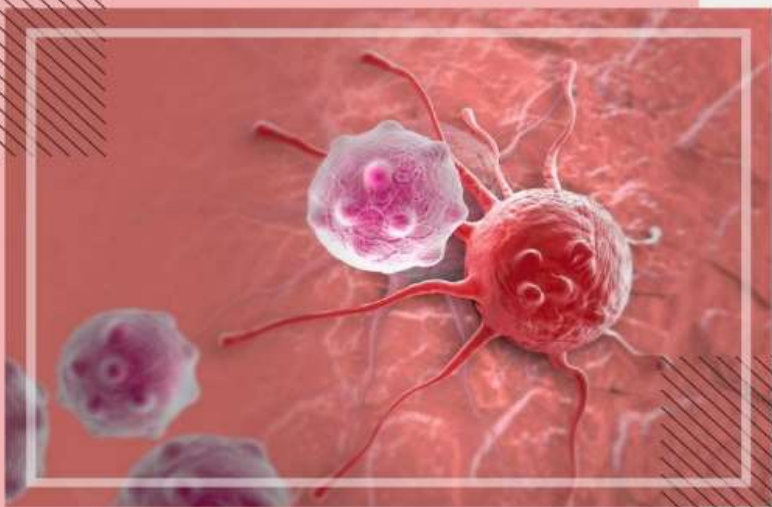


PERAWATAN KANKER PALIATIF DI RUMAH

Ns. Boby Febri Krisdianto, M. Kep



PERAWATAN KANKER PALIATIF DI RUMAH

Di negara maju seperti Inggris dan Amerika Serikat, merawat pasien kanker stadium lanjut yang sudah sampai pada tahap tidak bisa diobati lebih umum dilakukan di rumah dibanding di rumah sakit. Di Indonesia, perawatan serupa, yang dikenal sebagai perawatan paliatif–perawatan yang menekankan pada peningkatan kualitas hidup pasien sebelum kematian–kurang populer. Padahal, jenis perawatan ini bisa menghemat ongkos sekaligus mengurangi penderitaan pasien dan keluarganya sebelum kematian pasien tiba. Sejumlah riset menunjukkan perawatan paliatif di rumah terbukti dapat memperpanjang usia pasien kanker. Buku perawatan paliatif berbasis home care untuk pasien kanker sebagai edukasi untuk peningkatan pengetahuan bagi perawat, keluarga dan pasien kanker. Buku ini dapat dipakai sebagai panduan untuk mengoptimalkan peran perawat dan keluarga dalam memberikan perawatan berdasarkan evidence Based untuk pasien kanker di rumah.



PERAWATAN KANKER PALIATIF DI RUMAH

OLEH

Ns. Bobby Febri Krisdianto M.Kep



PERAWATAN KANKER PALIATIF DI RUMAH

- Penulis** : Ns. Bobby Febri Krisdianto M.Kep
Editor : Ns. Fitri Mailani, M.Kep
Ns. Mulyanti Roberto, M.Kep
Desain Sampul : Ikhsanul Anwar
Tata Letak : Ikhsanul Anwar
Syamsul Hidayat
ISBN : 978-602-6953-87-2
Ukuran Buku : 15,5 x 23 cm
Tahun Terbit : 2019
Cetakan : Pertama
Anggota : Asosiasi Penerbit Perguruan Tinggi Indonesia
(APPTI)

Dicetak dan diterbitkan oleh :

*Andalas University Press
Jl. Situjuh No. 1, Padang 25129
Telp/Faks. : 0751-27066
email: cebitunand@gmail.com*

**Hak Cipta Pada Penulis © 2019
Hak Cipta dilindungi Undang-Undang.**

Dilarang mengutip atau memperbanyak sebahagian atau seluruh isi buku tanpa izin tertulis dari penerbit.

PRAKATA

Alhamdulillah Robbil Alamin, segala puji hanya bagi Alloh *Subhanahu wa ta'ala* yang hanya dengan nikmatnya kebaikan yang kita usahakan dapat terwujud. Sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul "***Perawatan Kanker Paliatif di Rumah***".

Berawal dari Penelitian Tesis di RS Cipto Mangunkusumo dan RS Dharmas Jakarta pada tahun 2018. Penulis termotivasi dan terinspirasi untuk menyusun terlebih dahulu sebuah draft buku dengan mencari berbagai sumber literatur yang dapat membahas konsep dan penerapan *Perawatan Kanker Paliatif di Rumah*, dalam rangka optimalisasi peran perawat dan keluarga.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritik dari praktisi perawat kanker atau pakar keperawatan paliatif lainnya sehingga buku ini dapat semakin lengkap dan bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan paliatif di masa yang akan datang.

Padang, 28 Oktober 2019

Ns .Boby Febri Krisdianto, M.Kep

DAFTAR ISI

PRAKATA	1
DAFTAR ISI	2
BAB 1 PENDAHULUAN	2
BAB 2 KONSEP KANKER dalam PERAWATAN PALIATIF	8
2.1 Epidemiologi Kanker	9
2.2 Definisi Kanker	10
2.3 Faktor Risiko kanker	11
2.4 Etiologi kanker	12
a) Karsinogen kimiawi.....	12
b) Karsinogen Fisika.....	13
c) Virus karsinogen.....	15
2.5 Biologi sel kanker	16
2.6 Masalah yang Dialami oleh Pasien Kanker Paliatif	19
1. Nyeri.....	19
2. Dispneu.....	21
3. Delirium.....	22
3. Depresi.....	23
4. Keletihan dan kelemahan.....	27
5. Gangguan tidur.....	28
6. Kaheksia.....	29
2.7 Stadium Kanker	30
2.8 Jenis Terapi pada Pasien Kanker	34
1. Pembedahan.....	35

2. Terapi radiasi.....	36
3. Kemoterapi.....	39
4. Imunoterapi	42
2.9 Gambaran Kualitas Hidup pasien Kanker	44
BAB 3 PERAWATAN PALIATIF.....	46
3.1 Definisi Perawatan Paliatif	46
3.2 Indikator Tercapainya Tujuan Perawatan Paliatif.....	46
3.3 Tim Keperawatan Paliatif.....	47
1. Caregiver/Keluarga	47
2. Dokter	55
3. Perawat.....	55
4. Pekerja sosial.....	56
5. Konselor spiritual.....	57
6. Apoteker	57
3.4 Tempat Perawatan Paliatif.....	59
3.5 Dasar Perawatan Paliatif	61
3.6 Peran Perawat di Perawatan Paliatif.....	63
BAB 4 PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH	
Palliative Care Home (PHC)	69
4.1 Definisi PHC.....	69
4.2 Kompetensi perawat paliatif home Care	70
4.3 Pelayanan PHC Pasien Kanker	72
4.4 Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pasien Kanker.....	74
1. Kebutuhan Oksigenasi.....	75
2. Kebutuhan Makanan dan Minum	76
3. Kebutuhan Eliminasi.....	77
4. Kebutuhan Gerak dan Keseimbangan Tubuh.....	79

<i>Perawatan Kanker Paliatif di Rumah</i>	
5. Kebutuhan Tidur dan Istirahat	80
6. Kebutuhan Berpakaian dan Personal Hygine	81
7. Kebutuhan Menjaga Suhu Tubuh.....	83
8. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan	83
9. Kebutuhan Berkomunikasi	84
10. Kebutuhan Beribadah.....	86
11. Kebutuhan Bekerja	87
12. Kebutuhan Rekreasi	87
13. Kebutuhan Belajar dan Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan....	88
4.5 Evaluasi Perawatan Paliatif di Rumah	89
4.6 Rekomendasi untuk Memfasilitasi Penggunaan Perawatan . Rumah pada Keperawatan Paliatif	90
DAFTAR PUSTAKA	109

BAB 1

Pendahuluan

Di negara maju seperti Inggris dan Amerika Serikat, merawat pasien kanker stadium lanjut yang sudah sampai pada tahap tidak bisa diobati lebih umum dilakukan di rumah dibanding di rumah sakit. Di Indonesia, perawatan serupa, yang dikenal sebagai perawatan paliatif-perawatan yang menekankan pada peningkatan kualitas hidup pasien sebelum kematian-kurang populer. Kebutuhan pasien kanker stadium lanjut adalah pengendalian nyeri kanker. Perawatan paliatif berfokus pada perawatan yang membantu pasien mengatasi gejala-gejala dari penyakit kanker seperti nyeri, sesak napas, kelelahan, sembelit, mual, kehilangan nafsu makan, kesulitan tidur, dan depresi (Payne, 2008).

Namun, sistem asuransi seperti Jaminan Kesehatan Nasional dan rumah sakit kurang mengakomodasi perawatan paliatif. Padahal, jenis perawatan ini bisa menghemat ongkos sekaligus mengurangi penderitaan pasien dan keluarganya sebelum kematian pasien tiba. Sejumlah riset menunjukkan perawatan paliatif terbukti dapat memperpanjang usia pasien kanker (Smith, T. 2012). Riset di Swedia menyatakan saat ini penanganan penyakit kanker pada stadium lanjut lebih ditekankan pada keperawatan paliatif, terutama pada keperawatan paliatif di rumah (Ahlner, E. et al, 2004).



(Sumber : <https://kphmalang.blogspot.com/2016/07/perawatan-paliatif-dan-bagaimana.html>)

Spesialis perawatan paliatif terdiri dari berbagai profesi: dokter, perawat yang berpengalaman, psikolog dan pekerja sosial. Dalam pelayanan paliatif diupayakan pasien sedini mungkin terlepas dari penderitaan dan rasa nyeri. Pelayanan paliatif juga mengurangi terapi tindakan medis agresif yang sebenarnya tidak diperlukan. Ini dapat mengurangi stres pasien. Spesialis perawatan paliatif bekerja tidak hanya ketika pasien kanker berada di rumah sakit, tapi juga ketika pasien sudah pulang ke rumah. Tempat perawatan tidak lagi berpusat pada bangsal rumah sakit, melainkan perawatan berbasis masyarakat dan keluarga. Dalam konsep ini, keluarga merupakan bagian tak terpisahkan dalam merawat pasien karena dukungan keluarga sangat berarti bagi peningkatan kualitas hidup pasien (Ahlner, E. et al, 2004).

Perawatan paliatif juga membantu pasien untuk berani dan bersemangat menjalani kehidupan mereka sehari-hari. Ada sejumlah alasan mengapa perawatan paliatif di rumah lebih diutamakan daripada membiarkan pasien kanker tetap dirawat di rumah sakit.



(Sumber : [tps://m.medcom.id/rona/kesehatan/3NOnL3WK-emosi-positif-tingkatkan-kualitas-hidup-pasien-kanker](https://m.medcom.id/rona/kesehatan/3NOnL3WK-emosi-positif-tingkatkan-kualitas-hidup-pasien-kanker))

Pertama, sejumlah riset menunjukkan perawatan paliatif di rumah dapat meningkatkan kualitas hidup dan memberikan kenyamanan yang lebih baik daripada perawatan paliatif di rumah sakit. Saat di rumah sakit kenyamanan pasien bersama keluarga berkurang akibat ketatnya peraturan di sana. Situasi tersebut dapat menyebabkan kondisi psikologi

pasien kanker paliatif menjadi tidak nyaman, kesepian, dan depresi. Bahkan sebuah riset menyatakan 25% pasien kanker mengalami kecemasan berat sebelum kematian. Kondisi ketidaknyamanan dan depresi tidak hanya dirasakan pasien, tapi juga oleh keluarga pasien. Sebanyak 47% dari keluarga yang anggota keluarganya meninggal di rumah sakit menyatakan mengalami tingkat ketidaknyamanan yang tinggi dalam proses kematiannya.



(Sumber: <http://infobanknews.com/bank-papua-dan-bank-qnb-paling-boros-biaya/>)

Kedua, efisiensi biaya. Di Indonesia, biaya perawatan setiap pasien kanker di rumah sakit dapat melebihi Rp100 juta per bulan (Hasibuan, 2018). Dana sebesar itu dapat lebih efektif dan efisien jika program perawatan paliatif di rumah dapat diberikan. Sebuah riset di empat rumah sakit publik di New York Amerika Serikat pada 2004-2007 menunjukkan program perawatan paliatif pasien kanker di rumah dapat mengefisienkan biaya sebesar US\$6.900 per pasien per tahun dibandingkan dirawat di rumah sakit. Penghematan ini terjadi karena pasien yang menerima perawatan paliatif di rumah menghabiskan lebih sedikit waktu dalam perawatan intensif. Dana asuransi dari lembaga asuransi nasional AS Medicaid dapat difokuskan pada pembiayaan perawatan paliatif pasien di rumah. (Woodman C J., &Sivell, S. (2015).



Ketiga, menurunkan risiko penularan infeksi dari pasien lain di rumah sakit (infeksi nosokomial). Pasien kanker merupakan kelompok yang rentan mengalami *neutropenia* atau menurunnya sel darah putih dalam darah. Hal ini terjadi akibat dari proses penyakit kanker, penggunaan kemoterapi dan *kortikosteroid* (Sarihan, 2005). Kondisi tersebut membuat kekebalan tubuh pasien kanker menjadi menurun. Penurunan kekebalan tubuh dapat menyebabkan penularan infeksi oleh bakteri. Infeksi pada pasien kanker merupakan faktor penyebab yang mempercepat kematian pasien kanker di rumah sakit. (Doyle, 2003;

Di Swedia dan Australia perawatan paliatif di rumah sudah masuk dalam skema asuransi kesehatan nasional. Sudah saatnya pemerintah mengadopsi koordinasi dan integrasi perawatan paliatif seperti di negara maju. Fokus sistem Jaminan Kesehatan Nasional sebaiknya mulai beralih fokus dari perawatan penyakit kronis seperti kanker di rumah sakit ke perawatan berbasis rumah (*home care*) (Martin, et al. 2012)..

Riset Kesehatan Dasar Indonesia pada 2018 juga menunjukkan kanker berada di peringkat ketujuh penyakit yang dapat menyebabkan kematian. Kanker serviks, kanker payudara, kanker paru, dan kanker hati merupakan jenis utama kanker penyebab kematian yang tinggi.

Prevalensi penyakit kanker di Indonesia semakin meningkat: dari 1,4 per 1000 penduduk pada 2008-2013 menjadi **1,79 per 1000 penduduk**. dari 2013 hingga 2018.

Di tengah makin meningkatkannya jumlah pasien kanker dan defisitnya **anggaran BPJS Kesehatan** dalam beberapa tahun terakhir, perawatan paliatif pasien kanker di rumah merupakan langkah yang layak dijadikan model selain perawatan di rumah sakit. Langkah ke arah sana bisa dimulai dengan sosialisasi kepada masyarakat betapa pentingnya perawatan pasien kanker di rumah dan menyiapkan fasilitas dan tenaga medis untuk menunjang perawatan tersebut.

.

BAB 2

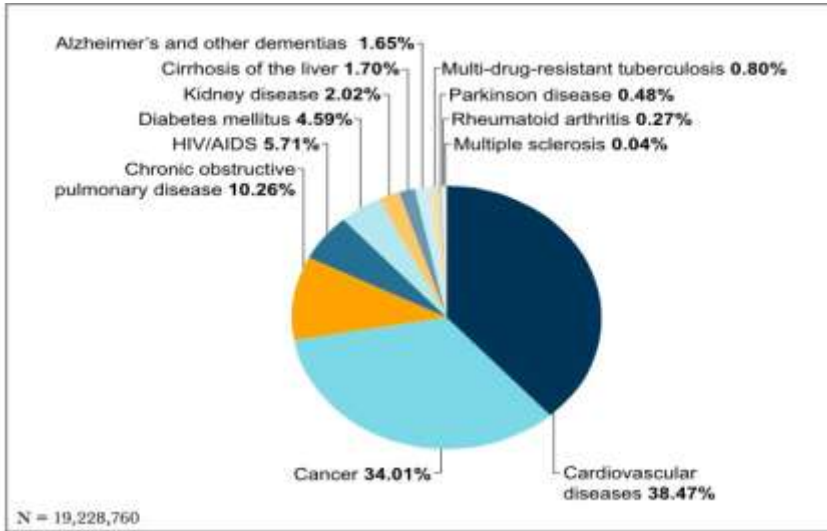
Konsep Kanker Dalam Perawatan Paliatif

Pada Bab 1 sudah dijelaskan tentang beberapa hal mengenai pentingnya kita mempelajari tentang perawatan paliatif di rumah. Maka, pada Bab 2 ini akan difokuskan kita untuk mendalami teori tentang konsep kanker.

Konsep kanker dibutuhkan untuk dipahami agar kita memperoleh gambaran tentang kanker berupa epidemiologi dan trend dari penyakit kanker yang bertambah besar tiap tahunnya. Trend tersebut juga membuktikan bahwa kebutuhan perawatan paliatif di rumah di Indonesia akan semakin meningkat.

Pada bab ini penulis juga menjelaskan tentang stadium kanker. Dalam teori keperawatan paliatif, besarnya prosentase peran perawatan paliatif pada pasien kanker tergantung pada stadium pasien itu sendiri. Kanker stadium lanjut adalah kanker yang tidak dapat disembuhkan dapat berupa kanker primer maupun sekunder (terjadi metastase) yang mengacu pada kondisi terminal dan tahap akhir. Kanker stadium lanjut dapat dilakukan perawatan yang tujuannya untuk mengatasi gejala yang ditimbulkan oleh kanker dan untuk mempertahankan kualitas hidup yang baik (American Cancer Society, 2012). Kanker stadium lanjut secara klinis memiliki pola yang tidak jelas beberapa diantaranya tidak berespon terhadap pengobatan, mengalami peningkatan prognosis penyakit, timbulnya anoreksia atau kehilangan keinginan untuk hidup. Jenis kanker memiliki prognosis yang berbeda dan lebih progresif sehingga definisi status terminal berbeda pada beberapa jenis kanker (Aabom, Kragstrup, Vondeling, Bakketeig, & Stovring, 2005) Pasien kanker diperkirakan harapan hidupnya kurang dari 6 bulan. Oleh karena itu penulis juga menjelaskan konsep terapi yang tepat pada kanker, terutama yang sudah mencapai Paliatif. Hal itu penting karena dalam setiap terapi pasien kanker, perlunya selalu memperhatikan kualitas hidup pasien.

2.1 Epidemiologi Kanker

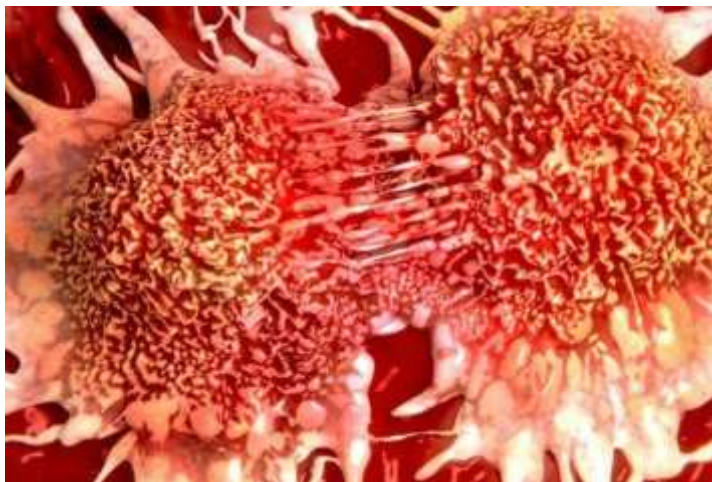


(Sumber: Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, WHO, 2014)

Penyakit kanker menjadi menjadi penyakit yang mematikan dalam terutama bagi negara berkembang seperti Indonesia. Penyakit ini termasuk penyakit paling mahal dalam penanganannya serta menjadi tantangan paling berat yang dihadapi tenaga kesehatan dalam menghadapi tantangan kesehatan secara global (Albrecht T et al, 2008).

Data WHO (World Health Organization), organisasi kesehatan dunia, menunjukkan bahwa penyakit kanker tahun 2013, telah mencapai angka 14 juta kasus baru dan 8,2 juta diantaranya meninggal dunia akibat penyakit mematikan ini. Angka kematian dari kanker tersebut membuat penyakit kronis ini menjadi penyebab kematian nomer 2 di dunia, sebesar 34 persen setelah penyakit kardiovaskuler. Diperkirakan pada tahun 2030, insiden kanker dapat mencapai 26 juta orang dan kematian akibat penyakit ini meningkat sampai 17 juta jiwa. Kejadiannya akan menjadi lebih cepat pada negara miskin dan berkembang. Asia Tenggara contohnya, penyakit kanker telah bertanggung jawab atas kematian penduduknya sebesar 60 persen. Di Indonesia, negara kepulauan dari 17.508 pulau, kanker merupakan salah satu masalah kesehatan masyarakat yang utama.. (Gondhowiardjo S, Prajogi G, Sekarutami S, 2008; RISKEDAS, 2017 dan Dans et al, 2011).

2.2 Definisi Kanker



(Sumber : <https://www.republika.co.id/berita/trendtek/sains-trendtek/17/11/09/oz4zj6359-kanker-adalah-sel-yang-bermutasi>)

Penyakit kanker merupakan suatu penyakit akibat pembelahan sel jaringan tubuh yang tidak terkendali. Kemampuan sel dalam membelah dan mengendalikan pertumbuhan sel terganggu akibat adanya sel-sel jaringan tubuh tidak normal. Sel-sel kanker bersifat menyusup ke jaringan sekitarnya (invasive) seperti pada jaringan ikat, darah serta organ-organ penting lainnya. (Black and Hawks, 2009).

Sel normal umumnya hanya akan melakukan pembelahan diri untuk memperbaiki sel-sel tubuh yang telah rusak dan mati. Ketika sel kanker timbul, fungsi pembelahan diri kanker berubah dari keadaan sel normal. Pada pembelahan sel kanker terjadi secara terus menerus sehingga akan terjadi penumpukan sel baru. Perubahan kondisi pembelahan sel patologis kanker yang dialami sel normal bisa disebabkan oleh hiperplasia, displasia dan neoplasia. Hiperplasia adalah ketidaknormalan perkembangan sel yang cenderung berlebihan. Displasia dapat diketahui ketika melihat perubahan pada nukleus, aktivitas mitosis sel yang meningkat dan tidak ada ciri khas sitosplasma yang mengalami diferensiasi. Sedangkan neoplasia merupakan istilah sel yang melakukan pembelahan diri secara tidak normal dan menyusup ke jaringan sekitarnya (invasive) (Weinberg, 2007).

2.3 Faktor Risiko Kanker

The International Agency for Research on Cancer (IARC) mengemukakan bahwa faktor resiko terjadinya kanker adalah faktor lingkungan, faktor pekerjaan dan pola hidup yang buruk. Faktor lingkungan yang berperan sebagai faktor penyebab kanker ada 42 jenis zat karsinogenik yang terdapat dalam lingkungan hidup kita yang termasuk dalam lingkungan fisik, lingkungan kimia, dan lingkungan biologi. Karsinogen alamiah yang ada disekitar kita seperti asbes, krom, nikel, zat radioaktif dan sebagainya. Senyawa kimia yang bersifat karsinogenik di lingkungan kita seperti garam nitrat dan garam nitrit yang dapat bersenyawa dengan amin membentuk nitrosamin. Faktor fisika diantaranya radiasi, medan listrik, dan tegangan tinggi.

Faktor pekerjaan berisiko terhadap kejadian kanker dan dapat terjadi akibat kontak yang terlalu lama dengan pekerjaan. Karsinogen ini disebut sebagai karsinogen pekerjaan. Ada 8 jenis karsinogen yang masuk dalam daftar penyakit pekerjaan seperti kanker kandung kemih akibat benzidin, kanker paru dan mesotelioma akibat asbes, leukemia akibat benzena, kanker paru dan kulit akibat arsen, hemangiosarkoma hati akibat kloretena, kanker paru akibat buangan kompor batu bara, dan kanker paru akibat senyawaan kromat.

Pola hidup yang buruk juga menjadi faktor resiko terjadinya penyakit kanker. Faktor ini dihubungkan dengan latar belakang masyarakat, perilaku sosioekonomi masyarakat lingkungan, kebiasaan, kesukaan, hubungan sosial, norma, dan lain-lain. Pola hidup yang berpengaruh pada timbulnya tumor yaitu merokok, minuman keras, minum teh, pola diet dan masukan nutrisi, dan faktor biologis dan genetik.

2.4 Etiologi Kanker

Ada tiga golongan karsinogen yang menjadi penyebab terjadinya kanker yaitu:

a). Karsinogen kimiawi



(Sumber : <http://universe-review.ca/R10-36-medical05b.htm>)

Menurut mekanisme kerjanya maka karsinogen kimiawi dibagi menjadi tiga jenis yaitu:

a. Karsinogen langsung

Karsinogen langsung adalah zat yang masuk secara langsung ke dalam tubuh dan langsung bekerja dalam sel tubuh tanpa terlebih dahulu mengalami proses metabolisme. Sifat karsinogenik zat ini kuat, efeknya cepat, dan sering digunakan untuk riset karsinogenesis *in vitro*.

b. Karsinogen tidak langsung

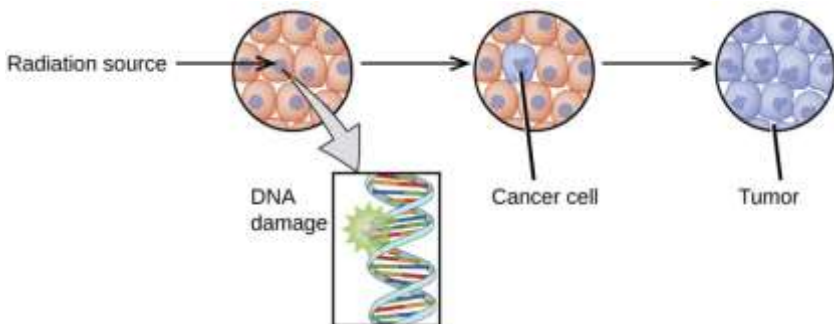
Karsinogenik tidak langsung adalah zat karsinogen yang masuk ke dalam tubuh dan mengalami aktivasi kerja enzim oksidase multifungsi mikrosomal dalam tubuh menjadi bentuk kimiawai aktif dan berfungsi sebagai karsinogenik

c. Zat pemacu kanker

Zat ini disebut juga promotor kanker. Zat ini tidak dapat secara langsung menjadi kanker dan tetapi bekerja memicu karsinogen lain menjadi pemicu kanker. Zat ini biasanya ditemukan pada minyak kroton, sakarin, dan fenobarbital

Berdasarkan hubungan dengan manusia maka karsinogen kimiawai dapat dibagi menjadi karsinogen defenitif, karsinogen suspek, dan karsinogen potensial.

b) Karsinogen Fisika



(Sumber: <https://opentextbc.ca/chemistry/chapter/21-6-biological-effects-of-radiation/>)

Karsinogen fisika terbagi menjadi dua bagian yaitu radiasi pengion dan sinar ultraviolet.

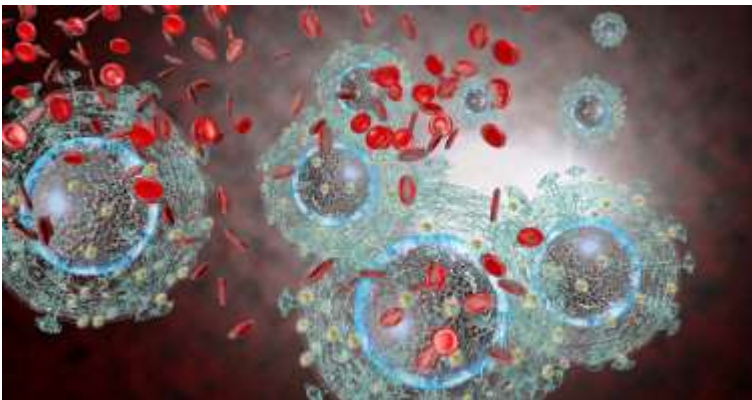
a. Radiasi pengion

Merupakan karsinogen yang terpenting terutama radiasi elektromagnetik bergelombang pendek dan berfrekuensi tinggi serta radiasi elektron, proton, netron, partikel alfa, dan lain-lain. Kontak jangka panjang dengan radium, uranium, radon, kobal, stronsium, dan isotop radioaktif lain dapat menyebabkan kejadian kanker. Kanker yang berkaitan dengan radiasi antara lain: kanker kulit, leukemia, kanker tiroid, kanker paru, kanker mamae, tumor tulang, mieloma multifel dan limfoma, dan tumor lainnya.

b. Sinar ultraviolet

Sinar Ultra violet juga bersifat karsinogenik bagi kulit manusia jika terpapar terlalu lama. Kanker kulit akibat sinar ultraviolet terkait dengan terbentuknya pirimidin dimer pada DNA. Sehingga dimer tidak tereliminasi secara efektif dan menimbulkan perubahan struktur gen dan kekeliruan replikasi DNA

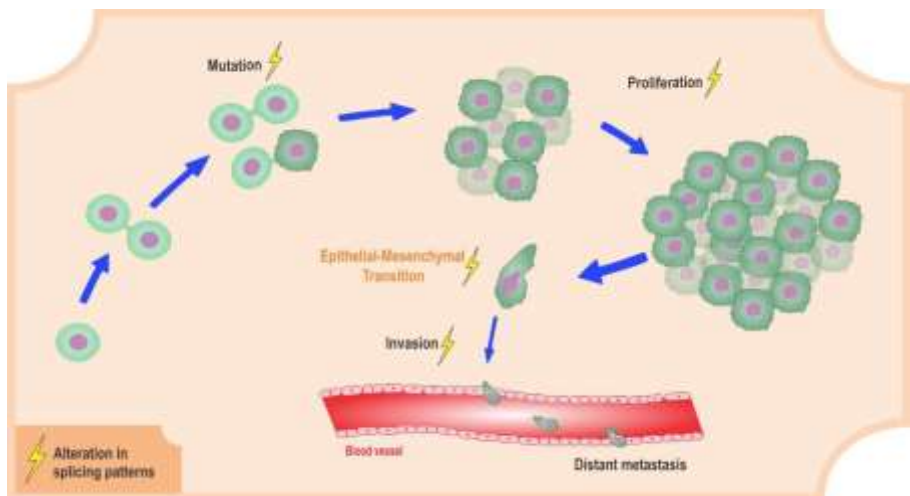
c) Virus karsinogen



(Sumber: <https://www.cancercenter.com/community/blog/2017/08/how-can-a-virus-cause-cancer>)

Apabila kita mendengar kata Virus kita mungkin hanya berfikir gejala minor yang sementara seperti demam yang terjadi. Namun, berdasarkan penelitian telah dibuktikan transmisi informasi, siklus sel, mekanisme sel, sampai timbulnya kanker akibat virus onkogenik. Penelitian juga membuktikan pola interaksi antara faktor lingkungan dan faktor genetik hospes. Perkembangan ini sangat memperkaya pemahaman mekanisme molekular karsinogenesis virus. Virus tumor adalah jenis virus yang menimbulkan tumor pada tubuh dan membuat sel berubah jadi ganas. Berdasarkan asam nukleat yang dikandung di dalamnya maka virus tumor dapat dibagi menjadi dua bagian yaitu virus tumor RNA dan DNA. Yang termasuk ke dalam virus DNA yaitu: papovavirus, adonovirus, herpesvirus, virus hepatitis B, dan jenis poksvirus. Sementara virus RNA tumorigenik yaitu morfologi virus A, B, C, D, virus nondefek dan defek, virus RNA tumorigenik akut dan kronis, retrovirus jenis transduksi, cis-aktivasi, dan trans-aktivasi (Desen, W., 2013).

2.5 Biologi Sel Kanker



(Sumber: <https://www.advancedsciencenews.com/rna-and-cancer-biology/>)

Berbagai penelitian telah membuktikan bahwa kanker merupakan penyakit yang melibatkan perubahan genetik dalam genom. Hal ini didasari setelah ditemukannya berbagai mutasi gen yang menghasilkan onkogen yang diekspresikan secara berlebihan dan terjadi kehilangan fungsi gen supresor secara resesif. Tumorigenesis merupakan proses

multistep dan langkah-langkah tersebut menyebabkan perubahan genetik melalui transformasi progresif suatu sel menjadi sel malignan dan perubahan sel normal menjadi sel kanker yang invasif yang terjadi melalui kondisi premalignan. Hanahan dan Weinberg (2000) menguraikan enam perubahan mendasar dalam fisiologi sel yang secara bersama-sama merupakan fenotipe keganasan:

1. *Self-sufficiency in growth signal*. Ketidaktergantungan pertumbuhan sel pada sinyal pertumbuhan seksogen dapat disebabkan tiga hal yaitu perubahan sinyal ekstrasel sendiri, perubahan transduser transseluler sinyal tersebut, dan perubahan dalam sirkuit intraseluler yang menerjemahkan sinyal menjadi tindakan. Reseptor permukaan menjadi target deregulasi melalui ekspresi sel yang berlebihan yang menyebabkan sel menjadi hipersensitif terhadap rangsangan. Perubahan paling kompleks terjadi pada downstream sitoplasma yang berperan pada kaskade SOS-Ras-Raf-MAPK. Mutasi gen ini menyebabkan berlangsungnya stimulasi pertumbuhan tanpa adanya regulator upstream.
2. *Insensitivity to anti growth signal*, dalam jaringan normal banyak sinyal antiproliferatif yang bekerja mempertahankan fase G₀ dan hemostatis jaringan termasuk inhibitor faktor pertumbuhan terlarut yang berada dalam matrik ekstraseluler serta pada permukaan sel tumor di sekitar sel. Sinyal ini mencegah proses pertumbuhan dalam dua proses yang berbeda yaitu: sel dipaksa keluar dari siklus dan masuk dalam fase G₀, atau sel di induksi untuk secara permanen meniadakan proses proliferasi sel dengan cara di induksi masuk ke dalam fase pasca-miotik dengan status berdiferensiasi.
3. *Evasion apoptosis*: kemampuan sel tumor bertambah tidak hanya tergantung pada proliferasi sel tetapi pada kematian sel juga. Apoptosis merupakan program pengurangan sel dan menjadi sumber utama pengurangan sel. Mekanisme apoptosis terdiri dari dua komponen utama yaitu sensor dan efektor. Sensor bertanggungjawab terhadap lingkungan yang berpengaruh terhadap kehidupan dan kematian sel dan mengatur sinyal terhadap efektor kematian sel. Efektor yang penting dalam proses apoptosis adalah protein caspase yang disebut sebagai eksekutor apoptosis. Gangguan proses apoptosis dapat disebabkan oleh ekspresi onkogen yang berlebihan dan mutasi P53.

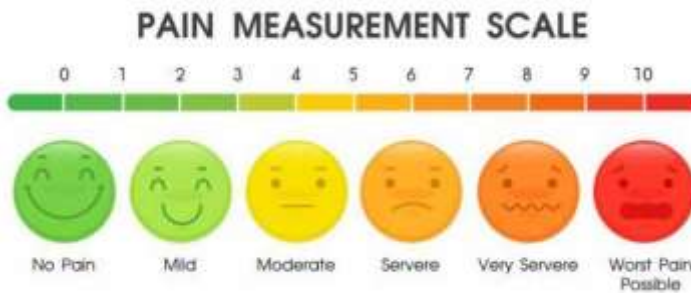
4. *Unlimited replicative potential*: pada saat dilakukan kultur sel maka ditemukan bahwa sebagian besar sel kanker bersifat immortal. Hal ini membuktikan bahwa fenotif yang didapat secara in vivo selama progresi tumor mengalami proliferasi sel yang tak terbatas dan ini menjadi sifat penting agar sel dapat berkembang. Ini juga menjadi faktor yang berperan penting dalam pemeliharaan telomere. Telomere adalah bagian ujung kromosom yang memiliki ribuan repeat sekuen DNA yang memiliki panjang 6bp. Telomere akan memendek ketika sel membelah dan pada sel kanker enzim telomerase akan mencegah pemendekan telomere dan panjang telomere dipertahankan di atas panjang ambang kritis sehingga menyebabkan proliferasi sel yang tidak terbatas.
5. *Sustained Angiogenesis*, untuk memelihara sel tetap hidup dan berfungsi maka sel mendapatkan makanan dan oksigen dari pembuluh darah dengan jarak 100 um dari pembuluh darah kapiler. Karena pertumbuhan sel yang abnormal maka sel ganas meningkatkan kemampuan untuk melakukan angiogenesis dengan berbagai strategi diantaranya dengan meningkatkan ekspresi *vaskuler endothelial growth factor* (VEGF) dan *acidic/basic fibroblast growth factor* (FGF1/2)
6. *Invasion and metastasis*. Pelepasan protein terjadi pada sel kanker karena berbagai protein yang menahan sel menjadi terganggu seperti *cell-cell adhesion molecule* (CAM) dan *integrin* serta *E chaderin*. Akibatnya sel tidak lagi melekat satu sama lain dan menjadi mudah terlepas dari kelompoknya. Selain itu ekspresi protease juga meningkat dan mengakibatkan sel menginvasi jaringan sekitarnya. Hal ini menyebabkan peningkatan kemampuan sel kanker mengalami invasi dan metastasis.

2.6 Masalah yang Dialami oleh Pasien Kanker Paliatif

Penelitian dari Ronis (2008) menjelaskan bahwa kanker sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker kepala. Pasien kanker kepala contohnya sering mengeluh nyeri pada daerah kepala dan leher, penurunan indra penglihatan, pengecapan dan penciuman, rambut rontok, mulut pahit, tidak nafsu makan, dan sulit menelan. Ada 5 masalah fisik yang pada umumnya dikeluhkan oleh pasien kanker adalah nyeri, *fatigue*, *cachexia*, anemia dan infeksi.

1. Nyeri

Nyeri merupakan gejala yang paling sering pada klien dengan perawatan paliatif. Nyeri pada klien paliatif tidak hanya respon fisik terhadap gangguan atau penyakit yang mendasarinya, namun akibat dari berbagai dimensi emosional intelektual, perilaku, sensori, dan juga budaya klien (Black dan Hawks, 2014; Wilkie & Ezenwa, 2012). Bial (2007) dalam Rome et al (2011) juga menjelaskan bahwa nyeri pada pasien kanker dengan paliatif terdiri dari akumulasi jumlah rasa sakit fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Dengan demikian, pengalaman nyeri pada klien paliatif berbeda dengan pengalaman nyeri pada klien dengan non paliatif. Oleh karena itu penanganan nyeri yang diberikan hanya untuk mengontrol nyeri bukan untuk menyembuhkan.



(Sumber: <https://doktersehat.com/skala-nyeri/>)

Penanganan nyeri dapat dilakukan dengan farmakologi dan nonfarmakologi. Penanganan nyeri dengan farmakologi pada pasien paliatif sesuai dengan yang direkomendasikan oleh WHO yaitu nyeri ringan (skala 1-3) menggunakan acetaminophen atau NSAID. Sedangkan nyeri ringan sampai sedang (skala 4-7) penanganan yang paling tepat adalah dengan menggunakan analgesik jenis opioid lemah dan acetaminophen atau NSAID +/- adjuvant. Dan yang terakhir nyeri sedang sampai berat (8-10) menggunakan jenis opioid kuat dan acetaminophen atau NSAID +/- adjuvant. Sekitar 75%-85% dari pasien yang mengalami nyeri dapat dikontrol dengan obat oral, melalui rektum dan juga. Sedangkan penanganan nyeri nonfarmakologi yang dapat diberikan adalah pemberian analgeti untuk menangani nyeri seperti terapi fisik yakni pijat, akupunktur, olahraga, latihan ROM *passive*, kompres hangat, dan juga imobilisasi (Perron *et al*, 2001).

Perawat sebagai tenaga kesehatan yang sering kontak dengan pasien memiliki peranan dalam dapat memberikan intervensi untuk mengontrol nyeri. Ada dua jenis nyeri kronik yang ada pada pasien kanker yakni nyeri *nociceptive* dan *neuropathic* (Mahfud, 2011). Nyeri kronik *nociceptive* disebabkan oleh adanya kerusakan jaringan dan biasanya digambarkan dengan tajam, sakit dan nyeri berdenyut. Nyeri ini disebabkan oleh sel kanker yang berkembang yang dapat menyebar ke tulang, otot atau sendi yang menyebabkan penyumbatan. Nyeri Neuropatic disebabkan oleh adanya kerusakan saraf yang berhubungan dengan sumsum tulang belakang, otak, dan organ internal. Kekurangan nutrisi, adanya infeksi dan racun dapat merusak jalur saraf sehingga menimbulkan nyeri, tumor juga dapat menekan saraf sehingga menimbulkan nyeri. Nyeri ini dapat digambarkan dengan nyeri seperti terbakar atau berat, mati rasa disepanjang saraf yang terkena (Metronic, 2016).

Perawat harus mampu membedakan nyeri tersebut pada pasien kanker sehingga intervensi yang diberikan tepat. Hampir 80% nyeri pada kanker berbeda dalam satu waktu. Oleh karena itu perawat harus mampu membedakan jenis nyeri yang dialami oleh pasien. Dalam mengontrol nyeri, perawat berperan dalam percaya pada pasien, mengkaji nyeri, mengidentifikasi akar masalah, membuat rencana asuhan keperawatan, menyediakan obat, mengevaluasi efektivitas pengobatan, memberikan pengontrolan nyeri yang tepat. Menurut Mahfud (2011) dalam mengontrol nyeri kanker, perawat harus mengetahui kebutuhan status psikologi pasien, nyeri kanker, penanganan nyeri, efek yang menyebabkan nyeri tidak terkontrol, dan budaya pasien.

2. Dispneu

Dispneu merupakan gambaran subjektif yang dirasakan oleh klien yang ditandai dengan sulit untuk bernapas. Dispneu terjadi pada 50-70% klien yang berakhir masa hidupnya (Black dan Hawks, 2014). Perawat melakukan pengkajian yang meliputi data subjektif dan juga objektif serta mengidentifikasi penyebab dasar dari dispneu tersebut. Data ini dapat membantu menetapkan intervensi yang tepat yang akan dilakukan pada klien. Manajemen dispneu yang dapat dilakukan perawat adalah memberikan posisi yang nyaman bagi klien, serta berkolaborasi pemberian medikasi seperti opioid, agen antiansietas, bronkodilator, kortikostreoid, antibiotik dan terapi oksigen.

3. Delirium

Lampiran 1. Kuesioner MMSE (Minimal State Examination)**KUESIONER MMSE (MINIMENTAL STATE EXAMINATION)****Mini Mental State Examination (MMSE)**

Nama : Pekerjaan :
 Usia (L/P) : Pendidikan :
 Jenis Kelamin : Pemeriksa/ Tgl :
 Riwayat Penyakit :
 Diabetes Mellitus () Hipertensi () Stroke () Penyakit Jantung ()
 Penyakit Lain

Item	Tes	Nilai mak.	Nilai
	ORIENTASI		
1	Sekarang (tahun), (musim), (bulan), (tanggal), hari apa?	5	
2	Kita berada dimana? (negara), (propinsi), (kota), (rumah sakit), (lantai/kamar).	5	
	REGISTRASI		
3	Sebutkan 3 buah nama benda (Apel, Meja, Koin), tiap benda 1 detik, pasien disuruh mengulangi ketiga nama benda tadi. Nilai 1 untuk tiap nama benda yang benar. Ulangi sampai pasien dapat menyebutkan dengan benar dan catat jumlah pengulangan.	3	
	ATENSI DAN KALKULASI		
4	Kurangi 100 dengan 7. Nilai 1 untuk tiap jawaban yang benar. Hentikan setelah 5 jawaban. Atau disuruh mengeja mundur kata "WAHYU"	5	
	MENINGAT KEMBALI/ RECALL		
5	Pasien disuruh menyebut kembali 3 nama benda di atas	3	
	BAHASA		
6	Penamaan: Pasien disuruh menyebutkan nama benda yang ditunjukkan (pensil, buku)	2	
7	Pengulangan: Pasien disuruh mengulang kata-kata: "namun", "tanpa", "bila"	1	
8	Perintah 3 tingkat: Pasien disuruh melakukan perintah: "Ambil kertas ini dengan tangan anda, lipatlah menjadi dua dan letakkan di lantai".	3	
9	Membaca: Pasien disuruh membaca dan melakukan perintah "Pejamkanlah mata anda"	1	
10	Menulis: Pasien disuruh menulis dengan spontan	1	
11	Menyalin gambar: Pasien disuruh menggambar bentuk di bawah ini	1	
			
	SKOR TOTAL	30	

(Sumber : <http://www.oxfordmedicaleducation.com/geriatrics/mini-mental-state-examination-mmse/>)

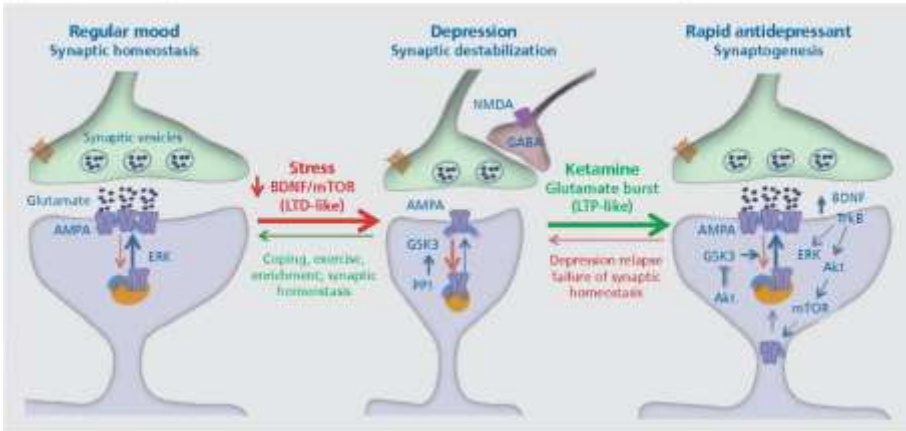
Delirium merupakan salah satu komplikasi yang umum terjadi dari penyakit pada penyakit stadium lanjut seperti kanker serviks. Delirium bersifat reversible dan dapat dikaji di awal dengan menggunakan pengkajian *Mini Mental State Examination* (MMSE). Instrumen ini umum digunakan untuk mengidentifikasi kerusakan kognitif seperti orientasi, perhatian, ingatan dan bahasa.

Seringkali sulit membedakan gejala delirium dengan depresi dan demensia. Disini analisis perawat dibutuhkan untuk membedakan delirium dan demensia agar intervensi yang diberikan tepat. Ada tiga kriteria delirium menurut *diagnostic and statistical manual of mental disorder* (DSM-IV-TR) dalam Black dan Hawks (2014) yang pertama adalah gangguan pada tingkat kesadaran dengan penurunan kemampuan untuk fokus, mempertahankan atau mengalihkan perhatian, yang kedua adanya perubahan pada kognisi (defisit memori, disorientasi, gangguan bahasa) atau berkembangnya gangguan perceptual, dan yang terakhir perkembangan gangguan pada periode singkat (hitungan jam hingga hari) dan tendensi yang berfluktuasi dari hari kehari. Kriteria ini dapat diidentifikasi perawat pada klien, sehingga dapat menentukan intervensi yang tepat.

Ada beberapa delirium bersifat reversible. Oleh karena itu pendekatan awal penting digunakan untuk mengidentifikasi penyebab yang reversible seperti medikasi, hipoksia, dehidrasi dan penyebab metabolik (hipokalemia dan hiponatremia, sepsis dan meningkatnya tekanan intracranial akibat metastase penyakit. Ketika penyebab reversible dapat diidentifikasi kemungkinan dapat mengurangi prognosis buruk dari delirium.

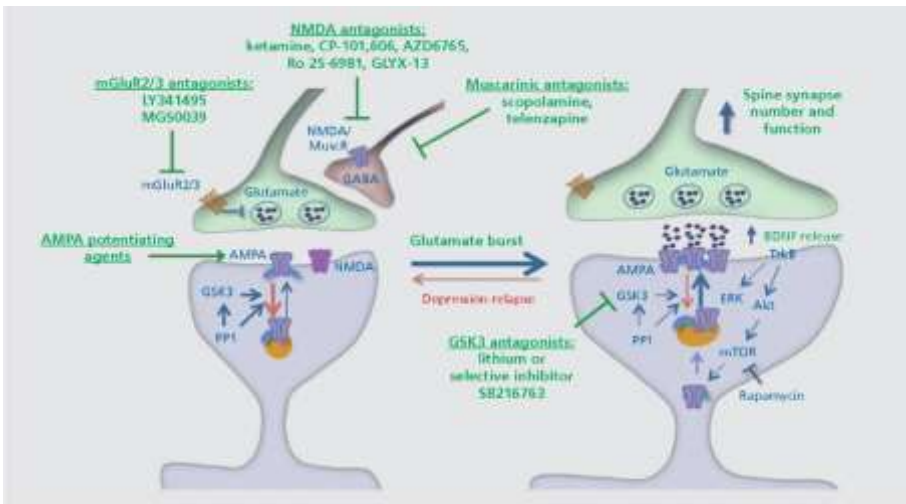
4. Depresi

Depresi merupakan hal yang umum terjadi pada pasien stadium lanjut, kan tetapi hal ini kadang jarang diidentifikasi perawat karena sulit membedakan gejalanya dengan penyakit terminal seperti turunnya berat badan, insomnia, anoreksi, dan kelelahan. Indikator manifestasi klinis dari depresi adalah perubahan suasana hati, merasa tidak memiliki harapan, tidak berharga atau perasaan yang bertumpuk, munculnya harapan-harapan kematian seperti ingin bunuh diri (Black dan Hawks, 2014). Beberapa manifestasi ini dapat membantu perawat dalam mengidentifikasi lebih mudah depresi klien, sehingga depresi dapat berkurang dan semangat hidup klien dapat meningkat.



Gambar patofisiologi depresi

(Sumber : <https://www.semanticscholar.org/paper/Pathophysiology-of-depression-and-innovative-Dumanac4b19187f694515ad88ef84ae0c77011c0fa422/figure/2>)



Gambar Patofisiologi glutamik Penggunaan Anti depresan)

(Sumber : <https://www.semanticscholar.org/paper/Pathophysiology-of-depression-and-innovative-Duman/ac4b19187f694515ad88ef84ae0c77011c0fa422/figure/3>)

Depresi umum terjadi pada penyakit terminal, dan ini berkaitan dengan neurotransmitter serotonin abnormal (*5hidroksikriptamin*) di SSP, selain itu asam gama aminobutirat (GABA) dan norepineprin dapat dikaitkan dengan ansietas klien (Black dan Hawks, 2014). Penyebab turunnya neurotransmitter ini masih belum diketahui secara pasti. Hipotesis yang ada memperkirakan adanya reaksi kompleks lain yang mempengaruhi kaskade intraseluler monoamin. Proses ini diatur oleh sistem serotonergik dan noradrenergik yang memproduksi serotonin 1A (5-HT1A), serotonin 1B (5-HT1B), dan norepinefrin. (Black dan Hawks ,2014)

Serotonin dan norepinefrin disintesis dari triptofan dan tirosin, kemudian disimpan di dalam vesikel neuron presinaps. Neurotransmitter monoamin ini akan dikeluarkan ke celah sinaps, untuk kemudian bekerja pada neuron presinaps dan post-sinaps, sehingga dapat mengatur regulasi emosi. Fungsi regulasi emosi ini diatur oleh keseimbangan antara availabilitas dan aktivitas reseptor neurotransmitter. Reseptor 5-HT1B terletak pada presinaps dan mengatur keluarnya serotonin dengan inhibisi/*feedback inhibition*, sedangkan reseptor 5-HT1A terletak pada neuron presinaps dan post-sinaps untuk mengatur fungsi serotonin. Pada gangguan depresi, availabilitas serotonin di celah sinaps menurun. Hal ini disebabkan karena sensitifitas reseptor yang menurun, sehingga tidak terjadi inhibisi pengambilan kembali/*reuptake* serotonin. Reseptor NE terletak pada presinaps dan berfungsi mengatur keluarnya norepinefrin dengan inhibisi. Pada pasien depresi, sensitifitas reseptor NE meningkat, sehingga kemampuan untuk mengeluarkan norepinefrin menurun Black dan Hawks (2014) Peranan sistem serotonegik ini belum sepenuhnya dimengerti dan masih diteliti.

Peranan neurotransmitter lainnya pada depresi masih belum diketahui secara pasti. Diperkirakan terdapat gangguan pada protein G pada neuron post-sinaps, turunnya akumulasi AMP siklik (*c-AMP*), penurunan protein pengikat elemen respon AMP siklik/*cylic AMP response element-binding* (CREB), defisiensi dopamin, dan defisiensi GABA

Aktifitas aksis hipotalamus-pituitari-adrenal (HPA) ditemukan meningkat pada pasien dengan depresi, hal ini disebabkan karena produksi berlebih hormon pelepas kortikotropin/*corticotropin releasing hormone* (CRH). Pada saat mengalami stress, korteks serebri

dan amigdala menerima sinyal dan diteruskan ke hipotalamus. Hipotalamus mengeluarkan CRH dan pituitari mengeluarkan kortikotropin. Kortikotropin kemudian menstimulasi korteks adrenal dan mengeluarkan hormon kortisol. Hirperkortisolemia berkepanjangan menyebabkan supresi neurogenesis dan atrofi hipokampus (Black dan Hawks, 2014)

Otak merupakan bagian terpenting dalam pengaturan perilaku dan emosi. Pada depresi terjadi perubahan struktur otak yang masih belum diketahui penyebabnya. Studi meta-analisis menunjukkan adanya peningkatan ukuran ventrikel lateral, peningkatan volume cairan serebrospinal, dan penurunan volume ganglia basalis, talamus, hipokamus, lobus frontal, dan korteks orbitofrontal pada depresi (Black dan Hawks, 2014) Depresi juga dapat terjadi bila terdapat gangguan pada jalur frontostriatal di korteks prefrontal dorsolateral, korteks orbitofrontal, kingulata anterior, kingulata dorsal, hipokampus, amigdala, dan sirkuit limbik.

Walaupun demikian, depresi harus tetap di tangani untuk menjaga kenyamanan klien. Depresi dapat dikurangi dengan mengombinasikan psikoterapi yang suportif, teknik kognitif-behavioral, dan manajemen farmakologis. Disini perawat dapat berkolaborasi dengan disiplin ilmu lain untuk memberi asuhan terbaik pada klien. Perawat harus mengetahui efek dari obat-obat farmakologi yang diberikan agar dapat memberikan edukasi kepada klien.

5. Keletihan dan kelemahan

Keletihan dan kelelahan dapat dikaitkan dengan keganasan yang sudah stadium lanjut. Klien biasanya menggambarkan keletihan sebagai kelelahan, keletihan, kelemahan, hilangnya energy, peningkatan keinginan untuk istirahat atau tidur, hilangnya motivasi, hilangnya kapasitas untuk memperhatikan atau suasana hati yang mengganggu (Black dan Hawks, 2014). Hal ini merupakan pengalaman subjektif klien yang harus dikaji perawat agar dapat diberikan intervensi yang tepat karena keletihan dari klien bersifat reversibel. Perawat dapat mengkaji penyebab keletihan klien seperti efek samping dari obat. Jika memungkinkan obat tersebut dapat dikurangi dosisnya. Selanjutnya jika yang menyebabkan keletihan adalah anemia, maka dapat kolaborasi dengan disiplin ilmu lain untuk transfuse darah. Keletihan juga dapat disebabkan oleh kemoterapi yang dilakukan klien. Perawat dapat memberikan intervensi untuk mengatasi keletihan seperti konseling, edukasi, relaksasi, dan pijat.

6. Gangguan tidur



(Sumber: <https://hellosehat.com/penyakit/gangguan-tidur/>)

Tidur merupakan kebutuhan dasar setiap manusia baik sehat maupun sakit. Kebutuhan ini sering terabaikan pada klien dengan penyakit terminal atau kanker stadium lanjut, karena dianggap bagian sakit. Padahal tidur sangat penting bagi klien karena berpengaruh pada fungsi penyembuhan dan proteksi tubuh klien dari cedera dan infeksi jaringan. Ada beberapa faktor penyebab gangguan tidur yaitu nyeri, mual dan muntah, gatal, masalah-masalah pernapasan, medikasi (kortikosteroid, bronkodilator, antihipertensi), gangguan metabolic, faktor psikologis (ansietas, dan depresi) dan delirium (Black dan Hawks, 2014). Perawat dapat mengkaji gangguan tidur pada klien dengan mengevaluasi waktu tidur biasa klien, ada atau tidak masa terbangun pada malam hari, waktu biasanya klien terbangun malam hari, frekuensi dan lama tidur siang dan penyebab gangguan tidur yang dapat diidentifikasi klien.

Perawat dapat memberikan intervensi untuk mengurangi gangguan tidur klien dengan berkolaborasi menghentikan obat-obatan penyebab gangguan tidur jika memungkinkan. Selain itu, strategi untuk mengurangi gangguan tidur juga dapat dilakukan meliputi membuat jadwal tidur teratur, beraktivitas disiang hari, tidur siang jika perlu saja, meminimalisasi gangguan di malam hari, dan menghindari stimulan (kafein dan nikotin) di malam hari. Berbagai strategi tersebut dapat dilakukan kepada klien sesuai dengan toleransi klien.

7. Kaheksia

Kaheksia merupakan sindrom yang kompleks yang berhubungan dengan perubahan metabolik, penyusutan lemak dan otot, kehilangan nafsu makan, dan kehilangan berat badan secara tidak sengaja. Kaheksia sering dihubungkan dengan gejala mual kronis dan konstipasi. Beberapa penelitian mengidentifikasi bahwa kaheksia disebabkan karena beberapa sitokinase, seperti alfa nekrosis tumor, interleukin-1, interleukin-6, dan interferon. Subtansi ini diperkirakan meningkatkan metabolisme dan mengganggu penyimpanan lemak, dan mengakibatkan hilangnya protein pada otot (Black dan Hawks, 2014).

Kaheksia melebihi kelaparan, kaheksi tidak akan dapat kembali ke kondisi semula walaupun diberikan makanan yang cukup. Oleh karena itu intervensi yang tepat diberikan oleh perawat kepada klien adalah makan sedikit tapi sering dengan mengutamakan kenyamanan klien yakni dengan makanan yang klien suka tanpa melihat nilai nutrisinya. Selain itu, melakukan perawatan mulut yang baik, mempertahankan kondisi sekitar yang nyaman dan menyenangkan bagi klien merupakan intervensi yang dapat mendukung kenyamanan klien.

Selain masalah fisik, pasien kanker juga mengalami masalah psikologis yang perlu diperhatikan oleh perawat. Pasien kanker sering mengalami kesendirian dan depresi. Pada penelitian Wolf (2008) keluarga pasien kanker menyatakan bahwa saat bulan terakhir kehidupan pasien kanker Paliatif, mereka sering mengalami gangguan psikologis seperti sedih, cemas, takut dan insomnia. Banyak pasien kanker paliatif mengeluh tentang masalah yang dideritanya, mulai dari masalah fisik, psikososial spiritual dan beberapa masalah lainnya

2.7 Stadium Kanker

Pemutusan terhadap diagnosis dan stadium kanker membutuhkan tim yang multidisiplin seperti dokter, radiologi, ahli bedah, onkologi, patologis dan perawat. Diagnosis didasarkan atas stadium dari tumor dan pengkajian perjalanan penyakit. Pemeriksaan histopatologi menentukan ada atau tidaknya keganasan, jenis keganasan, sifat dan tingkat keganasan. Pada proses keganasan terdapat penyusupan sel ke jaringan sehat sekitarnya. Hal ini ditandai dengan adanya batas tegas antara tumor dan jaringan normal. Selanjutnya ditentukanlah jenis keganasan

untuk meramalkan prognosis. Prognosis ditentukan berdasarkan tingkat diferensiasi jaringan. Semakin kacaunya susunan histologik atau semakin besarnya perbedaan sel satu dengan yang lain, maka semakin ganas dan semakin agresif suatu kanker tersebut yang otomatis membuat prognosis penyakitnya semakin memburuk (Sjamsuhidayat and De Jong, 2004; otto 2001). Adapun tingkat derajat diferensiasi sel dapat dilihat di tabel 2.1

Tabel 2.1 Tingkatan dan diferensiasi sel

Tingkat	Diferensiasi	Pengertian
X	Tidak dapat dikaji	
I	Diferensi baik	Sel matur, bervariasi dari jaringan normal
II	Diferensiasi sedang	Beberapa sel belum matur, bervariasi dari jaringan normal
III	Diferensiasi buruk	Sel belum matur, tidak seperti sel normal
IV	Tanpa diferensiasi (<i>anaplastic</i>)	Sel sangat tidak matur, tidak ada persamaan sama sekali dengan jaringan normal, bahkan sulit untuk menentukan jenis jaringan normalnya.

Sumber otto, E.S., 2001. Oncology Nursing. 4th Ed. Mosby.Inc.St.Louis.Missouri

Stadium atau penentuan luas penyebaran dilakukan dengan tujuan untuk menentukan stadium dan memilih intervensi yang paling baik bagi pasien. Selain itu, stadium juga diperlukan untuk melihat hasil pengobatan dan membandingkan efektivitas berbagai macam pengobatan yang diterima oleh pasien (Sjamsuhidayat and De Jong, 2004). Untuk menentukan stadium pada pasien dengan kanker dipakailah sistem TNM (Tumor, Nodus dan Metastasis). Sistem TNM ini dapat dilihat pada tabel 2.2

Tumor	
T	Tumor primer
Tx	Tumor primer tidak dapat di prediksi
To	Tidak ada yang menandakan adanya tumor primer
Tis	Karsinoma <i>in situ</i>
T1, T2, T3	Menunjukkan tumor primer bertambah makin besar dan menginvasi sel dan jaringan disekitarnya

Nodus	
N	Kelenjar limfe
Nx	Kelenjar linfe tak dapat diprediksi
No	Tidak ada yang menandakan penyebaran sel kanker pada kelenjar limfe
N1, N2, N3, N4	Dari N1 sampai N4 menunjukkan banyaknya kelenjar yang di invasi oleh sel kanker
Metastasis	
M	Metastasis menjadi jauh
Mx	Tidak dapat diperiksa adanya metastasis
Mo	Tidak ada yang menandakan metastasis jauh
M1	Metastasis telah jauh

Sumber otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby.Inc.St.Louis.Missouri

Informasi yang didapat dari klasifikasi sistem TNM ini selanjutnya dapat digunakan untuk mendefinisikan stadium kanker

Potts and Mandleco (2007) telah membagi stadium kanker dapat dilihat pada tabel 2.3:

Stadium	Tumor	Nodus	Metastasis
1	Ukuran kurang dari 2 cm	Nodus limfe tidak terkena oleh sel-sel kanker	Lokasi hanya di satu tempat dan tidak menyebar ke area tubuh lainnya.
2	Ukuran tumor biasanya 2-5 cm	Nodus limfe biasanya terkena sel-sel kanker	Kanker masih dilokalisasi, belum menyebar.
3	Tumor tampak membesar dengan jelas, umumnya lebih dari 5 cm	Nodus limfe tampak terkena sel-sel kanker	Perubahan antara stadium II dan III agak sulit tergantung pada tipe kanker
4	Tumor menjadi beberapa ukuran dan umumnya lebih dari 5 cm	Nodus limfe sudah terkena sel-sel kanker	Penyebaran kanker sudah terjadi ke organ lain

Sebagian besar kanker memiliki empat tahap yaitu stadium I sampai IV, dan beberapa jenis kanker juga memiliki stadium 0 (nol).

- a. Tahap 0. Tahap ini menggambarkan kanker in situ yang berarti “di tempat.” Stadium 0 kanker masih berada di tempat mereka mulai dan belum menyebar ke jaringan terdekat. Tahapan kanker ini seringkali sangat bisa disembuhkan, biasanya dengan mengeluarkan seluruh tumor dengan operasi.
- b. Tahap I. Tahap ini biasanya merupakan kanker kecil atau tumor yang belum tumbuh secara mendalam ke jaringan terdekat. Tahap ini juga belum menyebar ke kelenjar getah bening atau bagian tubuh lainnya. Hal ini sering disebut stadium awal kanker
- c. Tahap II dan III. Tahapan ini menunjukkan kanker atau tumor lebih besar yang tumbuh lebih dalam ke jaringan terdekat. Mereka mungkin juga menyebar ke kelenjar getah bening tapi tidak ke bagian tubuh yang lain.
- d. Tahap IV. Tahapan ini berarti bahwa kanker telah menyebar ke organ lain atau bagian tubuh. Mungkin juga disebut kanker lanjut atau kanker metastatik. Kemampuan sel ganas untuk bermetastasis dan menyerang jaringan yang tidak berdekatan adalah sifatnya yang paling ganas. Patogenesis invasi dan metastasis memungkinkan perawat untuk mengerti alasan pencegahan dan pengendalian perawatan yang diberikan agar perawatan menjadi lebih efektif dan kualitas hidup pasien semakin membaik. Metastasis adalah urutan langkah-langkah dan saling berkaitan antara pembentukan satu tumor sekunder atau lebih di tempat terpisah dari tumor primer. Urutan metastatik telah dijelaskan dalam enam langkah: pertumbuhan tumor dan neovaskularisasi, Invasi sel tumor pada membran dasar dan matriks ekstraseluler lainnya, detasemen dan embolisme agregat sel tumor, penangkapan di dasar kapiler organ jauh, ekstrasvasasi, dan proliferasi dalam organ parenkim.

Stadium kanker juga membantu menentukan harapan hidup pasien dan mengatur penanganannya. Khususnya pada Paliatif harapan hidup pasien diperkirakan kurang dari 6 bulan. Akibat penanganan penyakit kanker di Indonesia yang menghadapi berbagai kendala, menyebabkan 70 persen penderita kanker ditemukan dalam keadaan Paliatif. Kondisi

Paliatif merupakan periode dari saat pasien bersiap untuk kematian. Paliatif pada kanker lebih sering digunakan menggambarkan pada semua pasien dengan kondisi hidupnya terbatas sehingga diberikan tindakan seumur hidup saat kematian tidak dapat dihindari. Ketika tindakan penyembuhan tidak memungkinkan maka pasien kanker dapat diberikan perawatan paliatif agar memperoleh kenyamanan dan mengatasi keluhan. (Potts and Mandelco, 2007; Mediakom, 2015; Tilly and Wienier; Craig, 2007).

2.8 Jenis Terapi pada Pasien Kanker

Keberhasilan terapi pada pasien dengan kanker tergantung kepada stadium kanker. Terapi mutakhir saat ini pada kanker mencakup radioterapi dan pembedahan. Sebelum memulai terapi, daftar riwayat penyakit haruslah dilengkapi serta catatan mengenai tampilan klinis (*performance scale*) sudah dikaji dengan benar. Skala kemampuan dari WHO dapat digunakan untuk melihat penampilan klinis pasien dalam praktek sehari-hari

Tampilan	Angka	Keterangan
Baik	0	Aktivitas Jasmani biasa . dapat bekerja
Cukup	1	Dapat kerja ringan , tidak tinggal di tempat tidur
Lemah	2	Lebih dari 50 persen waktu bangun, jalan dan merawat diri
Jelek		Lebih dari 50 persen waktu untuk tiduran, tidak dapat berjalan tetapi dapat merawat diri
Sangat Jelek		Tidak dapat bangun atau merawat diri, penderita tetap tinggal di tempat tidur atau di kursi

Sumber Sjamsuhidayat, H.R., and De Jong, W., 2004. Buku Ajar Ilmu Bedah. Jilid 2. Jakarta EGC

Untuk mengatasi penyakit kanker, terdapat beberapa terapi dengan tujuan sebenarnya adalah untuk paliatif paliatif pada pasien kanker (Otto, 2001; Smeltzer and Bare, 2002; Syamsuhidayat 2005)

1. Pembedahan



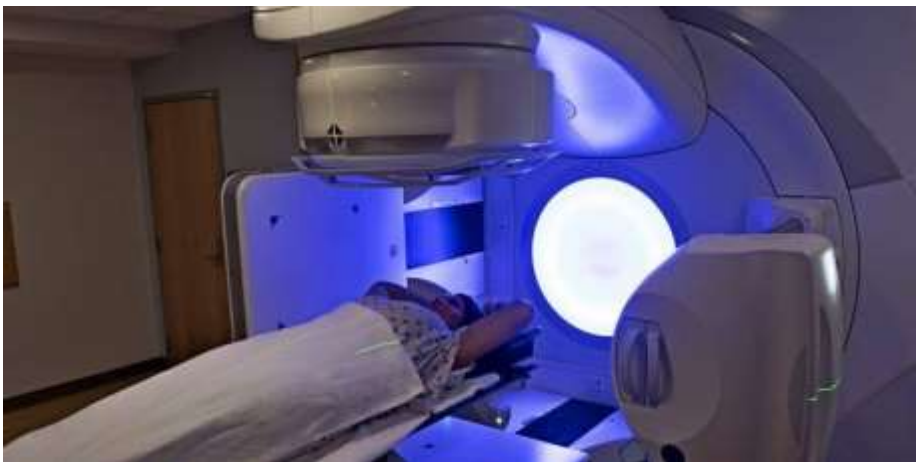
(Sumber : <https://www.asiancancer.com/indonesian/cancer-healthcare/cancer-prevention/5827.html>)

Pembedahan memberikan kemungkinan terbaik bagi penyembuhan tumor atau meringankan penderitaan pasien. Pengangkatan tumor seluruhnya dapat dilakukan apabila yang dihadapi adalah tumor stadium awal yang berbatas tegas. Namun ketika tumor telah bermetastasis atau tumor ganas, maka dapat dilakukan terapi dengan pembedahan yang bertujuan untuk menghilangkan nyeri pasien akibat tumor yang telah bermetastase telah menekan saraf disekitarnya (Langhorne et al., 2007)

Pembedahan pada kanker stadium lanjut terbatas dan untuk mengurangi beban pasien yang bertujuan untuk memperpanjang kelangsungan hidup dan meningkatkan kualitas hidup dalam perawatan paliatif. Lesi metastasis yang sering dilakukan pembedahan antara lain kanker paru-paru, hati, nodul otak, ini dapat dihilangkan untuk mengontrol gejala yang ditimbulkan. Jika ada harapan penyembuhan maka pembedahan paliative akan diikuti dengan terapi lanjutan seperti kemoterapi dan radioterapi (Newton et all,2009).

Pembedahan pada pasien kanker perlu pertimbangan yang baik berdasarkan data, karakteristik tumor, karakteristik pasien dan faktor lingkungan. Perlu pengetahuan yang baik bagaimana dampak pada pasien sebelum dan sesudah pembedahan keuntungan yang paling banyak yang dialami oleh pasien. Berhubungan juga dengan usia pasien, status kesehatan, prioritas terapi, riwayat kesehatan terdahulu, status emosional yang perlu dikaji pada pasien yang akan menjalani pembedahan (Newton et al, 2009)

2. Terapi radiasi



(Sumber: <https://www.deherba.com/radioterapi-kanker.html>)

Terapi radiasi berfungsi menghancurkan sel-sel tumor menggunakan radiasi ionisasi. Radiasi biasanya digunakan sebagai tindakan tambahan pada pembedahan, untuk memperkecil ukuran tumor atau tujuan-tujuan paliatif. Namun efek sampingnya adalah dapat membuat sel normal dapat terbunuh akibat terapi radiasi. Selain itu dapat terjadi pembentukan jaringan parut pada jaringan normal, timbul fibrosis dan penurunan fungsi organ. Sekitar 60 persen pasien kanker biasanya akan di rawat dengan terapi radiasi.

Terapi radiasi dapat digunakan sebagai penatalaksanaan primer, adjuvan, atau paliatif. Radiasi sebagai terapi primer dilakukan untuk mendapatkan kesembuhan lokal dari kanker. Radiasi sebagai terapi tambahan diberikan sebelum dan sesudah operasi untuk membantu dalam menghancurkan sel kanker dan dapat dipakai beriringan dengan

kemoterapi untuk terapi penyakit pada tempat yang tidak dapat diakses pada kemoterapi. Radiasi sebagai terapi paliatif dipakai untuk mengurangi nyeri yang berhubungan dengan obstruksi, fraktur patologis, kompresi spinal. Radiasi tidak dapat digunakan pada kondisi kanker yang sudah menyebar karena akan menyebabkan banyak kerusakan jaringan normal (Black & Hawks, 2009).

Pengobatan dengan radiasi dapat memberikan efek samping baik lokal maupun general. Beberapa efek samping general menyebabkan gangguan pada kulit, reaksi kulit akibat radiasi dapat berupa erythema atau hiperpigmentasi, dermatitis, *dry desquamation* atau *moist desquamation*. Reaksi kulit pada radiasi dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien yang bersumber dari nyeri atau ketidaknyamanan, keterbatasan aktivitas sehari-hari. Selain gangguan kulit efek samping lainnya adalah *fatigue* dan supresi sumsum tulang. *Fatigue* merupakan gejala yang paling sering dialami pasien sebagai efek samping pengobatan yang dialami 90% pasien kanker. Beberapa studi menunjukkan *fatig* meningkat saat menjalani terapi radiasi. Reaksi hematologi selama radiasi berupa leukopeni, trombositopeni yang dapat menyebabkan infeksi dan perdarahan pada pasien (Langhorne et al., 2007; Desen, 2013).

Efek samping lokal pada pasien yang menjalani radiasi bergantung pada tempat dilakukan radiasi. Radiasi yang dilakukan pada kepala dan leher dapat menyebabkan mukositis, xerostomia (mulut kering) sebagai salah satu yang paling memberatkan, perubahan rasa caries gigi dan membusuk, *osteoradionecrosis*. Efek samping pada radiasi dada menyebabkan esophagitis, batuk yang tidak produktif, pneumonitis, fibrosis. Efek samping pada radiasi abdomen mual dan muntah. Radiasi pelvis menyebabkan diare, cystitis, disfungsi ereksi, dapat menyebabkan infertil. Pada otak dapat menyebabkan cerebral edema, alopecia, iritasi pada kulit kepala, disfungsi kognitif (Langhorne et al., 2007).

Perawat memberikan edukasi kepada keluarga dan pasien tentang hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan selama menjalani radiasi yakni 5 hari setiap minggu selama 7 minggu. Hal yang harus diketahui oleh keluarga dan pasien adalah tentang perawatan kulit yang diradiasi seperti hanya boleh mencuci bagian yang diradiasi dengan air bersih, tidak boleh menggunakan sabun dan dilarang memberikan obat-obatan, bedak tabur, dan juga pelembab kulit (Nursing, 2015).

Bagian yang diradiasi juga tidak boleh di gosok oleh pasien, jika terjadi perubahan kulit yang serius, anjurkan keluarga untuk melaporkan ke bagian radiologis. Pasien dianjurkan menggunakan pakaian yang lembut selama dilakukan radiasi, lindungi kulit dari paparan matahari setelah di radiasi dan selama satu tahun setelah terapi radiasi dihentikan. Tutup kulit dengan pakaian yang tertutup setelah diradiasi dan pasien harus istirahat yang cukup dan makan dengan diet yang seimbang. Radiasi eksternal tidak beresiko terhadap orang lain yang kontak dengan pasien.

3. Kemoterapi



(Sumber : <https://kupang.tribunnews.com/2018/07/03/jika-mesti-kemoterapi-karena-kanker-ini-6-efek-samping-serius-yang-mesti-kamu-tahu>)

Kemoterapi adalah proses pemberian obat-obat anti kanker dalam bentuk kapsul atau melalui infus yang bertujuan membunuh sel kanker. Kemoterapi berdampak membunuh sel kanker dan dapat menurunkan metastase. Kemoterapi sering digunakan sebagai tambahan pembedahan, dan juga digunakan untuk tujuan-tujuan paliatif. Terapi ini menyebabkan penekanan sumsum tulang, yang menyebabkan kelelahan, anemia, kecenderungan perdarahan dan peningkatan risiko infeksi. Tujuan kemoterapi adalah menghancurkan sel-sel tumor tanpa merusakkan berlebih pada sel-sel normal. Beberapa jenis kanker dapat disembuhkan dengan kemoterapi bahkan stadium lanjut hanya 10% dari

semua jenis tumor. Penggunaan obat kemoterapi ditujukan dalam tiga area yaitu kuratif, kontrol dan paliatif. Pemberian obat kemoterapi pada area paliatif tidak dapat memberikan hasil yang maksimal, tetapi hanya dapat berperan mengurangi gejala dan memperpanjang waktu survival (Langhorne, Fulton, & Otto, 2007; Newton et al, 2009; Desen, 2013).

Menurut asal obat, struktur kimia dan mekanisme kerjanya obat kemoterapi dapat dibagi menjadi 7 golongan. Golongan alikator memiliki gugus alikator yang aktif, efek sitotoksik zat alikator terutama melalui pembentukan ikatan silang langsung molekul DNA dan protein sehingga dapat merusak sel yang berdampak pada kematian sel. Golongan antimetabolit melakukan fungsinya dengan cara menghambat pembentukan sintesis DNA, RNA dan makro molekul protein. Golongan antibiotik menyebabkan terpisahnya rantai DNA dan mengganggu transkrip DNA dan produksi mRNA. Golongan inhibitor protein mikrotubuli bekerja dengan berikatan dengan protein mikrotubuli inti sel tumor, menghambat sintesis dan polimerisasi mikrotubuli sehingga mitosis sel berhenti.

Golongan inhibitor topoisomerase menghambat pertautan rantai ganda pada waktu replikasi DNA sehingga rantai ganda terputus. Golongan hormon berikatan dengan reseptor yang sesuai dalam sel tumor. Digunakan terutama pada kanker payudara dan kanker prostat yang disebabkan oleh hormonal. Golongan target molekul obat jenis ini berbeda dengan obat sitostatika. Obat ini secara spesifik tertuju menghambat gen yang vital untuk berkelanjutan dan proliferasi sel kanker yang terkena (Desen, 2013).

Pemberian obat kemoterapi memberikan efek toksik baik pada sel kanker maupun sel normal. Efek toksik kemoterapi terdiri dari efek jangka pendek dan jangka panjang. Efek jangka pendek antara lain depresi sumsum tulang menimbulkan kejadian leukopenia, trombositopenia dan anemia dengan derajat bervariasi. Reaksi gastrointestinal menimbulkan mual, muntah dan diare dengan derajat variasi yang berbeda. Gangguan fungsi hati dapat menyebabkan infeksi virus hepatitis laten memburuk dan menimbulkan nekrosis hati akut atau subakut. Gangguan fungsi ginjal yang dapat merusak parenkim ginjal, nefropati asam urat, oliguri dan uremia sehingga diperlukan pengkajian yang memadai dan rehidrasi yang sesuai. Reaksi kardiotoxicitas,

pulmotoksisitas dan neurotoksisitas menyebabkan insufisiensi jantung, kerusakan parenkim paru, pneumonitis, perineuritis. Reaksi alergi dapat menimbulkan menggigil, syok anafilaktik, odema. Efek jangka panjang menyebabkan karsinogenisitas dapat terjadi setelah beberapa tahun menyebabkan terjadinya tumor primer kedua. Infertilitas dapat terjadi jangka panjang pada obat kemoterapi menekan fungsi spermatozoa dan ovarium (Desen, 2013).

Pada penatalaksanaan kemoterapi, perawat memiliki peran dalam mengelola efek kemoterapi tersebut dan juga memberikan edukasi kepada pasien seperti memberikan dukungan emosional kepada pasien (Wiseman *et al*, 2005). Roe & Lennan (2013) memaparkan bahwa perawat harus memiliki kompetensi komunikasi yang baik dalam memberikan informasi terkait kemoterapi. Perawat juga harus mampu mengkaji pasien terkait bio-psiko-sosial. Selain itu perawat juga harus memiliki pengetahuan yang baik tentang obat-obatan kemoterapi terkait jenis dan efek samping obat. Informasi tentang efek samping obat dan juga dukungan emosional sangat dibutuhkan pasien yang menjalani kemoterapi. Efek samping obat kemoterapi dapat menyebabkan perubahan dalam penampilan fisik pasien, sehingga dibutuhkan pendampingan dan dukungan dari perawat dan orang-orang sekitar untuk meningkatkan percaya diri pasien terhadap diri pasien (Wiseman *et al*, 2005).

4. Imunoterapi

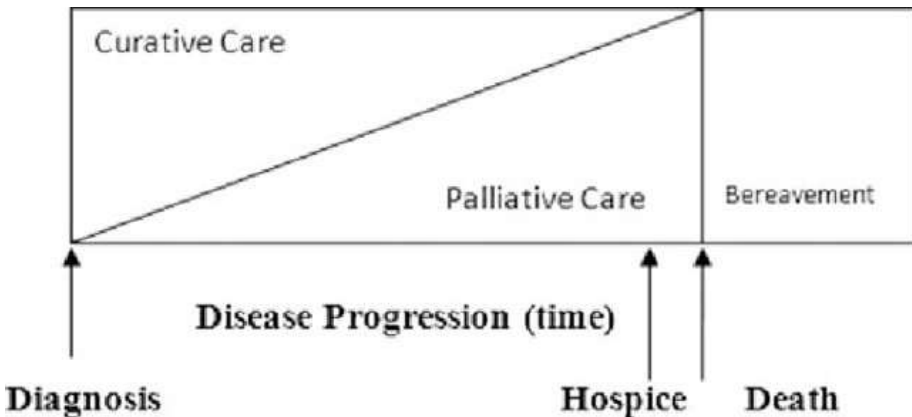


(Sumber: <https://hellosehat.com/hidup-sehat/tips-sehat/imunoterapi-untuk-kanker/>)

Imunoterapi adalah bentuk terapi kanker yang digunakan untuk

mengidentifikasi tumor dan memungkinkan pedeteksi semua tempat metastasis yang bersembunyi. Imunoterapi dapat merangsang sistem kekebalan tubuh agar berespon secara lebih agresif terhadap tumor yang dapat diserang oleh antibodi.

Pengobatan pasien untuk penyembuhan pasien pada pasien kanker paliatif sudah tidak mungkin diberikan. Penting sekali perawat berfokus untuk menjaga dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Perawat harus dapat melihat masalah pasien secara multidimensi yaitu fokus pada masalah pribadi pasien, penyakitnya, lingkungan sosialnya, harapan dan kebutuhan mereka sekarang dan yang akan datang ketika mendekati kematian (Alvarez A, Walsh D, 2011). Adanya kanker di dalam tubuh pasien dan efek terapi pengobatannya memberikan pengaruh yang nyata pada penurunan kualitas hidup pasien (Chan JKC, Bray F, Mc Carron P, 2005).



Gambar pemilihan terapi berdasarkan prognosis kanker

(Sumber: https://www.researchgate.net/publication/239733282_Understanding_the_needs_of_family_caregivers_of_older_adults_dying_with_dementia/figures?lo=1&utm_source=google&utm_medium=organic)

Pemilihan terapi yang tepat pada penderita kanker merupakan masalah yang tidak mudah untuk ditanggulangi. Terapi kanker yang dipilih harus sesuai prinsip paliatif yaitu sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat memperbesar angka harapan hidup (*life expectancy*), mengatasi gejala dan keluhan pasien serta meningkatkan kualitas hidup pasien (*quality of life*). Ketika tindakan penyembuhan tidak memungkinkan lagi akibat stadium kanker pasien sudah mencapai tahap terminal, maka

pasien kanker dapat diberikan perawatan paliatif dengan porsi yang lebih besar agar pasien memperoleh kenyamanan dan mengatasi keluhan (Potts and Mandleco, 2007).

Ketika keadaan umum pasien memburuk dan keluhan tampak sering terjadi, maka perlu dipersiapkan kebutuhan perawatan khusus untuk pasien kanker dengan kondisi terminal. Kebutuhan-kebutuhan khusus meliputi tindakan untuk mengatasi keluhan fisik psikososial, spiritual dan berkomunikasi yang efektif dengan anak dan keluarga untuk menjelaskan tentang kondisi penyakitnya (Chiu TY et al, 2009). Menurut Aslakson et all (2012) kebutuhan pasien kanker Paliatif meliputi pencegahan dan mengatasi nyeri serta keluhan lain, mendukung keluarga dan *caregiver* untuk melakukan perawatan paliatif di rumah, memberikan informasi tentang perawatan paliatif hospis atau *home care*, menjaga emosi dengan baik, mempertahankan fungsi dan kelangsungan hidup lebih lama.

Tujuan perawatan kanker Paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup pasien di akhir kehidupannya, maka untuk mengatasi dan memenuhi kebutuhan tersebut, sebaiknya pasien dipersiapkan untuk menerima perawatan paliatif. Perawatan paliatif diberikan pada semua pasien yang didiagnosa kanker dengan tujuan untuk membantu mengatasi keluhan, dan disaat penyakitnya mengalami keganasan sehingga tidak bisa disembuhkan, serta diberikan saat didiagnosa ataupun selama mengalami kekambuhan (Craig, et all. 2007).

2.9 Gambaran Kualitas Hidup pasien Kanker

Kualitas hidup merupakan istilah yang sering kali digunakan untuk menyatakan status kesehatan seseorang, status fungsional fisik, kemampuan menyesuaikan diri terhadap kondisi psikososial dan gejala yang muncul, kondisi sehat sejahtera, kenyamanan dalam hidup atau kebahagiaan (Barofsky, 2012). *World Health Organization* (WHO, 2014) menyatakan kualitas hidup merupakan persepsi dari individu yang menunjukkan kemampuan seseorang untuk melakukan bermacam-macam peran kepuasan dalam melakukan sesuatu sesuai konteks budaya.

Kanker, penyakit kronik jenis yang dialami individu akan mampu mempengaruhi kehidupan orang lain, diantaranya bagi pasien dan keluarga penderita itu sendiri. Kualitas hidup penderita kanker juga

terpengaruh oleh adanya penyakit tersebut. Misalnya saja selama dalam pengobatan. Pengobatan kanker berpotensi mempengaruhi seluruh aspek kualitas hidup. Selama pengobatan, sebagian besar individu merasakan keterbatasan fisik, merasa lelah dan kekurangan energi. Selain itu juga merasakan gejala dan efek samping yang tidak menyenangkan, termasuk mual, luka di mulut, alopesia (kehilangan rambut seluruh badan) dan gangguan kulit. Individu juga mengalami perubahan dalam nafsu makan, gangguan dalam pemilihan rasa, dan kombinasi luka di mulut. Kemoterapi dapat mempunyai efek yang signifikan terhadap suasana hati. Keluarga pasien kanker melaporkan anggota keluarganya mengalami gangguan tidur dan lesu (Koot and Wallender, 2001).

Larasati (2009) menyatakan pasien kanker dengan kualitas hidup positif terlihat dari gambaran fisik pasien kanker yang selalu menjaga kesehatannya. Dalam aspek psikologis pasien berusaha meredam emosi agar tidak mudah marah, hubungan sosial pasien baik dengan banyaknya teman yang dimilikinya, lingkungan mendukung dan memberi rasa aman kepada pasien. Pasien dapat mengenali diri sendiri, pasien mampu beradaptasi dengan kondisi yang dialami saat ini, pasien mempunyai perasaan kasih kepada orang lain.

BAB 3

Perawatan Paliatif

Pada bab 3 ini penulis menjelaskan tentang, pengertian, profesi apa saja yang berperan dalam perawatan paliatif, tempat perawatan paliatif, dasar dari perawatan paliatif dan yang terpenting peran perawat dalam perawatan paliatif.

3.1 Definisi Perawatan Paliatif

Kata paliatif berasal dari Bahasa latin "*pallum*" yang berarti mantel. Sedangkan dalam Bahasa Inggris "*to palliate*" berarti mengurangi penderitaan atau memberikan kenyamanan (Depkes, 2006). *World Health Organization* mendefinisikan paliatif adalah pendekatan sistem perawatan terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka ketika menghadapi penyakit terminal yang membahayakan jiwa dengan memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosis ditegakkan sampai pada akhir hidup pasien kanker (Woodruff, 1999). Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah memberikan pasien kesempatan untuk tinggal di rumah pasien selama yang pasien inginkan dan tetap menjaga biaya kesehatan yang dikeluarkan pasien serendah mungkin. (Djauzi, 2003; Ahlner-Elmqvist et al, 2004).

3.2 Indikator Tercapainya Tujuan Perawatan Paliatif.

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisian Medis Kementerian Kesehatan (2012) indikator tercapainya tujuan perawatan paliatif yaitu:

1. Aspek fisik : keluhan fisik berkurang.
2. Aspek psikologi: keamanan psikologis, kebahagiaan meningkat dan pasien dapat menerima penyakitnya.
3. Aspek sosial : Hubungan interpersonal tetap terjaga dan masalah sosial lain dapat diatasi.
4. Aspek spiritual: Tercapainya arti kehidupan yang bernilai bagi pasien dan keluarga dalam menjalankan kehidupan rohani yang positif serta dapat menjalankan ibadah sampai akhir hayatnya.

3.3 Tim Keperawatan Paliatif

Anggota tim perawatan paliatif terdiri dari profesi keperawatan dan berbagai macam spesialis, terapis, okupasi, psikologi, gizi, ahli agama dan *care giver*. Masing masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi penderita, dan penyusunan tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatannya. Anggota tim perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi sesuai dengan keahliannya (Djauzi. Et al, 2003).

1. Caregiver/Keluarga

Keluarga sebagai *caregiver* merupakan bagian yang sangat penting dalam perawatan paliatif di rumah. Yang dimaksud *care giver* disini adalah anggota keluarga, teman atau tetangga yang tidak mendapatkan bayaran dimana mereka memberikan perawatan bagi individu yang dalam kondisi sakit akut atau kronis yang membutuhkan bantuan dalam berbagai macam tugas baik memberikan bantuan terhadap aktivitas sehari-hari seperti memandikan, mengganti baju, memberikan obat-obatan maupun perawatan lainnya (Hughes, 2008). *Caregiver* keluarga dalam Given, & Sherwood, (2012) merupakan individu yang membantu dalam kegiatan pelayanan kesehatan bagi seseorang yang membutuhkan bantuan atau untuk pasien yang menderita kanker dan tidak dapat melakukan aktivitas merawat diri secara independen atau membutuhkan bantuan untuk mengelola perawatan mereka yang berhubungan dengan kanker atau pengobatan kanker. Menurut Timonen, (2009) *caregiver* terdiri dari dua jenis yaitu *formal* dan *informal*. *Caregiver informal* anggota keluarga ataupun teman yang tidak mendapatkan pelatihan formal dan tidak bertanggung jawab pada standar praktek. *Caregiver formal* merupakan anggota dari suatu organisasi yang mendapatkan gaji dalam memberikan perawatan yang mengetahui norma praktek, profesional dan mendapatkan pelatihan formal dalam rangka menjalankan tugasnya. Peran dan tanggung jawab *caregiver* keluarga mengalami pergeseran, dari sebagai penjaga pasien kemudian berubah dengan memiliki multi peran dalam mendampingi pasien kanker stadium lanjut. Berbagai tanggung jawab yang harus dilakukan *caregiver* keluarga yaitu manajemen gejala, memonitoring perubahan gejala yang dialami pasien, transportasi pasien dan advokasi, manajemen aktivitas pasien sehari-hari. *Caregiver* pada pasien kanker diharapkan dapat berfungsi secara luas, memberikan

perawatan langsung bantuan dan aktivitas sehari-hari, manajemen kasus, dukungan emosional, mendampingi pasien dan pengawasan pengobatan. *Caregiver* melakukan banyak peran, termasuk sebagai pekerja, orang tua. Beberapa peran *caregiver* pada pasien kanker antara lain tugas administratif mencakup manajemen kasus, pengelolaan finansial, mencari informasi, melaporkan gejala dan efek samping, mempromosikan perilaku sehat, mendorong kepatuhan pengobatan. *instrumental tasks* mencakup mendampingi pasien ke pelayanan kesehatan, menjalankan tugas pribadi. Dukungan sosial menyediakan persahabatan dan bersosialisasi (Given et al., 2008; PDQ Supportive and Palliative Care, 2017)

Peran *caregiver* dan beban *caregiver* dipengaruhi oleh prognosis pasien, stadium penyakit dan tujuan perawatan. Peran *caregiver* pada kondisi hospitalisasi memainkan peranan penting dalam membuat keputusan tentang perawatan. Selain itu *caregiver* sebagai advokat pasien dan pengambil keputusan utama atas permintaan pasien. *Caregiver* dalam memenuhi peran bergantung pada hubungannya yang sudah ada sebelumnya dengan pasien dan tingkat kesepakatan antara perawat dan pasien. Ketidaksepakatan dan konflik dapat mempersulit pengambilan keputusan dan mempengaruhi pilihan pengobatan. Selain hal tersebut ketidaksepakatan dalam keluarga tentang pilihan pengobatan yang paling tepat untuk pasien dapat menyebabkan stres yang berlebihan bagi pasien dan perawat sehingga dapat mengurangi kualitas hidup. Pada perawatan di rumah, *caregiver* bertanggung jawab untuk mengelola perawatan secara utuh di rumah, mengatur kebutuhan medis dan makanan yang diperlukan, mengelola keadaan darurat medis yang mungkin timbul dan umumnya mengarahkan sistem perawatan kesehatan (PDQ Supportive and Palliative Care, 2010).

Beberapa bantuan aktivitas sehari-hari yang diberikan *caregiver* meliputi membantu pasien dalam berpakaian (26,7%), bantuan dalam memberikan makanan (20%), bantuan dalam memandikan (29,4%), berjalan ke kamar mandi (15,5%), mengambil obat (44,6%), keluar rumah (14,8%) bantuan berjalan (28,7%). Urusan keuangan (36,7%), berbelanja (65,3%). Hampir setengah dari *caregiver* keluarga (49,4%) meninggalkan pekerjaan mereka karena bertanggung jawab dalam memberikan bantuan kepada pasien (Given, Given, & Kozachik, 2001; Vahidi, Mahadavi, Asghari, Ebrahimi, Ziaei, Hosseinzadeh & Kermani 2016). Peran dan tanggung jawab *caregiver* lebih kompleks menurut

National Cancer Institute yaitu pembuat keputusan, advokat, membantu dalam perawatan, pendukung kegiatan sosial, komunikator (Levy, 2004).

Di Indonesia peran dan tanggung jawab *caregiver* keluarga antara lain membantu dalam pemenuhan kebutuhan dasar, membantu dalam kebutuhan spritual, memberi dukungan psikologis, sosial dan autonomi, manajemen konflik dan menyediakan dukungan finansial. *Caregiver* keluarga juga terlibat jauh terhadap perawatan pasien saat hospitalisasi dan 78% *caregiver* keluarga tidak memiliki pengalaman sebelumnya dalam merawat pasien kanker (Anggraeni & Ekowati, 2011; Effendy, 2015). Peran dan tanggung jawab *caregiver* yang kompleks tanpa dibarengi dengan pengetahuan dan kemampuan serta persiapan yang memadai akan meningkatkan distress dan beban *caregiver* yang dapat mempengaruhi kualitas perawatan yang mereka berikan. Beberapa penelitian menunjukkan beban *caregiver* berdampak negatif yang mempengaruhi kualitas hidup pasien (B a Given et al., 2001; Hashemi-Ghasemabadi, Taleghani, Yousefy, & Kohan, 2016; Belgacem et al., 2013)

Dalam melakukan peran dan tanggung jawab yang kompleks *caregiver* membutuhkan beberapa hal yang dapat membantu dalam memberikan perawatan yang memadai. Berdasarkan penelitian yang dilakukan oleh Yedida dan Tiedemann (2008) kebutuhan *caregiver* secara garis besar dalam memberikan perawatan pada pasien dengan perawatan paliatif antara lain kebutuhan dalam pengarahannya ke arah sistem pelayanan, belajar tugas-tugas perawatan langsung, memahami proses penyakit dan mengelola koping stress.

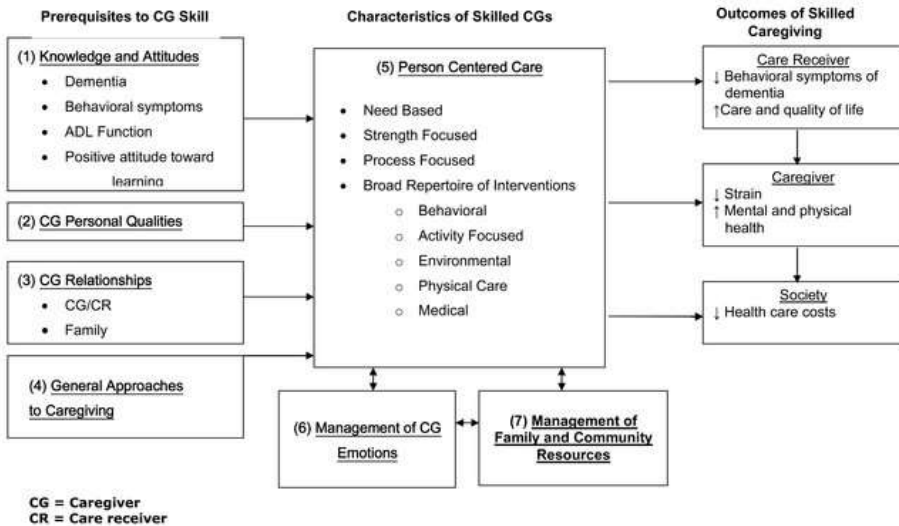
Berdasarkan tugas yang dilakukan oleh *caregiver* kemudian dijabarkan beberapa kebutuhan *caregiver* antara lain: Kebutuhan informasi tentang pelayanan yang tersedia sebagai rujukan bagi pasien, Manajemen strategi koping dan stress, Bantuan dengan masalah keuangan dan asuransi, kebutuhan komunikasi dengan profesional kesehatan, informasi tentang penyakit yang dialami pasien, menggunakan bantuan yang kompeten, membutuhkan bantuan yang kompeten, selain itu kebutuhan akan belajar tugas perawatan Pelatihan untuk tugas-tugas seperti memindahkan pasien, memandikan, perawatan kateter, menggunakan peralatan medis dan menyesuaikan prosedur perawatan pada situasi tertentu, bantuan komunikasi dengan pasien, Strategi dalam penanganan masalah perilaku memutuskan hal-hal yang dapat

didiskusikan dan yang tidak dengan menyesuaikan harapan dan adaptasi, nasehat hukum, informasi tentang obat, bantuan mengatasi masalah akhir kehidupan, panduan memindahkan pasien ke fasilitas yang mendukung, bantuan berurusan dengan keluarga (Study, 2008; Yedidia & Tiedemann, 2008; Skalla, Lavoie, Li, & Gates, 2013).

Dalam melakukan peran dan adaptasi terhadap kebutuhannya terdapat dinamika *caregiver* yaitu proses interaksi *caregiver* dengan pasien yang dipengaruhi oleh faktor- faktor yaitu komitmen menjadi faktor penting dalam hubungan dan berkaitan erat terhadap kepuasan suatu hubungan. Dengan komitmen yang dipegang oleh *caregiver* dapat melakukan aktivitas jangka panjang. rata-rata *caregiver* mengabdikan waktu 4,3 tahun merawat dan > 40 jam perminggu melakukan tugas *caregiver*. Terdapat 4 dimensi komitmen yaitu tanggung jawab, memberikan dukungan, keyakinan dan kasih sayang pasien menjadi prioritas utama. Harapan terhadap kondisi yang diinginkan dimasa mendatang untuk kembali pada kondisi normal. Kenyataan dan harapan merupakan bagian yang perlu dibangun oleh *caregiver* untuk memperbaiki kualitas hubungan *caregiver* dan pasien. Penentuan peran dilakukan saat menghadapi perawatan kompleks dan memerlukan pembagian tanggung jawab, kekuatan hubungan *caregiver* terjalin dengan baik bila orang disekitar pasien dapat mengerti dan memahami peran masing- masing Hubungan *caregiver* dengan pasien merupakan penentu keberhasilan *caring*, Sehingga perlu terjaga hubungan yang baik (Pierce, Lydon, & Yang, 2001; Williams, 2007).

Keterampilan yang baik akan meningkatkan perawatan maksimal yang diberikan oleh *caregiver* yang ditunjukkan dalam *Model of Caregiver Skill Building/Effectiveness* (Farran, McCane, Fogg & Etkin, 2009), berdasarkan model menunjukkan beberapa faktor yang membangun keterampilan *caregiver* untuk memberikan perawatan yang berpusat pada pasien. Gambaran teori Model of *Caregiver Skill Building/Effectiveness* dapat dilihat pada skema berikut

Model for Caregiver Skill Building/Effectiveness



Berdasar *Model of Caregiver Skill Building/Effectiveness* terdapat tujuh konstruksi sentral untuk *caregiver* yang dipusatkan pada pengetahuan, kualitas *caregiver*, hubungan *caregiver* dengan pasien, dan pendekatan umum untuk *caregiver*. Pengetahuan merupakan pemahaman *caregiver* tentang penyakit, gejala, aktivitas hidup sehari-hari, fungsi dan sikap positif terhadap pembelajaran tentang tanggung jawab sebagai *caregiver* dipandang penting untuk pengembangan keterampilan *caregiver*.

Kualitas *caregiver* seperti wawasan, komitmen, kejujuran dengan diri sendiri, kreativitas, fleksibilitas, ketekunan, kesabaran, rasa humor, kemampuan untuk meringkaskan ulang pengalaman atau keadaan, kemampuan untuk membuat keputusan, dan kemampuan analisis. *Caregiver* yang terlatih digambarkan memiliki berbagai macam kualitas untuk membantu mereka dalam menangani segala macam permasalahan dalam perawatan yang mereka berikan yang merupakan tujuan yang diharapkan dengan mengintegrasikan gaya pribadi mereka dalam pendekatan perawatan mereka. *Caregiver* memiliki intuisi, kemampuan introspektif, wawasan dan monitoring sesuatu yang tidak berjalan sebagai mana mestinya. *Caregiver* menganalisis situasi dengan seksama adalah salah satu pemecahan masalah kreatif dan memodifikasi perilaku mereka

sesuai dengan situasi. *Caregiver* yang kurang terampil memiliki kualitas terbatas dan lebih kaku atau tidak konsisten dalam memanfaatkan kekuatan mereka sendiri. *Caregiver* kurang terampil memiliki lebih banyak kesulitan untuk melihat pilihan, mengubah peran mereka karena perubahan anggota keluarga yang terganggu, kurang fleksibel, lebih tidak konsisten dan lebih kaku dalam harapan dan interpretasi. Hal ini akan mempengaruhi penerimaan hal yang baru yang membantu dalam perawatan sebagai tanggung jawab *caregiver* (Farran, et.al., 2009)

Hubungan *caregiver* baik itu pada masa lampau dan saat ini antara *caregiver* dengan pasien maupun dengan keluarga yang lainnya akan mempengaruhi efektifitas dalam perawatan yang diberikan oleh *caregiver*. *Caregiver* yang terampil lebih cenderung menerima hal positif dari anggota keluarga yang sakit dengan hubungan yang baik di masa lalu. *Caregiver* yang terlatih memanfaatkan hubungan keluarga, menjaga komunikasi terbuka dengan anggota keluarga yang lain, kreatif dalam mendapatkan pertolongan dan fleksibel dalam mengasosiasikan alternatif. *Caregiver* yang kurang terampil lebih cenderung memiliki hubungan yang buruk dengan anggota keluarga yang mengalami sakit atau individu lain dan memiliki efek negatif bagaimana cara pandang mereka, berinteraksi dan melakukan intervensi dengan anggota keluarga mereka. Hal ini menyebabkan *caregiver* kesulitan dalam mendapatkan dukungan yang positif dari anggota keluarga yang lain (Farran, et al., 2009).

Pendekatan umum untuk *caregiver* mengacu pada kemampuan *caregiver* menjalani tugas sehari-hari yang dibutuhkan untuk merawat pasien. Pendekatan ini antara lain mengetahui kekuatan dan keterbatasan pasien dengan fokus pada kebutuhan pasien saat ini, dan secara umum membantu pasien memiliki kualitas hidup yang memuaskan. *Caregiver* yang memiliki kemampuan cenderung bersikap proaktif dalam merawat anggota keluarga dengan fokus pada kekuatan kognitif dan fisik daripada kelemahan mereka. *Caregiver* berfokus pada hal-hal yang pasien dapat lakukan bukan apa yang mereka lewatkan, selain itu berfokus pada lingkungan saat ini. Pemberian perawatan yang diberikan berfokus pada pasien, bagaimana mengelola emosi mereka, mengelola sumber daya keluarga dan komunitas (Farran, et al., 2009).

Keempat faktor pengetahuan dan sikap, kualitas personal, hubungan *caregiver* dan pendekatan umum mempengaruhi keterampilan *caregiver* dalam memberikan perawatan pada pasien yang apabila dioptimalkan akan memberikan *outcome* pada pasien berupa peningkatan kualitas hidup pasien dan penurunan masalah yang dialami oleh pasien, sedangkan pada *caregiver* sendiri akan menurunkan ketegangan dan peningkatan status kesehatan pada pelayanan kesehatan akan menurunkan *cost* pada pelayanan perawatan paliatif (Farran, et al., 2009)

2. Dokter

Dokter berperan penting atas komponen medis pelayanan paliatif dan berasal dari berbagai latar belakang spesialis termasuk bedah, anestesi, onkologi, psikiatri, dan penyakit dalam (Ajemian, 1994). Agar efektif dalam perawatan akhir hidup, dokter harus memiliki dasar keahlian klinis yang luas ditambah komitmen terhadap filosofi perawatan yang memandang pasien sebagai pribadi yang total. Kompetensi yang harus dimiliki oleh dokter dalam perawatan paliatif yaitu: Memahami konsep sehat sakit manusia dan proses akhir kehidupan, memiliki keahlian dalam kontrol gejala dan diagnosa end of life, berkomunikasi secara efektif, memimpin perencanaan perawatan paliatif, membantu mengklarifikasi tujuan perawatan dengan menegaskan dan mendengarkan tim profesional tim, memfasilitasi pengambilan keputusan

3. Perawat

Kualitas yang harus dimiliki oleh perawat dalam perawatan akhir kehidupan adalah keintiman, kesetaraan, pengasuhan, dan nurani (Fagin & Diers, 1983). Perawat adalah anggota tim yang akan menghabiskan waktu paling banyak dengan pasien dan keluarga di rumah atau di lingkungan rawat inap. Keunikan dari perawatan itu akan semakin intim setelah perawat memiliki kesempatan untuk mengenal pasien secara intim bahkan bila hanya ada beberapa hari tersisa dalam kehidupan pasien. Tanggung jawab perawat dalam perawatan paliatif adalah kenyamanan fisik, psikososial, dan koordinasi perawatan pasien. Kompetensi yang harus dimiliki perawat dalam perawatan paliatif yaitu:

1. Memiliki kemampuan yang sangat baik dalam pengkajian fisik, psikososial, dan spiritual tahap akhir, perkembangan penyakit, dan manajemen gejala dan nyeri.

2. Mendidik pasien dan keluarga tentang peran mereka dalam perawatan pasien paliatif seperti pemberian obat, penggunaan peralatan, perawatan kulit, dan pemenuhan kebutuhan sehari-hari.
3. Bertanggungjawab dalam berkomunikasi antar anggota tim.
4. Mengawasi rencana perawatan dan mengevaluasi keefektifannya dalam memenuhi tujuan pasien.
5. Mendukung partisipasi pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan dan advokat untuk pasien dan keluarga .
6. Memberi dukungan psikososial.

Kriteria perawat paliatif menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisian Medis Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2012) yaitu: Kriteria Perawat Paliatif Pendidikan minimal D3 Keperawatan, memiliki pengalaman klinik minimal 3 tahun, dan telah mengikuti pelatihan perawatan paliatif terakreditasi

4. Pekerja sosial

Pekerja sosial memiliki pengetahuan dan keahlian dalam sistem psikologi dan keluarga namun mereka sering kurang memahami perawatan akhir kehidupan (Von Gunten dan Coalegues, 2001). Pekerja sosial membantu pasien dan keluarga menangani masalah sosial dan pribadi mereka dari penyakit, kecacatan, dan kematian yang akan datang. Pekerja sosial biasanya memilih satu diantar dua jenis pelayanan yang mereka berikan. Layanan yang mereka berikan adalah layanan instrumental dan dukungan emosional. Layanan instrumental bekerja untuk melakukan rujukan ke layanan masyarakat yang dibutuhkan. Dukungan emosional memberikan pelayanan konseling individu, konseling keluarga, dan konseling setelah kematian.

Kompetensi yang harus dimiliki oleh pekerja sosial yaitu: menilai reaksi pasien dan keluarga terhadap penyakit dan implikasi penyakit untuk kehidupan mereka, menentukan sumber daya fisik dan sosial, menyediakan informasi psikososial yang dibutuhkan memobilisasi sumber daya kesehatan dan masyarakat yang dibutuhkan, mempromosikan komunikasi yang efektif dengan Unit pasien / keluarga, memupuk wawasan dan penyesuaian terhadap konsekuensi sosial dari penyakit dan kerugian, membantu dalam perencanaan praktis,

membantu tantangan finansial dan tunjangan asuransi, menawarkan konseling dan dukungan emosional, menyediakan layanan berkabung untuk kesedihanyang rumit setelah kematian pasien (Von Gunten, Ferris, Portenoy, dan Glajchen, 2001).

5. Konselor spiritual

Komponen spiritual adalah hal yang sangat penting dalam perawatan paliatif Profesional perawatan spiritual mungkin memiliki berbagai jenis latar belakang tradisi agama seperti pemuka agama, pembimbing spiritual, konselor keagamaan, atau petugas perawatan. Tujuan perawatan spiritual hospice adalah untuk mendukung pasien dan keluarga tapi pendekatan yang dilakukan bukan untuk menghakimi tetapi lebih berfokus pada intervensi spiritual seperti penyembuhan, penerimaan, dan pengampunan.

Kompetensi dari konselor spiritual adalah: menilai tekanan dan peluang spiritual untuk pertumbuhan spiritual, memberikan dukungan dan konseling kepada pasien / keluarga, memimpin atau mempromosikan ritual pendukung, mempromosikan hubungan dengan komunitas agama (Von Gunten, Ferris, Portenoy, dan Glajchen, 2001)

6. Apoteker

Fungsi utama tim paliatif berada pada apoteker dengan aktifitas memperluas peran tradisional ke dalam perawatan paliatif. Tanggung jawabnya adalah di bidang praktek klinis, administrasi, dan dukungan kepada anggota tim lainnya. Ketersediaan apoteker dalam perawatan hospice mungkin dilakukan dengan kontrak kepada konsultan apoteker.

Apoteker berperan mempertahankan profil pengobatan dan memantau semua penggunaan obat, baik resep maupun non resep, untuk keamanan dan efektivitas. Dia memberikan obat kepada pasien dalam kerangka waktu yang memastikan kontrol gejala terus-menerus dan menghindari kebutuhan akan layanan medis darurat (Lipman, 2002).

Kompetensi yang dimiliki oleh apoteker yaitu menilai kesesuaian pesanan obat memastikan penggunaan obat-obatan yang tepat waktu untuk mengendalikan gejala, menasihati dan mendidik tim hospice tentang terapi obat dengan memastikan bahwa pasien dan perawat memahami dan mengikuti petunjuk yang ada pada obat-obatan, menyediakan

mekanisme yang efisien sesuai standar, memastikan pembuangan obat yang aman dan legal setelah kematian, menetapkan dan memelihara komunikasi yang efektif dengan tim paliatif (von Gunten, Ferris, Portenoy, dan Glajchen (2001).

Menurut Craig (2007) seluruh anggota tim perawatan paliatif harus memenuhi kriteria dan kesadaran akan tugas dan tanggungjawabnya yaitu akan memberikan perawatan secara individu pada pasien kanker paliatif dan keluarga dengan mendukung nilai, harapan dan kepercayaan, jika tidak dijelaskan maka akan menyinggung pasien dan keluarga.

Tim keperawatan paliatif tersebut harus mempunyai pengalaman dan mendapat pelatihan tentang keperawatan paliatif. Tugas dari tim keperawatan paliatif adalah melakukan pengkajian dan perencanaan yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien di rumah. Tim keperawatan paliatif juga menyediakan konseling pasien dan keluarga, dukungan emosional, sosial dan spiritual (Ahlner-Elmqvist et al, 2004). Keterampilan dalam memberikan pelayanan yang harus meliputi pemeriksaan fisik, maka dokter dan perawat harus mendukung dan selalu siap untuk pasien dan keluarga selama 24 jam sehari serta 365 sehari dalam setahun, menjamin perawatan berdasarkan pedoman yang berkelanjutan untuk perawatan di rumah, rumah sakit dan *hospice* serta merencanakan strategi secara objektif, serta memberikan dukungan dan pengawasan langsung pada *caregiver*.

3.4 Tempat Perawatan Paliatif

Perawat dalam menjalankan tanggung jawabnya di perawatan paliatif mempunyai kewajiban memberikan edukasi dan informasi kepada keluarga dan pasien kanker. Edukasi diberikan dimulai pada saat pasien didiagnosa, selama pasien mengalami sakit sampai akhirnya keluarga berduka. Salah satu informasi yang penting diberikan dan didiskusikan adalah mengenai tempat perawatan paliatif. Ketika pasien diberikan edukasi pada tahap penatalaksanaan awal kanker, kondisi pasien kanker masih optimal untuk otonomi pengambilan keputusan tempat perawatan paliatif yang terbaik bagi pasien setelah mengalami Paliatif (Chiu TY et al, 2009).

Tempat perawatan paliatif dapat dilaksanakan rumah sakit, *hospice*, atau di rumah pasien. Keluarga dan pasien dihargai dalam memilih tempat yang disukainya untuk mendapat perawatan yang memungkinkan. Tempat perawatan dibutuhkan pada pelayanan yang tepat dengan fasilitas kesehatan, *home care* atau sarana ke *hospice* terdekat (Muckaden, 2011). Tempat perawatan paliatif dapat dilaksanakan di tempat seperti berikut:

a) Perawatan paliatif di rumah sakit (*Hospice Hospital Care*)

Unit ini berada di dalam rumah sakit dan merupakan suatu unit tersendiri dalam struktur organisasi rumah sakit. Keuntungan model ini adalah dapat dengan mudah mempergunakan fasilitas rumah sakit dalam mengatasi masalah-masalah yang sulit di lapangan, baik untuk tindakan medis, tindakan keperawatan, maupun tindakan penunjang lainnya. Perawatan di rumah sakit diperlukan apabila kondisi pasien membutuhkan tindakan khusus atau peralatan khusus yang hanya ada di rumah sakit sehingga memerlukan pengawasan ketat dari tim kesehatan lain. Setiap pemberian terapi yang diberikan kepada pasien kanker dalam perawatan paliatif harus selalu memperhatikan kualitas hidup pasien dan mempertimbangkan manfaat dan resikonya meskipun prognosis pasien memburuk. Oleh karena itu perawat dan tenaga kesehatan lain perlu meminta pendapat dan melibatkan keluarga dalam keputusan perawatan paliatif. Lokasi perawatan pasien paliatif di rumah sakit ada di ruangan tersendiri, khusus ruangan perawatan paliatif di rumah sakit ada di ruangan khusus perawatan paliatif tersendiri atau digabungkan dengan pasien biasa yang masih dalam tahap pengobatan kuratif. (Djauzi, 2003 ; Muckaden, 2011).

b) Di *hospice*

Ada kalanya pasien pasien dalam keadaan tidak memerlukan pengawasan ketat atau tindakan khusus serta belum dapat dirawat di rumah karena memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Pasien kanker kemudian dirawat di suatu tempat khusus (*hospis*) yang berada di luar lingkungan rumah sakit. Unit perawatan ini bisa berada di dalam atau di luar lingkungan rumah sakit yang pengelolanya di luar struktur rumah sakit. Bentuk layanan *hospis* ini belum ada di Indonesia. (Djauzi, 2003)

c) Perawatan paliatif di rumah (*Palliative Home Care*)

Perawatan di rumah merupakan kelanjutan perawatan di rumah sakit. Pada perawatan di rumah, maka peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga, dan keluarga atau orang tua sebagai *care giver* diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga. Sebelum pasien dibawa pulang, perlu dipertimbangkan tentang kelayakan dirawat di rumah dan kesiapan keluarga dalam melakukan perawatan (Muckaden, 2011).

Apabila keluarga belum mampu merawat pasien, keluarga yang merawat pasien perlu mendapat pelatihan dari perawat untuk melaksanakan perawatan di rumah. Tim paliatif akan mengunjungi pasien disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan adat istiadat serta kondisi setempat. Konsultasi juga dapat dilakukan melalui telepon, atau sarana komunikasi lain setiap saat. (Djauzi, 2003).

Sebuah pengambilan keputusan tempat perawatan paliatif harus mempertimbangkan pada beberapa faktor diantaranya adalah harapan hidup pasien, kompleksitas dari kebutuhan perawat, adanya *care giver* ketika melakukan perawatan paliatif di rumah, akses dari sumber perawatan paliatif dan yang paling utama adalah merupakan pilihan pasien atau keluarga. Oleh karena pendekatan tim perawatan paliatif untuk mengidentifikasi tempat rawat terbaik bagi merupakan hal yang tepat bagi pasien. Perawat memiliki keahlian dalam mengidentifikasi kondisi kematian pasien yang sudah semakin dekat. Perawat berperan menginformasikan hal tersebut kepada keluarga, agar keluarga memutuskan dapat memutuskan tempat perawatan terbaik sesuai kemampuan keluarga dan mencari ke sumber keluarga yang lain (Campbell M, 2013).

3.5 Dasar Perawatan Paliatif

Hal-hal yang penting yang menjadi dasar perawatan paliatif adalah sebagai berikut (Djauzi, 2003 ; Woodruff, 1999)

1. *Caring attitude* (Sikap merawat), melibatkan sensitivitas, simpati dan turut merasakan penderitaan, dan ini didemonstrasikan kepada penderita kanker yang sudah mencapai Paliatif. Sikap

merawat sulit diajarkan, dan ini adalah tanggung jawab kepada mereka yang berpengalaman dilapangan menjadi contoh. Kompetensi yang dicapai adalah mengetahui mengenai rencana pasien dan memberikan pasien perawatan.

2. *Commitment* (komitmen), kebutuhan akan komitmen yang kuat dari anggota tim paliatif menentukan keberhasilan perawatan. Berhadapan terus menerus dengan pasien kanker stadium paliatif menyebabkan stress, dan dedikasi yang kuat dibutuhkan untuk mengatasi kesulitan dan masalah yang kompleks dimana beberapa mungkin tidak dapat diatasi.
3. *Consideration of individuality* (pertimbangan individualitas). Setiap pasien adalah unik secara individu. Praktik pengelompokan pasien berdasarkan penyakit mereka, berdasarkan kesamaan masalah medis yang dihadapi, untuk mengenal gambaran psikososial individu dan masalahnya yang membuat pasien berbeda.
4. *Cultural consideration* (pertimbangan kebudayaan). Etnis, ras, agama dan faktor budaya lain membawa pengaruh pada penderitaan pasien. Perbedaan kebudayaan harus dihargai dan perawatan direncanakan dengan mempertimbangkan sensitivitas secara kebudayaan.
5. *Consent* (ijin). Ijin dari pasien atau seseorang yang dilimpahkan tanggung jawab, adalah penting sebelum suatu pengobatan diberikan atau dihentikan. Terdapat suatu aturan moral untuk mengkaji penginformasian keputusan, yang dibuat oleh pasien atau wakil mereka sehubungan dengan terapi yang dipilih. Kata kuncinya adalah terinformasikan (*informed*)
6. *Choice of site of care* (pilihan tempat perawatan) .Pasien dan keluarganya perlu dilibatkan dalam diskusi tentang dimana pasien akan dirawat. Perawat memberikan respon tentang keinginan pasien serta keinginan para keluarga. Keluarga akan ditawarkan agar pasien kanker dapat dilakukan perawatan di rumah dengan dukungan kunjungan tim perawatan paliatif.

3.6 Peran Perawat di Perawatan Paliatif

Peran perawat dalam perawatan paliatif meliputi berbagai dimensi yang saling berhubungan. Dimensi tersebut meliputi: menilai, menemukan arti, memberdayakan, menghubungkan, *doing for*, dan mempersiapkan integritas diri dan yang lainnya (CPHCA,2002). Ketika beberapa dimensi ini menjadi orientasi aktifitas perawat maka perawat akan menunjukkan sikap yang lebih besar dan merupakan refleksi dari interpersonal dan holistik alamiah dari perawat. Hubungan ini ditunjukkan perawat sebagai sebuah profesional yang tidak dapat dipisahkan dari perawat sebagai personal jika hubungan *therapeutic* perawat pasien sudah didapat. Berikut adalah yang menggambarkan dimensi dari peran perawat

1. *Valuing*.

Valuing berarti perawat memiliki kepercayaan dasar yang layak melekat dalam kesejahteraan manusia tanpa memperhatikan berbagai karakteristik dari beberapa individual. *Valuing* memungkinkan perawat terus menghormati dan memberikan perawatan kepada pasien, walaupun dalam kondisi yang berbeda (Davies & Oberle,1990).

2. *Finding meaning*.

Finding meaning berarti perawat mampu mendampingi pasien menemukan arti dalam situasi membantu pasien memfokuskan kehidupan sampai mereka mati, membantu mereka melakukan yang terbaik dalam situasi apapun, menyumbangkan harapan, mendorong merefleksikan kehidupannya, membantu mereka memenuhi kebutuhan spiritual mereka, dan mengakui kematian dengan membicarakan dengan terbuka tentang kematian ketika pasien dan keluarga menginginkan mereka melakukannya.

3. *Empowering*

Empowering meliputi memfasilitasi, mengakui, memperbaiki, dan memberikan informasi, memfasilitasi kekuatan individual dan keluarga. Perawat melibatkan pasien dan keluarga dalam membuat strategi perencanaan, memberikan dukungan, memberikan pilihan, dan memberikan informasi. Perawat menunjukkan sikap menghormati hak pasien dan keluarga dalam kemampuan mengambil keputusan. Perawat juga mengakui keterbatasan dan membantu mereka melakukan berbagai hal untuk mendapatkan hasil yang positif.

Perawat mengetahui keterbatasan pasien dan keluarganya dalam memilih dukungan dan mendorong pasien dan keluarga untuk melakukan apa yang mereka pilih. Membantu pasien dan keluarga untuk yakin dengan pikiran negatif mereka dan memberikan waktu untuk mereka ungkapkan. Mendengarkan dengan terbuka dan tidak bertindak dengan membela diri. Perawat membiarkan orang lain untuk membukakan marahan mereka. Kekuatan kapasitas pasien dan keluarga ini dapat membantu mereka memajemen diri mereka sendiri.

4. *Connecting*

Connecting adalah salah satu kegiatan perawat membuat kontak dengan pasien dan membangun hubungan terapeutik. Kegiatan ini meliputi pengenalan, membangun kepercayaan, menjelaskan peran, mengumpulkan informasi utama, dan menjelaskan bagaimana bisa menghubungi perawat.

5. *Doing for*

Doing for fokus pada perawatan fisik pasien. Intervensi ini meliputi mengontrol nyeri dan gejalanya, membuat *discharge planning* dan membantu keluarga untuk mengakses peralatan, dan membantu perawatan langsung. Kolaborasi tim adalah komponen dari *doing for*. Kolaborasi tim meliputi menghubungkan system ke dalam kepentingan pasien dan keluarga, mengkonsultasikan dengan anggota tim kesehatan yang lain, berbagi informasi, melayani hubungan antara berbagai institusi dan program, mediasi kepentingan keluarga dan menjelaskan keuntungan bagi pasien dan keluarga

6. *Preserving own integrity.*

Intervensi *preserving own integrity* identik dengan kemampuan perawat menyeimbangkan rasa bersalah terhadap diri sendiri, harga diri, dan tingkat energy. Hal ini dikaitkan dengan kegiatan perawat yang terlalu sering menghadapi penderitaan, nyeri dan kehilangan. Kegiatan ini merefleksikan kegiatan terpenting yang dilakukan perawat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif. Hasilnya dapat dilihat melalui evaluasi perawat terhadap perawatan yang diberikan kepada pasien

Peran perawat dalam perawatan paliatif meliputi berpartisipasi aktif dalam perawatan klinis, pendidikan, kolaborasi interprofesional, sistem kapasitas, kompetensi dalam perawatan paliatif, penelitian, dan pengembangan kebijakan. Perawatan paliatif pada dasarnya dipandu oleh prinsip perawatan kesehatan primer yang melanjutkan peran perawat

untuk menenuhi peran sebagai advokat. Perawat juga memiliki peran dalam mendukung keluarga dan tim interprofesional. Perawatan paliatif adalah pusat untuk mengekspresikan dan merefleksikan esensi dari keperawatan dan perawatan perawat karena meliputi dimensi spiritual, emosional, keluarga, dan klinisi lain.

Dalam penelitian Xara et al (2011) menyatakan peran perawat adalah melakukan pengkajian kualitas hidup yang sistematis yang dapat membantu melindungi pasien dari efek samping dosis pengobatan yang tidak diperlukan tubuh pasien. Perawat mengkaji kualitas hidup pasien sehingga menggambarkan perkiraan hidup yang lebih baik dari pada menggunakan pengukuran tumor sebagai patokan. Setelah melakukan pengkajian secara komprehensif kepada pasien, perawat dituntut untuk menentukan intervensi yang mendukung kebutuhan pasien. Contohnya seperti yang dilakukan oleh Saatci et al (2007) dalam mengurangi efek samping kemoterapi. Penelitian Saatci et al menunjukkan bahwa penggunaan sarung tangan yang dingin selama kemoterapi mampu meminimalisir efek samping dari kemoterapi pada masalah tangan dan kuku pasien kanker.

Hasil penelitian kualitatif dari Aslakson et al (2012) mengungkapkan hal yang menarik yang didapatkan dari wawancara partisipan perawat icu. Partisipan perawat icu menjawab bahwa peran yang sangat penting dari perawatan paliatif adalah perawat bekerja, bersikap dan bertutur kata harus memunculkan *caring attitude* dari Woodruff (1999). *Caring attitude* sangat memegang peranan penting dalam merawat pasien kanker. Sikap dari perawat membuat pasien kanker merasa dihargai dan diperhatikan kebutuhannya.

Peran perawat yang lain diungkap dalam penelitian kualitatif dari Calvin et al (2009) adalah sebagai fasilitator. Fasilitator maksudnya adalah perawat memberikan waktu kunjungan yang lebih lama bagi keluarga pasien kanker yang menjelang ajal sehingga pasien dan keluarganya memiliki banyak waktu kebersamaan. Perawat berusaha menghadirkan keluarga untuk mempersiapkan keluarga menerima kematian pasien karena sulit bagi keluarga menerima kematian kondisi pasien. Penelitian lain juga dari Oflaz F, Vural H (2010) menyebutkan perawat juga berperan dalam memberikan dukungan kepada keluarga pasien kanker Paliatif. Perawat paliatif akan mendapat kepuasan saat melakukan perawatan paliatif fase terminal dengan hadir mendampingi keluarga dan memberikan dukungan melewati fase itu.

BAB 4

Perawatan Paliatif Di Rumah Palliative Home Care (PHC)



(Sumber : <https://rachel-house.org/what-is-palliative-care/>)

PHC pada awalnya dihubungkan dengan perawatan pasien menjelang akhir kehidupan. Program ini berkembang seiring filosofi kontemporer perawatan yang tidak terbatas pada unit rawat jalan tetapi boleh diberikan pada berbagai setting perawatan. Perawatan di rumah merupakan lingkungan yang memberikan kesempatan yang unik untuk mempromosikan perawatan paliatif bagi pasien dan keluarga (Clement-Stone S, Eigsti D, McGuire S, 1995).

Banyak potensi yang menjadikan rumah sebagai tempat perawatan adalah karena kuatnya ikatan kekeluargaan dalam budaya masyarakat. Mereka menjadikan perawatan pasien merupakan tanggung jawab mereka baik sebelum masuk rumah sakit, selama di rawat di rumah sakit, dan sesudah kembali dari rumah sakit. Umumnya keluarga sudah merencanakan untuk segera membawa pasien pulang dari rumah sakit untuk di rawat di rumah sebelum rumah sakit menawarkan untuk

perawatan di rumah. Keluarga sering merasa terkejut dengan penawaran rumah sakit tentang jenis pelayanan perawatan rumah karena mereka tidak mengetahui.

Potensi mengembangkan PHC pada pasien kanker juga sangat memungkinkan. Perkembangan teknologi dan pengetahuan dalam bidang kesehatan dapat memberikan usia harapan hidup lebih lama pada pasien kanker dan berdampak pada tingginya biaya perawatan. Keterbatasan biaya untuk merawat pasien kanker di rumah sakit menjadikan alasan utama bagi keluarga untuk membawa pasien pulang ke rumah karena bebanbiaya ini akan dijatuhkan pada keluarga. Hal inilah yang menjadikan mereka memilih rumah sebagai tempat perawatan keluarga mereka dan penderita kanker juga banyak mengasumsikan bahwa rumah adalah tempat yang aman bagi mereka menghadapi penyakit yang dirasakan dan menjadi tempat terbaik menjelang akhir kehidupan (*National Association for Home Care, 2008*).

Ada kalanya keluarga sebagai pemberi perawatan primer di rumah memiliki keterbatasan pengetahuan dan keterampilan yang cukup dalam pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, dan spiritual anggota keluarga mereka yang menderita sakit. Keterbatasan ini membuat keluarga mencari dukungan eksternal dan mencari organisasi kesehatan yang dapat memberi pelayanan kepada mereka. Hal ini akan menjadi kesempatan bagi klinisi dalam mengembangkan PHC dalam pelayanannya.

4.1 Definisi PHC

Perawatan rumah sering menggunakan berbagai istilah seperti *home care*, *home healthcare*, and *home care nursing*. Istilah ini sering membuat kebingungan bagi penyedia dan konsumen dan sering digunakan secara bergantian. Untuk menangani kebingungan ini maka berbagai definisi dijelaskan oleh berbagai organisasi pelayanan *home care*.

Definisi *home care* yang paling diakui dan umum digunakan adalah perawatan orang sakit dan sehat di rumah yang dilakukan oleh para profesional kesehatan yang bertujuan untuk memperbaiki kesehatan, meningkatkan kenyamanan, dan meningkatkan kualitas hidup klien. *Home care* pada keperawatan dikenal dengan istilah *home care nursing* yang didefinisikan sebagai penyediaan asuhan keperawatan dalam berbagai tingkat usia di rumah yang diberikan untuk penyakit akut,

penyakit kronis, penyakit terminal dan pasien yang sembuh (*National Association for Home Care, 2008*).

Home care nursing difokuskan dalam promosi kesehatan dan perawatan orang sakit dengan mengintegrasikan lingkungan, psikososial, ekonomi, budaya, dan faktor kesehatan pribadi yang mempengaruhi status kesehatan individu dan keluarga (*American Nurses Association, 2008*).

4.2 Kompetensi perawat paliatif home Care

Kompetensi umum dan spesialis yang dimiliki oleh seorang perawat untuk menjadikan perawat caring bagi seluruh perawat yang memberikan perawatan paliatif. *Canadian Hospice Palliative Care Association (2002)* menjabarkan kompetensi perawat paliatif terdiri dari:

1. Kompetensi Umum

Berkembang dalam relasi praktek yang dikarakteristik oleh: keterampilan mendengar kemampuan untuk berubah dalam mengatasi kesulitan komunikasi, kemampuan untuk hadir bersama pasien, bertanggungjawab, respek terhadap pengalaman hidup dan pilihan keluarga dan kekuatannya, kolaborasi perawatan dan memperhatikan martabat.

- a) Menunjukkan kemampuan dan ketrampilan yang sesuai dengan prinsip dan standar perawatan paliatif dan akhir kehidupan yang sesuai dengan budaya pasien.
- b) Menggunakan refleksifitas dalam praktek melalui merefleksikan kesejahteraan yang diartikan sebagai kemampuan untuk refleksi mengkritisi nilai, kepercayaan, dan asumsi atas dasar praktik budaya yang relevan dan kesadaran terhadap pengaruh dari berbagai tingkatan sistem dan wacana yang mempengaruhi proses caring.
- c) Praktik disesuaikan dengan kode etik dan standar praktek perawatan.
- d) Menunjukkan praktek yang terus menerus, intensional yang didefenisikan sebagai kesinambungan antara pengetahuan, nilai, dan kepercayaan dan penggunaannya dalam praktek

- e) Meningkatkan perawatan berpusat pada pasien dan keluarga yang didefensikan sebagai hubungan praktik yang memfokuskan pada keluarga sebagai defenisi dari pasien.
- f) Memanfaatkan praktek berbasis bukti yang didefenisikan sebagai pendekatan dalam pengambilan keputusan yang digunakan klinisi menggunakan kemampuan *evidence based* yang terbaik dalam konsultasi dengan pasien dan keluarga untuk memutuskan pilihan tindakan prioritas.
- g) Menunjukkan kemampuan untuk berkolaborasi secara interprofesional dalam mencapai kebutuhan pasien dan keluarga. Kolaborasi interprofesional adalah praktek yang menghubungkan konsep dan pengetahuan dari semua disiplin pengetahuan dan meliputi seseorang yang bekerja dibawah organisasi yang formal
- h) Praktek advocacy sebagai proses dimana perawat memiliki kemampuan pengetahuan dalam kontek sosiopolitik. Keterampilan advokasi meliputi: mediasi, koordinasi, mengklarifikasi, menyelesaikan masalah, dan mendampingi pasien untuk mendapatkan, menginterpretasi, dan memberikan informasi perawatan kesehatan

2. Kompetensi khusus

- a) Memiliki kesadaran diri dari keterampilan personal, kepercayaan, dan nilai tentang kematian dan menjelang kematian.
- b) Menunjukkan kemampuan dalam meningkatkan pengkajian individu dan keluarga secara holistik, yang tidak terbatas pada nyeri, dyspnea, mual, muntah, dan gejala lainnya. Ini juga meliputi pengkajian masalah psikosial, emosional, dan spiritual yang relevan terhadap situasi paliatif dan akhir kehidupan.
- c) Menunjukkan kemampuan dan ketrampilan dalam manajemen nyeri dan gejala.
- d) Memiliki syarat keterampilan komunikasi dan kemampuan untuk meningkatkan pengambilan keputusan akhir kehidupan dan perencanaan, dan model negosiasi dari perawatan yang berdasarkan menghormati klien dan terbuka terhadap perubahan.

- e) Menunjukkan pengetahuan tentang masalah spiritual dan budaya yang mempengaruhi kemampuan untuk mempengaruhi seseorang ketika sedang menderita.
- f) Menunjukkan kemampuan untuk mengkaji.

4.3 Pelayanan PHC Pasien Kanker

Perawatan paliatif tipe ini dikembangkan dengan tetap mengintegrasikan perawatan Rumah Sakit pada kondisi akut. Perawatan di rumah diberikan sesuai dengan fasilitas pada tempat kediaman dan tempat rawat rumah termasuk perawatan yang dapat memberikan pelayanan menyeluruh. Bukan hanya memperhatikan kebutuhan fisik saja, namun kebutuhan psikologis dan spiritual. Perawatan paliatif ini melibatkan anggota keluarga sebagai *support systemnya*. Selama 20 tahun terakhir ini, terdapat beberapa alasan adanya transisi dari perawatan di Rumah Sakit menjadi perawatan paliatif di rumah. Hal ini disebabkan faktor biaya perawatan di rumah sakit yang cukup mahal, aturan atau pembatasan yang ketat dalam lama perawatan di Rumah Sakit, serta tingkat keberhasilan perawatan di rumah yang dirasakan hasilnya lebih baik dibandingkan dengan perawatan di Rumah Sakit.

Perawat yang melakukan perawatan pasien di rumah memiliki peran memberikan dukungan serta pendidikan kesehatan pada pasien serta *care giver* yang difokuskan pada pemberian informasi yang dibutuhkan pasien serta keluarga untuk perawatan yang diperlukan di rumah. Selain itu, perawat juga memiliki tanggung jawab melakukan pengkajian lingkungan rumah, memberikan rekomendasi terkait modifikasi lingkungan yang tepat untuk mengatasi masalah kebutuhan fisik klien, mengkaji dampak psikologis dan emosional terhadap penyakit pada klien serta keluarganya. Perawat juga mengkaji setiap perubahan fisik pada klien dan berkolaborasi dengan multidisiplin lain untuk memastikan modifikasi perawatan yang dilakukan tepat diterapkan pada klien. Perawat harus mempertahankan komunikasi efektif dengan klien, keluarga serta semua pemberi perawatan kesehatan yang terlibat. Perawat juga memberikan edukasi terkait sumber yang tersedia seperti yayasan kanker, kelompok pendukung dan lain – lain dengan memfasilitasi kontak dengan mereka untuk mengurangi tingkat stress yang dirasakan klien dengan keluarga (Smeltzer S & Bare B., 2002).

Program perawatan paliatif berbasis di rumah (*home care*) dilakukan oleh tim paliatif dengan melakukan kunjungan ke rumah pasien. Kunjungan ke rumah memiliki fungsi yaitu untuk memonitor status fungsional pasien, sistem pendukung yang merawat pasien, serta kepatuhan pasien terhadap pengobatan yang masih dilakukan. Studi di Amerika menunjukkan pasien dengan penyakit kronis lebih memilih melakukan perawatan paliatif di rumah dibandingkan di rumah sakit, sebab program perawatan paliatif ini terbukti mengurangi hospitalisasi di rumah sakit yang tentunya bermanfaat untuk menurunkan biaya pengobatan. Survei yang dilakukan pada pasien di rumah sakit A dan B yang mendapatkan perawatan paliatif didapatkan bukti bahwa mereka merasakan adanya penurunan beban biaya perawatan di rumah sakit (pengurangan sebesar 35 persen pada RS A) dan sebesar 37 persen biaya RS B) hal ini menyebabkan menurunkan rawat inap pada pasien sebesar 34 persen dengan peningkatan jumlah pasien yang memilih perawatan *hospice home care* hingga mencapai 240 persen.

4.4 Pemenuhan Kebutuhan Dasar Manusia Pasien Kanker

Inti dari perawatan paliatif di rumah adalah bagaimana perawat bersama tim perawatan paliatif yang lain memenuhi kebutuhan dasar manusia pasien kanker sehingga tercapai kualitas hidup Pasien Kanker. Teori keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan dasar manusia salah satunya diperkenalkan oleh Virginia Henderson 1966 dalam Allgood, (2014) mengidentifikasi

14 kebutuhan dasar pasien atau individu. 14 kebutuhan dasar Virginia Henderson digunakan dalam buku ini karena dalam 14 kebutuhan dasar tersebut mencakup fisiologis, psikologis, spiritual dan sosial, setiap komponen jelas dan tidak rlu dijabarkan sehingga mudah untuk mencapai tujuan yang dipilih, dapat diaplikasikan pada semua umur dan perkembangan manusia. Pada pasien kanker stadium lanjut memiliki masalah yang kompleks dapat mempengaruhi sistem organ secara keseluruhan, pemilihan 14 kebutuhan dasar dari Virginia Henderson kebutuhan pasien dapat terkaji secara lebih spesifik karena terakum dalam kebutuhan fisiologis yang holistik, psikogis, sosial dan spiritual. Selain itu teori ini merupakan teori keperawatan yang sangat dekat dengan perawat dan menjadi landasan berfikir perawat.

Kebutuhan dasar manusia adalah komponen penting bagi manusia untuk mempertahankan keseimbangan fisiologis maupun psikologis. Pemenuhan kebutuhan dasar dilakukan oleh individu dari tahap bergantung menjadi mandiri. Kebutuhan dasar yang telah diidentifikasi menurut teori Virginia Henderson dibagi menjadi 4 komponen yaitu Terdiri dari empat aspek kebutuhan manusia, poin pertama sampai sembilan merupakan komponen fisiologis, sepuluh dan empat belas merupakan aspek psikologis komunikasi dan belajar, poin sebelas merupakan aspek spiritual dan moral, poin duabelas dan tigabelas merupakan aspek sosiologi bekerja dan rekreasi (Alligood, 2014; Ahtisham & Jacoline, 2015).

1. Kebutuhan Oksigenasi.

Oksigen dibutuhkan untuk mempertahankan kehidupan, fisiologi pernafasan meliputi oksigenasi tumbuh melalui mekanisme ventilasi, perfusi dan transport gas pernafasan, faktor yang ikut berperan pengaturan saraf dan kimiawi dalam mengontrol frekuensi dan kedalaman pernafasan (Potter & Perry, 2006). Pada pasien dengan kanker stadium lanjut pemenuhan kebutuhan oksigen dapat terganggu seperti kesulitan bernafas, sesak nafas dan batuk (Harding et al., 2011; Teunissen et al., 2007). Gangguan pemenuhan oksigen pada pasien kanker terjadi pada kondisi kanker paru dan metastasis, kanker primer yang menyebabkan gangguan oksigenasi terjadi pada kanker gastrointestinal dan payudara. Keluhan sesak nafas pada kanker dipengaruhi oleh nyeri dan status fungsional. Sesak nafas merupakan salah satu gejala yang menyebabkan peningkatan distress, yang berhubungan dengan peningkatan cemas dan depresi dan mempengaruhi kualitas hidup penderita kanker (Ekstrom et al., 2016; Weingaertner et al., 2014)

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan oksigenasi dalam perawatan paliative adalah meningkatkan rileksasi seperti aroma terapi, mengajarkan cara bernafas dengan baik, memberikan aliran udara segar atau menggunakan kipas. Selain itu hal dapat diperhatikan pada pasien dengan sesak nafas adalah posisi setengah duduk dengan kemiringan 45 derajat yang bertujuan memaksimalkan pengembangan paru dengan cara tekanan dari abdomen ke diafragma berkurang (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013; Perry & Potter, 2006)

2. Kebutuhan Makanan dan Minum

Nutrisi salah satu faktor penting dalam proses dan fungsi tubuh, walaupun tubuh dapat bertahan tanpa nutrisi dan memiliki waktu yang lebih lama dari cairan. Beberapa hal yang dapat dipertimbangkan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yaitu gizi dan kualitas hidup, keseimbangan cairan, pentingnya diet dan kondisi pencernaan. Pada pasien kanker stadium lanjut banyak mengalami gangguan makanan sebanyak 64% pasien mengalami penurunan asupan makan, dan sebanyak 69% nilai albumin abnormal dengan nilai median 3,1 g/dl, disimpulkan sebanyak 77% pasien kanker stadium lanjut mengalami malnutrisi dengan 44% tingkat malnutrisi sedang ke berat 9% (Aktas et al., 2016). Masalah yang lain yang memperberat asupan nutrisi pasien kanker stadium lanjut adalah mual dan muntah yang terjadi pada 40%-60% pasien dengan stadium lanjut. Mual dan muntah merupakan gejala yang dalam beberapa dekade terakhir belum dapat diatasi dengan maksimal hal ini juga berkaitan dengan level distress dan beban akibat pengobatan yang dijalani oleh pasien .

Pada pasien kanker terjadi perubahan kebiasaan makan antara lain kehilangan rasa lapar, tidak menyukai makanan, dan perubahan fisik yang menyebabkan kesulitan dalam makan, mengunyah, menelan, masalah gastrointestinal. Kanker mengalami perubahan dalam respon inflamasi kronis yang sistemik, sehingga nutrisi yang diberikan untuk memberikan respon katabolik *sitokin* dan *eicosanoid* atau regulasi metabolik seperti agen anabolik atau agen anti katabolik. Manajemen nutrisi pada pasien kanker bergantung pendekatan masing-masing individu (Argiles, 2005; Barrera, 2002; Hopkinson & Corner, 2006). Kebutuhan nutrisi pada pasien kanker stadium lanjut meliputi karbohidrat 60-70% dari kalori nonprotein, kebutuhan lemak 25%- 30% kalori untuk mengganti energi dan asam lemak yang terbuang pada kondisi hipermetabolisme. Kebutuhan asam amino atau protein sebesar 1 g/kg BB per hari (Barrera, 2002).

Penelitian yang dilakukan oleh Amano, et al (2015) menunjukkan pasien kanker stadium lanjut memiliki kebutuhan yang tidak terpenuhi terhadap dukungan nutrisi dengan presentase 76%. Dukungan yang pasien dan keluarga butuhkan adalah perhatian khusus terhadap distress dalam hal makanan, penjelasan kenapa pasien mengalami anoreksia dan

penurunan berat badan yang pasien alami. Penurunan intake makanan sering menjadi sumber konflik antara pasien dan keluarga. Pasien makan bukan karena ingin makan tetapi karena mereka ingin menghargai anggota keluarga yang mendorong mereka untuk makan. Anggota keluarga sering mengalami perasaan penolakan kasih sayang ketika makanan yang mereka berikan ditolak oleh pasien (Amano et al., 2015).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan saat memberikan makan pada pasien, berikan makan dari jenis cair sampai dengan padat sesuai dengan penerimaan pasien. Berikan suapan secara perlahan, dan jangan paksaan pasien untuk makan, berikan makan pada pasien kapan saja pasien mau dan berikan dalam jumlah sedikit tetapi sering. Untuk mengatasi mulut kering berikan pasien minum sedikit-sedikit. Pada kondisi pasien mual dan muntah hindari makanan yang menyengat dan berikan makanan yang dapat mengurangi mual dan muntah (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

3. Kebutuhan Eliminasi

Pemenuhan kebutuhan eliminasi pada manusia terdiri dari dua macam kebutuhan yaitu kebutuhan eliminasi fekal dan kebutuhan eliminasi urin. Dalam memenuhi kebutuhan eliminasi dibutuhkan pengawasan terhadap berbagai masalah yang dapat muncul terhadap pemenuhan kebutuhan eliminasi. Beberapa masalah yang dapat muncul berhubungan dengan pemenuhan kebutuhan eliminasi antara lain konstipasi, diare, inkontinesia alvi, hemoroid, inkontinensia urin, retensi urin, infeksi saluran kemih. Beberapa gangguan pada pemenuhan kebutuhan eliminasi dapat mengganggu keseimbangan individu. Dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi urin ada beberapa hal yang perlu diperhatikan yaitu volume urin, karakteristik urin meliputi warna urin normal yang bervariasi dari warna pucat, agak kekuningan sampai kuning-coklat, kejernihan urine yang tampak transparan saat dikeluarkan, bau urin semakin pekat akan semakin kuat baunya. Pada eliminasi alvi beberapa hal yang perlu diperhatikan pola eliminasi, karakteristik feses, konsistensinya (Potter & Perry, 2006).

Beberapa masalah yang sering terjadi pada pemenuhan kebutuhan eliminasi pasien kanker stadium lanjut adalah konstipasi. Konstipasi terjadi pada 40%-50% kanker, 90 % pasien kanker yang mendapat terapi opioid dan menjadi salah satu gejala pada pasien kanker stadium lanjut

yang meningkatkan distress. Faktor-faktor yang meningkatkan terjadinya konstipasi antara lain obat-obatan (opioid, antidepresan, antiemetik), kompresi tumor, dehidrasi, intake oral yang kurang, imobilisasi dan gangguan metabolik (Langhorne et al., 2007; Rhondali et al., 2013).

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam pemenuhan kebutuhan eliminasi pada pasien kanker stadium lanjut oleh keluarga pasien sebagai *caregiver* memberikan meningkatkan intake cairan terutama cairan hangat dan diet tinggi serat/ fiber atau dapat diberikan dalam bentuk jus, anjurkan pasien untuk bergerak bila memungkinkan, bila tidak ada kontra indikasi berikan pijatan pada perut melingkar (Campbell, 2014; Langhorne et al., 2007).

4. Kebutuhan Gerak dan Keseimbangan Tubuh

Mobilisasi memiliki berbagai tujuan antara lain pertahanan diri, aktivitas hidup sehari-hari, mengekspresikan emosi, pemenuhan kebutuhan dasar dan berbagai kegiatan rekreasi. Keseimbangan tubuh diperlukan untuk menstabilkan posisi, saat berpindah posisi tidak mengalami gangguan, bergerak bebas dikomunitas dan melakukan berbagai aktivitas sehari-hari. Faktor yang dapat mempengaruhi Kemampuan untuk memperoleh keseimbangan dipengaruhi oleh kehamilan, penyakit, gaya berjalan yang tidak stabil, medikasi dan proses menua (Potter & Perry, 2006).

Penurunan fungsi fisik dan kelemahan sangat sering dikeluhkan oleh pasien kanker stadium lanjut hal ini dapat berhubungan dengan pengobatan kanker dan progresifitas dari penyakit. *Fatigue* juga berkontribusi terhadap kelemahan yang dialami oleh pasien kanker stadium lanjut dimana *fatigue* mempengaruhi aktivitas hidup, penurunan memori, kelemahan umum, emosional yang labil dan penurunan status fungsional (Albrecht & Taylor, 2012). *Fatigue* yang disebabkan oleh kanker terjadi 50%-90% pada semua pasien kanker (Campos, Hassan, Riechelmann, & Del Giglio, 2011). *Fatigue* merupakan persepsi kelelahan yang tidak biasa bervariasi dalam pola dan tingkat keparahan dan memiliki dampak pada kemampuan fungsional, secara klinis dapat digambarkan sebagai kelemahan, malaise, *exhausted*, ketidaknyamanan dan ketidakmampuan dalam melakukan fungsi normal (Ellis & Lloyd-Williams, 2012).

Dalam pemenuhan kebutuhan gerak dan keseimbangan pada pasien kanker stadium lanjut ada beberapa hal dapat dilakukan yaitu mendorong pasien untuk beraktivitas ditempat tidur atau turun dari tempat tidur (jika memungkinkan). Latihan aktivitas dapat dilakukan dengan membantu dalam pergerakan pergelangan kaki, lutut, pinggul, tangan, siku, bahu. Latihan dilakukan berulang sampai batas kemampuan pasien. Memijat otot-otot atau persendian pasien. Mencegah terjadinya dekubitus atau luka pada kulit akibat tekanan yang lama, tindakan yang dapat dilakukan adalah membantu pasien mengubah posisi per 2 jam. Saat membantu pasien bergerak usahakan untuk tidak menyeret karena akan melukai kulit (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013; WHO, 2006)

5. Kebutuhan Tidur dan Istirahat

Istirahat memberikan rasa rileks secara mental, bebas dari rasa cemas dan tenang secara fisik. Istirahat dilakukan untuk memberikan energi baru pada aktivitas mental dan fisik individu sehingga dapat melakukan aktivitas secara optimal. Beberapa faktor yang mempengaruhi kemampuan untuk memperoleh istirahat yang cukup antara lain lingkungan, gaya hidup, konflik. Tidur merupakan proses fisiologis yang bersiklus yang bergantian dengan periode tertentu. Tidur berkontribusi dalam pemulihan fisiologis dan psikologis. Tidur secara teratur memberi keuntungan pada proses biologis yang diperbaharui secara rutin (Perry & Potter, 2006).

Pada kanker stadium lanjut diperkirakan pasien mengalami gangguan tidur dengan kualitas tidur yang buruk sebanyak 50% - 70% (Mystakidou et al., 2007; Renom-guiteras et al., 2014). Keluhan tidur secara subjektif sebesar 45% dan secara pemeriksaan klinis gangguan tidur terjadi sebesar 75%. Kualitas tidur yang buruk mempengaruhi status *performance* dan sebesar 50%-75% mengalami penurunan kualitas hidup (Gibbins et al., 2009). Gangguan tidur yang sering dialami berupa kesulitan untuk memulai tidur, sering terbangun pada malam hari, kesulitan mempertahankan tidur, keluhan tidur yang tidak efisien dan kondisi tubuh yang tidak segar setelah bangun tidur. Di Indonesia penelitian yang dilakukan oleh Wulansari, (2014) di RS kanker Darmas didapati data pasien mengalami gangguan tidur sebanyak 59,7% dimana gangguan tidur berupa kesulitan tidur pada malam hari, pada malam hari sering terbangun dan mengantuk pada siang hari.

Beberapa hal yang dapat dilakukan dalam membantu pasien meningkatkan tidur memberikan lingkungan yang memadai bagi pasien, menghindari kebiasaan yang dapat mengganggu tidur seperti minum kopi, kebiasaan merokok. Rileksasi juga dapat membantu dalam mengatasi tidur, dalam kondisi rileks dan santai individu dapat jatuh dalam tidur. Rileksasi dapat diberikan melalui *massage*/ pijit, aromaterapi, menegangkan otot-otot tertentu melalui Progresif Muscle Relaksasi (PMR) maupun melalui pikiran (Kementrian Kesehatan RI, 2013; WHO, 2006).

6. Kebutuhan Berpakaian dan Personal Hygiene

Personal hygiene merupakan aktivitas yang dilakukan untuk memperoleh kesejahteraan fisik dan psikologis dengan cara memelihara kebersihan dan kesehatan individu. Pemeliharaan hygiene dilakukan untuk memberikan kenyamanan individu, keamanan dan kesehatan. Pada orang sakit membutuhkan bantuan untuk melakukan perawatan hygiene secara rutin. Faktor yang dapat mempengaruhi individu bersikap dalam melakukan hygiene perorangan antara lain pengetahuan, citra tubuh, status sosial ekonomi, variabel kebudayaan, kondisi fisik dan pilihan pribadi. Berbagai macam perawatan hygiene antara lain perawatan kulit, perawatan mulut, perawatan kaki dan kuku, perawatan rambut, perawatan mata, hidung dan telinga (Perry & Potter, 2006).

Perawatan kulit mencakup pada kebersihan kulit, kulit memiliki fungsi mengeliminasi sel mati, mensintesis sel baru dan sebagai mediator pertukaran oksigen, cairan dan nutrisi dengan pembuluh darah yang ada dibawahnya. Perawatan kulit yang rutin dapat dilakukan adalah mandi. Pada pasien kanker stadium lanjut berbagai masalah kulit dapat terjadi dikarenakan oleh beberapa faktor anoreksia, malnutrisi, anemia, gangguan metabolik, imobilisasi, gangguan sirkulasi darah, pengobatan kanker kemoterapi dan radiasi dapat meningkatkan masalah pada kulit. Masalah kulit yang paling sering terjadi adalah eritema dan lesi (Perry & Potter, 2006).

Perawatan kulit pada pasien kanker stadium lanjut sangat penting sebagai tindakan pencegahan luka pada kulit dan sebagai bentuk perhatian pada pasien untuk meningkatkan kesejahteraan. bentuk perawatan yang diberikan dengan memandikan pasien untuk meningkatkan kebersihan diri pasien. Hal yang harus diperhatikan dalam memandikan pasien adalah dalam memandikan pasien dapat dilakukan ditempat tidur maupun di

kamar mandi sesuai dengan kemampuan pasien. Memandikan pasien tidak harus sering dilakukan karena memandikan yang menggunakan sabun dapat membuat kulit menjadi kering. Menggunakan sabun dengan kandungan pelembab sangat dianjurkan dan menghindari penggunaan sabun pada daerah kulit yang mengalami luka. Pada saat memandikan pasien diikuti dengan memijat punggung pasien yang berfungsi untuk meningkatkan rileksasi, mengendorkan tensi otot, dan menstimulasi sirkulasi kulit. Perawatan kulit dapat diikuti dengan perawatan rambut, yang dilakukan dengan keramas dan merapikan rambut (De Conno, Ventafridda, & Saita, 1991; Perry & Potter, 2006).

Perawatan mulut dilakukan untuk membantu mempertahankan kesehatan mulut, gusi dan bibir. Hygiene mulut ditujukan untuk kebersihan, kenyamanan dan kelembaban struktur mulut memberikan rasa sehat dan menstimulus nafsu makan. Perawatan mulut dilakukan secara teratur setiap hari. Hygiene mulut dilakukan bergantung pada kondisi rongga mulut pasien, berupa gosok gigi dan irigasi. Pada kondisi pasien yang beresiko untuk terjadi stomatitis pada pasien yang akan menjalani terapi radiasi, kemoterapi, menjaga kebersihan mulut melalui berkumur menggunakan larutan garam $\frac{1}{2}$ sendok sebelum dan sesudah makan. Pada pasien yang sudah mengalami masalah pada mulut perawatan yang dilakukan menghindari makanan yang sangat panas atau dingin dan pedas, menggunakan sikat gigi yang lembut atau tetap untuk menghilangkan kotoran, membilas mulut dengan air garam diencerkan (Perry & Potter, 2006; WHO, 2006).

7. Kebutuhan Menjaga Suhu Tubuh

Mempertahankan suhu tubuh pada kondisi normal dengan modifikasi lingkungan dan adaptasi penggunaan pakaian. Suhu tubuh manusia cenderung untuk naik dan turun, hal-hal yang mempengaruhi dalam mempertahankan suhu tubuh dalam kondisi stabil diperlukan regulasi suhu tubuh. Suhu tubuh dipertahankan dengan umpan balik pusat di hipotalamus. Apabila suhu tubuh meningkat dan menurun maka hipotalamus akan berespon untuk melakukan berbagai mekanisme untuk mempertahankan suhu tubuh. Demam sangat umum terjadi pada individu dengan kanker, dan lebih sering terjadi pada kondisi kanker yang mengalami metastase (American Cancer Society 2012; WHO, 2006).

Hampir semua orang dengan kanker mengalami demam terutama bila pengobatan mempengaruhi sistem kekebalan tubuh. Demam dapat disebabkan infeksi, dan proses inflamasi, demam dapat terjadi pada pasien kanker yang disebabkan oleh infeksi, obat-obatan, tumor, trombosis atau dapat disebabkan transfusi darah. Pada individu yang mendapatkan kemoterapi lebih cenderung mengalami infeksi yang disebabkan oleh nilai leukosit yang menurun akibat depresi pada pertumbuhan sel darah. Beberapa hal dapat dilakukan oleh keluarga untuk mempertahankan suhu dengan melepaskan atau mengurangi pakaian yang tebal atau selimut yang digunakan, berikan pakaian yang tipis, bila pakaian basah bisa segera diganti. Berikan suhu lingkungan yang membantu mendinginkan kulit bisa dapat dilakukan dengan memandikan pasien (American Cancer Society 2012; WHO, 2006)

8. Kebutuhan Keamanan dan Keselamatan

Keamanan merupakan kebutuhan dasar manusia yang seringkali didefinisikan suatu kondisi yang tidak mengalami cedera fisik dan psikologis. Selain itu keamanan mencakup lingkungan fisik dan psikososial yang mempengaruhi kelangsungan hidup pasien. Keamanan yang diharapkan bertujuan untuk mengurangi angka kejadian cedera, mengoptimalkan hospitalisasi sehingga pasien dapat pulang tepat waktu, meningkatkan status fungsi pasien (Perry & Potter, 2006).

Bahaya fisik yang dapat mengakibatkan jatuh dapat di minimalkan melalui pencahayaan yang adekuat terutama pada tempat pasien melakukan aktivitas, pencahayaan dapat berupa cahaya yang tidak dapat menyilaukan mata, pengurangan penghalang fisik beberapa benda yang dapat menyebabkan cedera antar lain lantai yang basah, keset, lemari dan benda-benda yang dapat menghalangi pasien. Hal yang harus diperhatikan adalah barang-barang yang dibutuhkan oleh pasien sebaiknya ada dalam jangkauan pasien, pengontrolan bahaya yang dapat terjadi di kamar mandi, dan berbagai tindakan pengamanan yang dapat digunakan (Perry & Potter, 2006).

Pengobatan kanker dengan kemoterapi, terapi radiasi, terapi pembedahan dan terapi biologis dapat mengakibatkan terjadinya infeksi. Diperkirakan 60.000 pasien kanker setiap tahun dirawat di rumah sakit dikarenakan neutropenia akibat kemoterapi di Amerika Serikat dan sekitar 4100 orang meninggal akibat komplikasi dari infeksi (Caggiano,

Weiss, Rickert, & Linde-Zwirble, 2005). Infeksi pada pasien immunosupresi karena kanker sangat mengancam jiwa dengan tingkat kematian 2%-21% yang bergantung pada jenis kanker, jenis kemoterapi dan faktor yang lain (Lyman et al., 2010). Beberapa hal yang menjadi perhatian keluarga untuk mencegah terjadinya infeksi antara lain menjaga kebersihan tangan, menggunakan alat pelindung diri seperti sarung tangan atau masker, menjaga percikan batuk atau bersin

9. Kebutuhan Berkomunikasi

Kebutuhan komunikasi lebih ditekankan bagaimana individu mengekspresikan kebutuhan, emosi, rasa takut atau pendapat mereka. Komunikasi merupakan proses yang berkelanjutan, dinamik dan multidimensional, proses dalam upaya membentuk saling pengertian yang saling berbagi informasi melalui sistem simbol, tingkah laku dan tanda diantara individu. Proses komunikasi adalah aktivitas dasar pada kehidupan sosial manusia. Komunikasi memungkinkan seseorang dapat menyampaikan dan mendapatkan respon (Potter & Perry, 2006; Riswandi, 2009).

Efek fisik dari kanker dan terapinya dapat menyebabkan tekanan psikologis yang serius. Pada konteks kanker tekanan ini didefinisikan sebagai pengalaman emosional yang tidak menyenangkan dan bersifat multifaktor. Pasien kanker stadium lanjut mengalami ketakutan dan kecemasan terkait kejadian dimasa depan yang tidak pasti, rasa sakit yang dialami terus-menerus, perpisahan dari orang yang dicintai dan kehilangan kontrol. Beberapa hal yang dapat dilakukan adalah meningkatkan diskusi, mengajak pasien untuk berkomunikasi mengenai nilai dan kepercayaan diri, latar belakang sosial dan kebudayaan. Partisipasi pasien dalam perawatan dengan berkomunikasi bagaimana perasaan mereka, ketakutan yang dialami memberikan nilai mendasar yang meningkatkan kontrol yang lebih besar oleh pasien dan mengurangi kecemasan Komunikasi yang dilakukan oleh pasien memungkinkan pasien untuk terlibat dalam pengambilan keputusan yang akan mempengaruhi gaya coping pasien terhadap permasalahan yang dialami oleh pasien (Ferrell & Coyle, 2006)

10. Kebutuhan Beribadah

Spiritual merupakan konsep unik yang terjadi secara pribadi pada individu yang bersifat kompleks yang dipengaruhi oleh pengalaman hidup, budaya, kepercayaan, perkembangan dan ide-ide tentang kehidupan seseorang. Spiritual memberikan individu energi yang dapat membantu mereka untuk beradaptasi pada kondisi yang sulit dan untuk memelihara kesehatan. Konsep kepercayaan (agama) merupakan hubungan individu dengan kekuatan tertinggi yang pada setiap individu mempercayai keberadaan yang beralasan keyakinan dan kepercayaan. Kepercayaan memberikan tujuan dan arti bagi kehidupan seseorang, memperbolehkan tindakan bahkan pasien yang sedang sakit memiliki pandangan positif tentang hidup dan mengikuti kegiatan setiap hari. Pada pasien kanker kebutuhan spiritual merupakan hal penting untuk dipenuhi hal ini dikarenakan penyakit kanker berdampak pada semua aspek kehidupan pasien baik secara fisik, psikologis maupun spiritual. Penelitian yang dilakukan oleh Bussing et al, (2010) menunjukkan bahwa spiritualitas dan religiusitas dapat dijadikan sebagai sumber coping dalam menjalani berbagai pengalaman yang dihadapi oleh pasien yang menderita kanker (Potter & Perry, 2006; Bussing et al, 2010)

Beberapa kebutuhan spritual antara lain kebutuhan religi atau keagamaan, eksistensi diri, kebutuhan mendapatkan kedamaian, serta kebutuhan untuk memberi (Bussing, Balzat, & Heusser, 2010). Penelitian yang dilakukan oleh Nuraini et al, (2015) menunjukan kebutuhan spritualitas pada pasien kanker yang paling dibutuhkan adalah keagamaan/religi kemudian diikuti kebutuhan eksistensi, kebutuhan mendapatkan kedamaian serta kebutuhan untuk memberi. Pada pasien yang menjalani rawat inap kebutuhan spritual dapat dilakukan dalam praktek keagamaan formal seperti kunjungan dari pendeta, dan ustadz dll atau dapat terwujud dalam pencarian makna dalam pengalaman sulit yang dihadapi, mengurangi rasa kesepian dan rasa takut (Hermann, 2001; Nuraeni, Nurhidayah, Hidayati, Windani, & Sari, 2015).

11. Kebutuhan Bekerja

Kebutuhan bekerja lebih ditekankan bagaimana kebutuhan pasien dalam berprestasi. Berdasarkan teori Abraham Maslow Setiap individu memiliki kebutuhan atau keinginan evaluasi diri yang stabil terhadap

harga diri baik itu harga diri sendiri maupun terhadap orang lain. Pada tingkat ini merupakan kebutuhan harga diri yang kemudian dapat diklasifikasikan menjadi dua yang pertama keinginan akan kekuatan, prestasi dan kecukupan, penguasaan, kompetensi dan kepercayaan diri. Kedua reputasi, rasa hormat atau penghargaan dari orang lain, status, pengakuan, perhatian, martabat dan penghargaan. Pada kondisi kebutuhan ini gagal terpenuhi maka akan ada rasa perasaan rendah diri, kelemahan dan ketidak berdayaan. Pada pasien kanker stadium lanjut yang dapat mempengaruhi dalam setiap aspek baik fisik, psikologis, spiritual maupun sosial sangat penting dalam membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan harga diri yang dapat meningkatkan kepercayaan diri merasa bermartabat (Maslow, 1954).

Pada pasien dengan kanker pekerjaan merupakan masalah utama yang diidentifikasi pada penelitian yang dilakukan oleh Malone et al (1994). pada penelitian ini didapatkan data pada pasien kanker 45% tidak bekerja sama sekali, 27,13% melakukan pekerjaan sangat lama karena status kesehatan dan sebanyak 17,8% melakukan pekerjaan yang ringan. Pola kerja sangat terpengaruh pada pasien dalam 6 bulan terdiagnosa pertama dan 4 bulan terakhir kehidupan mereka dan sebanyak 42% pasien pensiun dini. Pada pasien kanker stadium lanjut untuk meningkatkan harga diri dapat diberikan reinforcement setiap tindakan sekecil apapun yang dapat mereka lakukan atau kerjakan (Malone, Harris, & Luscombe, 1994).

12. Kebutuhan Rekreasi

Hiburan atau rekreasi merupakan salah satu kebutuhan sekunder dan ikut berperan dalam pembentukan kepribadian manusia, saat individu melakukan kegiatan hiburan maka akan mendapatkan kepuasan dan kesenangan dan memberikan keseimbangan dalam pertumbuhan dan kreativitas, kompetensi dan watak, selain itu dapat meningkatkan pengetahuan dan kondisi fisik yang rileks, stabilitas emosi yang terkontrol, dan hubungan sosial. Kegiatan rekreasi dilakukan berdasarkan kebutuhan dan minat seseorang yang terdiri dari beberapa kegiatan yang meliputi rekreasi kesehatan, rohani dan pendidikan. Manfaat kegiatan rekreasi dilakukan oleh individu diantaranya meningkatkan relaksasi, dapat mengembangkan keterampilan dan kemampuan pribadi dan perasaan terhibur.

Pada pasien kanker stadium lanjut kegiatan rekreasi dapat diberikan untuk meningkatkan relaksasi pasien. peningkatan relaksasi akan menurunkan kecemasan dan depresi. Berdasarkan Duke Center Institute (2015) rekreasi dapat diberikan sebagai terapi yang berfungsi untuk sosialisasi, edukasi dan memberikan kesenangan pada pasien yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup dan membantu mengatasi gejala psikologis seperti kecemasan. Beberapa kegiatan rekreasi yang dapat dilakukan pada pasien kanker stadium lanjut beberapa kesenian yang dapat dibentuk oleh pasien ataupun games kecil yang dapat diberikan sebelum tidur malam maupun berbagai kegiatan yang dapat meningkatkan relaksasi (Sourby, 2015; Mazza, 2015)

13. Kebutuhan Belajar dan Memanfaatkan Fasilitas Kesehatan

Pembelajaran terjadi dalam tiga bidang yaitu kognitif, afektif dan psikomotor. Pembelajaran kognitif meliputi seluruh perilaku dan membutuhkan pemikiran, pembelajaran afektif berhubungan dengan penerimaan opini atau nilai ekspresi perasaan dan penerimaan sikap. Pembelajaran psikomotor melibatkan pencapaian keterampilan yang membutuhkan integrasi aktivitas mental dan otot. Pembelajaran sangat dipengaruhi oleh motivasi. Motivasi sendiri merupakan kekuatan yang beraksi didalam diri seseorang yang dipengaruhi oleh pengetahuan sebelumnya, sikap dan faktor sosial budaya. Kemampuan belajar bergantung pada atribut fisik, kognitif tingkat perkembangan, kesejahteraan fisik dan proses pikir intelektual. Kehilangan kesehatan secara sementara maupun permanen akan sulit diterima oleh pasien, proses pembelajaran yang baik pada pasien jika mereka bersedia dan pada tahap penerimaan pasien untuk belajar. Pasien harus belajar bagaimana proses penyakit yang dialami dan beberapa hal yang diperlukan untuk meningkatkan gaya hidup yang diharapkan sehingga status kesehatan meningkat (Potter & Perry, 2006).

4.5 Evaluasi Perawatan Paliatif di Rumah

Perawatan dilakukan secara kontinu mengenai kondisi pasien sebab pasien dengan penyakit stadium lanjut berpotensi mengalami penurunan kondisi fisik dari waktu ke waktu.

Salah satu bentuk pemeriksaan ulang terutama pada perawatan pasien menjelang akhir kehidupan yaitu berupa penilaian kondisi pasien

secara kontinu termasuk klarifikasi pencapaian tujuan akhir pengobatan serta keadaan seseorang termasuk harapan yang ingin diperoleh pasien dan keluarga yang lebih diperhatikan. Apabila kondisinya semakin mendekati kematian, maka prinsip dasar pengobatan ialah memfasilitasi pasien menuju suatu ketenangan dan kenyamanan. Perawatan mulut menjadi hal penting diperhatikan untuk meminimalisasi dehidrasi dan rasa ketidaknyamanan, pemasangan alat invasif dan pemberian makanan serta minuman tidak perlu diberikan jika pasien menolak. Obat yang diberikan sebelumnya jika masih diperlukan dan tidak bisa diberikan secara oral dapat diberikan melalui injeks. Sedangkan, obat – obatan yang tidak berpengaruh terhadap perbaikan gejala sebaiknya tidak perlu diberikan. Jika pasien mengalami kesulitan tidur, dapat berkolaborasi dengan dokter berdasarkan resep dapat diberikan jenis midazolam 2-15 mg infus subkutan dan dapat diberikan berulang 24 jam kemudian, sedangkan jenis klonazepam 12 mg dapat diberikan secara subkutan atau sublingual (Setiati, 2014).

4.6 Rekomendasi untuk Memfasilitasi Penggunaan Perawatan Rumah pada Keperawatan Paliatif

Perawat profesional sebagai pemberi layanan perawatan di rumah harus memiliki pengetahuan dan keahlian untuk mengelola gejala pasien dan memberi tahu perawat tentang keterampilan yang mereka perlukan untuk mengelola masalah perawatan pasien. Agar perawatan paliatif berhasil di rumah maka dokter dan ahli lainnya harus bekerja sama dengan perawat dan siap untuk memecahkan masalah saat timbul. Tidak masalah bagi dokter untuk menerima pasien ke rumah sakit daripada bekerja dengan perawat perawatan di rumah untuk menjaga pasien di rumah.

1. Perkembangan pengetahuan perawatan dalam perawatan di rumah yang ditinjau dalam penelitian ditemukan bahwa faktor yang dapat menjadi dasar perawatan keperawatan paliatif yang sukses:
2. Staf perawat bertanggung jawab untuk perawatan pasien langsung di rumah dan harus memiliki kontak dengan para ahli yang memiliki pengetahuan dan keterampilan khusus terkait dengan kebutuhan spesifik penyakit pasien

3. Karena hambatan memasuki perawatan hospis, perawat *home care* harus memiliki pengetahuan dan pengetahuan yang tinggi dalam memberikan perawatan paliatif kepada pasien.
4. Dengan memberikan perawatan *home care* yang intensif untuk jangka waktu yang singkat, pasien dapat dibantu untuk mengatasi masalah terkini dengan cara yang paling efektif.
5. Pasien dengan masalah yang kompleks termasuk gejala yang sulit memerlukan bantuan untuk melakukan transisi dari rumah sakit ke rumah mereka dan perawat membutuhkan akses terhadap informasi, pelatihan keterampilan, dan sumber daya untuk membantu memberikan bantuan penting.
6. Penggunaan model inovatif harus dipertimbangkan sebagai strategi untuk memberikan perawatan kepada pasien dan keluarga. Penggunaan telepon telah terbukti menjadi strategi efektif untuk membantu keluarga mengatasi peran pengasuh.

Salah satu model inovatif yang perlu dipertimbangkan adalah memberlakukannya *specialist Palliative Care* (SPC). *World Health Organization* (WHO) juga sangat mendukung adanya *specialist palliative care* (SPC) di setiap rumah sakit. SPC dibangun oleh beberapa tim profesi yang bekerja di dalam rumah sakit sebagai tim konsultasi dan diluar rumah sakit (komunitas) dalam bentuk *home care, nursing home dan hospice* setelah pasien kanker paliatif dipulangkan. SPC terdiri dari dokter, perawat yang berpengalaman, psikolog dan pekerja sosial. Melalui adanya SPC ini di United State America USA selama 10 tahun terakhir terjadi peningkatan permintaan pelayanan paliatif sampai mencapai 5 kali lipat (15 % menjadi 75%). Terlebih lagi, pemilihan pasien dan keluarga terhadap tempat perawatan paliatif tidak lagi pada bangsal rumah sakit , melainkan semakin banyak ke arah *home care*. Kunci dari semua ini adalah pelayanan SPC yang diberikan melalui penekanan pada peningkatan kualitas hidup pasien. Salah satu indikatornya adalah melalui pencegahan dan pelepasan pasien sedini mungkin dari penderitaan dan rasa nyeri. (Gaertner et al, 2012, Elsayem et al, 2011).

Proses atau mekanisme kerja dari *specialist palliative care* ini dimulai saat pasien masih berada di rumah sakit. Penyakit kanker yang sudah tidak dapat disembuhkan lagi akan ditangani oleh *tim specialist*

palliative care. *Tim specialist palliative care* kemudian melakukan diskusi dengan keluarga tentang *planning* selanjutnya. Sesuai otonomi dan kesiapan pasien, pasien akan dipindahkan ke layanan berbasis komunitas yang terletak paling dekat dan sesuai pilihan pasien. adanya SPC telah terbukti untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi stres pasien dan keluarga, mengurangi terapi tindakan medis yang agresif serta biaya perawatan rumah sakit dan bahkan terbukti dapat memperpanjang usia pasien kanker (Smith, T. J. et al 2012). Dalam pengaturan *home care*, *nursing home* dan *hospice* peran perawat adalah sebagai koordinator dalam anggota tim yang lain yang seperti dokter, *mental health worker*, terapis dan anggota profesional lainnya. Dalam pengaturan *home care*, perawat harus memastikan kemampuan keluarga dalam menyediakan perawatan paliatif di rumah. Keluarga yang melakukan perawatan paliatif di rumah akan mengalami stress tingkat tinggi yang mampu mempengaruhi kesehatan keluarga jika dinilai belum mampu (Ferrell, 2010).

Negara Inggris merupakan salah satu negara yang berhasil mengembangkan SPC dan memperbanyak akses pelayanan perawatan paliatif. Pada tahun 2005 Negara Inggris sudah mempunyai 361 rumah sakit yang mempunyai tim spesialis perawatan paliatif (SPC), 277 tim keperawatan paliatif komunitas. Selanjutnya ada pengembangan pelayanan berupa *hospis day care* yang berjumlah 263 unit di tahun 2015, dan perawatan paliatif di rumah (*hospis home care*) yaitu menyediakan pelayanan perawat selama 24 jam di rumah pasien kanker. Semua pelayanan tersebut terkoordinasi dengan National Health Service (NHS). NHS bertanggung jawab terhadap kebijakan pengadaan pelayanan paliatif termasuk kebijakan penyediaan opioid untuk perawatan paliatif. Untuk pembiayaan pelayanan NHS juga tetap memberikan subsidi sebesar 32 % biaya operasional pelayanan paliatif yang diselenggarakan oleh pihak swasta (Payne et al, 2008).

DAFTAR PUSTAKA

- Aabom, B., Kragstrup, J., Vondeling, H., Bakketeig, L. S., & Stovring, H. (2005). Defining cancer patients as being in the terminal phase: Who receives a formal diagnosis, and what are the effects? *Journal of Clinical Oncology*, 23(30), 7411–7416.
- Ahlner, E. et al, (2004). *Place of death : hospital based advanced home care versus conventional care*. Sweden. *Palliative Medicine* 583-585
- Ahtisham, Y., & Jacoline, S. (2015). Integrating Nursing Theory and Process into Practice ; Virginia ' s. *International Journal of Caring Sciences*, 8(2), 443–450.
- Aktas, A., Walsh, D., Galang, M., O'Donoghue, N., Rybicki, L., Hullihen, B., & Schleckman, E. (2016). Underrecognition of Malnutrition in Advanced Cancer: The Role of the Dietitian and Clinical Practice Variations. *The American Journal of Hospice & Palliative Care*.
- Albrecht, T. a, & Taylor, A. G. (2012). Physical activity in patients with advanced-stage cancer: A systematic review of the literature. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 16(3), 293–300
- Allgood, M. (2014). *Nursing Theorists and Their Work, Eighth Edition*. St. Louis
- Amano, K., Maeda, I., Morita, T., Tatara, R., Katayama, H., Uno, T., & Takagi, I. (2015). Need for nutritional support, eating-related distress and experience of terminally ill patients with cancer: a survey in an inpatient hospice. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 1–4.
- American Cancer Society. (2012). What is advanced cancer ? Retrieved from <http://www.cancer.org/>
- Anggraeni, M. D., & Ekowati, W. (2011). Family Role in The Achievement of Post Radical Mastectomy Self Integrity Patients. *International Journal of Public Health Research Special Issue*, 163–168
- Argilés, J. M. (2005). Cancer-associated malnutrition. *European Journal of Oncology Nursing*, 9(SUPPL. 2).

- Aslakson et al (2012). *Nurse perceived barriers to effective communication regarding prognosis and optimal end of life care for surgical ICU patients; a quality exploration. Journal of Palliative Medicine* 15 (8),910-915
- Alvarez A, Walsh D (2011). *Symptom Control in Advanced cancer: twenty principles. Am J Hosp Palliat Care* ;28(3):203-207.
- Barosky (2012). Can quality of life be defined?. *Qual Life Res.* 21, 625-631. DOI 10.1007
- Barrera, R. (2002). Nutritional Support in Cancer Patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition* 26, 63-71.
- Black & Hawks. (2009). *Keperawatan Medikal Bedah: Manajemen Klinis untuk Hasil yang diharapkan.* (Elsevier, Ed.) (8th ed.). Singapore: Elsevier (Singapore) Pte Ltd.
- Bussing, A., Balzat, H., & Heusser, P. (2010). Spiritual Needs of Patients with Chronic Pain Diseases and Cancer - Validation of The Spiritual Need Questionnaire. *European Journal of Medical Research*, 266-273.
- Caggiano, V., Weiss, R. V., Rickert, T. S., & Linde-Zwirble, W. T. (2005). Incidence, cost, and mortality of neutropenia hospitalization associated with chemotherapy. *Cancer*, 103(9), 1916-1924
- Campbell, H. (2014). *Nursing & Health Palliative Care Survival Guide* (Vol. 89).Routledge: New York
- Campos, M. P. O., Hassan, B. J., Riechelmann, R., & Del Giglio, a. (2011). Cancer- related fatigue: A practical review. *Annals of Oncology*, 22(6), 1273-1279.
- Chiu TY et al, (2009). *Prevailing Ethical Dilemmas in Terminal Care for Patients with Cancer in Taiwan.* *J Clin Oncol/* 27 (24);3964-3968
- Craig, et al. (2007). IMPaCCT; standart for palliative care in europe. *Journal of palliative care*, vol 14(3), p 109-114
- Dans et, al. (2011). The rise of Chronic non Communicable disease in southeast : Time for action. *Health in southeastAsia*;377;689-9

- De Conno, F., Ventafridda, V., & Saita, L. (1991). Skin problems in advanced and terminal cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management*, 6(4), 247–256
- Desen, W. (Ed.). (2013). *Onkologi Klinis* (2nd ed.). Jakarta: Fakultas Kedokteran Universitas Indonesia.
- Djauzi, S. (2003) . Perawatan paliatif dan bebas nyeri pada penyakit kanker. Jakarta:YPI Pres
- Doyle, et. Al (2003). Oxford of Textbook of Palliative Medicine. Oxford medical Publication. (OUP) 3nd.adn203
- Effendy, C. (2015). *The quality of palliative care for patients with cancer in Indonesiaic*
- Farran, C. J., McCann, J. J., Fogg, L. G., & Etkin, C. D. (2009). Developing a Measurement Strategy for Assessing Family Caregiver Skills: Conceptual Issues. *NIH Public Acces*, 10(3), 129–139.
- Ferrell, B. R. (2010). *Oxford textbook of palliative nursing* (3;3rd; ed.). Cary: Oxford University Press, USA
- Ekstrom, M., Johnson, M. J., Schi??ler, L., Kaasa, S., Hjermstad, M. J., & Currow, D.C. (2016). Who experiences higher and increasing breathlessness in advanced cancer? The longitudinal EPCCS Study. *Supportive Care in Cancer*, 24(9), 3803–3811.
- Elsayem, A., Calderon, B. B., Camarines, E. M., Lopez, G., Bruera, E., & Fadul, N. A. (2011). A month in an acute palliative care unit: Clinical interventions and financial outcomes. *American*
- Gaertner, J., Frechen, S., Sladek, M., Ostgathe, C., & Voltz, R. (2012). Palliative care consultation service and palliative care unit: Why do we need both? *Oncologist*, 17(3), 428-435. doi:10.1634/theoncologist.2011-0326
- Gaertner, J., Siemens, W., Antes, G., Meerpohl, J. J., Xander, C., Schwarzer, G., . . . Becker, G. (2015). Specialist palliative care services for adults with advanced, incurable illness in hospital, hospice, or community settings-protocol for a systematic review. *Systematic Reviews*, 4 Retrieved from <https://search.proquest.com/docview/1772356863?accountid=17242>

- Gibbins, J., McCoubrie, R., Kendrick, A. H., Senior-Smith, G., Davies, A. N., & Hanks, G. W. (2009). Sleep-Wake Disturbances in Patients with Advanced Cancer and Their Family Carers. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(6), 860–870..
- Given, B. a, Given, C. W., & Kozachik, S. (2001). Family support in advanced cancer. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 51(4), 213–231.
- Given, B. a., Given, C. W., & Sherwood, P. (2012). The Challenge of Quality Cancer Care for Family Caregivers. *Seminars in Oncology Nursing*, 28(4), 205–212.
- Given, B., Sherwood, P. R., & Given, C. W. (2008). What Knowledge and Skills Do Caregivers Need? *Journal of Social Work Education*, 44(sup3), 115–123
- Hasibuan, L. (2018, April 29). *Mahalnya Biaya Berobat, Dari Jatuh Sakit Bisa Jatuh Bangkrut*. Diambil kembali dari [https://www.cnbcindonesia.com: https://www.cnbcindonesia.com/lifestyle/20180429164515-33-12936/mahalnya-biaya-berobat-dari-jatuh-sakit-bisa-jatuh-bangkrut](https://www.cnbcindonesia.com/lifestyle/20180429164515-33-12936/mahalnya-biaya-berobat-dari-jatuh-sakit-bisa-jatuh-bangkrut)
- Harding, R., Selman, L., Agupio, G., Dinat, N., Downing, J., Gwyther, L., ... Higginson, I. J. (2011). The prevalence and burden of symptoms amongst cancer patients attending palliative care in two African countries. *European Journal of Cancer*, 47(1), 51–56.
- Hermann, C. P. (2001). Spiritual needs of dying patients: a qualitative study. *Oncology Nursing Forum*, 28(1), 67–72.
- Hopkinson, J., & Corner, J. (2006). Helping Patients with Advanced Cancer Live with Concerns About Eating: A Challenge for Palliative Care Professionals. *Journal of Pain and Symptom Management*, 31(4), 293–305.
- KEPMENKES RI NOMOR: 812/ MENKES/SK/VII/2007 *Tentang Kebijakan Perawatan Palliative* Menteri Kesehatan Republik Indonesia. <http://spiritia.or.id>. Diakses pada tanggal 11 Februari 2019
- Keputusan Menteri Kesehatan No 812/ Menkes/VII/2007. *Kebijakan perawatan paliatif di Indonesia*. Menteri Kesehatan Indonesia. (2012). *Pedoman teknis pelayanan paliatif kanker*

- Langhorne, M. E., Fulton, J. s., & Otto, S. E. (2007). *Oncology Nursing*. St. Louise, Missouri: Mosby, Inc., an affiliate of Elsevier Inc.
- Levy, M. M. (2004). Caring for the caregiver. *Critical Care Clinics*, 20(3), 541–547.
- Loke., Rau & Huang . (2011). *Impact of Combined Hospice Care on Terminal Cancer Patients*. Journal of Palliative Medicine. June 2011, 14(6): 683-687. <http://online.liebertpub.com> . Diakses pada tanggal 7 Mei 2017.
- Lyman, G. H., Michels, S. L., Reynolds, M. W., Barron, R., Tomic, K. S., & Yu, J. (2010). Risk of mortality in patients with cancer who experience febrile neutropenia. *Cancer*, 116(23), 5555–5563
- Martin et, al (2012). Growth in US health spending remained slow in 2010, health share of gross domestic product was unchanged from 2009. *Healths affairs*, 31(1), 208-219. Doi:10 1377/hlthaf.2011.1135.
- Mahfud (2011) *Nurse's role in controlling cancer pain* diunduh tanggal 21 Juni 2016 melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3241069/#i1524-5012-11-4-348-Bial1>
- Medtronic (2016) *managing chronic pain* diunduh tanggal 24 Juli 2016 melalui http://www.medtronicneuro.com.au/chronic_pain_commontypes.html
- Mercadante, et al (2015). *Prevalence of oral mucositis, dry mouth, and dysphagia in advanced cancer patients*. Support Care Cancer (2015) 23:3249–3255. www.proquest.com. Diakses pada tanggal 2 Januari 2017
- Malone, M., Harris, a L., & Luscombe, D. K. (1994). Assessment of the impact of cancer on work, recreation, home management and sleep using a general health status measure. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 87(7), 386–9.
- Mazza, J. (2015). *The Role Of Recreation Therapy Protocols in Cancer Treatment and Survivor Quality of Life*. University of Toledo. Journal of Hospice and Palliative Medicine, 28(8), 550-555. doi:10.1177/104990911140402

- Mediakom, (3 februari 2015). Kanker Pembunuh Papan Atas. Mediakom
Kementrian Kesehatan RI Februari 2015 edisi 55
- National Association for Home Care. *Basic Statistics about Home Care, updated 2008*.http://www.nahc.org/facts/08HC_Stats.pdf.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. 2009. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care, Second Edition*. <http://www.nationalconsensusproject.org>
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). *Improving Supportive and Palliative Care for Adults with Cancer*. London: NICE
- Nuraeni, A., Nurhidayah, I., Hidayati, N., Windani, C., & Sari, M. (2015). Kebutuhan Spiritual pada Pasien Kanker, 3, 57–66.
- Nursing (2015) nursing care of the client receiving radiation therapy diunduh tanggal 23 Juli 2019 dari http://wps.prenhall.com/wps/media/objects/737/755395/radiation_therapy.pdf
- Oflaz F, Vural H (2010). The evaluation of nurses and nursing activities through the perceptions of inpatients. *International Nursing Review*;57(2):232-239.
- Payne, S., Seymour, J., & Ingleton, C. (2008). *Palliative care nursing: Principles and evidence for practice (2nd ed.)*. GB: Open University Press.
- Perron, V & Schonwetter, RS (2001) *Assessment and Management of Pain in Palliative Care Patients*. Department of Internal Medicine at the University of South Florida College of Medicine and Life Path Hospice, Tampa, Florida. diunduh tanggal 20 Mei 2016 melalui <http://www.webmd.com/pain-management/guide/palliative-care>
- Otto, S.E (2001). *Oncology Nursing*. St. Louis, Missouri, Mosby
- Rome, R et al (2011) *Nurse's role in controlling cancer pain*. diunduh tanggal 21 Mei 2016 melalui <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21952573>
- Potts N.L and Mandlecco, B.I.,(2007). *Palliative Nursing ; Caring for Children and Their Family*. 3ed. New York; Thomson Delmar Learning

- Potter & Perry. (2005). Buku Ajar Fundamental Keperawatan Konsep Proses dan Praktik. Jakarta : EGC
- Riskesdas (2017). *Prevalensi Penyakit Tidak Menular (Kanker)*. February 14, 2019 <http://www.depkes.go.id>
- Riswandi. (2009). *Ilmu Komunikasi*. Jakarta: Graha Ilmu
- Saatci, E et al (2007) . Effect of Chemotherapy in the quality of life in patients with lymphoma. *Marmara Medical Journal*, 20(2);98-103
- Sherwood, P. R., Given, B. A., Given, C. W., Sikorskii, A., You, M., & Prince, J. (2012). The impact of a problem-solving intervention on increasing caregiver assistance and improving caregiver health, 1937–1947.
- Smith, T. J., Temin, S., Alesi, E. R., Abernethy, A. P., Balboni, T. A., Basch, E. M., . . . Von Roenn, J. H. (2012). American society of clinical oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30(8), 880-887. doi:10.1200/JCO.2011.38.5161
- Setiati, et al. (2014). *Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Jilid 3 Edisi 7*. Jakarta: Interna Publishing
- Sjamsuhidayat, H.R., and De Jong, W., (2004). Buku Ajar Ilmu Bedah. Jilid 2. Jakarta EGC
- Skalla, K. a, Lavoie Smith, E. M., Li, Z., & Gates, C. (2013). Multidimensional needs of caregivers for patients with cancer. [References]. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 17(5).
- Smeltzer, SC., Bare. (2008). Brunner and Suddarth Textbook of Medical Surgical Nursing. 11 th edition. Philadelphia; Williams and Wilkins Missouri: Elsevier
- Sourby, C. (n.d.). The Relationship Between Therapeutic recreation and Palliation in The Advanced Cancer Patient.
- Study, a C. (2008). Care for Caregivers, 1–2.
- Susanto, Sari & Suprobo. (2016). Penerapan Pendekatan *Healing Environment* pada Rumah Perawatan Paliatif bagi Penderita Kanker. *Jurnal Intra* Vol. 4, No. 2, (2016) 352-360. www.google.com. Diakses pada tanggal 9 Februari 2017

- Timonen, V. (2009). *Toward an Integrative Theory of Care: Formal and Informal Intersections*, Roberto, Karen A. and Mancini, Jay A., Pathways of Human Development: Explorations Change. Lanham, MD, Lexington
- Teunissen, S. C. C. M., de Graeff, a, Voest, E. E., & de Haes, J. C. J. M. (2007). Are anxiety and depressed mood related to physical symptom burden? A study in hospitalized advanced cancer patients. *Palliative Medicine*, 21(4), 341–6.
- Teunissen, S. C. C. M., Wesker, W., Kruitwagen, C., de Haes, H. C. J. M., Voest, E. E., & de Graeff, A. (2007). Symptom Prevalence in Patients with Incurable Cancer: A Systematic Review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 34(1), 94–104.
- Weingaertner, V., Scheve, C., Gerdes, V., Schwarz-Eywill, M., Prenzel, R., Bausewein, C., ... Simon, S. T. (2014). Breathlessness, functional status, distress, and palliative care needs over time in patients with advanced chronic obstructive pulmonary disease or lung cancer: A cohort study. *Journal of Pain and Symptom Management*, 48(4), 569–581.e1.
- Woodman C, Baillie J, Sivell S (2015). The preferences and perspectives of family caregivers towards place of care for their relatives at the end of life. A systematic review and thematic synthesis of qualitative evidence. *BMJ Supportive & palliative care*. 0 1-12
- Wiseman *etal*,(2005) Exploring the work of nurse who administer chemotherapy: A multi method study. London: King's Collage London
- Who. (2013). WHO | Cancer. *Fact Sheet N°297*. Retrieved from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/en/index.html>
- Wulansari, I. (2014). *Pengaruh Terapi Progressive Muscle Relaxation dan Sleep Hygiene Education terhadap Perubahan Skor Indeks Kualitas Tidur Pasien Kanker Payudara*. Unpublish. Tesis. FIK. Universitas Indonesia.
- Watson, M.et all (2010). *Oxford handbook of palliative nursing* (2nd; ed.) Oxford University Press, USA

- Wang, C., Miller, S., Egleston, B., Hay, J., & Weinberg, D. (2010). *Beliefs about The Causes of Breast and Colorectal Cancer among Women in the General Population*. *Cancer Causes Control*, 21, 99-100.
- Xara, S. et al (2011). Undernutrition and quality of life in non small lung cancer. *Journal Rey Port Pneumol*.17 (4) 153-158
- Yedidia MJ, & Tiedemann A. (2008). How do family caregivers. *American Journal of Nursing*, 108(9), 35-37 Zimmermann, et al (2014). *Prevalence of Oral Mucositis, Dry Mouth, and Dysphagia in Advanced Cancer Patients*. 23:3249 - 3255 DOI 10.1007/s00520-015-2720-y.. www.springer.com. Diakses pada tanggal 11 Januari 2017



Biografi Penulis

Penulis lahir di Sumenep, pada 15 Februari 1989. Penulis merupakan anak keempat dari empat bersaudara dari pasangan Moh. Tayyib dan Warninda. Penulis menyelesaikan pendidikan dasar di Sekolah Dasar Negeri Karangduak 2 Sumenep tahun 2001, pendidikan menengah pertama di SLTP Negeri 1 Sumenep pada tahun 2004 dan di SMA Negeri 1 Sumenep pada tahun 2007. Pada tahun 2007 penulis diterima di Program Studi Ilmu Keperawatan (PSIK) Fakultas Kedokteran Universitas Airlangga (UNAIR) dan memperoleh gelar sarjana (S.Kep) pada tahun 2011 dan pendidikan Profesi Ners (Ns) pada tahun 2012.

Penulis pernah bekerja sebagai perawat di Instalasi Gawat Darurat (IGD) RSUD Bangkalan dan mengajar di Ngudiah Husada Madura sejak tahun 2013, pada tahun 2015. Pada tahun 2015 penulis mengikuti pendidikan pascasarjana di Program Studi Magister Keperawatan Universitas Indonesia (UI) dan memperoleh gelar Magister Keperawatan (Peminatan Keperawatan Medikal Bedah) pada bulan Januari 2018. Pada tahun 2017, penulis lulus uji kompetensi Prometrik Qatar untuk perawat rumah sakit. Penulis telah mendapatkan pengakuan sertifikat profesi sebagai perawat rawat inap rumah sakit professional oleh Kementrian

Kesehatan (KEMENKES). Selama kuliah S2 penulis juga pernah bekerja sebagai peneliti pasien HIV di Lapas Salemba dan Cipinang dengan Dana dari Universitas Chicago USA. Peneliti juga pernah bekerja di Badan Sertifikasi ISO, IAS Indonesia. Selesai Lulus S2 perawat mengabdikan diri mengajar di Stikes Budi Luhur Cimahi.

Penulis pernah mendapatkan Hibah Publikasi Ilmiah dari Universitas Indonesia dan berhasil mengumpulkan tugas akhir tesisnya di Jurnal *Enfermeria Clinica* yang terindeks SCOPUS. Penulis juga aktif sebagai penulis di media massa baik cetak dan online, salah satunya di *The Conversation.com*.

Saat ini penulis bekerja sebagai Dosen di Bagian Keperawatan Medikal Bedah, Fakultas Keperawatan Universitas Andalas sejak 01 April 2019. Target berikutnya penulis adalah melanjutkan kuliah S3 di Kings College London dengan peminatan *Palliative Care* "Aamin Ya Allah". Penulis menikah dengan Adelita Karismawati, S,Kom. Penulis dikarunia 2 puteri kembar yaitu Athaleta Mecca Arsyifa dan Cordelia Medina Da-Silva pada tahun 2015.