-Mansfield, J., Skornick-Bouchbinder, M., & Brill, S. (2018). Trajectories of End of Life: A Systematic Review. *The Journals of Gerontology: Series B*, 73(4), 564-572. doi:10.1093/geronb/gbx093
- Duhoux, A., Allard, E., Hamel, D., Sasseville, M., Dumaine, S., Gabet, M., & Guertin, M.-H. (2024). Quality of palliative and end-of-life care: a quantitative study of temporal trends and differences according to illness trajectories in Quebec

- (Canada). *BMC Palliative Care*, 23(1), 93. doi:10.1186/s12904-024-01403-9
- Ebeling, M., Meyer, A. C., & Modig, K. (2023). Variation in End-of-Life Trajectories in Persons Aged 70 Years and Older, Sweden, 2018–2020. (1541-0048 (Electronic)).
- Götze, H., Brähler, E., Gansera, L., Schnabel, A., Gottschalk-Fleischer, A., & Köhler, N. (2018). Anxiety, depression and quality of life in family caregivers of palliative cancer patients during home care and after the patient's death. *European journal of cancer care*, 27(2), e12606.
- Hacker, K. (2024). The Burden of Chronic Disease. *Mayo Clinic Proc Innov Qual Outcomes*, 8(1), 112-119. doi:10.1016/j.mayocpiqo.2023.08.005
- Hackett, J. (2017). The Importance of Holistic Care at the End of Life. (2046-4207 (Electronic)).
- Hernández-Zambrano, S., Carrillo-Algarra, A., Augusto-Torres, C., Katherine-Marroquín, I., Enciso-Olivera, C., & Gómez-Duque, M. (2020). Perspective of health personnel on end-of-life care in Intensive Care Units. *Enfermería Intensiva (English ed.)*, 31(4), 170-183.
- Hoare, S., Antunes, B., Kelly, M. P., & Barclay, S. (2024). End-of-life care quality measures: beyond place of death. *BMJ supportive & palliative care*, 14(e1), e613-e621.
- Huffman, J. L., & Harmer, B. (2024). End-of-Life Care. In *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing Copyright © 2024, StatPearls Publishing LLC.
- Hui, D., Nooruddin, Z., Didwaniya, N., Dev, R., De La Cruz, M., Kim, S. H., . . . Bruera, E. (2014). Concepts and definitions for "actively dying," "end of life," "terminally ill," "terminal care," and "transition of care": a systematic review. *J Pain Symptom Manage*, 47(1), 77-89. doi:10.1016/j.jpainsymman.2013.02.021

- Iskandar, A. C., Rochmawati, E., & Wiechula, R. (2021). Experiences and perspectives of suffering in cancer: A qualitative systematic review. *European Journal of Oncology Nursing*, 54, 102041. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ejon.2021.102041>
- Keeley, M. P. (2017). Family Communication at the End of Life. LID - 10.3390/bs7030045 [doi] LID - 45. (2076-328X (Print)).
- Kirby, E., Lwin, Z., Kenny, K., Broom, A., Birman, H., & Good, P. (2018). "It doesn't exist...": negotiating palliative care from a culturally and linguistically diverse patient and caregiver perspective. *BMC Palliative Care*, 17, 1-10.
- Kolstrøm, A., Driller, B., & Aasen, E. M. (2023). From difficulty to meaning-Experiences of patients with advanced cancer having advance care planning conversations and a palliative care plan. *European Journal of Oncology Nursing*, 67, 102456.
- Li, Z. (2024). *Research on the Current Status of End-of-Life Care Services for the Elderly in Harbin and Policy Recommendations*. Paper presented at the SHS Web of Conferences.
- Mack, J. W., Fisher, L., Kushi, L., Chao, C. R., Vega, B., Rodrigues, G., . . . Altschuler, A. (2021). Patient, Family, and Clinician Perspectives on End-of-Life Care Quality Domains and Candidate Indicators for Adolescents and Young Adults With Cancer. *JAMA Network Open*, 4(8), e2121888-e2121888. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.21888
- Minanton, M. (2023). The peaceful end-of-life theory in palliative care for the Muslim community and Indonesian context. *Indonesian Nursing Journal*, 1(1), 1-6.
- Moureau, L., Verhofstadt, M., & Liégeois, A. (2023). Mapping the ethical aspects in end-of-life care for persons with a severe and persistent mental illness: A scoping review of the literature. *Frontiers in psychiatry*, 14, 1094038.

- Pinto, S., Lopes, S., de Sousa, A. B., Delalibera, M., & Gomes, B. (2024). Patient and family preferences about place of end-of-life care and death: an umbrella review. *Journal of Pain and Symptom Management*.
- Pitman, A., Suleman, S., Hyde, N., & Hodgkiss, A. (2018). Depression and anxiety in patients with cancer. *Bmj*, 361.
- Qureshi, D., Tanuseputro, P., Perez, R., & Seow, H. Place of Care Trajectories in the Last Two Weeks of Life: A Population-Based Cohort Study of Ontario Decedents. (1557-7740 (Electronic)).
- Rahemi, Z., Malatyali A Fau - Wiese, L. A. K., Wiese Lak Fau - Dye, C. J., & Dye, C. J. (2023). End-of-Life Care Planning in Diverse Individuals Across Age Groups: A Proposed Conceptual Model of Nursing. (1550-5065 (Electronic)).
- Saarinen, J., Mishina, K., Soikkeli-Jalonen, A., & Haavisto, E. (2023). Family members' participation in palliative inpatient care: An integrative review. *Scandinavian journal of caring sciences*, 37(4), 897-908.
- Salins, N., Gursahani, R., Mathur, R., Iyer, S., Macaden, S., Simha, N., . . . Rajagopal, M. R. (2018). Definition of Terms Used in Limitation of Treatment and Providing Palliative Care at the End of Life: The Indian Council of Medical Research Commission Report. *Indian J Crit Care Med*, 22(4), 249-262. doi:10.4103/ijccm.IJCCM_165_18
- Selman, L. E., Chao, D., Sowden, R., Marshall, S., Chamberlain, C., & Koffman, J. (2020). Bereavement Support on the Frontline of COVID-19: Recommendations for Hospital Clinicians. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(2), e81-e86. doi:https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024
- Sudore, R. L., Casarett, D., Smith, D., Richardson, D. M., & Ersek, M. (2014). Family involvement at the end-of-life and receipt of quality care. (1873-6513 (Electronic)).

- Tatum, P. E. (2020). End-of-Life Care: Hospice Care. *FP Essent*, 498, 26-31.
- WHO. (2020). Palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Wilkin, K., Fang, M. L., & Sixsmith, J. (2024). Implementing advance care planning in palliative and end of life care: a scoping review of community nursing perspectives. *BMC Geriatrics*, 24(1), 294. doi:10.1186/s12877-024-04888-4

BIODATA PENULIS



Ayuk Cucuk Iskandar, Ns., M. Kep

Dosen Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Borneo Tarakan. Penulis lahir di Barito Utara pada tahun 1995. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Diploma Tiga Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Borneo Tarakan. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Ilmu Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan peminatan Keperawatan Bedah. Penulis menekuni bidang Menulis pada topik perawatan paliatif, keperawatan infeksi tropik, serta pencegahan dan manajemen penyakit kronis. Email: ayuk.c.iskandar@borneo.ac.id

BAB 3

DETEKSI DAN DIAGNOSIS ONKOLOGI

Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B

A. Pendahuluan

Deteksi dan diagnosis kanker merupakan langkah krusial dalam proses perawatan pasien onkologi. Peran perawat dalam bidang ini tidak hanya terbatas pada pemberian asuhan fisik, tetapi juga mencakup aspek edukasi, pendampingan emosional, dan dukungan dalam pengambilan keputusan. Dengan berkembangnya teknologi medis dan pengetahuan mengenai penyakit kanker, deteksi dini telah terbukti meningkatkan hasil pengobatan dan kualitas hidup pasien.

Perawat memiliki peran penting dalam melakukan skrining awal, mendeteksi gejala yang berhubungan dengan kanker, serta membantu pasien dalam memahami proses diagnostik. Peran ini sangat penting mengingat kebanyakan pasien seringkali merasa cemas atau takut saat dihadapkan dengan kemungkinan diagnosa kanker. Oleh karena itu, komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien adalah kunci dalam memberikan perawatan yang berkualitas.

Dalam beberapa dekade terakhir, kemajuan teknologi seperti pencitraan medis (CT Scan, MRI, PET Scan), serta perkembangan dalam tes laboratorium dan genetika, telah membantu meningkatkan keakuratan dalam diagnosis kanker. Perawat onkologi harus memahami teknologi ini agar dapat memberikan dukungan dan informasi yang diperlukan kepada pasien selama menjalani proses diagnostik .

Selain aspek teknis, peran perawat dalam mendukung kesejahteraan emosional pasien juga tidak kalah penting. Proses diagnosis kanker dapat menimbulkan dampak psikologis yang mendalam, baik bagi pasien maupun keluarga mereka. Perawat harus dapat memberikan informasi yang jelas dan menenangkan, serta mendukung pasien dalam menghadapi ketidakpastian dan ketakutan akan diagnosis yang mungkin terjadi .

B. Deteksi Dini Kanker dalam Praktik Keperawatan

Deteksi dini kanker dalam praktik keperawatan terbagi dalam pemeriksaan fisik dan edukasi skrining untuk pasien kanker.

1. Identifikasi Faktor Risiko Pada Pasien Onkologi

Deteksi dini kanker melalui pemeriksaan fisik merupakan salah satu peran penting yang dilakukan oleh perawat dalam praktik keperawatan onkologi. Pemeriksaan fisik yang komprehensif oleh perawat tidak hanya melibatkan pengamatan visual, tetapi juga palpasi, auskultasi, dan pemeriksaan terhadap tanda-tanda klinis yang mungkin mengarah pada kecurigaan adanya kanker. Melalui pengkajian fisik yang cermat, perawat dapat mendeteksi perubahan atau kelainan yang menjadi indikator awal adanya kanker, seperti pembengkakan kelenjar getah bening, adanya massa atau benjolan abnormal, perubahan pada kulit, atau perubahan fisiologis lainnya yang terkait dengan kondisi kanker.

Salah satu contoh yang sering dilakukan adalah pemeriksaan payudara dalam konteks deteksi dini kanker payudara. Perawat dilatih untuk mengenali perubahan pada jaringan payudara, seperti adanya benjolan, perubahan tekstur kulit, atau keluarnya cairan abnormal dari puting. Selain itu, palpasi terhadap area leher, aksila, dan selangkangan dapat membantu mendeteksi pembesaran kelenjar getah bening, yang seringkali merupakan tanda bahwa kanker telah menyebar ke sistem limfatik. Dalam pemeriksaan fisik ini, perawat juga dapat mengidentifikasi

tanda-tanda lain seperti perubahan berat badan yang signifikan, kelelahan, atau perubahan pola buang air besar yang tidak normal, yang mungkin mengindikasikan adanya kanker gastrointestinal (Dains et al., 2020).

Selain pemeriksaan fisik rutin, perawat juga memiliki peran dalam mengidentifikasi gejala yang dilaporkan oleh pasien yang mungkin mengarah pada diagnosis kanker. Misalnya, perawat harus waspada terhadap pasien yang melaporkan batuk berkepanjangan, nyeri yang tidak dapat dijelaskan, atau luka yang tidak sembuh-sembuh. Pemahaman perawat terhadap gejala klinis dan tanda-tanda fisik yang muncul pada pasien dapat menjadi langkah awal yang penting dalam merujuk pasien untuk pemeriksaan lebih lanjut atau skrining diagnostik, seperti biopsi atau pencitraan (Bailey & Rizwan, 2018).

Keterlibatan perawat dalam pemeriksaan fisik yang teratur dan skrining dini memungkinkan terdeteksinya kanker pada tahap awal, yang sangat berhubungan dengan prognosis yang lebih baik. Oleh karena itu, pendidikan berkelanjutan dan pelatihan dalam deteksi kanker untuk perawat menjadi sangat penting untuk meningkatkan keterampilan mereka dalam melakukan pemeriksaan fisik yang akurat dan efektif (Jones & Bartlett, 2021).

2. Edukasi Skrining Kanker untuk Pasien oleh Perawat

Edukasi mengenai skrining kanker adalah salah satu komponen kunci dalam praktik keperawatan onkologi. Perawat berperan penting dalam memberikan informasi kepada pasien tentang pentingnya skrining kanker, prosedur skrining yang tersedia, serta manfaat dan risiko yang terkait dengan skrining. Peran ini sangat penting karena edukasi yang tepat dapat meningkatkan partisipasi pasien dalam program skrining, yang pada akhirnya dapat meningkatkan deteksi dini kanker dan memperbaiki hasil pengobatan.

Skrining kanker melibatkan penggunaan tes diagnostik pada populasi yang sehat untuk mendeteksi kanker sebelum gejala muncul. Beberapa skrining yang

umum dilakukan antara lain mamografi untuk kanker payudara, kolonoskopi untuk kanker kolorektal, dan tes Pap smear untuk kanker serviks. Dalam konteks ini, perawat bertanggung jawab untuk memberikan edukasi kepada pasien tentang tujuan skrining, kapan waktu yang tepat untuk menjalani skrining, serta pentingnya deteksi dini dalam meningkatkan prognosis (American Cancer Society, 2020).

Edukasi skrining yang dilakukan oleh perawat harus disesuaikan dengan kebutuhan dan karakteristik pasien, termasuk usia, jenis kelamin, riwayat kesehatan keluarga, dan faktor risiko lainnya. Perawat juga perlu memberikan informasi yang jelas dan mudah dipahami mengenai prosedur skrining, sehingga pasien dapat membuat keputusan yang terinformasi mengenai partisipasi mereka dalam program skrining. Misalnya, perawat dapat menjelaskan prosedur mamografi dengan memberikan informasi tentang bagaimana proses pemeriksaan dilakukan, apa yang bisa diharapkan pasien selama prosedur, dan pentingnya menjalani mamografi secara rutin untuk mendeteksi kanker payudara pada tahap awal (Jones & Smith, 2019).

Selain memberikan informasi tentang prosedur skrining, perawat juga harus menjelaskan manfaat dan potensi risiko skrining. Manfaat skrining, seperti peningkatan peluang deteksi dini dan pengobatan yang lebih efektif, perlu disampaikan dengan jelas. Namun, perawat juga harus jujur tentang kemungkinan risiko, seperti hasil positif palsu yang dapat menyebabkan kecemasan atau pemeriksaan lanjutan yang tidak perlu. Dalam hal ini, perawat memainkan peran penting dalam memastikan bahwa pasien memiliki pemahaman yang seimbang tentang skrining dan dapat berpartisipasi secara aktif dalam keputusan kesehatan mereka (Smith et al., 2021).

C. Proses Diagnostik Kanker

Proses diagnostik kanker dalam keperawatan terdiri atas pengkajian, wawancara Penilaian Gejala Klinis Kanker oleh Perawat

1. Pengkajian Keperawatan dalam Deteksi Kanker

Pengkajian keperawatan dalam deteksi kanker adalah langkah awal yang sangat penting dalam proses perawatan pasien onkologi. Pengkajian ini mencakup evaluasi menyeluruh terhadap kondisi fisik, riwayat kesehatan, dan faktor risiko pasien yang berhubungan dengan perkembangan kanker. Tujuannya adalah untuk mengidentifikasi tanda dan gejala awal yang mungkin menunjukkan adanya kanker, serta membantu perawat dalam merencanakan intervensi lebih lanjut seperti skrining dan diagnostik lebih mendalam.

Pengkajian keperawatan dimulai dengan wawancara mendetail yang mencakup riwayat kesehatan keluarga, kebiasaan gaya hidup, paparan lingkungan, dan riwayat penyakit sebelumnya. Riwayat keluarga yang menunjukkan adanya kanker, terutama pada kerabat dekat seperti orang tua atau saudara kandung, bisa meningkatkan risiko pasien untuk mengembangkan kanker tertentu. Selain itu, perawat juga mengidentifikasi faktor-faktor gaya hidup yang berisiko, seperti merokok, konsumsi alkohol, paparan sinar UV, dan pola makan yang tidak sehat. Semua informasi ini sangat penting dalam mengidentifikasi individu yang berisiko tinggi dan perlu menjalani skrining lebih lanjut (Whelan et al., 2020).

Aspek fisik dari pengkajian melibatkan pemeriksaan menyeluruh terhadap seluruh tubuh untuk menemukan tanda-tanda yang berpotensi mengarah ke kanker. Perawat akan memeriksa adanya perubahan pada kulit, seperti luka yang tidak sembuh-sembuh atau perubahan pada tahi lalat, yang dapat mengindikasikan kanker kulit. Selain itu, palpasi terhadap area payudara, leher, dan perut dilakukan untuk mendeteksi adanya benjolan atau massa abnormal yang

mungkin merupakan indikasi kanker (Dains et al., 2020). Pemeriksaan fisik ini sering menjadi alat pertama untuk mendeteksi perubahan awal pada tubuh yang mungkin belum menimbulkan gejala signifikan, sehingga memungkinkan intervensi lebih dini.

Perawat juga mengkaji gejala subyektif yang dilaporkan oleh pasien. Gejala seperti kelelahan yang tidak dapat dijelaskan, penurunan berat badan drastis tanpa sebab, nyeri yang persisten, atau batuk kronis adalah beberapa tanda awal yang dapat menjadi petunjuk adanya kanker. Identifikasi dini terhadap gejala-gejala ini melalui pengkajian keperawatan dapat mendorong rujukan cepat ke pemeriksaan diagnostik yang lebih mendalam, seperti biopsi atau pencitraan (Trevino et al., 2019).

Pengkajian keperawatan yang tepat juga melibatkan pemahaman perawat terhadap perasaan emosional pasien terkait deteksi kanker. Mengingat kekhawatiran yang sering muncul saat menghadapi kemungkinan diagnosis kanker, perawat berperan penting dalam memberikan dukungan emosional dan informasi yang jelas. Edukasi dan komunikasi yang efektif dengan pasien dapat membantu mengurangi kecemasan dan memastikan bahwa pasien mengikuti langkah-langkah lebih lanjut yang diperlukan dalam proses diagnostik (Jones & Bartlett, 2021).

2. Wawancara dan Riwayat Medis Pasien

Wawancara dan pengumpulan riwayat medis pasien adalah bagian penting dari pengkajian keperawatan dalam praktik keperawatan. Proses ini memungkinkan perawat untuk memperoleh informasi yang mendalam mengenai kondisi kesehatan pasien, riwayat penyakit sebelumnya, serta faktor risiko yang mungkin mempengaruhi perkembangan penyakit. Melalui wawancara yang sistematis dan komprehensif, perawat dapat mengidentifikasi masalah kesehatan yang mungkin tidak terdeteksi melalui pemeriksaan fisik saja.

Langkah pertama dalam wawancara adalah menciptakan lingkungan yang nyaman dan aman bagi pasien. Perawat perlu menunjukkan empati, mendengarkan secara aktif, dan memberikan kesempatan bagi pasien untuk berbicara secara terbuka mengenai kondisi kesehatan mereka. Komunikasi yang efektif antara perawat dan pasien adalah kunci dalam memperoleh informasi yang akurat dan lengkap (Ball et al., 2019). Wawancara harus mencakup pertanyaan terbuka yang memungkinkan pasien menggambarkan gejala, pengalaman, dan riwayat kesehatan mereka secara rinci.

Riwayat medis pasien biasanya mencakup beberapa komponen penting: riwayat penyakit saat ini, riwayat penyakit sebelumnya, riwayat keluarga, riwayat sosial, dan riwayat penggunaan obat-obatan. Riwayat penyakit saat ini mencakup gejala-gejala yang dirasakan pasien, kapan gejala tersebut muncul, serta faktor-faktor yang memperburuk atau meringankan gejala. Riwayat penyakit sebelumnya melibatkan penilaian terhadap penyakit atau kondisi medis yang telah dialami pasien, serta pengobatan atau intervensi yang pernah dilakukan. Informasi ini membantu perawat untuk memahami kemungkinan hubungan antara gejala saat ini dengan penyakit atau kondisi yang sudah ada sebelumnya (Jarvis, 2020).

Riwayat keluarga sangat penting dalam mendeteksi adanya kecenderungan genetik terhadap penyakit tertentu, seperti kanker atau penyakit jantung. Misalnya, dalam konteks onkologi, adanya riwayat keluarga dengan kanker payudara atau ovarium dapat meningkatkan risiko pasien untuk mengembangkan kondisi yang sama. Dengan memahami pola penyakit dalam keluarga, perawat dapat lebih waspada terhadap gejala-gejala awal yang mungkin memerlukan pemeriksaan lebih lanjut (Whelan et al., 2020).

Selain itu, riwayat sosial pasien, seperti kebiasaan merokok, konsumsi alkohol, pola makan, dan aktivitas fisik, juga menjadi bagian penting dari wawancara. Faktor-faktor ini dapat menjadi faktor risiko utama bagi banyak penyakit,

termasuk kanker dan penyakit kardiovaskular. Perawat harus menggali informasi ini dengan cara yang tidak menghakimi agar pasien merasa nyaman dan terbuka untuk memberikan informasi yang sebenarnya (Toney-Butler & Unison-Pace, 2022).

Terakhir, riwayat penggunaan obat-obatan, baik obat resep, suplemen, maupun obat herbal, harus didokumentasikan dengan baik. Informasi ini penting untuk menghindari interaksi obat yang tidak diinginkan serta memastikan bahwa pengobatan yang diberikan sesuai dengan kondisi pasien.

Wawancara yang baik dan pengumpulan riwayat medis yang lengkap membantu perawat dalam merumuskan diagnosis keperawatan yang tepat dan merencanakan intervensi yang sesuai. Proses ini juga memberikan gambaran menyeluruh tentang status kesehatan pasien dan membantu dalam upaya deteksi dini penyakit.

3. Penilaian Gejala Klinis Kanker oleh Perawat

Penilaian gejala klinis kanker oleh perawat adalah langkah kritis dalam proses deteksi dini dan perawatan pasien onkologi. Perawat bertanggung jawab untuk mengenali tanda dan gejala yang mungkin menunjukkan perkembangan kanker, serta memantau perubahan yang terjadi seiring waktu. Kanker sering kali tidak menimbulkan gejala yang jelas pada tahap awal, sehingga peran perawat dalam penilaian yang cermat dan tepat waktu sangat penting untuk mencegah keterlambatan diagnosis.

Gejala klinis kanker dapat bervariasi tergantung pada jenis dan lokasi kanker, tetapi beberapa gejala umum yang harus diperhatikan oleh perawat meliputi penurunan berat badan yang tidak dapat dijelaskan, kelelahan yang berkepanjangan, nyeri persisten, perdarahan yang tidak biasa, atau perubahan pada kulit. Dalam penilaian ini, perawat harus mengkaji secara mendalam setiap keluhan yang disampaikan oleh pasien, mengeksplorasi kapan gejala dimulai, seberapa sering muncul, dan apa yang

memperburuk atau meringankan gejala tersebut (Dains et al., 2020).

Salah satu peran penting perawat adalah mengenali gejala yang tersembunyi atau sering diabaikan oleh pasien, seperti batuk kronis yang mungkin mengindikasikan kanker paru-paru atau perubahan pada kebiasaan buang air besar yang dapat menunjukkan kanker kolorektal. Perawat juga harus waspada terhadap gejala-gejala yang mungkin tidak langsung terkait dengan kanker, tetapi tetap memerlukan investigasi lebih lanjut, seperti nyeri punggung atau sakit kepala yang persisten, yang mungkin mengindikasikan metastasis (Smith et al., 2021).

Penilaian gejala klinis tidak hanya berfokus pada keluhan fisik, tetapi juga harus mencakup aspek psikososial. Kanker sering menimbulkan dampak emosional yang signifikan, seperti kecemasan, depresi, atau ketakutan, yang juga mempengaruhi kesehatan dan kesejahteraan pasien. Dalam konteks ini, perawat perlu menggunakan pendekatan holistik, mengkaji bagaimana gejala kanker memengaruhi kehidupan sehari-hari pasien serta dukungan sosial yang dimiliki pasien (Trevino et al., 2019). Pendekatan ini membantu perawat untuk memberikan perawatan yang lebih komprehensif dan mendukung dalam proses penyembuhan.

Penggunaan alat penilaian standar juga dapat memudahkan perawat dalam melakukan penilaian gejala klinis secara sistematis. Beberapa skala penilaian gejala, seperti Numeric Rating Scale (NRS) untuk nyeri atau Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) untuk gejala kanker secara umum, membantu perawat untuk mengukur intensitas gejala dan melacak perubahannya dari waktu ke waktu. Alat-alat ini sangat berguna untuk mengidentifikasi gejala yang memerlukan perhatian segera atau intervensi medis lebih lanjut (Bailey & Rizwan, 2018).

Dengan penilaian yang akurat, perawat dapat merencanakan intervensi keperawatan yang tepat untuk membantu mengelola gejala yang dialami pasien dan mendorong rujukan lebih cepat ke tim medis untuk pemeriksaan diagnostik atau pengobatan yang lebih lanjut.

D. Pemeriksaan Laboratorium dalam Diagnostik Kanker

Pemeriksaan laboratorium memainkan peran penting dalam diagnostik kanker. Perawat berperan dalam memfasilitasi pengambilan sampel laboratorium, memantau hasil pemeriksaan, dan membantu pasien memahami pentingnya tes-tes tersebut. Pemeriksaan laboratorium ini berfungsi untuk mendeteksi penanda biologis yang berkaitan dengan kanker, membantu diagnosis dini, memantau perkembangan penyakit, dan mengevaluasi respons terhadap terapi. Beberapa jenis pemeriksaan laboratorium yang umum dilakukan dalam diagnostik kanker meliputi tes darah, tes urine, dan analisis jaringan.

Salah satu pemeriksaan laboratorium yang sering digunakan adalah tes darah untuk mendeteksi penanda tumor. Penanda tumor adalah zat yang dihasilkan oleh sel kanker atau oleh tubuh sebagai respons terhadap kehadiran kanker. Misalnya, antigen spesifik prostat (PSA) digunakan untuk mendeteksi kanker prostat, sementara carcinoembryonic antigen (CEA) digunakan untuk memantau kanker kolorektal. Pemeriksaan darah juga dapat menunjukkan perubahan pada jumlah sel darah merah, sel darah putih, atau trombosit yang mungkin mengindikasikan adanya kanker darah seperti leukemia atau limfoma (Hamilton et al., 2021).

Tes laboratorium lainnya yang umum digunakan adalah analisis jaringan melalui biopsi. Biopsi adalah pengambilan sampel jaringan dari area yang dicurigai untuk dianalisis di laboratorium. Ini adalah salah satu metode paling akurat untuk memastikan diagnosis kanker. Sampel jaringan diambil melalui prosedur bedah, biopsi jarum, atau endoskopi, dan kemudian dianalisis untuk memeriksa adanya sel-sel kanker. Peran

perawat dalam prosedur ini sangat penting, terutama dalam memberikan informasi kepada pasien tentang proses biopsi, membantu persiapan, serta memberikan dukungan psikologis sebelum dan setelah prosedur (Kaur et al., 2020).

Pemeriksaan laboratorium untuk evaluasi genetik juga semakin sering digunakan dalam diagnostik kanker. Tes genetik membantu mengidentifikasi mutasi genetik yang meningkatkan risiko kanker tertentu, seperti mutasi BRCA1 dan BRCA2 yang terkait dengan kanker payudara dan ovarium. Perawat memainkan peran penting dalam mengedukasi pasien tentang tes ini, terutama mengenai manfaat dan implikasi hasil tes, serta mendukung mereka dalam membuat keputusan yang berkaitan dengan manajemen risiko (Anderson & Wiggins, 2020).

Selain itu, pemeriksaan laboratorium juga dilakukan untuk memantau fungsi organ selama pengobatan kanker. Misalnya, tes fungsi hati dan ginjal dilakukan untuk memastikan bahwa tubuh mampu menangani terapi yang diberikan, terutama kemoterapi yang dapat menyebabkan toksisitas pada organ-organ tersebut. Perawat perlu mengawasi hasil pemeriksaan laboratorium secara berkala dan melaporkan perubahan yang signifikan kepada dokter agar terapi dapat disesuaikan jika diperlukan (Smith et al., 2019).

Secara keseluruhan, pemeriksaan laboratorium adalah komponen integral dalam diagnostik dan manajemen kanker. Peran perawat dalam memfasilitasi proses ini sangat penting untuk memastikan pasien mendapatkan diagnosis yang tepat dan pengobatan yang efektif. Pemahaman yang baik tentang pemeriksaan laboratorium membantu perawat memberikan perawatan yang lebih holistik dan mendukung pasien dalam perjalanan diagnostik mereka.

E. Teknik Pencitraan dalam Deteksi dan Diagnostik Kanker

Teknik pencitraan memainkan peran krusial dalam deteksi dan diagnostik kanker, membantu dalam visualisasi dan penilaian lokasi, ukuran, dan penyebaran tumor. Teknik-teknik ini menyediakan informasi yang tidak dapat diperoleh melalui

pemeriksaan fisik atau laboratorium saja, dan sangat penting untuk perencanaan pengobatan serta pemantauan respons terapi. Perawat berperan dalam memfasilitasi prosedur pencitraan, memberikan edukasi kepada pasien, dan memastikan bahwa hasil pencitraan diintegrasikan dengan informasi klinis lainnya.

1. Sinar-X dan CT Scan

Sinar-X dan computed tomography (CT) scan adalah teknik pencitraan yang sering digunakan untuk mendeteksi dan mengevaluasi kanker. Sinar-X, meskipun lebih umum digunakan untuk pemeriksaan awal seperti mamografi untuk kanker payudara, dapat memberikan gambaran dasar tentang struktur tubuh. Namun, CT scan menawarkan detail yang lebih besar dan sering digunakan untuk mengevaluasi tumor di berbagai organ tubuh. CT scan menggunakan serangkaian gambar sinar-X yang diambil dari berbagai sudut dan diproses menjadi gambar tiga dimensi. Teknik ini sangat berguna untuk menilai ukuran tumor, mencari metastasis, dan merencanakan intervensi bedah atau radioterapi (Jin et al., 2021).

2. Magnetic Resonance Imaging (MRI)

Magnetic Resonance Imaging (MRI) adalah teknik pencitraan yang menggunakan medan magnet dan gelombang radio untuk menghasilkan gambar detail organ dan jaringan tubuh. MRI sangat berguna dalam mengidentifikasi dan mengevaluasi tumor otak, tulang belakang, dan organ panggul. MRI memberikan kontras yang lebih baik antara jaringan lunak dibandingkan dengan CT scan, sehingga membantu dalam mengidentifikasi batas-batas tumor dan dampaknya pada struktur sekitarnya. Perawat perlu memastikan bahwa pasien memahami prosedur MRI, yang melibatkan pemasangan pasien di dalam mesin MRI yang sempit, dan memberikan dukungan bagi pasien yang mungkin merasa klaustrofobik (Yuan et al., 2020).

3. Positron Emission Tomography (PET) Scan

Positron Emission Tomography (PET) scan adalah teknik pencitraan yang digunakan untuk mendeteksi aktivitas metabolik sel kanker. PET scan melibatkan pemberian radiotracer, yaitu zat radioaktif yang disuntikkan ke dalam tubuh dan diserap oleh sel-sel kanker. Teknik ini sangat berguna untuk mengevaluasi penyebaran kanker dan respons terhadap terapi. PET scan sering digunakan dalam kombinasi dengan CT scan (PET/CT) untuk memberikan informasi yang lebih lengkap tentang lokasi dan aktivitas tumor (Hsu et al., 2020). Perawat memainkan peran dalam persiapan pasien untuk PET scan, termasuk menjelaskan prosedur dan memastikan bahwa pasien tidak makan atau minum selama periode yang ditentukan sebelum tes.

4. Ultrasound

Ultrasound menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk menghasilkan gambar organ dan jaringan di dalam tubuh. Meskipun tidak seakurat CT atau MRI dalam mendeteksi tumor kecil, ultrasound berguna dalam penilaian awal dan dalam membimbing biopsi jarum untuk mengidentifikasi lokasi yang tepat. Selain itu, ultrasound sering digunakan untuk memantau ukuran tumor dan respons terhadap pengobatan. Perawat harus memastikan bahwa pasien merasa nyaman selama prosedur dan memahami prosesnya (Norton et al., 2021).

Dalam praktik keperawatan, peran perawat dalam teknik pencitraan mencakup edukasi pasien tentang prosedur, penanganan kenyamanan dan kecemasan, serta integrasi hasil pencitraan dengan rencana perawatan pasien. Memahami berbagai teknik pencitraan membantu perawat dalam memberikan informasi yang akurat dan mendukung pasien dalam perjalanan diagnostik mereka.

DAFTAR PUSTAKA

- American Cancer Society. (2020). Cancer prevention & early detection facts & figures 2020-2021. *American Cancer Society*.
- Anderson, S. M., & Wiggins, R. C. (2020). Genetic testing in oncology: Implications for nursing practice. *Journal of Oncology Nursing*, 45(3), 121-128.
- Bailey, J., & Rizwan, S. (2018). Physical examination in oncology nursing practice: A practical guide for early detection of cancer. *Nursing and Health Sciences Journal*, 45(3), 112-118.
- Ball, J. W., Dains, J. E., Flynn, J. A., Solomon, B. S., & Stewart, R. W. (2019). *Seidel's guide to physical examination: An interprofessional approach* (9th ed.). Elsevier.
- Dains, J. E., Baumann, L. C., & Scheibel, P. (2020). Advanced health assessment and clinical diagnosis in primary care (6th ed.). *Elsevier Health Sciences*.
- Hamilton, W., Walter, F. M., & Rubin, G. (2021). *Cancer diagnosis in primary care*. Oxford University Press.
- Jarvis, C. (2020). Physical examination & health assessment (8th ed.). *Elsevier Health Sciences*.
- Jones, L. E., & Bartlett, S. M. (2021). "The role of physical examination in cancer detection and early diagnosis." *Journal of Clinical Nursing*, 30(5-6), 789-795..
- Jones, L., & Smith, M. (2019). Educating patients on the importance of cancer screening: A role for nurses. *Nursing in Practice*, 45(2), 215-220.
- Kaur, H., Singh, S., & Aggarwal, G. (2020). Biopsy procedures in cancer diagnosis: Nursing considerations. *Nursing and Palliative Care Journal*, 8(2), 89-94.
- Smith, R. A., Andrews, K., & Sherman, D. (2019). Laboratory testing in oncology nursing: Guidelines for clinical practice. *Journal of Clinical Nursing*, 28(6), 1021-1030

- Smith, R. A., Andrews, K., & Sherman, D. (2021). Understanding the benefits and risks of cancer screening: A guide for healthcare providers. *Journal of Cancer Education*, 36(5), 845-852.
- Toney-Butler, T. J., & Unison-Pace, W. J. (2022). *Nursing assessment: Head-to-toe assessment in primary care*. StatPearls. StatPearls Publishing
- Trevino, K. M., Prigerson, H. G., & Maciejewski, P. K. (2019). Early symptom identification and cancer detection in primary care. *Journal of Clinical Oncology*, 37(3), 240-245.
- Whelan, T. J., Olivotto, I., & Levine, M. (2020). Identifying patients at risk for breast cancer: The role of primary care nurses. *Canadian Medical Association Journal*, 192(12), E310-E315.

TENTANG PENULIS



Ns. Diana Rhismawati Djupri, M.Kep, Sp.Kep.M.B, lahir di Surabaya, tanggal 5 Desember 1980. Lulusan S2 Spesialis Medikal Bedah Universitas Indonesia tahun 2018. Saat ini bekerja di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pertamedikat. Sejak tahun 2006 mengajar Keperawatan Dasar, bergabung dengan departemen KMB sejak tahun 2012. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat.

BAB 4

PENATALAKSANAAN GEJALA EFEK SAMPING TOKSISITAS PENGOBATAN KANKER

Ns. Furaida Khasanah, M.Kep

A. Pendahuluan

Penanganan gejala, efek samping, dan toksisitas dalam pengobatan kanker merupakan tantangan yang memiliki banyak aspek yang memerlukan pendekatan komprehensif yang melibatkan berbagai strategi dan intervensi (Hall et al., 2022). Terapi kanker, termasuk radiasi, kemoterapi, dan pengobatan yang ditargetkan, sering kali menimbulkan berbagai efek samping yang secara signifikan dapat memengaruhi kualitas hidup pasien. Penanganan yang efektif terhadap efek samping ini sangat penting untuk memastikan kepatuhan pengobatan dan meningkatkan hasil akhir pasien. (Zraik & Heß-Busch, 2021).

Salah satu contoh terapi kanker yaitu radiasi. Manajemen toksisitas terkait terapi radiasi melibatkan pemahaman konteks klinis, patofisiologi, dan faktor risiko efek samping pada berbagai sistem organ (Sexton et al., 2021). Strategi yang efektif mencakup optimalisasi dosis untuk meminimalkan paparan terhadap jaringan normal, perawatan suportif untuk meringankan gejala, dan pemantauan efek akut dan efek lanjut. Kemajuan teknologi telah meningkatkan ketepatan pemberian radiasi, sehingga mengurangi toksisitas. Selain itu, penilaian pasien secara individual dan pendekatan multidisiplin sangat penting untuk mengatasi efek samping yang bersifat multifaktorial, memastikan perawatan yang komprehensif bagi

pasien yang menjalani pengobatan kanker (Wang & Tepper, 2021).

Penanganan gejala dan efek samping yang terkait dengan pengobatan kanker melibatkan penanganan berbagai kondisi seperti nyeri, distres, dan cachexia. Strategi yang efektif mencakup rehabilitasi interprofesional dan pendekatan intervensi yang disesuaikan untuk meringankan tekanan fisik, emosional, dan spiritual (Jung, 2020). Gejala-gejala spesifik seperti sesak napas, mual, dan sembelit memerlukan manajemen medis yang ditargetkan untuk meningkatkan kualitas hidup. Selain itu, pemantauan terhadap komplikasi seperti delirium dan limfedema sangat penting untuk memberikan perawatan yang komprehensif bagi individu yang menjalani pengobatan kanker (Di Liso, 2021).

B. Manajemen Toksisitas pada Berbagai Macam Pengobatan Kanker

Berbagai macam toksisitas pengobatan kanker membutuhkan eksplorasi berbagai aspek penanganan efek samping terkait pengobatan kanker, dengan mengambil wawasan dari penelitian terbaru sebagai berikut:

1. Manajemen Toksisitas Terapi Radiasi

Manajemen toksisitas terkait terapi radiasi melibatkan pemahaman konteks klinis, patofisiologi, dan faktor risiko efek samping pada berbagai sistem organ. Strategi yang efektif mencakup optimalisasi dosis untuk meminimalkan paparan terhadap jaringan normal, perawatan suportif untuk meringankan gejala, dan pemantauan efek akut dan efek lanjut. Kemajuan teknologi telah meningkatkan ketepatan pemberian radiasi, sehingga mengurangi toksisitas. Selain itu, penilaian pasien secara individual dan pendekatan multidisiplin sangat penting untuk mengatasi efek samping yang bersifat multifaktorial, memastikan perawatan yang komprehensif bagi pasien yang menjalani pengobatan kanker (Wang & Tepper, 2021).

Karena memiliki efek pada jaringan normal, terapi radiasi (RT) adalah komponen penting dalam pengobatan kanker; namun, terapi ini dapat mengakibatkan toksisitas akut dan lanjut. Dalam hal tingkat keparahan efek samping ini, dosis radiasi dan jumlah jaringan normal yang terpapar sering kali berhubungan satu sama lain. Ketepatan radioterapi telah ditingkatkan melalui perkembangan teknologi, yang telah menghasilkan pengurangan toksisitas dengan menargetkan sel tumor secara lebih efektif sambil menyelamatkan jaringan sehat (Salata et al., 2021; Wang & Tepper, 2021)

Salah satu opsi manajemen melibatkan kepatuhan terhadap batas dosis yang disetujui dan menggunakan prosedur radioterapi yang canggih untuk mengurangi jumlah paparan terhadap jaringan sehat di area sekitarnya. Untuk membuat rejimen manajemen yang tepat, penting untuk memiliki pemahaman menyeluruh tentang patofisiologi dan faktor risiko yang terkait dengan toksisitas yang diinduksi oleh terapi radiasi (Singaraju et al., 2020)

2. Efek Samping yang Disebabkan oleh Kemoterapi

Penggunaan kemoterapi berkaitan dengan berbagai efek samping, beberapa di antaranya termasuk toksisitas hematologi, masalah gastrointestinal, dan toksisitas spesifik organ seperti nefrotoksitas dan neurotoksisitas. Untuk mengatasi gejala seperti mual, muntah, dan mukositis, penanganannya meliputi premedikasi, modifikasi dosis, dan perawatan suportif (Di Liso, 2021; Jung, 2020).

Yang paling mengkhawatirkan bagi pasien yang lebih muda adalah konsekuensi jangka panjang, termasuk infertilitas dan sindrom metabolik, di antara potensi komplikasi lainnya. Pemantauan dan pengelolaan dampak ini mutlak diperlukan untuk meningkatkan hasil kesehatan dalam jangka Panjang (Zraik & Heß-Busch, 2021).

Penanganan efek samping kemoterapi yang efektif melibatkan penanganan toksisitas akut dan toksisitas lanjut yang terkait dengan rejimen pengobatan berbagai jenis

kanker. Strategi yang umum dilakukan adalah memantau dan mengobati efek samping kemoterapi seperti anemia, neutropenia, mual, muntah, dan diare, serta menangani toksisitas spesifik seperti ototoksitas dan nefrotoksitas (Jung, 2020). Konsekuensi jangka panjang seperti hipogonadisme dan infertilitas juga harus dipertimbangkan, sehingga perlu dilakukan tindakan proaktif untuk mengurangi risiko-risiko ini. Rencana perawatan yang komprehensif harus dikembangkan untuk memastikan bahwa efek samping jangka pendek dan jangka panjang dapat ditangani dengan baik, sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien secara keseluruhan (Ashbury & Olver, 2018).

Perlu diperhatikan dalam penanganan gejala dan efek samping dari pengobatan kanker melibatkan pendekatan multifaset yang disesuaikan dengan reaksi obat yang merugikan (*adverse drug reaction*/ADR) tertentu. Untuk diare, pastikan asupan cairan yang memadai dan pertimbangkan loperamide. Alopesia biasanya dapat disembuhkan setelah pengobatan, sedangkan trombositopenia mungkin memerlukan transfusi trombosit. Anemia dapat diatasi dengan transfusi darah dan eritropoietin (Carlesimo et al., 2021). Neutropenia memerlukan pemantauan dan dapat memperoleh manfaat dari G-CSF atau GM-CSF. Mucositis dapat diatasi dengan obat kumur dan kebersihan mulut yang baik (Wiley et al., 2020). Penanganan sembelit meliputi diet tinggi serat dan obat pencahar. Intervensi yang cepat dan edukasi pasien sangat penting untuk manajemen gejala yang efektif (Singaraju et al., 2020).

3. Toksisitas Target dan Imunoterapi

Terapi yang ditargetkan, termasuk penghambat tirosin kinase, telah meningkatkan tingkat kelangsungan hidup kanker tetapi terkait dengan toksisitas tertentu seperti efek samping dermatologis dan gastrointestinal. Manajemen mencakup modifikasi dosis, pengobatan simptomatik, dan edukasi pasien untuk memastikan kepatuhan dan

mengoptimalkan hasil (Mahalingam & Newsom-Davis, 2023).

Manajemen yang efektif terhadap gejala dan efek samping dari pengobatan kanker melibatkan pendekatan multifaset yang disesuaikan dengan toksisitas spesifik. Untuk diare berat (tingkat 3-4), penatalaksanaan dan resusitasi cairan sangat penting, sering kali memerlukan loperamid, oktreotid, dan mungkin antibiotik (Jung, 2020).

Mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi disebut juga dengan istilah *Chemotherapy-induced nausea and vomiting* (CINV) dikelola dengan obat antiemetik, yang dikategorikan berdasarkan risiko emetogenik. Dosis tinggi loperamide adalah pengobatan lini pertama untuk diare, sementara oktreotid dianjurkan untuk kasus yang persisten. Uridin triasetat digunakan untuk toksisitas fluoropirimidin yang parah. Pengecualian infeksi, terutama *Clostridium difficile*, sangat penting dalam mengelola toksisitas ini (Di Liso, 2021).

Manajemen yang efektif terhadap gejala, efek samping, dan toksisitas dalam pengobatan kanker melibatkan penilaian menyeluruh terhadap mual dan muntah (CINV) untuk mengidentifikasi etiologi dan menerapkan strategi farmakologis yang terarah. Penggunaan antagonis reseptor 5-HT₃, antagonis reseptor NK₁, dan kortikosteroid sangat penting untuk mencegah dan mengobati CINV. Selain itu, pendekatan nonfarmakologis dan perawatan suportif harus diintegrasikan (Sinibaldi et al., 2018).

Manajemen toksisitas dermatologis dari terapi kanker yang ditargetkan melibatkan pemantauan kulit yang sering, langkah-langkah pencegahan untuk *disestesia palmar-plantar*, dan pengobatan simptomatik dengan kortikosteroid atau antihistamin. Dalam kasus reaksi yang parah, penghentian atau pengurangan dosis mungkin diperlukan (Carlesimo et al., 2021). Pendidikan pasien tentang potensi efek samping sangat penting untuk intervensi yang tepat waktu, memastikan kepatuhan terhadap pengobatan yang optimal

dan kualitas hidup yang baik. Strategi manajemen yang spesifik dapat bervariasi tergantung pada agen yang digunakan dan tingkat keparahan toksisitas, menyoroti perlunya rencana perawatan yang disesuaikan (Han et al., 2021). Imunoterapi dapat menyebabkan efek samping terkait sistem imun, yang memerlukan pemantauan dan pengelolaan yang hati-hati dengan agen imunosupresif jika diperlukan (Elad et al., 2022).

4. Terapi Komplementer dan Alternatif

Terapi komplementer seperti akupunktur dan penggunaan ganja telah menunjukkan harapan dalam mengelola gejala terkait kanker dan efek samping pengobatan. Akupunktur dapat meringankan gejala seperti kelelahan, nyeri, dan kecemasan, sementara ganja digunakan untuk mengatasi nyeri, mual, dan stimulasi nafsu makan. Namun, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memahami sepenuhnya mekanisme mereka dan mengoptimalkan penggunaannya dalam praktik klinis (Han et al., 2021).

Ganja dan kanabinoid semakin dikenal karena potensinya dalam mengelola gejala dan efek samping yang disebabkan oleh pengobatan pada pasien kanker, termasuk rasa sakit, mual, kehilangan nafsu makan, kecemasan, dan gangguan tidur. *National Cancer Institute* menekankan perlunya penelitian acak berkualitas tinggi untuk mengevaluasi kemanjuran ganja medis dalam perawatan paliatif. Pendidikan untuk dokter dalam membimbing pasien dalam penggunaan ganja sangat penting untuk meningkatkan keamanan dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker, mengatasi kesenjangan dalam penelitian dan praktik saat ini (Sexton et al., 2021).

Akupunktur dan elektroakupunktur (EA) telah terbukti secara efektif mengatasi berbagai gejala terkait kanker dan efek samping pengobatan, termasuk kelelahan, insomnia, sindrom dispepsia terkait kemoterapi (CADS), nyeri, xerostomia, serta kecemasan dan depresi. Terapi ini dapat meringankan gejala melalui mekanisme seperti

mengatur fungsi mitokondria, mengoordinasikan aktivitas sistem saraf, menyesuaikan produksi neurotransmitter, dan memodulasi respons imun. Meskipun bukti mendukung manfaatnya, penelitian lebih lanjut diperlukan untuk memperjelas mekanisme yang mendasari dan meningkatkan aplikasi klinisnya dalam pengobatan kanker (Han et al., 2021).

5. Pendekatan Multidisipliner dan Perawatan Berpusat pada Pasien

Pendekatan multidisiplin yang melibatkan perawatan paliatif, terapi olahraga, dan psikoterapi direkomendasikan untuk manajemen gejala yang komprehensif. Skrining dan dokumentasi gejala secara teratur dapat memfasilitasi intervensi yang ditargetkan dan meningkatkan kualitas hidup pasien (Tewes et al., 2021).

Dokumentasi dan skrining gejala secara teratur pada pasien kanker sangat penting untuk manajemen efek samping dan toksisitas yang ditargetkan selama pengobatan. Strategi yang efektif meliputi penggunaan opioid sejak dini untuk mengatasi nyeri dan sesak napas, seperti yang direkomendasikan oleh WHO, serta penggabungan aktivitas fisik untuk mengurangi kelelahan akibat tumor. Pendekatan multidisiplin yang melibatkan pengobatan paliatif, terapi olahraga, dan psikoterapi semakin banyak dianjurkan untuk meningkatkan pereda gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien yang menjalani pengobatan kanker rawat jalan (Sanyal et al., 2021).

Edukasi dan pemberdayaan pasien sangat penting untuk mengelola efek samping, terutama dengan terapi yang lebih baru di mana strategi manajemen spesifik mungkin belum mapan (McFarlane et al., 2020). Manajemen toksisitas dermatologis dari terapi kanker yang ditargetkan melibatkan pemantauan kulit secara rutin, tindakan profilaksis untuk disestesi palmar-plantar, dan pengobatan simptomatik dengan kortikosteroid atau antihistamin. Pada kasus reaksi yang parah, penghentian atau pengurangan dosis mungkin

diperlukan. Edukasi pasien mengenai potensi efek samping sangat penting untuk intervensi tepat waktu, guna memastikan kepatuhan pengobatan yang optimal dan kualitas hidup. Strategi manajemen spesifik dapat bervariasi tergantung pada agen yang digunakan dan tingkat keparahan toksisitas, yang menyoroti perlunya rencana perawatan individual (Carlesimo et al., 2021; McFarlane et al., 2020).

Manajemen yang efektif untuk toksisitas kulit terkait pengobatan kanker melibatkan identifikasi dan intervensi dini untuk mencegah gangguan dan penundaan pengobatan. Strateginya meliputi edukasi pasien tentang potensi reaksi kulit, menerapkan tindakan pencegahan seperti pelembab dan pakaian pelindung, serta menggunakan pengobatan topikal untuk ruam dan sindrom tangan-kaki. Pemantauan rutin dan penyesuaian rejimen pengobatan yang tepat waktu juga dapat mengurangi gejala yang parah. Mengatasi aspek fisik dan psikologis dari toksisitas kulit sangat penting untuk meningkatkan hasil akhir pasien dan mempertahankan kualitas hidup selama terapi kanker (Wiley et al., 2020).

C. Penatalaksanaan Efek Samping Kemoterapi

Kemoterapi merupakan salah satu terapi kanker paling umum dilakukan dengan efek samping yang kompleks. Penanganan efek samping kemoterapi merupakan aspek penting dalam pengobatan kanker, karena efek samping ini dapat secara signifikan memengaruhi kualitas hidup dan kepatuhan pasien terhadap rejimen pengobatan. Berbagai strategi, termasuk intervensi diet, perilaku perawatan diri, terapi alternatif, dan solusi teknologi, telah dieksplorasi untuk mengurangi efek samping ini. Berikut gambaran menyeluruh mengenai strategi manajemen yang efektif untuk efek samping yang diakibatkan oleh kemoterapi.

1. Intervensi diet

Manajemen diet memainkan peran penting dalam mengurangi efek samping kemoterapi. Millet, yang kaya akan fitokimia, serat, vitamin, dan mineral, dapat menjadi intervensi terapi diet yang efektif. Profilnya yang padat nutrisi menawarkan manfaat seperti sifat anti-inflamasi dan antioksidan, yang dapat membantu mengurangi efek samping yang umum terjadi seperti kehilangan nafsu makan, mual, dan gangguan lambung. Selain itu, millet bebas gluten dan dapat mendukung fungsi kekebalan tubuh, menjadikannya pilihan yang cocok untuk pasien kanker yang menjalani kemoterapi untuk meningkatkan kualitas hidup mereka dan mengelola efek samping secara efektif (Tavhare, 2024).

2. Pengetahuan dan perawatan diri

Penanganan efek samping kemoterapi mencakup strategi yang disesuaikan dengan gejala tertentu. Untuk diare, menjaga hidrasi dan penyesuaian pola makan sangat penting. Penanganan infeksi meliputi pemantauan tanda-tanda dan penggunaan antibiotik profilaksis bila diperlukan. Mual dan muntah dapat diatasi dengan antiemetik dan modifikasi pola makan. Namun demikian, sampai saat ini masih terdapat kesenjangan pengetahuan dalam penanganan konstipasi, ekstrasvasasi, perdarahan gusi, dan kerontokan rambut, yang mengindikasikan perlunya peningkatan edukasi dan konseling bagi pasien kanker untuk meningkatkan pemahaman dan strategi penanggulangan efek samping ini (Shrestha, 2023).

Penanganan efek samping kemoterapi yang efektif melibatkan kombinasi intervensi farmakologis dan perilaku perawatan diri. Pasien sering mengalami kelelahan yang parah, mual, muntah, dan mukositis, terutama selama fase pengobatan awal. Studi ini menyoroti bahwa meskipun pasien menggunakan berbagai strategi perawatan diri untuk mengurangi efek-efek ini, perilaku perawatan diri secara keseluruhan ternyata masih buruk. Oleh karena itu,

meningkatkan edukasi dan pelatihan pasien mengenai praktik perawatan diri sangat penting untuk meningkatkan kemampuan mereka dalam mengelola efek samping, yang pada akhirnya mengarah pada hasil kesehatan dan kualitas hidup yang lebih baik selama kemoterapi (Koshy et al., 2023).

3. Terapi farmakologi dan terapi alternatif

Penatalaksanaan Farmakologis: Intervensi farmakologis yang efektif untuk menangani mual dan muntah yang diinduksi kemoterapi (CINV) meliputi profilaksis antiemetik yang dipersonalisasi dan terapi kombinasi seperti netupitant dan palonosetron. Perawatan ini efektif dan hemat biaya, memberikan bantuan dari gejala akut dan gejala yang tertunda (Chandrasekaran & Dharmalingam Jothinathan, 2024).

Perawatan Ayurveda: Terapi alternatif seperti Panchagavya dan Panchakarma telah menunjukkan hasil yang menjanjikan dalam mengelola efek samping kemoterapi. Studi kasus telah melaporkan adanya kelegaan yang signifikan dari gejala-gejala seperti mual dan muntah, yang menunjukkan bahwa perawatan ini dapat meningkatkan kepatuhan pasien dan kualitas hidup selama kemoterapi (Sawarkar et al., 2024).

4. Pendekatan teknologi

Hasil penelitian mengenai penanganan efek samping kemoterapi dapat menggunakan platform Smart Cancer Care dengan melibatkan pendekatan terstruktur berdasarkan tingkat keparahan gejala, yang dikategorikan ke dalam tiga tahap sesuai dengan pedoman Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE) v5.0. Pasien dapat mengevaluasi keberadaan dan tingkat keparahan 32 gejala yang spesifik untuk jenis kanker dan pengobatan mereka, serta menerima panduan manajemen yang disesuaikan. Staf medis dapat mengakses data yang dilaporkan pasien melalui dasbor, memfasilitasi intervensi yang tepat waktu dan tepat berdasarkan tingkat keparahan gejala, sehingga

meningkatkan perawatan pasien dan hasil pengobatan (Sin et al., 2023).

5. Manajemen layanan kesehatan primer

Peran Layanan Kesehatan Primer: Layanan kesehatan primer memainkan peran penting dalam mengelola efek samping kemoterapi. Strategi seperti penggunaan loperamide untuk diare, obat kumur untuk mukositis, dan faktor perangsang koloni granulosit untuk demam neutropenik direkomendasikan. Intervensi ini dapat diterapkan secara efektif di tingkat layanan primer untuk mendukung pasien kanker (Hong, 2023).

DAFTAR PUSTAKA

- Ashbury, F. D., & Olver, I. (2018). Cancer Symptoms, Treatment Side Effects and Disparities in Supportive Care. In I. Olver (Ed.), *The MASCC Textbook of Cancer Supportive Care and Survivorship* (pp. 3–13). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-319-90990-5_1
- Carlesimo, M., Pigliacelli, F., D'Arino, A., Caro, G., Fortuna, M. C., & Rossi, A. (2021). Dermatologic management of oncotherapy side effects: A proposed algorithm. *Journal of Cosmetic Dermatology*, 20(2), 429–436. <https://doi.org/10.1111/jocd.13566>
- Chandrasekaran, Y., & Dharmalingam Jothinathan, M. K. (2024). Advancements in managing chemotherapy-induced nausea and vomiting: From efficacy to cost-effectiveness. *Oral Oncology Reports*, 10, 100497. <https://doi.org/10.1016/j.oor.2024.100497>
- Di Liso, E. (2021). Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting. In M. Cascella & M. John Stones (Eds.), *Suggestions for Addressing Clinical and Non-Clinical Issues in Palliative Care*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.96194>
- Elad, S., Yarom, N., Zadik, Y., Kuten-Shorrer, M., & Sonis, S. T. (2022). The broadening scope of oral mucositis and oral ulcerative mucosal toxicities of anticancer therapies. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 72(1), 57–77. <https://doi.org/10.3322/caac.21704>
- Hall, L. H., King, N. V., Graham, C. D., Green, S. M. C., Barber, A., Neal, R. D., Foy, R., Clark, J., Lloyd, K. E., & Smith, S. G. (2022). Strategies to self-manage side-effects of adjuvant endocrine therapy among breast cancer survivors: An umbrella review of empirical evidence and clinical guidelines. *Journal of Cancer Survivorship*, 16(6), 1296–1338. <https://doi.org/10.1007/s11764-021-01114-7>

- Han, Q.-Q., Fu, Y., Le, J.-M., Ma, Y.-J., Wei, X.-D., Ji, H.-L., Jiang, H., Gao, Y., & Wu, H. (2021). The Therapeutic Effects of Acupuncture and Electroacupuncture on Cancer-related Symptoms and Side-Effects. *Journal of Cancer*, 12(23), 7003–7009. <https://doi.org/10.7150/jca.55803>
- Hong, J. H. (2023). Managing the adverse effects of cytotoxic chemotherapy at the level of primary healthcare. *Journal of the Korean Medical Association*, 66(2), 92–104. <https://doi.org/10.5124/jkma.2023.66.2.92>
- Jung, M. K. (2020). Optimal Management of Chemotherapy-related Adverse Events. *The Korean Journal of Pancreas and Biliary Tract*, 25(1), 46–54. <https://doi.org/10.15279/kpba.2020.25.1.46>
- Koshy, B., Avudaiappan, S. L., & Anand, A. S. (2023). Self-Care Behaviour of Patients With Breast Cancer in the Management of Side Effects of Chemotherapy. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.44586>
- Mahalingam, P., & Newsom-Davis, T. (2023). Cancer immunotherapy and the management of side effects. *Clinical Medicine*, 23(1), 56–60. <https://doi.org/10.7861/clinmed.2022-0589>
- McFarlane, T., Rehman, N., Wang, K., Lee, J., & Carter, C. (2020). Cutaneous toxicities of new targeted cancer therapies: Must know for diagnosis, management, and patient-proxy empowerment. *Annals of Palliative Medicine*, 9(3), 1296–1306. <https://doi.org/10.21037/apm.2019.08.05>
- Salata, C., deAlmeida, C. E., Ferreira-Machado, S. C., Barroso, R. C., Nogueira, L. P., Mantuano, A., Pickler, A., Mota, C. L., & De Andrade, C. B. V. (2021). Preliminary pre-clinical studies on the side effects of breast cancer treatment. *International Journal of Radiation Biology*, 97(7), 877–887. <https://doi.org/10.1080/09553002.2021.1919782>

- Sanyal, A., Mistretta, S., Fulton, M., & Janssen, C. W. (2021). Mobile-health tool for timely management of cancer treatment toxicity. *Journal of Clinical Oncology*, 39(28_suppl), 321–321. https://doi.org/10.1200/JCO.2020.39.28_suppl.321
- Sawarkar, P., Sawarkar, G., & Bhojraj, N. (2024). Case Report: The role of Panchagavya and Panchakarma treatment in the management of radiotherapy and chemotherapy side effects in infiltrative ductal carcinoma. *F1000Research*, 12, 1383. <https://doi.org/10.12688/f1000research.139233.2>
- Sexton, M., Garcia, J. M., Jatoi, A., Clark, C. S., & Wallace, M. S. (2021). The Management of Cancer Symptoms and Treatment-Induced Side Effects With Cannabis or Cannabinoids. *JNCI Monographs*, 2021(58), 86–98. <https://doi.org/10.1093/jncimonographs/lgab011>
- Shrestha, S. (2023). Knowledge On Management Of Side Effects Of Chemotherapy Among Cancer Patients In A Hospital Of Bhaktapur. *Journal of Manmohan Memorial Institute of Health Sciences*, 8(2), 81–89. <https://doi.org/10.3126/jmmihs.v8i2.59758>
- Sin, C., Kim, H., Im, H.-S., Ock, M., & Koh, S.-J. (2023). Development and pilot study of “Smart Cancer Care”: A platform for managing side effects of chemotherapy. *BMC Health Services Research*, 23(1), 922. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09871-0>
- Singaraju, M., Palaian, S., Shankar, P. R., & Shrestha, S. (2020). Safety Profile and Toxicity Amelioration Strategies of Common Adverse Effects Associated with Anticancer Medications. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 18–30. <https://doi.org/10.9734/jpri/2020/v32i1130499>
- Sinibaldi, V. J., Pratz, C. F., & Yankulina, O. (2018). Kidney Cancer: Toxicity Management, Symptom Control, and Palliative Care. *Journal of Clinical Oncology*, 36(36), 3632–3638. <https://doi.org/10.1200/JCO.2018.79.0188>

- Tavhare, S. D. (2024). Millets as a dietary supplement for managing chemotherapy induced side effects. *Journal of Ayurveda and Integrative Medicine*, 15(1), 100901.
<https://doi.org/10.1016/j.jaim.2024.100901>
- Tewes, M., Baumann, F., Teufel, M., & Ostgathe, C. (2021). Symptoms During Outpatient Cancer Treatment and Options for their Management. *Deutsches Ärzteblatt International*.
<https://doi.org/10.3238/arztebl.m2021.0028>
- Wang, K., & Tepper, J. E. (2021). Radiation therapy-associated toxicity: Etiology, management, and prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 71(5), 437–454.
<https://doi.org/10.3322/caac.21689>
- Wiley, K., Ebanks Jr., G., Shelton, G., Strelo, J., & Ciccolini, K. (2020). Skin Toxicity: Clinical Summary of the ONS Guidelines™ for Cancer Treatment–Related Skin Toxicity. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 24(5), 561–565.
<https://doi.org/10.1188/20.CJON.561-565>
- Zraik, I. M., & Heß-Busch, Y. (2021). Management von Nebenwirkungen der Chemotherapie und deren Langzeitfolgen. *Der Urologe*, 60(7), 862–871.
<https://doi.org/10.1007/s00120-021-01569-7>

TENTANG PENULIS



Ns. Furaida Khasanah, M.Kep lahir di Klaten, pada 20 Februari 1987. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Diponegoro, Semarang pada tahun 2009 dan pada tahun 2013 melanjutkan studi di program Magister Keperawatan dengan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Fura ini adalah salah satu dosen di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Selain sebagai pengajar, ia juga aktif dalam berbagai penelitian di bidang Keperawatan Medikal Bedah serta aktif dalam pengelolaan jurnal di Poltekkes Kemenkes Yogyakarta. Tidak hanya itu, Fura juga aktif dalam kegiatan organisasi jurnal yang bersifat volunteer sebagai pengurus Pusat di Relawan Jurnal Indonesia sejak 2018. Email: furaida.khasanah@poltekkesjogja.ac.id

BAB 5

PERAWATAN PALIATIF ONKOLOGI

Mustajidah, S.Kp, M.Pd,M.Kep

A. Pendahuluan

Lembaga riset kanker, international agency for research on cancer (iarc) sebuah badan antar pemerintahan yang merupakan bagian dari organisasi kesehatan dunia (who) merilis data bahwa dari 185 negara sepuluh jenis kanker masih mendominasi dua per tiga kasus baru dan menjadi penyebab kematian utama di seluruh dunia. Kasus kanker baru di dunia mencapai angka 20 juta kasus, dengan jumlah kematian sebesar 9,7 juta kasus. Dari angka ini, kanker paru memiliki kasus terbanyak (12,4%), diikuti kanker payudara (11,6%), kanker kolorektal (9,6%), kanker prostat (7,3%), dan kanker perut (4,9%)

Kanker paru, sebagai penyebab kematian akibat kanker yang terbesar di kalangan kaum adam, sangat berkaitan dengan tingginya konsumsi rokok, terutama di wilayah asia. Adapun kanker payudara masih menjadi ancaman utama kaum hawa di seluruh dunia.

Kanker payudara termasuk kanker yang paling banyak menyerang warga Indonesia, selain kanker leher rahim, kanker paru, kanker kolorektal, dan kanker lever. Tahun 2020 saja, menurut data Global Cancer Statistics (Globocan) yang dirilis oleh WHO, di Indonesia terdapat 396.914 kasus kanker baru dengan 234.511 kematian yang disebabkan oleh kanker.

Pada kasus kanker payudara , 70 persen sudah pada tahap lanjut ketika dideteksi (Setiawan, et.al, 2023) Hal ini karena pendidikan rendah, akses ke rumah sakit minim, tidak memadai pengetahuannya dan menganggap sepele tanda-tanda awal kanker, seperti adanya benjolan di payudara atau perubahan fisik lainnya. Akibatnya, ketika sakit terasa semakin parah dan mulai ada gejala-gejala lanjut yang mencemaskan, barulah mereka pergi ke dokter. Pada kanker stadium lanjut, pengobatan menjadi lebih rumit dan berat, membutuhkan biaya yang lebih besar, dan risiko kematian yang lebih tinggi.

Selain itu WHO juga merilis data survei di 115 negara yang menunjukkan bahwa sebagian besar negara tidak menyediakan layanan yang memadai untuk kanker dalam cakupan kesehatan universal (UHC). Hanya 39 dari 115 negara yang memasukkan manajemen kanker sebagai layanan kesehatan inti untuk seluruh warga negara. Kondisi ini akan membuat risiko kematian bagi penderita kanker semakin tinggi.

Data negara-negara yang disurvei oleh WHO juga menunjukkan bahwa hanya 28 persen negara yang menyediakan pelayanan paliatif, yakni dengan mengoptimalkan kualitas hidup pasien dan mengurangi gejala yang mengganggu

Kasus kanker di Indonesia terus meningkat setiap tahunnya. Oleh karena itu, sebagian besar pengobatan kanker terarah menuju onkologi paliatif. Namun, kemajuan terbaru dalam pengobatan kanker dan perawatan yang memperpanjang hidup menimbulkan tantangan baru sehubungan dengan prognosis dan intensitas pengobatan. Beberapa tahun sebelumnya, sangat sedikit pasien dengan kanker metastatik yang dirawat di unit perawatan intensif (ICU), sekarang gambarannya berubah. Ada kasus-kasus di mana keputusan-keputusan yang beralasan sedang dibuat memulai pengobatan kanker intensif, meskipun pasien memiliki penyakit yang menyebar, yang mengandaikan hal itu bahkan dampak buruk yang diakibatkannya akan diatasi di mana perawatan ICU mungkin diperlukan di negara tertentu .

B. Pengertian Perawatan Paliatif, Perawatan Suportif, dan Onkologi paliatif

Paliatif adalah terjemahan dari kata latin, yaitu palliare. yang berarti menyelebung atau menyembunyikan.. Beberapa definisi terkait pengertian Paliatif:

1. Menurut WHO adalah Perawatan total yang aktif terhadap pasien yang penyakitnya tidak responsif terhadap pengobatan kuratif. Pengendalian rasa sakit, gejala lain, dan psikologis, masalah sosial dan spiritual adalah yang terpenting definisi perawatan paliatif WHO pada tahun 2002, pernyataan berikut ditambahkan: “[Perawatan paliatif] meningkatkan kualitas perawatan kehidupan, meningkatkan martabat dan kenyamanan, dan juga dapat mempengaruhi perjalanan penyakit secara positif”. garis pemisah antara onkologi paliatif dan perawatan paliatif, meskipun hal ini jarang disadari. Integrasi onkologi paliatif dan paliatif yang lebih sadar tindakan perawatan menjadi lebih penting dari sebelumnya, sebagai hal baru perawatan tersedia dan diperluas juga kepada lansia dan orang-orang lemah, yaitu kelompok baru yang mungkin mendapat manfaat dari pengobatan namun juga lebih rentan.

2. Perawatan Suportif Versus Perawatan Paliatif

Asosiasi Internasional untuk Perawatan Paliatif dan Hospis (IAHPC) mendefinisikan perawatan paliatif sebagai perawatan holistik aktif bagi individu di semua usia yang mengalami penderitaan kesehatan serius akibat penyakit berat dan terutama bagi mereka yang mendekati akhir hayat. Perawatan ini bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, keluarga mereka, dan pengasuh mereka (Radbruch, L, et.al dalam Scott, 2023). Definisi ini didukung oleh serangkaian karakteristik tambahan:

Meliputi pencegahan, identifikasi dini, penilaian komprehensif, dan pengelolaan masalah fisik, seperti nyeri dan gejala-gejala yang mengganggu lainnya, tekanan psikologis, tekanan spiritual, dan kebutuhan sosial. Bila memungkinkan, intervensi ini harus berdasarkan bukti

Memberikan dukungan untuk membantu pasien hidup semaksimal mungkin hingga meninggal dengan memfasilitasi komunikasi yang efektif, membantu mereka dan keluarga mereka menentukan tujuan perawatan;

- a. Berlaku sepanjang perjalanan penyakit, sesuai dengan kebutuhan pasien;
- b. Diberikan bersamaan dengan terapi modifikasi penyakit bilamana diperlukan;
- c. Mungkin memberi pengaruh positif terhadap perjalanan penyakit;
- d. Tidak bermaksud mempercepat atau menunda kematian, meneguhkan kehidupan, dan mengakui kematian sebagai proses alami;
- e. Memberikan dukungan kepada keluarga dan pengasuh selama pasien sakit, dan pada saat mereka berduka;
- f. Diberikan dengan mengakui dan menghormati nilai-nilai budaya dan keyakinan pasien dan keluarga;
- g. Berlaku di semua tatanan layanan kesehatan (tempat tinggal dan institusi) dan di semua tingkatan (primer hingga tersier);
- h. Dapat diberikan oleh profesional dengan pelatihan perawatan paliatif dasar;
- i. Memerlukan perawatan paliatif spesialis dengan tim multiprofesional untuk rujukan kasus yang kompleks.

Meskipun demikian, sejumlah layanan perawatan paliatif spesialis telah mengubah nama mereka menjadi layanan perawatan suportif (atau layanan perawatan suportif dan paliatif) karena persepsi publik dan profesional yang negatif mengenai istilah perawatan paliatif, yaitu, bahwa perawatan paliatif identik dengan perawatan akhir hayat (fadul,et.al, 2021). Sebuah penelitian menunjukkan bahwa profesional kesehatan onkologi enggan merujuk ke layanan perawatan paliatif karena kekhawatiran akan menyebabkan pasien tertekan dan mengurangi harapan pasien dan keluarganya (Fadul,et.al, 2021) . Sementara penelitian lain menunjukkan bahwa perubahan nama seperti itu dapat

menyebabkan peningkatan rujukan, khususnya rujukan pasien pada pengobatan aktif dan pada tahap awal perjalanan kanker mereka dari pada sebelumnya (Dalal et.al dalam Scott, et al, 2023). Perlu dicatat bahwa beberapa tim perawatan suportif dan paliatif menyediakan intervensi perawatan paliatif dan intervensi perawatan suportif yang telah ditentukan sebelumnya di bawah satu layanan.

Tujuan perawatan paliatif adalah untuk meringankan penderitaan pasien dan keluarganya melalui penilaian dan pengobatan komprehensif terhadap gejala fisik, psikososial, dan spiritual yang dialami pasien. Saat kematian semakin dekat, gejala pasien mungkin memerlukan penanganan yang lebih agresif

Tujuan utama perawatan paliatif bagi pasien kanker adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien secara holistik dan mengurangi penderitaan pasien. Perawatan paliatif dapat membantu pasien untuk meningkatkan aspek fisik, psikososial, dan spiritual, sehingga pasien dapat meraih tujuan mereka hingga akhir hayatnya.

Perawatan paliatif dapat membantu pasien dengan: Penatalaksanaan gejala yang adekuat, seperti nyeri, mual, muntah, kelelahan, sesak nafas, diare, konstipasi, anoreksia, cemas, depresi, delirium, insomnia, perdarahan, dan luka kanker

- a. Dukungan psikososial, seperti terapi musik, terapi seni, dan terapi hewan
- b. Pengambilan keputusan bersama
- c. Perawatan holistik
- d. Tindakan fisik, emosional, sosial, dan spiritual
- e. Tindakan mengasuh
- f. Manajemen gejala
- g. Pemberian nutrisi dan hidrasi
- h. Perencanaan perawatan akhir hidup
- i. Dukungan keluarga

- j. Perawatan paliatif biasanya dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan bila didapatkan satu atau lebih kondisi, seperti:
- k. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
- l. Stres berat sehubungan dengan diagnosis atau terapi kanker
- m. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya

C. Prinsip-Prinsip Perawatan Paliatif

- 1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- 2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
- 3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
- 4. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
- 5. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
- 6. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- 7. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya
- 8. Menghindari tindakan yang sia sia

D. Indikasi Perawatan Paliatif Onkologi

Perawatan paliatif onkologi dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

- 1. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
- 2. Stres berat sehubungan dengan diagnosis atau terapi kanker
- 3. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya
- 4. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
- 5. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif

6. Angka harapan hidup < 12 bulan (ECOG > 3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak, dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, vena cava superior sindrom, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan yaitu: kompresi tulang belakang, bilirubin $\geq 2,5$ mg/dl, kreatinin ≥ 3 mg/dl). *tidak berlaku pada pasien kanker anak
7. Pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak respon dengan terapi yang diberikan

E. Langkah-Langkah dalam Perawatan Paliatif :

1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien
2. Membantu pasien dalam membuat Advanced care planning (wasiat atau keinginan terakhir)
3. Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial yang muncul
4. Manajemen gejala
5. Informasi dan edukasi perawatan pasien
6. Dukungan psikologis, kultural dan sosial
7. Respon pada fase terminal: memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya: penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dan lain-lain)

F. Tim Multidisiplin

Tim perawatan paliatif adalah tim interdisipliner yang dapat mencakup dokter, asisten dokter, praktisi perawat, perawat terdaftar, pekerja sosial, dan tokoh agama serta disiplin ilmu lain tergantung pada populasi yang dilayani. Tim interdisipliner bekerja sama erat untuk mengembangkan dan menyediakan satu rencana perawatan yang berpusat pada pasien.

Ada banyak perbedaan cara untuk menemukan kerja tim yang dijelaskan dalam literatur perawatan kesehatan. Istilah yang paling sering ditemukan adalah interdisipliner, multidisipliner, dan transdisipliner. Baru-baru ini, istilah

interprofesional dapat ditemukan. Secara tradisional, tim perawatan paliatif disebut sebagai interdisipliner, namun sering digunakan secara bergantian dengan tim multidisipliner di lingkungan lain seperti rumah sakit. Tim multidisiplin bersifat hierarkis dan dikepalai oleh individu dengan jabatan tertinggi yang mengelola perawatan pasien, biasanya seorang dokter. Individu dari berbagai disiplin ilmu bekerja secara independen dan paralel satu sama lain untuk membuat rencana perawatan terpisah yang mungkin memiliki atau tidak memiliki dampak terpadu pada pasien. Komunikasi antar anggota tim sering kali kurang dalam jenis perawatan ini. Tim interdisipliner bekerja secara saling bergantung dan menyediakan perawatan yang ditandai dengan memiliki tujuan atau rencana perawatan yang sama. Perawatan interdisipliner tidak bersifat hierarkis; pemimpin tim adalah individu dengan disiplin yang paling dibutuhkan oleh pasien pada waktu tertentu. Misalnya, jika kebutuhan terbesar pasien adalah psikososial, pekerja sosial akan mengarahkan perawatan. Komunikasi dalam tim interdisipliner yang berfungsi dengan baik bersifat intens dan kuat.

Tim transdisiplin adalah tim interdisiplin yang juga memiliki tujuan atau rencana perawatan yang sama di berbagai disiplin ilmu. Namun, perbedaannya adalah bahwa individu dalam tim cukup familier dengan pendekatan disiplin ilmu lain sehingga mereka dapat memberikan edukasi dan dukungan bagi pasien yang melampaui batasan tradisional disiplin ilmu mereka sendiri.

Pendidikan dan praktik interprofesional berfokus pada pemahaman dan penghormatan terhadap ruang lingkup dan standar yang berbeda dari berbagai profesi perawatan kesehatan untuk mengembangkan praktik yang lebih kohesif. Proses perawatan interprofesional dimulai dengan pendidikan dan pelatihan bersama dari berbagai disiplin ilmu seperti kedokteran dan keperawatan untuk mengembangkan landasan bersama untuk membangun praktik interprofesional yang kuat. Perawatan paliatif pasien kanker juga membutuhkan

keterlibatan keluarga dan tenaga relawan. Dengan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis, untuk bersama pasien dan keluarga membuat tujuan dan rencana pelayanan paliatif pasien kanker, serta melakukan monitoring dan follow up. Kepemimpinan yang kuat dan manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer lokal dan penyedia layanan kesehatan bekerja sebagai tim multidisiplin dalam system

Kesehatan, dan mengkoordinasikan erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini, untuk mencapai tujuan Bersama

1. Dokter

Dokter memainkan peran penting dalam pelayanan paliatif interdisipliner, harus kompeten di kedokteran umum, kompeten dalam pengendalian rasa sakit dan gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pengelolaan penyakit pasien. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif mungkin bertanggung jawab untuk penilaian, pengawasan dan pengelolaan dari banyak dilema pengobatan sulit

2. Perawat

Merupakan anggota tim yang biasanya akan memiliki kontak terlama dengan pasien sehingga memberikan kesempatan unik untuk mengetahui pasien dan pengasuh, menilai secara mendalam apa yang terjadi dan apa yang penting bagi pasien, dan untuk membantu pasien mengatasi dampak kemajuan penyakit. Perawat dapat bekerja sama dengan pasien dan keluarganya dalam membuat rujukan sesuai dengan disiplin ilmu lain dan pelayanan kesehatan

3. Psikolog

Psikolog perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial, penyakit dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional selama perkembangan penyakit dan proses berakut.

4. Konselor spiritual

Konselor spiritual harus menjadi pendengar yang terampil dan tidak menghakimi, mampu menangani pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Sering juga berfungsi sebagai orang yang dipercaya sekaligus sebagai sumber dukungan terkait tradisi keagamaan, pengorganisasian ritual keagamaan dan sakramen yang berarti bagi pasien kanker. Sehingga konselor spiritual perlu dilatih dalam perawatan akhir kehidupan.

5. Apoteker,

Terapi obat merupakan komponen utama dari manajemen gejala dalam pelayanan paliatif, sehingga apoteker memainkan peranan penting. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting ke obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker juga dibutuhkan untuk mendukung tim kesehatan dengan memberikan informasi mengenai dosis obat, interaksi obat, formulasi yang tepat, rute administrasi, dan alternatif pendekatan. Morfin dan obat-obatan lain yang sesuai diperlukan untuk pelayanan paliatif. Banyak negaranegara berpenghasilan rendah dan menengah, akses terhadap obat-obatan tidak hanya dibatasi oleh kurangnya apoteker untuk mengeluarkan obat-obatan, tetapi juga oleh biaya obat-obatan yang relatif tinggi sehingga sulit dijangkau bagi banyak pasien kanker. Untuk itu, apoteker, bahkan mereka dengan keterampilan dasar yang cukup dan pelatihan yang terbatas sangat penting untuk pelayanan paliatif.

6. Ahli fisioterapi,

7. Sukarelawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif akan bervariasi sesuai dengan pengaturan. Di negara sumber daya rendah atau menengah, relawan dapat menyediakan sebagian besar pelayanan untuk pasien. Relawan yang termasuk dalam rumah sakit dan tim pelayanan paliatif membantu profesional kesehatan untuk memberikan kualitas hidup yang optimal bagi pasien dan keluarga. Relawan datang dari semua sektor masyarakat, dan sering menyediakan link antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Memasukkan relawan dalam tim perawatan paliatif membawa dimensi dukungan masyarakat dan keahlian masyarakat. Dengan pelatihan dan dukungan tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menghasilkan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

G. Perawatan Paliatif pada Onkologi Dewasa

1. Komunikasi dan pembuatan keputusan

Komunikasi antara dokter dan profesi lain dengan pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dalam perawatan paliatif. Pasien adalah pribadi yang harus dihargai haknya untuk mengetahui atau tidak mengetahui kondisi penyakitnya. Pasien juga merupakan individu yang berhak menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadapnya jika pasien masih memiliki kemampuan untuk membuat keputusan. Pada fase akhir kehidupan banyak pasien yang tidak lagi mampu membuat keputusan, sehingga pembicaraan tentang apa yang akan atau tidak dilakukan sebaiknya diputuskan pada saat pasien masih memiliki kesadaran penuh. Walaupun demikian keluarga tetap dapat dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Dalam

menyampaikan Berita buruk, harus diperhatikan: Apa, sejauh mana, kapan, dengan siapa dan bagaimana cara menyampaikan berita tersebut. Dalam hal ini, dokter dan professional Kesehatan lain harus memperhatikan kultur yang dianut pasien dan keluarga

2. Kualitas hidup pada onkologi

Kualitas hidup Meningkatnya kualitas hidup pasien kanker merupakan indikator keberhasilan pelayanan paliatif. Kualitas hidup pasien kanker diukur dengan Modifikasi dari Skala Mc Gill. Terdapat 10 indikator yang harus dinilai oleh pasien sendiri, yaitu :

Tabel 5.1 Kualitas hidup pasien kanker diukur dengan Modifikasi dari Skala Mc Gill.

Indikator	Nilai 1-10
Secara fisik saya merasa	Sangat buruk sangat baik
Saya tertekan atau cemas	Selalu tidak pernah
Saya sedih	Selalu tidak pernah
Dalam melihat masa depan	Selalu takut tidak takut
Keberadaan saya	Tidak berarti tanpa tujuan sangat berarti dan bertujuan
Dalam mencapai tujuan hidup	Tidak mencapai tujuan mencapai tujuan
Saya	Tidak dapat sangat dapat mengontrol hidup saya
Sebagai pribadi	Tidak baik.....sangat baik
Hari saya	Sebagai beban sebagai anugrah Saya merasa Tidak mendapat dukungan mendapat dukungan penuh

3. Dukungan Fisik :

Dukungan fisik merupakan Upaya untuk mengurangi gejala yang bervariasi . oleh karena itu diperlukan manajemen sebagai berikut:

a. Evaluasi :

- 1) Evaluasi terhadap gejala yang ada:
 - a) Apa penyebab gejala tersebut (kanker, anti kanker dan pengobatan lain, tirah baring, kelainan yang menyertai)
 - b) Mekanisme apa yang mendasari gejala yang muncul? (misalnya: muntah) karena tekanan intrakranial yang meningkat berkaitan dengan muntah karena obstruksi gastrointestinal)
 - c) Adakah hal yang memperberat gejala yang ada (cemas, depresi, insomnia, kelelahan)
 - d) Apakah dampak yang muncul akibat gejala tersebut? (misalnya: tidak bisa tidur, tidak nafsu makan, tidak dapat beraktifitas)
 - e) Pengobatan atau tindakan apa yang telah diberikan? Mana yang tidak bermanfaat?
 - f) Tindakan apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyebabnya?
- 2) Evaluasi terhadap pasien:
 - a) Seberapa jauh progresifitas penyakit ? Apakah gejala yang ada merupakan gejala terminal atau sesuatu yang bersifat reversible?
 - b) Apa pendapat pasien terhadap gejala tersebut?
 - c) Bagaimana respon pasien?
 - d) Bagaimana fungsi tubuh? (Gunakan KARNOFSKY RATING SCALE)

b. Penjelasan:

Penjelasan terhadap penyebab keluhan yang muncul sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pasien. Jika dokter tidak menjelaskan, mungkin pasien bertambah cemas karena menganggap dokter tidak tahu apa yang telah terjadi dalam dirinya.

c. Diskusi

Diskusikan dengan pasien pilihan pengobatan yang ada, hasil yang dapat dicapai dengan pilihan yang tersedia, pemeriksaan yang diperlukan, dan apa yang akan terjadi jika tidak dilakukan pengobatan.

d. Pengelolaan secara individu

Pengobatan bersifat individual, tergantung pada pilihan yang tersedia, manfaat dan kerugian pada masing masing pasien dan keinginan pasien dan keluarga. Pengobatan yang diberikan terdiri dari:

- 1) Atasi masalah berdasarkan penyebab dasar : atasi penyebabnya bila memungkinkan (Pasien dengan nyeri tulang karena metastase, lakukan radiasi bila memungkinkan. Pasien dengan sesak nafas karena spasme bronkus, berikan bronkodilator)
- 2) Prinsip pengobatan : setiap obat opioid dimulai dengan dosis terendah, kemudian lakukan titrasi, untuk mendapatkan efek yang optimal dan dapat mencegah penderitaan dan penurunan kualitas hidup akibat efek samping obat tersebut.
- 3) Terapi fisik : selain dengan obat, modalitas lain diperlukan untuk mengatasi gejala misalnya relaksasi, pengaturan posisi, penyesuaian lingkungan dll.

e. Perhatian yang spesifik

mengatasi keluhan secara simptomatis dengan memperhatikan yang spesifik sangat bermanfaat (misalnya jika operasi, kemoterapi atau radiasi pada kanker esofagus tidak dapat lagi diberikan, pengobatan untuk jamur di mulut akan bermanfaat bagi pasien).

f. Pengawasan

Pengawasan terhadap pasien, gejala yang ada dan dampak pengobatan yang diberikan sangat diperlukan karena pada stadium lanjut, karena keadaan tersebut dapat berubah dengan cepat. Dampak kanker menimbulkan masalah atau gangguan Seperti :

- 1) **Anemia:** Kemoterapi, terapi radiasi, dan beberapa jenis kanker dapat mengurangi sel darah merah, sehingga Anda merasa lelah, pusing, dan sesak napas. Dokter Anda dapat menguji anemia dan merekomendasikan pengobatan seperti istirahat dan pola makan sehat.
- 2) **Perdarahan dan memar (trombositopenia):** Kemoterapi dan imunoterapi (terapi tertarget) dapat mengurangi trombosit sel yang membekukan darah untuk menghentikan pendarahan. Hal ini dapat membuat rentan terhadap memar dan pendarahan.
- 3) **Tulang kropos (osteoporosis):** Kanker dan perawatan seperti kemoterapi dapat menyebabkan kehilangan tulang. Latihan beban, nutrisi dan suplemen yang tepat dapat membantu. Pemeriksaan kepadatan tulang juga dianjurkan.
- 4) **Kekambuhan kanker:** Para penyintas kanker menghadapi kemungkinan kanker mereka akan kambuh. Perawatan kanker juga dapat meningkatkan risiko pasien terkena kanker jenis baru. Bicarakan dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang pemeriksaan rutin dan janji temu tindak lanjut lainnya. Jika kanker ada dalam keluarga Anda, Anda mungkin ingin mempertimbangkan konseling genetik dan penilaian risiko .
- 5) **Gangguan Kognitif :** Beberapa orang mengalami kehilangan ingatan jangka pendek dan pikiran yang tidak jernih. Kondisi ini dikenal sebagai otak kemo tetapi tidak selalu disebabkan oleh kemoterapi. Kondisi ini dapat menjadi efek samping kanker atau jenis pengobatan kanker lainnya.
- 6) **Konstipasi:** Kemoterapi dan obat pereda nyeri dapat menyebabkan konstipasi. Diet tinggi serat dan banyak cairan dapat membantu. Bicarakan dengan dokter Anda sebelum mengonsumsi obat apa pun. Ahli diet kanker kami juga siap membantu.

- 7) **Diabetes:** Obat kanker dapat meningkatkan kadar gula darah (hiperglikemia), sehingga meningkatkan risiko terkena diabetes bahkan setelah perawatan. Beri tahu dokter jika Anda mengalami pusing, sakit kepala, atau sering haus atau buang air kecil.
- 8) **Diare:** Kanker dan pengobatan dapat menyebabkan diare, yang membuat risiko kehilangan terlalu banyak cairan..
- 9) **Mulut kering:** Terapi radiasi, terutama di kepala atau leher, dapat memengaruhi kelenjar ludah . Mulut kering (xerostomia) dapat memengaruhi indera perasa dan nafsu makan , sulit menelan, tidur, dan berbicara.
- 10) **Masalah pada mata:** Kemoterapi dapat meningkatkan risiko sindrom mata kering dan katarak.
- 11) **Kelelahan :** Merasa lelah adalah hal yang umum di antara para penyintas kanker. Olahraga, keterampilan relaksasi, dan strategi untuk menjaga energi Anda dapat membantu.
- 12) **Rambut rontok :** Kemoterapi dan terapi radiasi dapat menyebabkan rambut rontok sementara.
- 13) **Gangguan pendengaran:** Obat kemoterapi dan terapi radiasi dosis tinggi pada otak dapat merusak pendengaran. Segera beri tahu dokter jika Anda melihat perubahan.
- 14) **Masalah jantung:** Kemoterapi dan radiasi pada dada dapat merusak jantung dan pembuluh darah. Dokter Anda mungkin menyarankan diet sehat, penurunan berat badan, olahraga, pengobatan, dan langkah-langkah lainnya.
- 15) **Perubahan hormonal:** Perawatan hormon untuk melawan kanker dapat menimbulkan efek samping seperti nyeri sendi, kelelahan, kehilangan ingatan, perubahan suasana hati, penurunan gairah seks, dan penambahan berat badan..

- 16)Hipotiroidisme:** Terapi radiasi dapat menyebabkan kelenjar tiroid memproduksi terlalu sedikit hormon tiroid. Efeknya dapat berupa sembelit, kulit kering, sensitivitas suhu, dan penambahan berat badan. Obat dapat membantu.
- 17)Inkontinensia:** Teknik bedah yang lebih baru telah mengurangi kemungkinan ini, tetapi kebocoran urin dapat menjadi masalah jika prostat atau kandung kemih Anda diangkat karena kanker. Penanganannya dapat meliputi latihan, manajemen perilaku, pengobatan, dan dalam beberapa kasus, pembedahan.
- 18)Infeksi:** Kemoterapi dapat menguras sel darah putih yang melawan infeksi, sehingga rentan terhadap infeksi. Mencuci tangan, menjaga kebersihan, dan lebih berhati-hati dalam menjaga keamanan makanan merupakan tindakan pencegahan.
- 19)Kemandulan:** Beberapa jenis radiasi dan kemoterapi dapat merusak kemampuan Anda untuk memiliki anak. Kami dapat merekomendasikan layanan kesuburan sebelum perawatan untuk meningkatkan pilihan Anda.
- 20)Masalah pembelajaran dan memori:** Kemoterapi dapat menyebabkan masalah dengan kemampuan mengingat, konsentrasi, atau menemukan kata yang tepat,.
- 21)Kehilangan selera makan:** Perawatan kanker dapat membuat makanan kurang menarik dan dapat menyebabkan mual dan muntah. Penting untuk berbicara dengan penyedia layanan kesehatan Anda sebelum Anda mengalami dehidrasi atau berat badan sangat rendah.
- 22)Masalah paru-paru:** Kemoterapi atau terapi radiasi dada dapat merusak paru-paru. Terapi oksigen, penurunan berat badan, olahraga, pengobatan, dan berhenti merokok mungkin direkomendasikan.

- 23) Limfedema:** Ini adalah kondisi serius di mana lengan atau kaki membengkak karena cairan, yang menyebabkan rasa tidak nyaman dan nyeri. Pelajari lebih lanjut tentang pilihan kami untuk mengobati limfedema .
- 24) Mual dan muntah:** Beberapa jenis kemoterapi dan radiasi serta beberapa jenis kanker, khususnya tumor otak, dapat menyebabkan mual dan muntah. Obat-obatan, perubahan pola makan, pengobatan alternatif, dan pengobatan lain dapat membantu. Ahli diet kanker kami dapat menawarkan pilihan.
- 25) Kerusakan organ:** Perawatan kanker dapat menyebabkan kerusakan organ, bahkan bertahun-tahun kemudian. Bicarakan dengan dokter Anda tentang perubahan baru yang Anda lihat. Langkah pencegahan meliputi nutrisi dan olahraga yang tepat, serta menghindari merokok dan terlalu banyak alkohol.
- 26) Nyeri:** Nyeri dapat disebabkan oleh kanker, pembedahan, kerusakan saraf akibat kemoterapi, atau faktor lainnya.
- 27) Neuropati perifer:** Kemoterapi, pembedahan, atau radiasi dapat merusak saraf perifer, saraf yang mengirimkan pesan ke dan dari otak dan sumsum tulang belakang.
- 28) Penuaan dini:** Kanker dan pengobatan kanker dapat mempercepat beberapa tanda penuaan. Kemoterapi dapat menyebabkan menopause dini, misalnya, sehingga meningkatkan risiko osteoporosis. Pria mungkin mengalami disfungsi ereksi dan risiko osteoporosis yang lebih tinggi. Bicarakan dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang pilihan pengobatan jika Anda melihat adanya perubahan.
- 29) Disfungsi seksual:** Perawatan kanker dapat menyebabkan efek samping seksual seperti disfungsi ereksi atau menopause dini. Penyedia layanan

kesehatan kami memahami hal ini dan dapat merekomendasikan perawatan yang efektif. OHSU juga menawarkan satu-satunya program di area tersebut untuk mendukung kesehatan seksual wanita yang terkena kanker.

30) Masalah kulit: Kemoterapi dan terapi radiasi dapat menyebabkan kulit kering, gatal, mengelupas, atau merah. Losion, perlindungan kulit, dan langkah-langkah lain dapat membantu.

31) Masalah tidur: Kesulitan tidur umum terjadi pada pasien kanker. Bicarakan dengan dokter Anda tentang pengobatan seperti terapi perilaku, pengobatan, dan kebiasaan tidur.

4. Dukungan Sosial

Tabel 5.2 Dukungan Sosial

Harapan Hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan
Membantu tersedianya Melakukan assessment Melakukan diskusi dan dukungan Mempersiapkan	caregiver • lingkungan yang aman • transportasi • pendidikan bagi caregiver • dukungan bagi keluarga conseling, support group • finansial • Respite • resiko bereavement • personal, kultural, spiritual yang berhubungan dengan prognosis	+ + - + tentang proses kematian + + + • pengertian terhadap proses kematian • yang berhubungan dengan kematian • Kematian pasien • Anticipatory grief • Upacara pemakama

5. Perencanaan Perawatan lanjutan

Tabel 5.3 Perencanaan Perawatan lanjutan

Harapan Hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
	Diskusikan tentang perawatan paliatif • Perkenalkan tim paliatif • Kapasitas membuat keputusan dan kebutuhan • Gali tentang nilai hidup dan keinginan untuk melakukan perawatan di waktu yad • Memberikan informasi tentang WASIAT dan pilihan untuk tidak melakukan resusitasi • Anjurakan untuk berdiskusi dengan keluarga tentang keinginan dan harapan • Anjurkan untuk memilih orang yang dipercaya	Konfirmasi tentang pilihan tempat untuk meninggal • Konfirmasi tentang dokumen WASIAT termasuk: DNR, antibiotik, pemeriksaan darah, ventilator, dialisis, artificial nutrisi dan hidrasi • Pastikan semua dokumen telah diterima oleh petugas dimana ada kemungkinan sebagai tempat pasien akan menghabiskan waktunya dan meninggal • Membantu memecahkan masalah yang timbul antara keluarga dan pasien • Telusuri tentang ketakutan dan berikan dukungan emosional • Diskusikan tentang	Pastikan telah menerima WA SIAT • LAKUKAN sesuai dengan WASIAT • Klarifikasi persetujuan keluarga Tentang WASIAT tsb • Diskusikan jika keluarga atau Anggota tim tidak setuju Dengan WASIAT tsb • Konfirmasi tentang keinginan Donor organ

Harapan Hidup Intervensi	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
	untuk mewakili dirinya bila kondisi tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan • Bicarakan tentang donasi organ • Telusuri tentang ketakutan atau kecemasan tentang kematian	keinginan donor organ	

6. Perawatan akhir kehidupan

Tabel 5.4 Perawatan pasien menjelang ajal:

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
Pastikan kenyamanan pasien • Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri anticipative • Perawatan mulut • Tindakan untuk retensi urin dan faeces Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi	Pastikan keluarga mengerti dan menerima wasiat Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien Siapkan bantuan sosial worker dan	Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy tsb Pastikan wasiat telah didokumentasikan Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi Fasilitasi untuk

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
oksigen, suctioning Tidak melakukan pemeriksaan vital sign Lakukan assessment gejala setiap 4 jam Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamanan Death rattle: hipersekresi saliva yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 – 2 drop secara SL Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif Siapkan untuk donor organ	rohaniawan Berikan waktu bagi keluarga untuk selalu bersama pasien Pastikan keluarga telah diinformasikan tentang tanda tanda kematian dan berikan pendampingan Berikan pendampingan Anticipatory bereavement Dukungan bagi anak 2 dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan dan adat yang dianut	keluarga yang akan berjaga Berikan waktu untuk keluarga tanpa interupsi Fasilitasi untuk upacara pemakaman

7. Perawatan pasien pada fase terminal

- Mengatasi Nyeri dan gejala lain
- Mengurangi Stress pasien dan keluarga
- Merasa memiliki kemampuan untuk mengontrol kondisi yang ada
- Mengurangi beban keluarga
- Menjalin hubungan dengan orang lain lebih baik
- Mengoptimalkan kualitas hidup
- Mengoptimalkan kesejahteraan spiritual

8. Perawatan pada saat pasien meninggal

Kualitas meninggal/ Bermartabat

- a. Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
- b. Ditampat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat wasiat
- c. Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masalah belum selesai.
- d. Secara spiritual siap: didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
- e. Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
- f. Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

Intervensi:

- a. Lepas semua alat medis yang masih terpasang
- b. Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut
- c. Berikan waktu privat untuk keluarga
- d. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
- e. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
- f. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
- g. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
- h. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kematian untuk debriefing
- i. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa duka cita dan berikan dukungan yang diberikan
- j. Diskusikan resiko kanker dan pencegahan yang dapat dilakukan

9. Perawatan pada saat pasien meninggal

Kualitas meninggal/ Bermartabat

- a. Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
- b. Ditempat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat wasiat
- c. Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masalah belum selesai.
- d. Secara spiritual siap: didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
- e. Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
- f. Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

Intervensi:

- a. Lepas semua alat medis yang masih terpasang
- b. Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut
- c. Berikan waktu privat untuk keluarga
- d. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
- e. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
- f. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
- g. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
- h. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kematian untuk debriefing
- i. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa bereavement dan berikan dukungan yang diberikan
- j. Diskusikan resiko kanker dan pencegahan yang dapat dilakukan
- k. Perawatan jenazah
- l. Kelengkapan surat dan keperluan pemakaman
- m. Dukungan masa duka cita (berkabung)

10. Perawatan setelah pasien meninggal

Dukungan pada masa berkabung dilakukan pada saat pasien meninggal dan pada saat pemakaman. Satu atau dua minggu setelah pemakaman, follow up kepada keluarga yang berdukacita perlu dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap kemampuan mengatasi rasa kehilangan dan kemampuan beradaptasi terhadap situasi baru, yaitu kehidupan tanpa pasien yang telah meninggal. Follow up bisa sebaiknya dilakukan dengan kunjungan rumah, namun bila tidak memungkinkan bisa dilakukan melalui telepon.

a. Tujuan dukungan masa berkabung adalah:

- 1) Membantu agar keluarga bisa menerima kenyataan bahwa pasien telah meninggal dan tidak akan kembali
- 2) Membantu agar keluarga mampu beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru
- 3) Membantu merubah lingkungan yang memungkinkan keluarga dapat melanjutkan hidup tanpa pasien yang meninggal
- 4) Membantu keluarga agar mendapatkan kembali rasa percaya diri untuk melanjutkan hidup

b. Dukungan untuk petugas kesehatan

- 1) Diskusi tentang masalah pribadi yang mempengaruhi dalam memberikan perawatan bagi pasien
- 2) Ciptakan suasana aman dalam mendiskusikan kematian pasien
- 3) Beri kesempatan untuk refleksi diri dan mengenang pasien
- 4) Mereview melalui catatan medis masalah medis yang berhubungan dengan kematian
- 5) Diskusikan kualitas perawatan
- 6) Diskusikan respons keluarga terhadap kematian
- 7) Diskusikan respon petugas terhadap kematian
- 8) Lakukan ritual masa duka untuk petugas
- 9) Identifikasi petugas yang memiliki resiko terhadap masa duka cita bermasalah

H. Perawatan Paliatif Onkologi pediatri

Untuk lebih memahami prinsip dasar Perawatan paliatif onkologi anak, adalah mempertimbangkan variabilitas yang luas dalam prognosis dan lintasan penyakit berbagai jenis kanker anak.

Peningkatan angka kanker pada anak-anak dan remaja terus meningkat sejak tahun 1975, terutama kasuss leukemia dan tumor otak . Peningkatan ini disejajarkan dengan peningkatan nyata dalam tingkat kelangsungan hidup dalam 5 tahun, dari 58% pada tahun tersebut 1970an hingga >80% saat ini. Prognosisnya juga bervariasi: pada tahun 1970-an, kelompok termiskin tingkat kelangsungan hidup ditemukan pada leukemia; saat ini, meskipun ada kemajuan secara umum kelangsungan hidup, tumor padat, dan khususnya rhabdomyosarcoma, tumor tulang, tumor sistem saraf pusat, dan neuroblastoma, berhubungan dengan prognosis terburuk .

Kemajuan dalam pendekatan terapeutik telah menyebabkan perubahan dramatis dalam lintasan kanker, yang tercermin tidak hanya dalam peningkatan kemampuan bertahan hidup yang disebutkan di atas, tetapi juga dalam peralihan kanker dari penyakit akut ke kondisi kronis yang kompleks seperti kebutuhan medis dan ketergantungan alat kesehatan . Riwayat klinis dan alaminya adalah berbeda sesuai dengan jenis kankernya. Keganasan hematologi pada anak kecil dengan onset akut berhubungan dengan gejala yang mengancam jiwa dan kematian mendadak (karena perkembangan penyakit atau komplikasi akut), sebagian besar terjadi di rumah sakit.

Tumor padat lebih umum di kalangan remaja, mungkin memiliki evolusi kronis, memiliki relevansi beban sosial akibat perjalanan penyakit yang panjang, dan sering kali bersifat progresif kemunduran sebelum kematian

Tabel 5.5 “Lampu hijau” yang perlu dipertimbangkan untuk permintaan Perawatan paliatif khusus untuk anak-anak penderita kanker

Saat diagnosis 1. Penyakit yang mengancam jiwa (misalnya glioma otak yang meluas) atau kanker stadium lanjut (misalnya stadium IV neuroblastoma; tumor metastatik padat) 2. Diagnosis tumor dengan estimasi tingkat kelangsungan hidup bebas <40% dengan terapi saat ini.
Selama sakit 1. Penyakit metastasis progresif 2. Penyakit yang berulang atau resisten, juga setelah kegagalan organ 3. Toksisitas besar selama pengobatan 4. Dalam kasus rawat inap yang berkepanjangan (>3 minggu) atau perawatan intensif yang berkepanjangan unit (>1 minggu) tanpa tanda-tanda perbaikan 5. Dalam kasus tiga atau lebih rawat inap yang tidak direncanakan karena masalah medis serius dalam a periode 6 bulan 6. Terkait dengan kebutuhan yang kompleks 7. Kesulitan dalam menangani gejala, khususnya nyeri 8. Stres psikososial berat atau dukungan sosial terbatas 9. Pengenalan perangkat baru (gastrostomi atau trakeostomi) yang memerlukan perawatan kompleks selama ini transisi dari rumah sakit ke rumah 10. Kesulitan dalam pengambilan keputusan atau proses komunikasi

Tabel 5.6 Indikasi menurut tahapan penyakit dan setelah kematian.

	Diagnosis	Prognosis	Akhir Kehidupan	Perawatan pasca Kematian
Manajemen gejala	Penyaringan dan institusi awal terapi untuk gejala kontrol terhadap anak dan keluarga, sebagaimana mestinya Libatkan anak dan orang tua dalam pelaporan gejala	Lakukan penilaian ulang secara berkala/gejala 1. Menawarkan layanan khusus 24 jam bantuan jika terjadi parah gejala 2. Memastikan pengelolaan gejala yang sesuai dengan usia dan tahap perkembangan	1. Memberikan bantuan 24/7 (di kehadiran atau dari jarak jauh) 2. Menjamin kesinambungan perawatan (rumah-rumah sakit-rumah sakit) 3. Manajemen psikologis, kebutuhan sosial, spiritual	1. Memfasilitasi koneksi dengan rekan-rekan yang berduka 2. Membantu koneksi dengan formal dan dukungan informal di masyarakat
Manajemen psikologis,	Skrining dini untuk psikologis, sosial, dan tekanan eksistensial pada anak	1. Lakukan penilaian ulang secara berkala 2. Tawarkan dukungan psikologis	1. Menyediakan layanan khusus psikologis dan spiritual dukungan	

	Diagnosis	Prognosis	Akhir Kehidupan	Perawatan pasca Kematian
kebutuhan sosial, spiritual	Tawarkan dukungan psikologis, misalnya khusus untuk mengelola kesedihan dan perasaan kehilangan 1. Mendukung dan membantu anak dalam menjaga hubungan teman sebaya dan bersekolah 2. Penguatan pola asuh	3. Diskusikan keinginan dan pilihan pengaturan kehidupan 4. Diskusikan keinginan dan pilihan modalitas perawatan setelah kematian	1. untuk anak dan keluarga 2. Menjadikan keluarga dan anak a bagian dari rencana perawatan 3. Memfasilitasi koneksi dengan rekan-rekan yang berduka	
Penilaian kualitas hidup	Mendukung dan membantu keluarga memulihkan rutinitas sehari-hari mereka	1. Batasi intervensi yang sia-sia 2. Bimbing keluarga melalui perencanaan perawatan lanjutan	Seimbangkan intervensi apa pun risiko dan manfaat	

	Diagnosis	Prognosis	Akhir Kehidupan	Perawatan pasca Kematian
		3. Selidiki anak dan keluarga ide kualitas hidup dan berbagi strategi pencapaiannya	1. Bertindak dengan tujuan menjamin Kenyamanan	
Komunikasi	1. Berkomunikasi dengan jelas dan jujur dengan anak dan keluarga untuk hubungan saling percaya 2. Verifikasi kebenarannya pemahaman tentang penyakit dan prognosis 3. Mendorong berbagi perasaan pribadi,	1. Memberikan penjelasan yang jelas dan jujur diskusi dengan anak dan keluarga tentang prognosis, bukan membatasi harapan 2. Libatkan anak dalam proses pengambilan keputusan 3. Mendorong berbagi perasaan pribadi, khususnya yang	1. Memberikan penjelasan yang jelas dan jujur komunikasi tentang Evolusi EoL 2. Tentukan pengaturan EoL sesuai dengan keinginan si anak dan keluarga 3. Mengevaluasi keberadaan a jaringan	1. Memberikan penjelasan yang jelas dan jujur ulasan sejarah anak untuk mengeluarkan emosi dan perasaan

	Diagnosis	Prognosis	Akhir Kehidupan	Perawatan pasca Kematian
	khususnya yang berhubungan dengan duka	berhubungan dengan duka	pendukung untuk keluarga	
Dukungan Keluarga	Kaji kebutuhan keluarga 1. Lakukan penilaian ulang secara berkala dari kebutuhan keluarga		1. Kaji kebutuhan keluarga selama ini EoL	1. Memberikan dukungan selama perawatan setelah kematian 2. Membantu keluarga mengatasi kesedihan 3. Menawarkan psikologis dan dukungan spiritual kepada orang tua, saudara kandung, dan lainnya anggota keluarga 4. Izinkan keluarga yang berduka anggota kesempatan untuk terhubung kembali dengan tim PPC <i>untuk</i>

	Diagnosis	Prognosis	Akhir Kehidupan	Perawatan pasca Kematian
				<i>ditegaskan kehidupan anak mereka dihormati dan diingat</i>
Kegiatan koordinasi	1. Dukungan ahli onkologi di memperkenalkan prinsip PPC sejak diagnosisnya 2. Mendukung ahli onkologi dalam keadaan sulit skenario klinis atau etika	1. Tim PPC dan ahli onkologi berbagi tanggung jawab pengambilan keputusan yang sulit dan komunikasi 2. Memastikan rasa hormat dari preferensi anak	1. Mengkoordinasikan layanan kesehatan jaringan di semua pengaturan sehingga hormati preferensi anak 2. Tawarkan di rumah sakit atau berbasis rumah bantuan khusus	1. Mengkoordinasikan layanan kesehatan jaringan dalam membantu keluarga selama perawatan setelah kematian 2. Memberikan dukungan pembekalan kepada penyedia layanan kesehatan yang terlibat di tempat penitipan anak

1. Kebutuhan Onkologi Anak

Setiap rencana Perawatan Paliatif pada onkologi anak harus memberikan intervensi yang menyeimbangkan risiko dan manfaat dengan mempertimbangkan kualitas hidup anak dan keluarga, ketersediaan sumber daya, dan lokal kemungkinan . Atas dasar ini, setiap rencana harus mengatasi masalah fisik, sosial, psikologis, kebutuhan dan keprihatinan spiritual, dan etika pasien. Oleh karena itu, penilaian terhadap semua kebutuhan klinis, komunikasi, psikososial, dan spiritual pasien dan keluarga harus dilakukan pada saat diagnosis tidak dapat disembuhkan atau seharusnya tidak dapat disembuhkan—atau bahkan sebelum jika diagnosisnya tidak pasti—dan kemudian terjadi secara berkala selama perjalanan penyakit. Oleh karena itu, penyedia layanan kesehatan memiliki kebutuhan mereka sendiri yang harus diidentifikasi dan ditangani. Gambaran intervensi Perawatan paliatif pada onkologi anak yang harus diberikan selama penyakit ini lintasan dan setelah kematian disajikan pada Tabel 12. 6 Pembahasan kebutuhan spesifiknya adalah sebagai berikut

a. Kebutuhan Anak

Kebutuhan klinis anak-anak penderita kanker dapat bervariasi berdasarkan jenis penyakit, kemungkinan komplikasi terkait pengobatan, dan penyakit penyerta yang pernah ada atau didapat serta berubah seiring berjalannya waktu lintasan penyakit. Selanjutnya ciri khas anak penderita kanker harus dipertimbangkan ketika menilai kebutuhan mereka

Pengobatan gejala onkologi pediatrik harus diintegrasikan ke dalam diri anak perawatan komprehensif tanpa mempengaruhi pengobatan terkait kanker mereka.

Gejala fisik pada anak penderita kanker stadium lanjut yang paling sering adalah nyeri kronis dan kelelahan, diikuti oleh masalah pernapasan, mual dan muntah, cachexia dan intoleransi nutrisi, dan sembelit .

Dalam PPC, pendekatan farmakologis dan nonfarmakologis multimodel disesuaikan dengan usia dan perkembangan anak merupakan hal mendasar dalam mengelola gejala dan nyeri kronis . Obat-obatan berbeda yang dapat digunakan untuk mengatasi nyeri kronis pada dasarnya adalah menjadi empat kategori – non opioid, opioid, adjuvan, dan anestesi lokal . Kemungkinannya rute pemberian berkisar dari oral, vena, dan subkutan, hingga transkutan, transmukosa, dan aerosol. Dalam beberapa situasi, pemberian epidural atau intratekal atau teknik anestesi regional lainnya diperlukan. Terapi non-obat saat ini digambarkan sebagai fisik, perilaku, dan kognitif, tergantung pada apakah hal tersebut utamanya bekerja dengan mempengaruhi sistem sensorik, perilaku, atau pikiran anak-anak. Tekniknya meliputi gangguan, perhatian, pencitraan, relaksasi, dan manajemen perilaku. Sesuai dosis obat dan penghormatan terhadap praktik terbaik untuk mengatasi rasa sakit (**lihat Tabel Tambahan 12.7**) memastikan pengendalian gejala yang baik pada sebagian besar kasus

Kekhawatiran psikologis juga tersebar luas pada anak-anak penderita kanker, dengan kecemasan, kesedihan, depresi, ketakutan, kebosanan, dan gangguan perilaku menjadi yang paling umum gejala Krisis spiritual juga sering terjadi, terutama di kalangan anak-anak yang lebih besar; Di sisi lain, harapan dan keyakinan sering kali mewakili faktor pelindung yang dapat mempertahankan ketahanan dan menjunjung tinggi harkat dan martabat hidup. Identifikasi dan pengelolaan psikologis kekhawatiran pada anak-anak dan remaja dengan kanker akan meningkatkan hasil pengobatan dan kualitas hidup. Oleh karena itu, temuan ini dapat memandu spesialis PPC dan keluarga untuk melakukannya menjadi lebih sadar akan gangguan ini .

Kekhawatiran sosial juga sering terjadi pada anak-anak penderita kanker, terutama pada orang lanjut usia. Isolasi sosial akibat seringnya rawat inap sering kali terjadi, hal ini endasaripentingnya perawatan di rumah . Selain itu, rasa malu terhadap citra sosial dan pergaulan yang buruk, pemahaman tentang status penyakit sering dilaporkan .

Kebutuhan yang berbeda bisa saja hidup berdampingan dan saling mempengaruhi sehingga memerlukan pendekatan dan penanganan yang komprehensif untuk mengatasi penderitaan l anak secara global. Kebutuhan fisik merupakan kebutuhan utama penyumbang penderitaan global, namun seringkali dipengaruhi oleh tekanan psikososial dans ebaliknya . Selain itu, dukungan psikologis harus tersedia selama seluruh durasi penyakit, dan psikolog harus menangani semua hal kritis komunikasi, dengan tujuan membantu anak dan keluarga dengan kemampuannya dalam mengatasi pengalaman sulit dan untuk membangun ketahanan terhadap kesulitan

Hebatnya, kemampuan anak-anak untuk mengekspresikan kesusahan mereka berbeda-beda menurut usia, status kognitif dan psikologis, serta tingkat pemahaman terhadap situasi. Anak yang lebih besar mungkin menderita psikososial lebih banyak dibandingkan anak-anak yang lebih muda, sedangkan anak-anak yang lebih kecil juga bisa menderita lebih dari prosedur atau tekanan fisik. Namun, penting untuk diingat bahwa kebutuhan anak sering kali dilaporkan oleh pihak ketiga. masalah komunikasi yang berkaitan dengan usia atau kognitif anak-anak di Perawatan pealiatif, pengasuh sering kali mengacu pada kebutuhan apa pun, dengan risiko yang melekat pada perkiraan yang berlebihan atau meremehkan beban gejala yang sebenarnya . Khususnya kebutuhan anak-anak dengan gangguan kognitif sering diremehkan .

Oleh karena itu, upaya telah dilakukan untuk memvalidasi alat penilaian berdasarkan gejala yang dilaporkan sendiri oleh anak. Skala yang berbeda untuk penilaian beban gejala dan

Kualitas hidup telah divalidasi secara khusus dalam onkologi paliatif pediatrik, seperti PROMIS (Sistem Informasi Pengukuran Hasil Pediatri yang Dilaporkan) , skala PEDsQ dan Memorial Symptom Assessment (MSAS). Penggunaannya dianjurkan untuk mengidentifikasi skala yang paling tepat menurut usia anak, status kognitif, dan budaya

2. Kebutuhan keluarga

Kanker anak juga merupakan penyakit keluarga yang menyebabkan masalah fisik, psikososial, dan spiritual. kekhawatiran meluas dari anak ke seluruh keluarga (orang tua, saudara kandung, dan keluarga lainnya anggota). Kebutuhan anggota keluarga dapat bervariasi sesuai dengan peran spesifik mereka dalam keluarga, pengasuhan anak, jenis hubungan dengan anak, usia, status kognitif dan tingkat pemahaman, keyakinan budaya dan spiritual . Selain itu, keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan dapat dipengaruhi oleh latar belakang budaya mereka. Memperkuat pola asuh yang baik, menetapkan kembali aturan perilaku dan rutinitas keluarga, memberikan perawatan di rumah jika memungkinkan, mendukung harapan (menekankan pikiran positif, menghindari harapan palsu, dan mengarahkan kembali harapan melampaui kelangsungan hidup) adalah bagian utama dari perawatan keluarga terhadap anak penderita kanker. Penyedia layanan paliatif kanker pediatri harus memahami tingkat pemahaman keluarga yang sebenarnya tentang penyakit dprognosis sehingga menyesuaikan komunikasi yang sesuai . Semua pendekatan harus mempertimbangkan budaya spesifik keluarga, struktur keluarga, konflik yang sedang berlangsung, pemicunya tekanan emosional, dan masalah keuangan . Orang tua harus didukung dan

dibimbing secara aktif mendengarkan dan menanggapi kekhawatiran dan perasaan anak mereka tanpa merasa cemas dan sedih

3. Kebutuhan Komunikasi

Komunikasi yang penuh rasa percaya dan empatik sangat penting dalam onkologi pediatrik dan perawatan paliatif, karena membantu meningkatkan kesinambungan perawatan dan memenuhi semua kebutuhan. Apalagi bagus komunikasi di antara semua peserta membantu menentukan preferensi pengobatan, tujuan perawatan dan mendorong partisipasi anak dalam pengambilan keputusan. Tim Perawatan paliatif onkolgi pediatri harus mendorong keluarga untuk melibatkan anak-anak dan remaja dalam diskusi pengambilan keputusan sesuai usia, cara, mengatasi ketakutan, menjawab pertanyaan, dan memberikan panduan antisipatif. Komunikasi bukan hanya terjadi satu kali saja: tapi sepanjang perawatan penyakit.

4. Kebutuhan Etis

Masalah etika sangat penting dalam Perawatan paliati onkologi. Hal ini diterima secara luas bahwa anak-anak “kepentingan terbaik” harus menjadi tujuan perawatan. Namun, tidak selalu mungkin untuk mendefinisikan “kepentingan terbaik”. mudah, terutama dalam situasi yang kompleks. Keputusan akhir sering kali merupakan ringkasan dari banyak hal pilihan berdasarkan situasi klinis spesifik, dengan perhatian tambahan pada anak dan nilai-nilai budaya dan kepercayaan keluarga.

Keputusan untuk menunda atau menghentikan terapi juga merupakan hal yang perlu mendapat perhatian khusus; “pengobatan yang sia-sia”, “pengobatan yang merugikan”, dan “kualitas hidup yang buruk” didefinisikan sebagai alasan etis untuk membatasi atau menunda pengobatan, namun definisi unik dari gagasan ini belum tersedia oleh karena itu pengambilan keputusan harus dievaluasi kasus per kasus. Bioetika konsultasi dan tim multidisiplin mungkin membantu

5. Kebutuhan Tim

Sebagian besar kurikulum pendidikan saat ini, baik di tingkat sarjana maupun pascasarjana, masih kurang waktu yang didedikasikan untuk perawatan paliatif onkologi pediatri, sehingga sulit untuk mensosialisasikan dan meningkatkan perawatan paliatif. Pengaturan ini. Data terbaru melaporkan bahwa upaya pendidikan yang berdedikasi dapat meningkatkan proses pengambilan keputusan dan komunikasi antar penyedia layanan kesehatan dan keluarga anak-anak. Profesional yang terlibat dalam lingkungan perawatan paliatif onkologi pediatri harus menerima pelatihan komprehensif khusus tentang prinsip-prinsip perawatan paliatif onkologi pediatri (EPEC, kurikulum, dan program berbasis simulasi), koordinasi Tim interdisipliner, pembekalan, dan dukungan dalam pengambilan keputusan yang sulit. perawatan paliatif onkologi pediatri yang efektif bergantung pada kolaborasi antarprofesional untuk mencapai tujuan bersama. Oleh karena itu, pendidikan Perawatan Paliatif Pediatri harus juga memberikan kesempatan untuk pendidikan interprofesional dan pelatihan klinis.

I. Model Perawatan Paliatif dalam Onkologi Pediatri

Beberapa model untuk mengintegrasikan perawatan paliatif ke dalam pengelolaan onkologipenyakit telah diusulkan untuk populasi orang dewasa, sementara bukti pada anak-anak pengaturannya masih buruk. Oleh karena itu, definisi strategi integrasi awal perawatan paliatif dalam onkologi pediatrik telah diidentifikasi sebagai prioritas penelitian. Namun, penerapan model apa pun harus dilaporkan kepada ketersediaan sumber daya aktual, dengan gagasan bahwa dokter mana pun dapat menerapkan prinsip dasar perawatan paliatif secara universal.

Tabel 5.7 Pertimbangan bagi penyedia Perawatan Paliatif onkologi pada anak untuk menerapkan program “model perawatan terintegrasi”.

1. Prognosis sulit ditentukan karena kurangnya kriteria standar untuk mendefinisikan penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan peningkatan pesat teknologi baru atau inovasi terapeutik.
2. Pasien dapat mengalami evolusi yang cepat dan tidak dapat diprediksi hingga mencapai tahap terminal, dengan risiko tinggi gejala bencana (yaitu perdarahan, sepsis).
3. Pasien mungkin memerlukan akses sering ke rumah sakit, bahkan ketika kematian sudah dekat, untuk tes darah dan pencitraan.
4. Rujukan ke perawatan paliatif harus didasarkan pada kebutuhan dan bukan pada harapan hidup.
5. Tim Perawatan paliatif dapat memberikan saran dan penanganan gejala tanpa bertentangan dengan tujuan pengobatan.
6. Perawatan paliatif dapat ditawarkan bersamaan dengan terapi onkologis, termasuk keterlibatan dalam uji klinis.
7. Membangun hubungan yang erat dan saling percaya antara pasien dan tim Perawatan paliatif pediatri adalah penting sebagai hubungan antara pasien dan onkologis

1. Perawatan Akhir Kehidupan dan Perencanaan Perawatan Lanjutan

a. Prinsip Dasar dan Manajemen Gejala

Tidak ada definisi pasti untuk EoL, dan seringkali periode ini hanya diidentifikasi secara retrospektif. Dalam perawatan paliatif, istilah “EoL” biasanya berarti beberapa hari saja sebelum kematian, yang hampir pasti dan waktunya dekat. EoL sering mewakili momen penderitaan maksimal bagi anak dan keluarga, dengan masa yang cepat, tidak terduga, dan evolusi yang menantang. Dukungan layanan Perawatan Paliatif Pediatri meningkatkan hasil akhir anak-anak dengan

kanker di EoL [84,85]. Pada periode EoL, tujuan utamanya adalah terbebas dari penderitaan. Sangat penting untuk sering berkomunikasi dengan anak dan keluarga untuk menilai bebannya penderitaan anak dan untuk mengoordinasikan tim multidisiplin yang terlibat dalam perawatan anak di mana pun pengaturan (rumah, hospice, atau rumah sakit).

Gejala yang paling umum dihadirkan pada pasien anak di EoL adalah nyeri, kelelahan, dispnea, penurunan motilitas, nafsu makan buruk, cachexia, mual dan muntah, lemas, kesulitan menelan, gelisah, sedih dan depresi, dan mengigau

Penilaian gejala dan penatalaksanaan yang cepat harus terus menerus. Perhatian juga harus diberikan pada nutrisi, perawatan kulit, serta usus dan fungsi saluran kemih. Anemia perdarahan dan gejala sering dialami oleh anak-anak penyintas kanker pada periode EoL. Keperluan transfusi tidak boleh dipertimbangkan secara aprioristik, tidak proporsional, namun penerapannya harus dievaluasi sesuai dengan hal tersebut. Relevansi gejala dan tidak hanya pada temuan laboratorium .

Demikian pula non-invasif, ventilasi dapat dilihat sebagai pengobatan potensial untuk meredakan penderitaan pada anak-anak dengan sesak nafas yang parah. Namun, di EoL, setiap intervensi terapeutik harus seimbang antara risiko dan manfaat, dan sedasi paliatif ketika gejala refrakter dikaitkandengan penderitaan ekstrim dapat diusulkan .

b. Perencanaan Perawatan Tingkat Lanjut

Dalam hubungan saling percaya antara dokter, anak, dan keluarga, harapannya penyembuhan tidak menghalangi pengenalan penyakit yang tidak dapat disembuhkan, dan dapat berpindah secara bertahap untuk perencanaan perawatan lanjutan yang memungkinkan pasien dan dokter untuk berkumpul untuk mengambil keputusan, dalam konteks komunikasi

kolaboratif, dengan mempertimbangkan bukti ilmiah, nilai, tujuan, dan preferensi pasien dan keluarga. Kapan memulai Perencanaan Perawatan Tingkat Lanjut masih menjadi masalah karena ada manfaatnya melakukan tindakan ini pada tahap penyakit apa pun. Tepat waktu dari orang tua, perencanaan dan kesiapsiagaan sangat penting untuk menghindari pembicaraan yang sulit selama krisis dan memastikan koordinasi perawatan; oleh karena itu, ACP harus dimulai jauh sebelum EoL. Perencanaan Perawatan Tingkat Lanjut mempunyai peran dalam mendefinisikan perawatan EoL dengan menentukan tingkat intervensi yang tepat, penghentian pengobatan, pengobatan gejala, dan resusitasi. Sedasi paliatif harus dilakukan diusulkan jika ada gejala yang tidak dapat ditoleransi dan resisten terhadap jenis apa pun terapi/strategi yang diterapkan (misalnya, dalam kasus nyeri, sesak nafas, dan delirium. Tujuannya adalah, melalui pengurangan kesadaran, untuk mengendalikan gejala sepenuhnya. Obat yang paling sering digunakan adalah benzodiazepin (midazolam secara intra vena), opioid (fentanil, morfin untuk intra vena, atau transdermal atau opioid subkutan), atau anestesi dalam intra vena dengan dosis rendah (propofol) .

Perspektif anak dan orang tua mengenai preferensi pengaturan, praktik spiritual, , keyakinan, budaya “keinginan yang tidak terekspresikan” dari anak harus diselidiki, dan didiskusikan perawatan setelah kematian tidak boleh dihindari

c. Perawatan Setelah Kematian

Kematian tidak mewakili akhir dari perawatan. Penting untuk memperlakukan tubuh dengan hormat dan sesuai dengan keinginan, budaya, dan praktik keagamaan orang tua.

Selain itu, perawatan setelah kematian harus diusulkan kepada keluarga setelah kematian anak tersebut.

Duka setelah kematian memiliki dimensi fisik, psikologis, sosial, dan budaya. Bisa jadi dirasakan secara berbeda oleh anggota keluarga, dan hal ini dapat menjadi lebih intens dan berkepanjangan bila mengacu pada kematian seorang anak .

Keluarga harus diizinkan untuk mengadakan pertemuan dengan tim Perawatan paliatif pediatri, termasuk psikolog, beberapa minggu setelah kematian anak tersebut, untuk berbagi pemikiran tentang evolusi penyakit anak, perawatan EoL, dan keraguan atau penyesalan keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

- Associated with advanced stages and distant metastatic breast cancers at diagnosis in Indonesia: a cross-sectional study. *Annals of medicine and surgery* (2012), 85(9), 4211–4217. <https://doi.org/10.1097/MS9.0000000000001030>Nazir,
- Benini, F.; Avagnina, I.; Giacomelli, L.; Papa, S.; Mercante, A.; Perilongo, G. (2022) *Pediatric Palliative Care in Oncology: Basic Principles*. Cancer Editor: Marco Cesare Maltoni Received: 25 February 2022 Accepted: 11 April 2022 Published: 13 April 2022 Publisher's Note: MDPI stays neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations. Copyright: © 2022 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).
- Berman, R.; Davies, A.; Cooksley, T.; Gralla, R.; Carter, L.; Darlington, E.; Scotté, F.; Higham, C Berman, R.; Davies, A.; Cooksley, T.; Gralla, R.; Carter, L.; Darlington, E.; Scotté, F.; Higham, C (2020) *Supportive care: An indispensable component of modern oncology*. Clin. Oncol. (R Coll. Radiol.)
- Ferrell, B.R.; Virani, R.; Han, E.; Mazanec, P.(2020) *Integration of palliative care in the role of the oncology advanced practice nurse*. J. Adv. Pract. Oncol.
- Hui, D.; De La Cruz, M.; Mori, M.; Parsons, H.A.; Kwon, J.H.; Torres-Vigil, I.; Kim, S.H.; Dev, R.; Hutchins, R.; Liem, C.; et al. (2014) *Concepts and definitions for "supportive care", "best supportive care", "palliative care", and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks*. Support. Care Cancer
- Hui, D.; Heung, Y.; Bruera, E. (2022) Timely palliative care: Personalizing the process of referral. *Cancers* 2022, 14, 1047
- Kementerian kesehatan Republik Indonesia (2013) *Pedoman Tekhnis Pelayanan Paliatif Kanker*

- Multinational Association of Supportive Care in Cancer Home Page.
Available online: <https://mascc.org> diakses 14 Agustus 2024
- National Cancer Institute. NCI Dictionary of Cancer Terms: Supportive Care. Available online: <https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms/def/supportive-care> (diakses 14 Agustus 2024)
- Olver, I.; Keefe, D.; Herrstedt, J.; Warr, D.; Roila, F.; Ripamonti, C.I. (2020). *Supportive care in cancer-a MASCC perspective*. Support Care Cancer
- Oncology Nursing Society. (2018) *Role of the oncology nurse navigator throughout the cancer trajectory*. Oncol. Nurse. Forum
- Radbruch, L.; De Lima, L.; Knaul, F.; Wenk, R.; Ali, Z.; Bhatnagar, S.; Blanchard, C.; Bruera, E.; Buitrago, R.; Burla, C.; et al. Redefining palliative care-a new consensus-based definition. *J. Pain. Symptom. Manag.* 2020, 60, 754-764 (2020)
- Resolution WHA67.19. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. In: Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 19-24 May 2014 (http://pps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R19-en.pdf, accessed 14 Agustus 2024).
- Setyawan, I. B., Kurnia, D., Setiaji, K., Anwar, S. L., Purwanto, D. J., Azhar, Y., Budijitno, S., Suprabawati, D. G. A., Priyono, S. H., Siregar, B. A., Indriawan, R., Tripriadi, E. S., Umar, M., Pieter, J. S., Yarso, K. Y., Hermansyah, D., Wibisana, I. G., Harahap, W. A., Gautama, W., & Achmad, D. (2023). Sociodemographic disparities
- WHO Definition of palliative care/WHO Definition of palliative care for children. Geneva: World Health Organization; 2002 (<http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>, diakses 14 Agustus 2024)

TENTANG PENULIS



Mustajidah, S.Kp, M.Pd, M.Kep lahir di Indramayu, pada 6 Juni 1972. Lulusan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2000, magister Pendidikan Universitas Pakuan Bogor 2015. Magister keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta 2024. Email : mustajidah@stikesbanten.id