



ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF



Novita Verayanti Manalu • Ressa Andriyani Utami
Veronica Yeni Rahmawati • Cicielia Ernawati Rahayu • Nurhusna
Dwi Kartika Rukmi • Sri Melfa Damanik • Nova Nurwinda Sari • Kurnia Harli



ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF



UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perlindungan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Asuhan Keperawatan Paliatif

Novita Verayanti Manalu, Ressa Andriyani Utami
Veronica Yeni Rahmawati, Cicielia Ernawati Rahayu
Nurhusna, Dwi Kartika Rukmi, Sri Melfa Damanik
Nova Nurwinda Sari, Kurnia Harli



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Asuhan Keperawatan Paliatif

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Novita Verayanti Manalu, Ressa Andriyani Utami
Veronica Yeni Rahmawati, Cicielia Ernawati Rahayu
Nurhusna, Dwi Kartika Rukmi, Sri Melfa Damanik
Nova Nurwinda Sari, Kurnia Harli

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Novita Verayanti Manalu., dkk.

Asuhan Keperawatan Paliatif

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 184 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-616-9

Cetakan 1, Oktober 2022

- I. Asuhan Keperawatan Paliatif
- II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa
izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, Salam sejahtera, Shalom, Om swastiastu, Namu buddhaya, Salam kebajikan!

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya yang memberikan kesehatan dan ketekunan bagi tim penulis yang berkolaborasi dari beberapa Dosen Perguruan Tinggi di Indonesia, sehingga buku “ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF” ini dapat terselesaikan dengan baik.

Dunia saat ini menghadapi tantangan professional kesehatan terhadap mereka yang masuk dalam penderitaan menjelang akhir hayat. Mereka membutuhkan perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup hingga disiapkan menjelang kematian dengan damai dan tenang. Prinsip-prinsipnya merupakan fitur integral dari semua perawatan klinis untuk mengurangi rasa sakit dan masalah penderitaan fisik, psikosial, dan spiritual dengan menjunjung tinggi etik perawatan paliatif. Melalui komunikasi terapeutik akan menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien dan keluarga untuk mencapai keberhasilan atas rencana yang disepakati bersama.

Pembaca akan terkejut melihat betapa bermanfaatnya perawatan paliatif; betapa mengejutkannya, sering pasien sakit parah berbicara tentang rasa aman yang mereka rasakan ketika penderitaan telah berkurang dan mereka tahu semua orang jujur kepada mereka dan orang-orang terkasih yang akan mereka tinggalkan. Ini bisa terjadi di mana saja – di rumah sakit, di rumah perawatan, di panti jompo atau di rumah mereka sendiri.

Buku luarbiasa ini yang berisikan informasi konsep keperawatan paliatif, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin kesehatan

yang terintegrasi dalam pelayanan perawatan paliatif yang disusun menjadi 9 bab, yaitu:

Bab 1 Asuhan Keperawatan Paliatif pada HIV/AIDS

Bab 2 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke

Bab 3 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks

Bab 4 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung

Bab 5 Askep Paliatif Kanker Paru dan PPOK

Bab 6 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Kanker Payudara

Bab 7 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Anak

Bab 8 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Lansia

Bab 9 Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Paliatif

Akhirnya, penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan hingga penerbitan buku ini. Tim penulis juga menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan yang baik dan mendukung sangat diharapkan. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca, khususnya dalam pengembangan dunia profesi keperawatan.

Bandung, September 2022

Penulis
Novita Verayanti Manalu

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xi
Daftar Tabel.....	xiii

Bab 1 Asuhan Keperawatan Paliatif pada HIV/AIDS

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Pengaturan perawatan paliatif.....	3
1.2.1 Siapa yang Memberikan Perawatan Paliatif?	3
1.2.2 Prinsip perawatan paliatif.....	5
1.2.3 Perawatan Paliatif untuk Relatif HIV.....	6
1.2.4 Rentang Pengobatan yang Dibutuhkan untuk Orang yang Hidup dengan HIV	7
1.2.5 Manajemen Gejala HIV	7
1.2.6 Dukungan Psikologis.....	10
1.2.7 Dukungan Psikososial dan Spiritual.....	10
1.2.8 Dukungan untuk Pengasuh	10
1.2.9 Mempersiapkan Kematian	11
1.2.10 Manfaat Perawatan Paliatif.....	11
1.2.11 Menetapkan Program Perawatan Paliatif.....	12
1.2.12 Kebijakan Perawatan Paliatif.....	12
1.2.13 Pelatihan dan Pendidikan Perawatan Paliatif.....	12
1.2.14 Obat untuk Perawatan Paliatif	13
1.3 Manifestasi Klinis HIV/AIDS	14
1.3.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV	14
1.3.2 Patofisiologi HIV/AIDS.....	15
1.4 Asuhan Keperawatan HIV/AIDS.....	17
1.4.1 Pengkajian	17
1.4.2 Asuhan Keperawatan.....	17

Bab 2 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke

2.1 Konsep Stroke.....	23
2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Paliatif	26
2.3 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke	27

2.3.1 Pengkajian	27
2.3.2 Diagnosis Keperawatan.....	31
2.3.3 Perencanaan	32
2.3.4 Implementasi	33
2.3.5 Evaluasi	37

Bab 3 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks

3.1 Pendahuluan.....	39
3.2 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks..	40
3.2.1 Pengkajian Keperawatan	43
3.2.2 Diagnosis Keperawatan	47
3.2.3 Perencanaan Keperawatan.....	48
3.2.4 Implementasi Keperawatan.....	58
3.2.5 Evaluasi Keperawatan	58

Bab 4 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung

4.1 Pendahuluan.....	61
4.2 Kanker Kolorectal	62
4.2.1 Faktor Risiko	62
4.2.2 Patofisiologi.....	62
4.2.3 Manifestasi Klinis	63
4.2.4 Klasifikasi	63
4.2.5 Komplikasi.....	65
4.2.6 Penatalaksanaan	65
4.2.7 Pemeriksaan Penunjang.....	66
4.3 Kanker Lambung.....	66
4.3.1 Pengertian	66
4.3.2 Etiologi dan Faktor Risiko.....	67
4.3.3 Patofisiologi.....	67
4.3.4 Manifestasi klinis	68
4.3.5 Klasifikasi	68
4.3.6 Komplikasi.....	69
4.3.7 Penatalaksanaan	69
4.3.8 Pemeriksaan Penunjang.....	69
4.4 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung.....	70
4.4.1 Pengkajian.....	70

4.4.2	Diagnosa Keperawatan	72
4.4.3	Intervensi Keperawatan	73
Bab 5 Askep Paliatif Kanker Paru dan PPOK		
5.1	Pendahuluan	81
5.2	Kanker Paru	82
5.2.1	Paliative Care Pada Pasien Kanker Paru	84
5.2.2	Keutamaan Perawatan Palliative Care Pada Kanker Paru	84
5.2.3	Palliative Care dalam Kemoterapi	86
5.2.4	Komponen Perawatan Paliatif yang Efektif.....	86
5.2.5	Tantangan dalam Implementasi Perawatan Paliatif	88
5.3	Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK)	88
5.3.1	Peran Perawat Dan Model Perawatan	89
5.3.2	Keutamaan Tindakan Perawatan	91
5.3.3	Komunikasi.....	91
5.3.4	Diagnosa Keperawatan.....	91
Bab 6 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Kanker Payudara		
6.1	Pendahuluan	93
6.2	Konsep Perawatan Paliatif	94
6.3	Model Asuhan Perawatan Paliatif.....	96
6.4	Manajemen Perawatan Paliatif pada Pasien Kanker Payudara.....	97
Bab 7 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Anak		
7.1	Pendahuluan.....	115
7.2	Pengertian Perawatan Paliatif	116
7.3	Prinsip Perawatan paliatif pada anak	116
7.4	Tanda-tanda fisik mendekati kematian	118
7.5	Penatalaksanaan.....	119
7.6	Daftar Masalah.....	123
7.7	Penapisan pasien paliatif care	124
Bab 8 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Lansia		
8.1	Pendahuluan.....	133
8.2	Perawatan Paliatif Pada Lansia.....	134
8.2.1	Definisi Perawatan Paliatif Pada Lansia	135
8.2.2	Tujuan Perawatan Paliatif Pada Lansia.....	136
8.2.3	Hal yang membedakan perawatan paliatif pada lansia dengan orang Lain	136

8.3 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Lansia	137
8.3.1 Pengkajian	137
8.3.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan	142
8.3.3 Rencana & Intervensi Keperawatan	144
8.3.4 Evaluasi Keperawatan	148

Bab 9 Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Paliatif

9.1 Pendahuluan	151
9.2 Kemoterapi pada Pasien Kanker	153
9.2.1 Tujuan Kemoterapi	153
9.2.2 Jenis-Jenis Kemoterapi	153
9.2.3 Cara Pemberian Kemoterapi	154
9.2.4 Efek Samping Kemoterapi	154
9.2.5 Persiapan Pasien Kemoterapi	155
9.3 Pengkajian pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi	156
9.3.1 Riwayat Kesehatan	156
9.3.2 Pemeriksaan Fisik	157
9.3.3 Pemeriksaan Laboratorium	157
9.4 Diagnosa Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi .	157
9.5 Intervensi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi	158
9.6 Implementasi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi	166
9.7 Evaluasi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi...	166
Daftar Pustaka	169
Biodata Penulis	181

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Pathway HIV/AIDS	16
------------------------------------	----

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Klasifikasi Klinis Infeksi HIV Pada Orang Dewasa Menurut WHO ..	14
Tabel 1.2: Asuhan Keperawatan pada pasien HIV/AIDS	18
Tabel 3.1: Perencanaan Keperawatan	49
Tabel 4.1: Lokasi kanker dan Klinis.....	63
Tabel 4.2: TNM pada Kanker Kolorectal	64
Tabel 4.3: intervensi keperawatan dengan model SDKI, SLKI, SIKI.....	73
Tabel 6.1: Manajemen Nyeri pada Pasien Kanker Stadium Lanjut.....	100
Tabel 6.2: Penyebab dispnea dan manajemen yang mungkin dilakukan	101
Tabel 6.3: Bentuk Ekspresi Kecemasan Kanker Payudara	108
Tabel 6.4: Gejala Umum Depresi Pasien Kanker	111
Tabel 7.1: Pengkajian Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Anak.....	124
Tabel 7.2: Asuhan Keperawatan.....	126

Bab 1

Asuhan Keperawatan Paliatif pada HIV/AIDS

1.1 Pendahuluan

HIV (Human Immunodeficiency Virus) adalah virus yang dapat menyebabkan AIDS. HIV termasuk keluarga virus retro yaitu virus yang memasukan materi genetiknya ke dalam sel tuan rumah ketika melakukan cara infeksi dengan cara yang berbeda (retro), yaitu dari RNA menjadi DNA, yang kemudian menyatu dalam DNA sel tuan rumah, membentuk pro virus dan kemudian melakukan replikasi. Penyebab adalah golongan virus retro yang disebut *human immunodeficiency virus* (HIV). HIV pertama kali ditemukan pada tahun 1983 sebagai retrovirus dan disebut HIV-1. Pada tahun 1986 di Afrika ditemukan lagi retrovirus baru yang diberi nama HIV-2. HIV-2 dianggap sebagai virus kurang pathogen dibandingkan dengan HIV-1. Maka untuk memudahkan keduanya disebut HIV (WHO, 2018).

Perawatan paliatif penting untuk meningkatkan kualitas hidup Orang Dengan HIV dan AIDS (ODHA). Kegiatan inti perawatan paliatif adalah pengendalian gejala dan masalah psikologis, sosial, dan spiritual. ODHA memiliki beban kesulitan fisik, psikologis, dan sosial yang tinggi sehingga memerlukan perawatan paliatif yaitu perawatan holistik (WHO, 2018). Ini menyiratkan

perawatan paliatif untuk orang yang hidup dengan HIV meningkatkan emosi, gejala fisik, dan fungsi psikososial dan spiritual mereka. Perawatan ini dapat diberikan oleh profesional kesehatan terlatih, keluarga, dan pengasuh masyarakat. Pedoman perawatan dan pengobatan HIV harus membahas prinsip-prinsip perawatan paliatif, dan kebijakan harus ada untuk menegakkan penerapannya untuk meningkatkan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV.

Perawatan paliatif mengacu pada perawatan total aktif pasien yang penyakitnya tidak responsif terhadap pengobatan kuratif untuk meningkatkan kualitas hidup mereka. Tujuan utama perawatan paliatif adalah mencapai kualitas hidup terbaik. Dalam proses perawatan paliatif, kegiatan inti adalah pengendalian gejala dan masalah psikologis, sosial, dan spiritual (WHO, 2018). Ini menyiratkan perawatan paliatif adalah perawatan komprehensif untuk mengatasi dampak fisik, emosional, dan spiritual HIV/AIDS pada seseorang, tidak peduli stadium penyakitnya (Simms, et al., 2012).

HIV menjadi kondisi kronis yang membutuhkan perawatan medis yang berpusat pada individu dalam waktu lama (Huang, 2013). Orang yang hidup dengan HIV memiliki beban kesulitan fisik, psikologis, dan sosial yang tinggi yang memerlukan perawatan paliatif yang merupakan perawatan holistik dan diakui oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai elemen penting dari perawatan HIV, dari diagnosis hingga akhir hayat. Menurut Huang (2013), dalam program manajemen HIV, perawatan paliatif harus menjadi bagian integral untuk meringankan penderitaan dan membantu orang yang hidup dengan HIV untuk menjalani kualitas hidup yang lebih baik. Artinya, dalam rangkaian HIV/AIDS, orang yang hidup dengan kondisi ini menderita gejala yang disebabkan oleh infeksi oportunistik, virus itu sendiri, atau efek samping obat antiretroviral. Dengan demikian, untuk meningkatkan kualitas hidup individu perlu fokus pada perawatan paliatif, dan penegakan implementasinya sangat penting (Simms, et al., 2012).

Lebih penting lagi, orang yang hidup dengan HIV membutuhkan perawatan paliatif karena berbagai alasan seperti nyeri, batuk, mual, lemas, demam, diare, masalah pernapasan, penyakit penyerta lainnya, penuaan, dan pengambilan keputusan yang rumit. Perawatan paliatif untuk populasi ini adalah cara untuk mengelola pengalaman yang menantang ini dan meminimalkan beban sumber daya rumah sakit (Merlin, et al., 2013). Oleh karena itu, paket perawatan kompresif sangat penting dan harus ada di semua pedoman pengobatan HIV.

1.2 Pengaturan perawatan paliatif

Perawatan paliatif mencakup berbagai intervensi untuk meningkatkan kualitas hidup orang yang hidup dengan HIV dan keluarganya. Pelayanan yang memberikan perawatan paliatif termasuk rumah, komunitas, dan berbasis fasilitas (Currow, 2005). Namun, dapat diberikan berdasarkan preferensi pasien.

Perawatan paliatif berbasis rumah: ini adalah pendekatan yang terjangkau di rangkaian miskin sumber daya dan memainkan peran penting bagi sebagian besar orang yang hidup dengan HIV dan keluarga mereka. Kebanyakan orang yang hidup dengan HIV lebih memilih perawatan paliatif berbasis rumah. Hal ini membutuhkan pelatihan dan pendidikan untuk penyedia layanan kesehatan seperti perawat, dokter, dan penyedia layanan masyarakat.

Pelatihan harus fokus pada:

1. Diagnosis dan pengobatan klinis
2. Asuhan keperawatan dasar
3. Prosedur rujukan untuk fasilitas yang lebih baik
4. Kemampuan berkomunikasi

Perawatan paliatif berbasis masyarakat: termasuk klinik, pusat penitipan anak, klinik berbasis sekolah, pusat kesehatan, dan klinik tempat kerja.

Perawatan paliatif berbasis fasilitas: pelayanan ini termasuk rumah sakit yang menyediakan perawatan klinis rawat jalan dan rawat inap oleh penyedia layanan kesehatan terlatih dalam bentuk tindak lanjut dan penerimaan. Kegiatan perawatan paliatif khusus yang dilakukan di rumah sakit (berbasis fasilitas) adalah penilaian, manajemen gejala, dan konsultasi; perencanaan pemulangan untuk semua pasien perawatan paliatif; dan pendidikan penyedia layanan kesehatan di seluruh rumah sakit.

1.2.1 Siapa yang Memberikan Perawatan Paliatif?

Perawatan paliatif dapat diberikan oleh beberapa kategori petugas kesehatan terlatih seperti dokter, perawat, dan spesialis paliatif dan oleh penyedia perawatan keluarga dan komunitas yang terlatih. Setiap kategori penyedia memiliki peran dan kebutuhan pelatihan yang unik (Currow, 2005):

1. Penyedia layanan medis: peran penyedia medis meliputi penilaian, pencegahan, diagnosis, pengobatan, dan manajemen rasa sakit dan penderitaan yang dialami oleh ODHA dan keluarganya. Mereka dapat memberikan dukungan medis dan psikologis termasuk obat-obatan yang diperlukan untuk mengendalikan gejala yang terjadi karena penyakit terkait HIV. Dengan demikian, perawatan paliatif harus menjadi bagian integral dari kursus keperawatan dan sekolah kedokteran. Itu membantu penyedia medis untuk mendiagnosis dan mengobati orang yang hidup dengan HIV dan keluarga mereka. Untuk tujuan ini, pelatihan dan pendidikan penyedia medis sangat penting (WHO, 2018).
2. Penyembuh tradisional: kelompok penyedia layanan kesehatan ini terkait antara penyedia medis dan penyedia layanan masyarakat di banyak bagian sistem kesehatan dan penting dalam meningkatkan akses ke perawatan. Para pengobat tradisional akrab dengan kebutuhan keluarga dan individu. Sederhana bagi pengobat tradisional untuk menjelaskan arti sakit dan kematian bagi keluarga. Oleh karena itu, sangat penting untuk melatih dan mengikutsertakan mereka dalam perawatan paliatif (Currow, 2005).
3. Pengasuh keluarga dan komunitas: teman, kerabat, dan orang lain dalam komunitas dapat dilatih untuk memastikan bahwa pasien merasa nyaman. Penggunaan pengasuh komunitas yang terlatih seperti sukarelawan, asisten medis, konselor, dan anggota keluarga dapat memberikan dan menciptakan peluang untuk memperluas penyediaan perawatan paliatif di lingkungan komunitas. Pengasuh komunitas terlatih ini dapat memberikan perawatan dasar, mendukung kepatuhan obat, manajemen gejala, rujukan, konseling tentang diet, dan dukungan sosial. Keluarga dan teman harus diberikan dukungan bahkan setelah kematian pasien. Konseling dukacita adalah kesempatan untuk mendukung kehilangan orang yang dicintai yang terkena dampak dan untuk mempertimbangkan masa depan (WHO, 2018).

4. Perawatan paliatif harus dimasukkan dalam kurikulum mahasiswa kedokteran, keperawatan, dan profesional kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa petugas kesehatan cukup siap untuk merawat ODHA di semua rangkaian dan mampu melatih anggota keluarga dan sukarelawan masyarakat (WHO, 2018).

1.2.2 Prinsip perawatan paliatif

Orang yang hidup dengan HIV membutuhkan perawatan paliatif untuk manajemen gejala, dukungan psikologis, dukungan spiritual, dan dukungan akhir kehidupan (Schietinger, 2005).

Oleh karena itu, untuk memenuhi persyaratan tersebut, prinsip panduannya adalah:

1. Memberikan bantuan dari gejala yang mengganggu untuk meningkatkan kualitas hidup: ada banyak gejala menyedihkan yang terjadi pada orang yang hidup dengan HIV yang memerlukan upaya serius untuk meningkatkan kualitas hidup, terlepas dari stadium penyakitnya.
2. Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual perawatan pasien: Karena perawatan paliatif adalah pendekatan holistik, layanan harus mempertimbangkan aspek fisik, emosional, spiritual, dan sosial secara setara. Oleh karena itu, pendekatan layanan interdisipliner harus diberikan untuk menjawab kebutuhan yang beragam dari orang yang hidup dengan HIV dengan lebih baik.
3. Tawarkan dukungan untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin.
4. Tawarkan dukungan untuk membantu keluarga mengatasi selama sakit dan berkabung.
5. Memanfaatkan pengalaman dan komunikasi antara pasien dan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan kombinasi intervensi dan obat-obatan terbaik.
6. Tegaskan kehidupan dan anggap kematian sebagai proses normal.
7. Berusaha untuk tidak mempercepat atau menunda kematian (Simms, 2012).

Elemen penting dari perawatan paliatif pada orang yang hidup dengan HIV adalah menghilangkan rasa sakit yang berhubungan dengan aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual dan memungkinkan dan mendukung pengasuh untuk bekerja.

Kisaran perawatan paliatif yang dibutuhkan untuk orang yang hidup dengan HIV adalah:

1. Pereda sakit
2. Pengobatan gejala lain seperti mual, kelelahan, dan kelemahan
3. Dukungan (psikososial, spiritual, untuk keluarga dan karir)
4. Pengendalian infeksi

1.2.3 Perawatan Paliatif untuk Relatif HIV

Perawatan paliatif sangat penting bagi orang yang hidup dengan HIV untuk mengatasi berbagai masalah yang berkaitan dengan penyakit, pengobatannya, dan komplikasi seperti rasa sakit, efek samping obat, tekanan emosional, dan gejala fisik (Merlin, 2013). Kelompok pasien ini mengalami masalah emosional tingkat tinggi seperti kecemasan, depresi, dan masalah kesehatan mental dibandingkan dengan populasi umum (Peltzer, et al., 2008).

Selain itu, penting bagi orang yang hidup dengan HIV karena dimensi berikut (WHO, 2018):

1. Proses penyakit yang kompleks: orang yang hidup dengan HIV menderita berbagai komplikasi dan infeksi oportunistik serta efek samping pengobatan terkait.
2. Perawatan kompleks: orang yang hidup dengan HIV membutuhkan pengobatan seumur hidup untuk penekanan virus dan pengobatan untuk penyakit penyerta yang juga akan menciptakan stres pada kehidupan sehari-hari pasien.
3. Stigmatisasi dan diskriminasi: di banyak bagian dunia, orang yang hidup dengan HIV masih mengalami stigmatisasi dan diskriminasi.
4. Masalah keluarga yang kompleks: penyakit ini berdampak besar pada produktivitas keluarga. Beban keuangan akan meningkat ketika orang tua terinfeksi dan berkembang menjadi penyakit lanjut.

5. Beban pada petugas kesehatan: petugas kesehatan menghadapi stres terkait dengan kurangnya sumber daya, manajemen gejala, dan manajemen komplikasi terkait.

1.2.4 Rentang Pengobatan yang Dibutuhkan untuk Orang yang Hidup dengan HIV

Kebutuhan perawatan paliatif untuk orang yang hidup dengan HIV beragam, tergantung pada banyak faktor seperti stadium penyakit, infrastruktur atau sistem kesehatan masing-masing negara, dan status sosial ekonomi pasien. Orang yang hidup dengan HIV membutuhkan perawatan paliatif untuk gejala dan manajemen masalah terkait lainnya. Secara global sekitar 5,7% orang dewasa yang hidup dengan HIV membutuhkan perawatan paliatif di akhir hayatnya. Pemerintah harus mengintegrasikan kebijakan perawatan paliatif dalam pemberian kesehatan nasional untuk meningkatkan sistem pemberian perawatan HIV (Jackson, 2019). Pemberian layanan harus berpusat pada pasien yang harus individual, fleksibel, dan kolaboratif. Komunikasi harus terbuka yang akan memfasilitasi pengambilan keputusan bersama selama perencanaan perawatan (Collins, 2007). Oleh karena itu, orang yang hidup dengan HIV memerlukan perawatan paliatif untuk manajemen gejala, dukungan psikologis, dukungan keluarga, dukungan spiritual, dll.

1.2.5 Manajemen Gejala HIV

Pengobatan orang yang hidup dengan HIV membutuhkan keseimbangan antara akut dan pengendalian gejala. Banyak orang yang hidup dengan penyakit ini menderita gejala yang berbeda termasuk rasa sakit. Gejala umum yang memerlukan pengobatan adalah nyeri, mual, muntah, diare, penurunan berat badan, gangguan tidur, depresi, sakit mulut, kesedihan, demam, batuk, masalah kulit, dan masalah pernapasan (UNAIDS, 2000).

Fokus utama perawatan paliatif adalah manajemen gejala. Untuk manajemen gejala, opioid sangat penting untuk manajemen nyeri. Sangat penting untuk mempertimbangkan tangga manajemen nyeri WHO. Namun, rencana manajemen nyeri tergantung pada preferensi individu. Mengelola gejala memungkinkan orang yang hidup dengan HIV berfungsi sepenuhnya. Kebutuhan perawatan paliatif untuk orang yang hidup dengan HIV muncul dari penyakit dan komplikasi yang terkait seperti berbagai gejala dan efek samping dari manajemen obat (WHO, 2018).

Nyeri adalah gejala paling umum yang diderita pasien dan untuk itu mereka harus diobati jika mereka mengeluhkannya. Ini dapat dikelola baik secara medis maupun psikologis. Dukungan dan konseling spiritual dan emosional harus selalu mencakup manajemen medis rasa sakit orang yang hidup dengan HIV. Teknik pernapasan dalam, relaksasi, dan mengalihkan perhatian pasien juga akan membantu sebagai metode pereda gejala nyeri (Spencer, et al., 2018).

Mual dan muntah adalah gejala umum lain yang mengganggu pasien perlu mendapatkan nasihat tentang makanan dan kebiasaan makan. Pasien perlu minum air, teh, jahe, dll untuk menghilangkan gejala. Orang dengan masalah ini harus mengidentifikasi dan menghindari faktor yang memberatkan.

Diare juga merupakan masalah umum yang memerlukan penanganan. Ini mungkin merupakan efek samping dari rejimen antiretroviral; penyebab lainnya termasuk kolitis *sitomegalovirus*, *kriptosporidiosis*, *mikrosporidiosis*, *giardiasis*, *sarkoma kaposi*, dan agen infeksi lainnya. Solusi rehidrasi oral harus diberikan untuk mencegah dehidrasi (Manalu, et al., 2021). Gunakan larutan rehidrasi oral jika terjadi diare dalam jumlah besar. Dorong pasien untuk minum banyak cairan untuk menggantikan air yang hilang. Jika tidak mungkin untuk mendapatkan solusi rehidrasi oral, pengobatan lokal dapat dipertimbangkan. Untuk mencegah dan mengontrol gejala diare, disarankan untuk menghindari makan makanan mentah. Secara umum untuk penanganan penyakit diare dianjurkan untuk meningkatkan frekuensi asupan makanan seperti sup nasi, bubur, oralit, pisang, dan sup lainnya (Spencer, et al., 2018).

Sakit mulut mungkin lebih dari gejala lain yang dapat memengaruhi komunikasi serta kenyamanan orang yang hidup dengan HIV. Mulut yang sakit sangat umum dalam perawatan paliatif dan mungkin parah pada orang yang hidup dengan HIV. Menyebabkan nyeri menelan yang mungkin disebabkan oleh ulkus Cytomegalovirus pada mulut atau kerongkongan, virus, atau infeksi jamur. Dalam kebanyakan kasus, hal itu dapat dicegah dengan menjaga mulut tetap bersih dan lembab serta mengobati infeksi dengan segera. Tetes oral nistatin setelah makan dan pada malam hari menahan dosis di mulut untuk memungkinkannya bertindak secara topikal. Untuk flukonazol 50 mg setiap hari selama 5 hari, gunakan dosis yang lebih tinggi (200 mg setiap hari selama 2 minggu) jika pasien mengalami kesulitan menelan dan Anda mencurigai adanya kandidiasis esofagus. Membilas mulut dengan air garam encer setelah makan dan sebelum tidur adalah perawatan yang direkomendasikan untuk pasien dengan sakit mulut (APCA, 2010).

Demam pada orang yang hidup dengan infeksi HIV biasanya menunjukkan komplikasi infeksi. Ini mungkin merupakan efek samping dari rejimen antiretroviral; jika dicurigai, kaji dan obati penyebabnya dengan parasetamol atau asam asetilsalisilat, dan anjurkan pasien untuk sering minum air, teh encer, atau jus buah. Demam, batuk, penurunan berat badan, dan keringat malam pada orang yang terinfeksi HIV dapat menunjukkan kecurigaan yang tinggi terhadap tuberkulosis (TB). Pada semua tahap HIV, TB harus didiagnosis, diobati, dan dikendalikan. Jika demam berlanjut, tim perawatan paliatif harus setuju untuk melakukan semua yang dapat meminimalkan penderitaan (Spencer, et al., 2018).

Penurunan berat badan juga merupakan tantangan lain dalam pengelolaan kondisi HIV meskipun menggunakan terapi antiretroviral. Pengeluaran energi saat istirahat tinggi, dan oleh karena itu, asupan makanan harus ditingkatkan untuk mencegah risiko kematian yang dapat dideteksi. Ada beberapa faktor terkait yang berbeda dengan penurunan berat badan pada orang yang hidup dengan HIV. Ini termasuk sakit mulut, penyakit saluran pencernaan bagian atas, anoreksia, efek samping obat, kerawanan makanan, malabsorpsi karena penyakit diare, dan infeksi yang tidak terkontrol (APCA, 2010).

Gangguan tidur seperti insomnia, yang merupakan keluhan subjektif dari tidur malam yang tidak memadai, dimanifestasikan sebagai kesulitan memulai atau mempertahankan tidur, bangun pagi-pagi, tidur tidak nyenyak, atau kombinasi dari semua ini. Dalam banyak kasus, insomnia merupakan gejala gangguan mental atau fisik lain yang meliputi nyeri, kecemasan, depresi, putus obat, dan efek samping dari rejimen ARV tertentu, terutama yang menggunakan efavirenz (APCA, 2010).

Perawatan umum untuk gangguan tidur meliputi:

1. Menilai dan mengelola penyebabnya
2. Mengurangi asupan stimulan dan menghindari alkohol menjelang waktu tidur
3. Berolahraga secara teratur di pagi hari
4. Pemberian benzodiazepin

Gejala pernapasan juga merupakan masalah umum yang diderita oleh orang yang hidup dengan HIV. Misalnya, batuk atau kesulitan bernapas mungkin disebabkan oleh infeksi oportunistik yang umum terlihat pada orang yang hidup dengan HIV. Kesulitan bernafas merupakan pengalaman yang

menakutkan karena takut akan kematian. Oleh karena itu, sebagai perawatan umum:

1. Posisikan pasien untuk duduk untuk memaksimalkan ventilasi.
2. Pastikan ventilasi yang baik dengan membuka jendela, menggunakan kipas angin.
3. Sesuaikan aktivitas untuk membantu pernapasan lambat dan dalam

1.2.6 Dukungan Psikologis

Orang yang hidup dengan HIV menghadapi berbagai aspek masalah psikologis yang memerlukan berbagai bentuk dukungan (Family Health International, 2009). Ini termasuk:

1. Konseling dan tes
2. Dukungan psikologis dan spiritual
3. Mempersiapkan kematian

1.2.7 Dukungan Psikososial dan Spiritual

Orang yang hidup dengan HIV membutuhkan dukungan psikologis dan spiritual yang sangat penting untuk mengatasi perasaan yang berlebihan dan ancaman kematian. Dukungan psikologis membantu orang yang hidup dengan HIV untuk beradaptasi dengan penyakit dan komplikasinya. Orang yang hidup dengan HIV harus mengungkapkan dan terlibat dalam jaringan untuk mendapatkan dukungan dari keluarga, teman sebaya, dan kelompok pendukung. Tim multidisiplin diperlukan untuk mengatasi berbagai masalah orang yang hidup dengan HIV. Dukungan psikososial untuk orang yang hidup dengan HIV juga harus mencakup keuangan, perumahan, dan bantuan untuk kehidupan sehari-hari. Dukungan spiritual membantu mereka untuk memahami makna hidup dan meningkatkan keyakinan dan iman mereka. Dukungan spiritual juga dianggap sebagai sumber daya untuk mengelola diri sendiri untuk populasi kategori ini (Family Health International, 2009).

1.2.8 Dukungan untuk Pengasuh

Pengasuh sering merasa cemas atau memiliki masalah dengan tidur, karena orang yang mereka sayangi mendekati akhir hayat. Distress psikologis ringan biasanya berkurang dengan dukungan emosional dari petugas kesehatan dengan menjelaskan gejala fisik dan psikologis dan menantang keyakinan

tentang kematian dan sekarat. Melalui aplikasi perawatan paliatif, penyedia layanan kesehatan dapat meyakinkan pengasuh dan Anda dapat memberi mereka lebih banyak informasi dan dukungan (Sctietinger, 2005).

1.2.9 Mempersiapkan Kematian

Mempersiapkan kematian dimulai dengan komunikasi yang efektif dengan keluarga. Mulai berbicara tentang kekhawatiran yang menyedihkan membantu keluarga dan pasien dalam hal keinginan, perawatan keluarga, dan biaya terkait. Membahas secara sensitif tentang kematian dan reaksi kesedihan merupakan aspek penting dari perawatan untuk orang yang hidup dengan HIV dan pengasuh mereka (Family Health International, 2009).

1.2.10 Manfaat Perawatan Paliatif

Manfaat perawatan paliatif sangat banyak yang mencakup dampak perawatan paliatif terhadap kesejahteraan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Mengelola gejala memengaruhi fungsi secara keseluruhan dan berperan dalam mendukung kepatuhan ART bersama dengan keterlibatan dan retensi dalam perawatan HIV. Perawatan paliatif sebagai pelengkap perawatan lain dapat berkontribusi pada pengobatan HIV yang komprehensif. Ini juga merupakan pendekatan hemat biaya yang membantu mengurangi beban penyakit. Implementasi rutin perawatan paliatif dapat berkontribusi untuk mengelola komplikasi dan, dengan demikian, meningkatkan perawatan HIV secara keseluruhan (Farber, et al., 2014). Ini meningkatkan hasil untuk pasien dengan HIV dan dapat melengkapi pengobatan antiretroviral dengan meningkatkan kepatuhan melalui manajemen efek samping yang lebih baik dari pengobatan, memberikan perawatan holistik dan akhir kehidupan bila diperlukan.

Secara keseluruhan, perawatan paliatif akan memberikan manfaat sebagai berikut:

1. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.
2. Ini mempromosikan hasil kesehatan yang lebih baik, kepatuhan, dan retensi dan memperpanjang kelangsungan hidup.
3. Hal ini menyebabkan pasien menghabiskan lebih banyak waktu di rumah dan mengurangi jumlah hari rawat inap di rumah sakit.
4. Memberikan kepuasan bagi pasien, keluarga, dan perawat.
5. Ini mengurangi biaya penyakit secara keseluruhan

1.2.11 Menetapkan Program Perawatan Paliatif

Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan tiga program penting untuk program perawatan paliatif nasional yang efektif seperti kebijakan, pendidikan, dan ketersediaan obat. Kebijakan pemerintah harus ditempatkan untuk mendukung perawatan paliatif. Untuk penyedia layanan kesehatan dan perawatan paliatif terkait lainnya, pendidikan harus tersedia. Akhirnya, untuk pengelolaan nyeri dan gejala lainnya, obat yang tepat harus tersedia. Ketiga program ini penting untuk membangun program perawatan paliatif (Schietinger, 2005).

1.2.12 Kebijakan Perawatan Paliatif

Organisasi Kesehatan Dunia merekomendasikan bahwa semua negara harus mengadopsi kebijakan perawatan paliatif nasional, memastikan pelatihan dan pendidikan profesional kesehatan, memastikan ketersediaan morfin di semua pengaturan perawatan kesehatan, dan memastikan standar untuk menghilangkan rasa sakit dan perawatan paliatif secara progresif diadopsi di semua tingkatan. perawatan (Currow, 2005). Oleh karena itu, program perawatan paliatif harus menjadi bagian integral dari sistem kesehatan nasional [perawatan dan pengobatan HIV]. Adanya kebijakan yang tepat membantu mengatasi kendala yang ada, mengakses obat-obatan, dan memfasilitasi sumber daya dan pendanaan. Pendekatan kesehatan masyarakat adalah pendekatan kunci dari rencana nasional yang dapat dibentuk melalui perawatan di rumah dan dukungan masyarakat (Simms, et al., 2012).

Kebijakan dapat dihasilkan dari berbagai tingkat pemerintah dan lembaga publik dan swasta, seperti sekolah kedokteran dan keperawatan, fasilitas kesehatan publik dan swasta, dan organisasi berbasis masyarakat Manalu, et al., 2021).

Tindakan kunci untuk pengembangan kebijakan meliputi:

1. Mengidentifikasi peran penyedia layanan kesehatan.
2. Pelatihan dan pengembangan kapasitas penyedia layanan kesehatan.
3. Menawarkan akses ke berbagai macam obat untuk gejala dan peluang

1.2.13 Pelatihan dan Pendidikan Perawatan Paliatif

Pelatihan dan pendidikan perawatan paliatif harus menjadi bagian integral dari sekolah keperawatan dan kedokteran. Penyedia layanan kesehatan yang

terdidik dapat memberikan perawatan paliatif yang lebih baik. Harus ada juga pengembangan profesional berkelanjutan di bidang perawatan paliatif untuk pengasuh. Keefektifannya untuk orang yang hidup dengan HIV tergantung pada keterampilan penyedia dan hanya sebaik keterampilan penyediannya. Oleh karena itu, pelatihan dan pendidikan perawatan paliatif membantu implementasinya secara efektif (UNAIDS, 2000). Program pelatihan perawatan paliatif harus membahas tiga bidang: sikap, keyakinan, dan nilai-nilai, basis pengetahuan, dan keterampilan.

Pelatihan terbaik mencakup pengalaman klinis langsung di bawah pengawasan seorang profesional terampil yang berfungsi sebagai mentor dan membimbing rekan kerja dalam setiap aspek perawatan paliatif mulai dari manajemen gejala, terutama pengendalian rasa sakit, hingga seni mendengarkan. Profesional perawatan kesehatan harus mendapatkan pelatihan interdisipliner yang juga memberi mereka kesempatan untuk membentuk tim yang membantu mereka memahami dan menghormati satu sama lain. Pelatihan dan pendidikan akan menghindari kesalahpahaman tentang perawatan paliatif terutama mengenai manajemen nyeri (Schietering, 2005).

1.2.14 Obat untuk Perawatan Paliatif

Obat yang digunakan untuk nyeri HIV dan manajemen gejala lainnya harus tersedia dan diatur oleh kebijakan pemerintah. Daftar obat untuk perawatan paliatif pada HIV adalah dasar dan singkat, dan dapat ditemukan di daftar obat esensial negara mana pun. Namun, ketersediaan obat ini untuk perawatan paliatif mungkin terhalang oleh kebijakan pemerintah yang mengatur zat yang dikendalikan seperti opioid untuk mendistribusikan dan mengeluarkan obat. Profesional perawatan paliatif juga harus mengadvokasi perubahan legislatif atau peraturan di semua tingkat untuk membuat obat yang tepat karena beberapa obat mungkin tidak legal di beberapa negara, misalnya, opioid. Hambatan prosedural mungkin juga perlu diatasi untuk obat-obatan bagi orang yang hidup dengan HIV. Namun, ketersediaan obat tidak hanya tergantung pada kebijakan yang tepat dan prosedur yang efisien, tetapi juga harus ada kebijakan untuk cara pemanfaatan yang efisien, dan obat harus tersedia sepanjang waktu untuk pasien yang menderita nyeri (UNAIDS, 2000).

Obat pengontrol gejala dalam perawatan paliatif yang mencakup obat esensial untuk infeksi oportunistik di setiap fasilitas kesehatan adalah sebagai berikut: untuk manajemen nyeri parasetamol, aspirin, ibuprofen, tramadol, cairan morfin, dan deksametason dan untuk manajemen gejala lainnya amitriptyline,

diazepam, fenobarbital, metoklopramid, klorpromazin, oralit, kotrimoksazol, flukloksasilin, flukonazol, asiklovir, krim klotrimazol 1%, dan suspensi nistatin dan pessarium (WHO, 2018).

1.3 Manifestasi Klinis HIV/AIDS

HIV menjadi efek kesehatan jangka panjang dengan banyak kekhawatiran. Oleh karena itu, orang yang hidup dengan kondisi ini membutuhkan perawatan paliatif kompresif untuk mengatasi masalah psikososial dan spiritual dan meningkatkan kualitas hidup (Farber, et al., 2014).

1.3.1 Klasifikasi Klinis Infeksi HIV

Orang dengan HIV dan AIDS akan menunjukkan perubahan klinis dari stadium ringan hingga berat dan berdampak pada skala aktivitas yang dapat dilihat pada tabel 1.1.

Tabel 1.1: Klasifikasi Klinis Infeksi HIV Pada Orang Dewasa Menurut WHO (WHO, 2018).

Stadium	Gambaran Klinis	Skala Aktivitas
I	<ol style="list-style-type: none"> Asimtomatik Limfadenopati Generalisata. 	Asimptomatik Aktivitas normal
II	<ol style="list-style-type: none"> Berat badan menurun <10 % Kelainan kulit dan mukosa yang ringan seperti, dermatitis seboroik, purigo, onikomikosis, ulkus oral yang rekuren, kheilitis angularis. Herpes zoster dalam 5 tahun terakhir Infeksi saluran napas bagian atas seperti sinusitis bakterialis 	Simptomatik Aktivitas normal
III	<ol style="list-style-type: none"> Berat badan menurun < 10% Diare kronis yang berlangsung lebih dari 1 bulan Demam berkepanjangan lebih dari 1 bulan 	Pada umumnya lemah, aktivitas di tempat tidur kurang dari

	<ol style="list-style-type: none"> 4. Kandidiasis orofaringeal 5. Oral hairy leukoplakia 6. TB paru dalam tahun terakhir 7. Infeksi bacterial yang berat seperti pneumonia, piomiositis 	50%
IV	<ol style="list-style-type: none"> 1. HIV wasting syndrome 2. Pnemonia <i>Pneumocystis carinii</i> 3. Toksoplasmosis otak 4. Diare kriptosporidiosis lebih dari 1 bulan 5. Kriptokokosis ekstrapulmonar 6. Retinitis virus situmegalo 7. Herpes simpleks mukokutan > 1 bulan 8. Leukoensefalopati multifocal progresif 9. Mikosis diseminata seperti histoplasmosis 10. Tuberkulosis di luar paru 	Pada umumnya sangat lemah, aktivitas di tempat tidur lebih dari 50 %

1.3.2 Patofisiologi HIV/AIDS

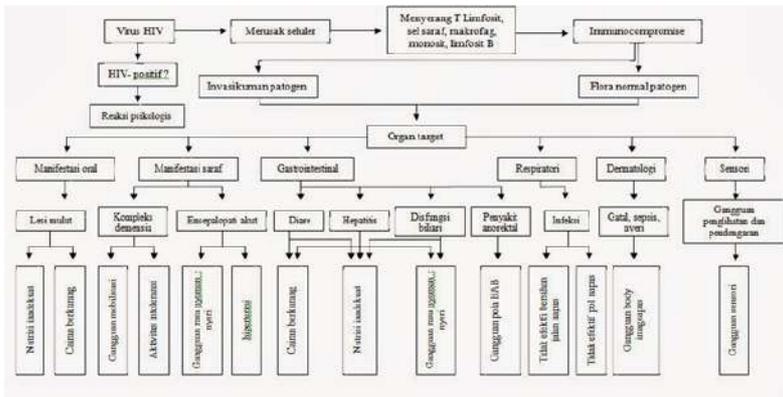
Sel T dan makrofag serta sel dendritik/langerhans (sel imun) adalah sel-sel yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dan terkonsentrasi dikelenjar limfe, limpa dan sumsum tulang. *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menginfeksi sel lewat pengikatan dengan protein perifer CD 4, dengan bagian virus yang bersesuaian yaitu antigen grup 120. Pada saat sel T4 terinfeksi dan ikut dalam respon imun, maka *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) menginfeksi sel lain dengan meningkatkan reproduksi dan banyaknya kematian sel T4 yang juga dipengaruhi respon imun sel killer penjamu, dalam usaha mengeliminasi virus dan sel yang terinfeksi (Dioerban, 2009).

Virus HIV dengan suatu enzim, reverse transkriptase, yang akan melakukan pemrograman ulang materi genetik dari sel T4 yang terinfeksi untuk membuat double-stranded DNA. DNA ini akan disatukan kedalam nukleus sel T4 sebagai sebuah provirus dan kemudian terjadi infeksi yang permanen. Enzim inilah yang membuat sel T4 helper tidak dapat mengenali virus HIV sebagai antigen. Sehingga keberadaan virus HIV di dalam tubuh tidak dihancurkan oleh sel T4 helper. Kebalikannya, virus HIV yang menghancurkan sel T4 helper. Fungsi dari sel T4 helper adalah mengenali antigen yang asing, mengaktifkan limfosit B yang memproduksi antibodi, menstimulasi limfosit T sitotoksit, memproduksi limfokin, dan mempertahankan tubuh terhadap infeksi

parasit. Kalau fungsi sel T4 helper terganggu, mikroorganisme yang biasanya tidak menimbulkan penyakit akan memiliki kesempatan untuk menginvasi dan menyebabkan penyakit yang serius (Togatorop, et al., 2021).

Dengan menurunnya jumlah sel T4, maka sistem imun seluler makin lemah secara progresif. Diikuti berkurangnya fungsi sel B dan makrofag dan menurunnya fungsi sel T penolong. Seseorang yang terinfeksi *Human Immunodeficiency Virus* (HIV) dapat tetap tidak memperlihatkan gejala (asimtomatik) selama bertahun-tahun. Selama waktu ini, jumlah sel T4 dapat berkurang dari sekitar 1000 sel per-ml darah sebelum infeksi mencapai sekitar 200-300 per ml darah, 2-3 tahun setelah infeksi.

Ketika sel T4 mencapai kadar ini, gejala-gejala infeksi (herpes zoster dan jamur oportunistik) muncul, Jumlah T4 kemudian menurun akibat timbulnya penyakit baru akan menyebabkan virus berproliferasi. Akhirnya terjadi infeksi yang parah. Seorang didiagnosis mengidap AIDS apabila jumlah sel T4 jatuh dibawah 200 sel per ml darah, atau apabila terjadi infeksi oportunistik, kanker atau dimensia AIDS. Gambar 1.1 menjelaskan bagaimana perjalanan virus HIV hingga mengganggu sistem tubuh yang berdampak pada gangguan kesehatan.



Gambar 1.1: Pathway HIV/AIDS (Dioerban, 2009).

1.4 Asuhan Keperawatan HIV/AIDS

Asuhan keperawatan paliatif pada ODHA melibatkan tahap pengkajian, merumuskan diagnosa, menentukan tujuan, dan intervensinya. Sedangkan implementasi dan evaluasi diharapkan dapat mencapai target tujuan yang ditentukan.

1.4.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan mencakup pengumpulan informasi subjektif dan objektif (misalnya, tanda tanda vital, wawancara pasien/ keluarga, pemeriksaan fisik dan peninjauan informasi riwayat pasien yang diberikan oleh pasien/keluarga, atau di temukan dalam rekam medik. Perawat juga mengumpulkan informasi tentang kekuatan pasien/ keluarga (untuk mengidentifikasi peluang promosi kesehatan) dan risiko (untuk mencegah atau menunda potensi masalah). Pengkajian dapat didasarkan pada teori-teori keperawatan yang ada yang telah dikembangkan menjadi kerangka. Kerangka ini yang menyediakan cara untuk mengkategorikan data dalam jumlah yang besar ke dalam kategori data terkait (Pangkey, et al., 2021). Pengkajian dilakukan untuk memahami masalah yang dialami oleh pasien sehingga dapat ditentukan diagnosis yang sesuai untuk melaksanakan tindakan keperawatan. Selama langkah pengkajian dan diagnosis dari proses keperawatan, perawat mengumpulkan data mengolahnya menjadi informasi, dan kemudian mengatur informasi yang bermakna dalam kategori pengetahuan, yang dikenal sebagai diagnosis keperawatan. Pengkajian memberikan kesempatan terbaik bagi perawat untuk membangun hubungan terapeutik yang efektif dengan pasien. Dengan kata lain, pengkajian adalah aktivitas intelektual dan interpersonal. (NANDA, 2018).

1.4.2 Asuhan Keperawatan

Perencanaan keperawatan adalah segala perawatan yang dikerjakan oleh perawat yang didasarkan pada pengetahuan dan penilaian klinis untuk mencapai luaran (outcome) yang di harapkan (Elon, et al., 2021). Luaran keperawatan ini mengarahkan status diagnosis keperawatan setelah dilakukan intervensi keperawatan yang tercantum dalam tabel 1.3.

Tabel 1.2: Asuhan Keperawatan pada pasien HIV/AIDS

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
Risiko tinggi infeksi berhubungan dengan immunosupresi, malnutrisi dan pola hidup yang berisiko.	Pasien akan bebas infeksi oportunistik dan komplikasinya dengan kriteria tak ada tanda-tanda infeksi baru, lab tidak ada infeksi oportunistik, tanda vital dalam batas normal, tidak ada luka atau eksudat.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda-tanda infeksi baru. 2. gunakan teknik aseptik pada setiap tindakan invasif. Cuci tangan sebelum memberikan tindakan. 3. Anjurkan pasien metoda mencegah terpapar terhadap lingkungan yang patogen. 4. Kumpulkan spesimen untuk tes lab sesuai order. 5. Atur pemberian antiinfeksi sesuai order 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Untuk pengobatan dini 2. Mencegah pasien terpapar oleh kuman patogen yang diperoleh di rumah sakit. 3. Mencegah bertambahnya infeksi 4. Meyakinkan diagnosis akurat dan pengobatan 5. Mempertahankan kadar darah yang terapeutik
Risiko tinggi infeksi (kontak pasien) berhubungan	Infeksi HIV tidak ditransmisikan, tim kesehatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Anjurkan pasien atau orang 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan keluarga mau dan memerlukan

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
dengan infeksi HIV, adanya infeksi nonoportunistik yang dapat ditransmisikan.	memperhatikan universal precautions dengan kriteriaa kontak pasien dan tim kesehatan tidak terpapar HIV, tidak terinfeksi patogen lain seperti TBC.	<p>penting lainnya metode mencegah transmisi HIV dan kuman patogen lainnya.</p> <p>2. Gunakan darah dan cairan tubuh precaution bial merawat pasien. Gunakan masker bila perlu.</p>	<p>informasikan ini</p> <p>2. Mencegah transimisi infeksi HIV ke orang lain</p>
Intolerans aktivitas berhubungan dengan kelemahan, pertukaran oksigen, malnutrisi, kelelahan.	Pasien berpartisipasi dalam kegiatan, dengan kriteria bebas dyspnea dan takikardi selama aktivitas.	<p>1. Monitor respon fisiologis terhadap aktivitas</p> <p>2. Berikan bantuan perawatan yang pasien sendiri tidak mampu</p> <p>3. Jadwalkan perawatan pasien sehingga tidak mengganggu</p>	<p>1. Respon bervariasi dari hari ke hari</p> <p>2. Mengurangi kebutuhan energi</p> <p>3. Ekstra istirahat perlu jika karena meningkatkan</p>

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		istirahat.	
Perubahan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan intake yang kurang, meningkatnya kebutuhan metabolic, dan menurunnya absorpsi zat gizi.	Pasien mempunyai intake kalori dan protein yang adekuat untuk memenuhi kebutuhan metaboliknya dengan kriteria mual dan muntah dikontrol, pasien makan TKTP, serum albumin dan protein dalam batas normal, BB mendekati seperti sebelum sakit.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor kemampuan mengunyah dan menelan. 2. Monitor BB, intake dan output 3. Atur antiemetik sesuai order 4. Rencanakan diet dengan pasien dan orang penting lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Intake menurun dihubungkan dengan nyeri tenggorokan dan mulut 2. Menentukan data dasar 3. Mengurangi muntah 4. Meyakinkan makanan keinginan pasien
Diare berhubungan dengan infeksi GI	Pasien merasa nyaman dan mengontrol diare, komplikasi minimal dengan kriteria perut lunak, tidak tegang, feses lunak dan warna normal, kram perut hilang,	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji konsistensi dan frekuensi feses dan adanya darah. 2. Auskultasi bunyi usus 3. Atur agen antimotilitas dan psilium (Metamucil) sesuai order 4. Berikan ointment A 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mendeteksi adanya darah dalam feses 2. Hipermotiliti mumnya dengan diare 3. Mengurangi motilitas usus, yang pelan, emperburuk perforasi pada intestinal 4. Untuk menghilangkan distensi

Diagnosa Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi	Rasional
		dan D, vaselin atau zinc oside	
Tidak efektif koping keluarga berhubungan dengan cemas tentang keadaan yang orang dicintai.	Keluarga atau orang penting lain mempertahankan suport sistem dan adaptasi terhadap perubahan akan kebutuhannya dengan kriteria pasien dan keluarga berinteraksi dengan cara yang konstruktif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kaji koping keluarga terhadap sakit pasein dan perawatannya 2. Biarkan keluarga mengungkapkan perasaan secara verbal 3. Ajarkan kepada keluarga tentang penyakit dan transmisinya 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Memulai suatu hubungan dalam bekerja secara konstruktif dengan keluarga. 2. Mereka tak menyadari bahwa mereka berbicara secara bebas 3. Menghilangkan kecemasan tentang transmisi melalui kontak sederhana.

Bab 2

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke

2.1 Konsep Stroke

Stroke atau *cerebrovascular disease* yang biasa disingkat CVD merupakan sindrom klinik yang terjadi secara mendadak, progresif, cepat berupa defisit neurologis fokal maupun global yang adap sembuh dengan sempurna, sembuh dengan kecacatan atau gejala sisa maupun kematian (Raza, 2022). Stroke adalah suatu penyakit yang terjadi pada pembuluh darah otak dan biasanya mengakibatkan munculnya manifestasi klinis berupa gangguan fungsi pada otak. Gangguan ini terjadi akibat adanya kerusakan atau kematian pada jaringan otak dikarenakan penurunan atau tersumbatnya aliran darah dan oksigen yang masuk ke dalam otak. Aliran darah ke otak akan berkurang jika ada penyumbatan, penyempitan atau pecahnya pembuluh. Otak yang idealnya memperoleh pasokan oksigen dan zat makanan menjadi terhambat, sehingga kurangnya pasokan oksigen dan makanan di otak menyebabkan kematian pada sel saraf (neuron) sehingga akibatnya muncul gejala dari stroke (Lee, 2018).

Stroke adalah penyebab kematian terbesar ketiga di dunia dengan laju mortalitas sebesar 18 - 37 % untuk stroke pertama dan sebesar 62 % untuk stroke berulang. Hal ini berarti bahwa penderita stroke berulang berisiko

mengalami kematian dua kali lebih besar dibandingkan kejadian stroke pertama. Tingginya insiden kematian pada pasien stroke menunjukkan bahwa perlu adanya perhatian khusus karena sekitar 25% pasien yang sembuh dari stroke pertama akan mengalami stroke berulang dalam kurun waktu 1-5 tahun (Lee, 2018). Di Indonesia sendiri stroke telah menjadi penyebab kematian tertinggi pada tahun 2012 menurut WHO country risk profile, yaitu sebanyak 21%. Angka ini tidak berubah secara bermakna sejak tahun 2000 yang berarti bahwa penanganan stroke belum optimal dan membutuhkan perhatian khusus.

Klasifikasi stroke (Kementrian Kesehatan RI, 2019):

1. Stroke iskemik merupakan
 - a. Stroke Emboli, yaitu stroke yang diakibatkan adanya bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam jantung atau pembuluh darah arteri besar yang terangkut menuju otak.
 - b. Stroke Trombotik, yaitu stroke yang terjadi akibat bekuan darah atau plak yang terbentuk di dalam pembuluh arteri yang mensuplai darah ke otak.
2. Stroke Hemoragik
 - a. Perdarahan intraserebral, yaitu pecahnya pembuluh darah dan darah masuk ke dalam jaringan yang mengakibatkan sel-sel otak mati sehingga mengakibatkan kerja otak berhenti, penyebab terbanyak adalah karena hipertensi.
 - b. Perdarahan Subarachnoid, yaitu pecahnya pembuluh darah yang berdekatan dengan permukaan otak dan darah mengalami kebocoran di antara otak dan tulang tengkorak, banyak penyebab stroke ini tetapi biasanya karena pecahnya aneurisma.

Faktor risiko stroke (Kementrian Kesehatan RI, 2019):

1. Faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi
 - a. Usia
Usia adalah faktor risiko stroke yang paling kuat. Seiring meningkatnya usia, maka semakin meningkat pula insidensi iskemik serebral tanpa memandang etnis dan jenis kelamin. Setelah usia 55 tahun, insidensi stroke akan meningkat sebanyak dua kali tiap dekade.

- b. Jenis kelamin
Insidensi stroke lebih tinggi pada pria, namun wanita lebih banyak memiliki kecacatan setelah stroke dibanding pria. Wanita juga lebih banyak mati setiap tahunnya karena stroke dibandingkan pria.
 - c. Ras
Ras Afrika Amerika lebih berisiko terkena stroke sebanyak dua kali lipat dibandingkan Ras Kaukasian. Ras orang Asia Pasifik juga berisiko lebih tinggi dari pada Kaukasia.
 - d. Riwayat Keluarga
Apabila dalam keluarga ada yang menderita stroke, maka anggota keluarga yang lain memiliki risiko lebih tinggi terkena stroke dibanding dengan orang yang tidak memiliki riwayat stroke di keluarganya
2. Faktor risiko yang dapat dimodifikasi
- a. Kondisi medis
Kondisi medis tertentu dari diri pasien seperti adanya penyakit hipertensi, fibrilasi atrium, hiperkolesterolemia, diabetes mellitus
 - b. Pola Hidup
Pola hidup yang tidak sehat seperti pola makan tidak sehat (sering mengonsumsi makanan tinggi natrium berlebih), merokok, penggunaan alkohol, obesitas.

Manifestasi klinis stroke dapat berupa kelumpuhan wajah atau anggota badan (hemiparesis yang timbul mendadak), gangguan sensibilitas pada satu atau lebih anggota badan (gangguan hemiparesis), perubahan mendadak status mental (konfusi, delirium, letargi, stupor, atau koma), afasia (bicara tidak lancar, kurangnya ucapan, atau kesulitan memahami ucapan), disartria (bicara pelo/cadel), gangguan penglihatan (hemianopia/monokuler, atau diplopia), ataksia (trunkal/anggota badan), vertigo, mual dan muntah, atau nyeri kepala (Anita et al., 2021)

2.2 Konsep Asuhan Keperawatan Paliatif

Perawatan paliatif dianggap sebagai perawatan pendukung bagi siapa saja yang hidup dengan penyakit seperti stroke dan kanker. Perawat memiliki peran besar dalam mengurangi keparahan penyakit dan memperlambat kehilangan fungsi tubuh dengan mengontrol dan mengelola gejala pada berbagai tahap penyakit. Perawatan paliatif adalah area perawatan khusus untuk memberikan fasilitas perawatan kesehatan kepada pasien yang menderita gejala langsung, tidak langsung, kebutuhan yang tidak terpenuhi, untuk pencegahan dan bantuan penderitaan dari masalah psikologis terutama masalah emosional (depresi, kecemasan, dan delirium) dan masalah fisiologis seperti (kesulitan menelan, kesulitan berbicara, kesulitan berjalan, kesulitan memenuhi kebutuhan sehari-hari, kehilangan rasa, dan lain sebagainya) (Shanshal, 2022).

Prinsip perawatan paliatif:

1. Menghargai setiap detail kehidupan.
2. Menganggap kematian merupakan suatu keniscayaan dan termasuk proses yang normal.
3. Tidak mempercepat tetapi tidak juga menunda kematian.
4. Menghargai keinginan pasien untuk menentukan keputusan bagi diri dan kehidupannya.
5. Meminimalisir keluhan-keluhan yang mengganggu.
6. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga.
7. Menghindari tindakan medis yang sia-sia.
8. Memberikan dukungan yang diperlukan agar pasien bisa tetap aktif sesuai dengan kondisinya sampai akhir hayat.
9. Memberikan dukungan kepada keluarga dalam fase berduka.

2.3 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke

Asuhan keperawatan paliatif pada pasien stroke merupakan tugas perawat seperti halnya seperti memberikan asuhan keperawatan pada individu dengan penyakit lain. Proses asuhan keperawatan yang harus dilalui diawali dengan:

1. Pengkajian semua aspek (head to toe) dan/atau semua sistem tubuh,
2. Penegakkan diagnosa keperawatan,
3. Perencanaan keperawatan,
4. Pelaksanaan,
5. Evaluasi.

2.3.1 Pengkajian

Pengkajian pada pasien stroke dapat dilakukan oleh perawat baik secara langsung atau tidak langsung. Pengkajian secara langsung dengan wawancara dan pemeriksaan fisik, sedangkan pengkajian secara tidak langsung dengan melihat data sekunder berupa data status pasien atau data demografi lain. Pengkajian tidak hanya meliputi riwayat individu pasien namun bisa dilakukan dengan *allo anamneses* yaitu melibatkan orang lain sebagai sumber informasi.

Misalnya pengkajian pasien dengan sumber informasinya suami, istri atau anak yang dekat dengan pasien, sehingga data yang disajikan lengkap dan akurat.

1. Riwayat Kesehatan Pasien
 - a. Riwayat kesehatan sekarang. Riwayat ini berisikan mengenai penyakit yang sedang diderita pasien saat ini.
 - b. Riwayat kesehatan dahulu. Riwayat ini berisikan mengenai keadaan pasien di masa lalu, apakah sudah pernah *opname* di rumah sakit untuk penyakit yang sama.
 - c. Riwayat kesehatan keluarga pasien. Riwayat ini berisikan data apakah anggota keluarga sudah pernah menderita penyakit yang sama dengan yang pasien alami saat ini.

2. Prinsip dan konsep dalam etika keperawatan, budaya, norma, dalam mengkaji pasien menjelang ajal atau terminal. Beberapa perubahan fisik yang mungkin terjadi saat menjelang kematian:
 - a. Pasien cenderung kurang respon terhadap keadaan
 - b. Melambatnya fungsi tubuh
 - c. Pasien mulai tidak sengaja berkemih atau defekasi
 - d. Jatuhnya rahang pasien
 - e. Pernafasan pasien mulai terdengar dangkal, dan tidak teratur
 - f. Peredaran darah mulai teras
 - g. Perlambatannya, dan teraba dingin pada bagian ekstermitas, nadi semakin lemah namun cepat
 - h. Pernafasan mulai terdengar dangkal tidak teratur dan
 - i. Warna pucat pada kulit
 - j. Mata membelala serta mulai tidak menunjukkan respon terhadap rangsangan cahaya
3. Kategori kesadaran pasien terminal:
 - a. *Closed Awareness*/Tidak Mengerti. Pada keadaan ini, umumnya dokter lebih memilih agar tidak menyampaikan prognosis dan diagnosis pada keluarga atau pasien. Namun, beda untuk perawat, hal ini akan sangat menyulitkan karena perawat sering kontak dengan pasien dan lebih dekat daripada dokter, dan perawat sering kali ditanya oleh pasien terkait hal tersebut. Perawat sering disodorkan berbagai pertanyaan seperti kapan pasien akan sembuh, atau kapan bisa pulang, dan lain sebagainya.
 - b. *Matual Pretense*/Kesadaran/Pengertian yang Ditutupi. Pada keadaan ini, dapat dikatakan pasien diberikan kesempatan agar dapat membuat keputusan mengenai semua hal yang bersifat individual atau pribadi meskipun itu menjadi hal yang berat baginya
 - c. *Open Awareness*/Sadar akan keadaan dan terbuka. Pada tahap ini, pasien dan orang di sekitarnya sudah mengetahui bahwa ajal sudah menjelang bagi pasien, dan mereka berusaha untuk menerima serta mendiskusikannya walaupun tetap merasa getir.

Faktor-faktor yang perlu dikaji:

1. Kebersihan Diri yang merupakan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan dirinya akan kebersihan diri meliputi kebersihan kulit, kebersihan rambut dan kebersihan mulut, kuku serta pemenuhan kebersihan setelah buang air besar/kecil.
2. Rasa nyeri yang merupakan tingkat nyeri yang dirasakan, durasi nyeri, lokal, waktu nyeri, penyebaran nyeri. Kemampuan pasien untuk menahan nyeri, bagaimana koping pasien terhadap nyeri. Obat apa saja yang telah diberikan untuk mengatasi nyeri.
3. Jalan Nafas Perlu diperhatikan pola nafas, frekuensi nafas, bunyi nafas. Seringkali didapatkan pasien dengan sesak nafas, maka perlu dilihat juga apakah menggunakan otot-otot pernafasan. Bila menggunakan oksigen sebagai bantuan nafas, maka identifikasi kebutuhan oksigen agar tidak terjadi asidosis metabolik. Bagi pasien yang sadar secara penuh, mungkin akan lebih baik untuk menerapkan posisi fowler dan pengeluaran sekresi lendir penting dilakukan sebagai upaya membebaskan jalan nafas. Namun, bagi pasien yang tidak sadar, posisi sim bisa menjadi posisi yang baik dengan dipasangkan drainase dari mulut serta pemberian oksigen.
4. Aktivitas Perlu diperhatikan apakah pasien masih bisa beraktivitas untuk keperluan diri sendiri atau sudah bergantung dengan orang lain. Kalo masih bergantung dengan orang lain, perlu dilihat kembali apakah tingkat ketergantungan pasien total atau sebagian. Jika kondisi pasien memungkinkan, maka pasien bisa mulai mobilisasi seperti: berusaha turun dari ranjang tidur, mengganti posisi tidur agar mencegah terjadinya decubitus, dan hal ini dilakukan secara periodic. Bila perlu, bisa menggunakan alat untuk menyangga tubuh pasien, karena tonus otot sudah menurun.
5. Nutrisi sering kali pasien mengalami mual dan anorexia karena adanya penurunan gerakan peristaltic dalam tubuhnya. Untuk mengatasi hal ini, pasien bisa diberikan obat antiemetik untuk mengurangi mual yang dirasakan, dan meningkatkan rangsangan nafsu makan serta memberikan makanan dengan tingkat kalori tinggi.

6. Eliminasi yang mana pada pola ini terdapat penurunan, atau bahkan kehilangan tonus otot bisa membuat pasien mengalami konstipasi, inkontinen feses dan urin. Pemberian obat laxant bisa dikolaborasikan untuk mencegah terjadinya konstipasi. Pasien yang mengalami inkontinensia bisa diberikan urinal, pispot secara periodic/ teratur. Selain itu, bisa juga memasang duk yang diganti tiap saat atau bisa juga dilakukan kateterisasi. Kebersihan pada daerah sekitar perineum perlu selalu dijaga dan diperhatikan, bila terjadi lecet, harus segera diberikan salep.
7. Perubahan Sensori, yang mana pasien dengan penyakit terminal stadium lanjut, sering terjadi penurunan sensori terutama apabila penglihatan pasien berubah menjadi kabur, biasanya pasien mulai menghindari atau menolak untuk menghadapkan kepala ke arah lampu/ tempat terang. Pada saat seperti itu, pasien memang masih bisa mendengar, namun mungkin sudah tidak bisa merespon.
8. Kebutuhan Sosial yang mana terkadang pasien dalam keadaan terminal perlu ditempatkan pada ruang tersendiri, terutama pasien dengan penyakit khusus, serta dalam upaya memenuhi seluruh kebutuhan hubungan sosial dan keluarganya, beberapa hal yang bisa dilakukan perawat yaitu:
 - a. Menanyakan pada pasien atau keluarga siapa saja yang ingin dihadirkan untuk bertemu dengan pasien, dan hal ini bisa didiskusikan didiskusikan bersama keluarga, misal: teman terdekat, anggota keluarga lain, sanak kerabat.
 - b. Berupaya menggali perasaan yang dirasakan pasien sehubungan dengan sakitnya saat ini hingga perlu dilakukan diisolasi.
 - c. Menyarankan saudara dan teman pasien untuk lebih sering mengunjungi serta mengajak orang lain untuk menjenguk.
9. Kebutuhan Spiritual yang dapat dikaji melalui:
 - a. Bertanya kepada pasien mengenai harapan hidupnya serta rencana yang dimiliki pasien selanjutnya menjelang kematiannya.
 - b. Bertanya kepada pasien apakah dirinya ingin kedatangan pemuka agama untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya.

- c. Mendukung, mendorong, dan pasien untuk meningkatkan spiritualitas agar meningkatkan kualitas hidup menjelang ajal dan persiapan kematian.

2.3.2 Diagnosis Keperawatan

Diagnosis keperawatan paliatif pada pasien stroke yang dapat ditegakkan di antaranya adalah:

1. Gangguan mobilitas fisik karena adanya kehilangan atau penurunan fungsi anggota gerakn.
2. Nutrisi tidak adekuat karena penurunan nafsu makan atau akibat gangguan menelan.
3. Gangguan pemenuhan ADL karena kelumpuhan.
4. Konstipasi terjadi akibat medikasi farmakologi dan immobilitas sehingga memperlambat paristaltik. Konstipasi terjadi juga bisa karena diet rendah serat, karena yang masuk hanya cairan.
5. Distress spiritual karena akan menghadapi kematian
6. Kelelahan terjadi karena tuntutan metabolik sehingga menurunkan kekuatan otot.
7. Dehidrasi juga bisa terjadi sejalan dengan perkembangan penyakit, hal ini disebabkan karena pasien tidak mampu mempertahankan asupan cairan. Atau terjadi akibat obstruksi saluran pencernaan.
8. Inkontinensia urin, biasa terjadi akibat faktor penuaan dan komplikasi neurologis. Bisa terjadi juga pada pasien terminal yang sudah mengalami penurunan kesadaran.
9. Ansietas/ kecemasan/ ketakutan individu, keluarga yang diperkirakan bisa berhubungan dengan situasi yang tidak dikenali, sifat serta kondisi yang tak dapat diperkirakan, atau merasa takut dengan kematian dan efek negatif pada pada gaya hidup yang telah dilalui.
10. Duka yang berhubungan dengan penyakit terminal yang dihadapi, terlebih menjelang kematian, penutupan fungsi, konsep diri yang berubah, dan berusaha menarik diri dari orang lain.
11. Perubahan proses keluarga yang berkaitan dengan gangguan kehidupan dalam keluarga, merasa takut dengan hasik kematian,

ditambah dengan lingkungan tempat perawatan yang penuh dengan stress

2.3.3 Perencanaan

Perencanaan keperawatan sebagai intervensi yang harus diberikan pasien dengan penyakit terminal, perlu memperhatikan tindakan tanpa kolaborasi (tindakan mandiri perawat) serta tindakan kolaboratif.

1. Ajakan terapi rentang gerak sendi atau *range of motion* (ROM).
2. Bantu *activity daily living* pasien seperti makan, mandi BAB, BAK, sesuai tingkat kemandirian pasien.
3. Diskusikan dengan tim lain (medis, nutritionis) tentang pengobatan dan diet tertentu untuk mengatasi perubahan pengobatan dengan efek mual dan muntah serta efek diare/konstipasi.
4. Beri pasien periode istirahat yang cukup untuk mengatasi kelelahan dengan ruangan yang nyaman dan tenang. Hal ini berhubungan dengan usaha penghematan energi pasien terminal.
5. Bila pasien mengalami inkontinensia urin, perawat harus siap dengan linen yang mudah meresap, antisipasi gesekan dengan kulit karena memudahkan iritasi kulit, serta menyiapkan perasat kateter memungkinkan.
6. Penyediaan nutrisi dengan porsi yang memungkinkan pasien habis sesuai dengan skala diet yang disajikan. Jika memungkinkan membawa makanan dari rumah yang disenangi semasa sebelum sakit, sehingga akan meningkatkan nafsu makan, serta memberi kesempatan keluarga untuk berpartisipasi terhadap pasien.
7. Posisikan pasien yang bisa meningkatkan pola nafas menjadi efektif, serta sediakan oksigen yang cukup.
8. Batasi pengunjung yang menyebabkan pasien letih.
9. Berikan berbagai terapi modalitas atau komplementer untuk meningkatkan kualitas kehidupan di masa menjelang ajal seperti terapi bekam (Audia, Mia; Wahyuni, Dian; Muharyani, Putri Widita; Latifia, Khairul; Fitri, 2020), terapi *swedish massage* untuk memberikan ketenangan (Rasam and Utami, 2020), terapi musik

instrumental (Afandi, 2015), dan terapi-terapi lainnya yang memungkinkan.

2.3.4 Implementasi

Implementasi asuhan keperawatan paliatif pada pasien stroke difokuskan melalui Pelayanan konseling dan pendampingan Melalui pendampingan dan konseling, harapannya pasien dapat dibantu untuk mendapatkan:

1. Perhatian/ attention
Perhatian diberikan kepada lien berupa kehadiran, sapa, senyum, jabat tangan atau bentuk komunikasi sederhana lain yang bisa bersifat terapeutik, sebagai tanda tulus, penerimaan, dan sentuhan kasih.
2. Dukungan/sustaining
Dukungan baik psikis, moral, dan spiritual diberikan bagi pasien yang tengah mengalami kesakitan atau faktor lain yang membuat dia sakit sehingga harus mampu bertahan dalam situasi sulit untuk disembuhkan.
3. Bimbingan/guiding
Bimbingan ini diberikan pada pasien yang mengalami kebingungan untuk menentukan keputusan yang bertanggung jawab, terlebih yang memiliki hubungan dengan pilihan hidup mendasar.
4. Penyembuhan luka batin/inner healing
Penyembuhan yang dilakukan untuk pasien yang mengalami luka batin, dan luka batin ini menghalangi dirinya untuk melakukan penghayatan emosionalitas, sosialitas, dan iman untuk menemukan jati dirinya kembali sebagai seorang manusia utuh dan unik.
5. Doa/ praying
Diberikan pada pasien yang memerlukan, baik pasien yang meminta didoakan maupun pasien yang perlu didoakan karena kondisinya. Bentuk doa disesuaikan dengan keyakinan yang dianut.

Implementasi asuhan keperawatan paliatif pada pasien stroke sesuai dengan masalah keperawatan (Kahveci, 2020) dan (Kementrian Kesehatan RI, 2019):

1. Ansietas/ketakutan (individu, keluarga) yang berhubungan dengan situasi yang tak dikenal. Sifat kondisi yang tak dapat diperkirakan takut akan kematian dan efek negative pada gaya hidup. Perawat dapat membantu pasien untuk mengurangi ansietasnya dengan cara:
 - a. Berikan kepastian dan kenyamanan
 - b. Tunjukkan perasaan tentang pemahaman dan empati, jangan menghindari pertanyaan
 - c. Doronglah pasien untuk mau menjelaskan tiap ketakutan serta permasalahan yang berhubungan dengan proses pengobatannya
 - d. Mengidentifikasi dan mendukung mekanisme koping efektif pasien yang mengalami kecemasan.
 - e. Ansietas cenderung bisa memperburuk masalah yang sudah ada. Oleh karenanya, bantu pasien yang mengalami peningkatan ansietas tegang, emosional dan nyeri fisik.
 - f. Melakukan pengkajian tingkat ansietas pasien: membuat rencana penyuluhan apabila tingkatnya rendah atau sedang. Beberapa rasa pada takut biasanya didasari oleh informasi yang tidak akurat, dan hal ini dapat dihilangkan dengan memberikan edukasi dan informasi akurat. Pasien dengan ansietas berat atau parah cenderung tidak mampu menyerap pelajaran.
 - g. Memberikan dorongan pada keluarga dan teman untuk dapat mengungkapkan apa yang mereka takutkan. Pengungkapan ini memungkinkan keluarga dan teman untuk saling berbagi dan memberikan kesempatan bagi
 - h. Memberikan pasien dan keluarga kesempatan serta penguatan koping positif. Dengan menghargai pasien untuk koping efektif bisa memperkuat respon koping positif yang akan datang.
 - i. Memberikan kesempatan pada pasien serta keluarga untuk mengungkapkan apa yang mereka rasakan, mendiskusikan kehilangan secara terbuka, menggali makna pribadi dari kehilangan. Menjelaskan pada pasien dan keluarga bahwa berduka merupakan reaksi yang lazim terjadi. Mengetahui informasi bahwa tidak ada lagi pengobatan yang dibutuhkan dan

bahwa kematian sedang menjelang bisa menyebabkan perasaan tidak berdaya, marah, sedih yang mendalam, dan respon berduka yang lainnya. Diskusi jujur dan terbuka mungkin dapat membantu pasien serta anggota keluarga dalam menerima dan mengatasi keadaan yang terjadi.

- j. Memberikan dorongan dengan menerapkan strategi koping positif. Strategi koping positif dapat membantu penerimaan dan pemecahan masalah bagi pasien dan keluarga.
 - k. Memberikan dorongan kepada pasien untuk berani mengekspresikan manajemen diri yang positif. Memfokuskan pada atribut yang positif seperti ini bisa meningkatkan penerimaan diri dan kematian yang sedang atau akan terjadi.
 - l. Membantu pasien untuk bisa mengatakan dan menerima kematian yang akan terjadi, berupaya menjawab semua pertanyaan dengan sejujur mungkin.
 - m. Tingkatkan harapan pasien dan keluarga dengan perawatan yang penuh perhatian, menghilangkan ketidaknyamanan bagi pasien dan keluarga dan memberikan dukungan sesuai.
2. Perubahan proses keluarga yang berkaitan dengan gangguan kehidupan yaitu mereka akan cenderung merasa takut dengan hasil (kematian). Untuk menghadapi hal tersebut, peran yang bisa dilakukan oleh perawat adalah:
- a. Meluangkan sebagian waktu untuk keluarga atau orang terdekat pasien dan menunjukkan empati yang baik. Sering melakukan kontak dan mengkomunikasikan perhatian dan peduli pada pasien akan membantuk mengurangi cemas bagi pasien dan keluarga dan meningkatkan pembelajaran.
 - b. Mengizinkan keluarga atau orang terdekat pasien untuk mengekspresikan perasaan yang mereka rasakan, berbagi ketakutan dan kekhawatiran. Saling berbagi memungkinkan perawat bisa untuk mengidentifikasi ketakutan dan kekhawatiran untuk kemudian membuat rencana intervensi mengatasinya.

- c. Jelaskan bagaimana tindakan keperawatan dilakukan dan seberapa kemajuan postoperasi yang dipikirkan dan bila perlu berikan informasi yang mendetail tentang kemajuan pasien.
 - d. Anjurkan keluarga untuk sesering mungkin berkunjung dan berpartisipasi dalam melakukan tindakan keperawatan. Kunjungan dan partisipasi yang intensif bisa meningkatkan interaksi keluarga secara berkelanjutan.
 - e. Konsultasikan ke sumber komunitas dan sumber lainnya untuk keluarga yang memiliki masalah seperti kebutuhan finansial, koping yang tidak berhasil, atau konflik permasalahan yang tidak selesai yang memerlukan sumber- sumber tambahan untuk membantu mengupayakan pertahanan fungsi keluarga yang terjalin.
3. Risiko adanya distres spiritual yang berkaitan dengan perpisahan dari sistem pendukung keagamaan, kurang privasi, atau ketidakmampuan diri untuk menghadapi ancaman kematian. Dalam keadaan ini, pasien akan berusaha mempertahankan praktik spiritualnuya, dan praktik inilah yang akan memengaruhi penerimaannya terhadap ancaman kematian.
- a. Gali informasi apakah pasien ingin melaksanakan praktek atau ritual keagamaan tertentu, atau spiritual lain yang diinginkan. Hal ini bisa memberikan arti dan tujuan bagi pasien dan bisa menjadi sumber kenyamanan dan kekuatan baginya.
 - b. Ekspesikan pengertian perawat bahwa praktik religius adalah hal yang sangat penting pada diri seorang manusia. Hal ini mungkin akan membantu pasien untuk mempertegas aspek religius yang dimilikinya.
 - c. Berikan privasi serta ketenangan untuk melakukan ritual spiritual sesuai dengan kebutuhan pasien. Privasi dan ketenangan bisa memberikan pasien lingkungan yang memudahkan perenungan.
 - d. Bila memungkinkan, tawarkan pada pasien untuk berdoa bersama atau membaca buku keagamaan. Namun bila perawat tidak

menganut keyakinan yang sama, Anda tetap dapat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan spritualnya.

- e. Tawarkan pada pasien untuk mempertemukan dirinya dengan pemuka agama, pemimpin religius, atau rohaniawan rumah sakit untuk mengatur kunjungan.

2.3.5 Evaluasi

Evaluasi asuhan keperawatan paliatif pada pasien stroke dapat dilihat dari aspek-aspek berikut ini (Cowey et al., 2021):

1. Pasien merasakan kenyamanan dan dapat mengekspresikan perasaannya pada perawat.
2. Pasien tidak merasa sedih dan siap menerima kenyataan terkait keadaannya termasuk kematian.
3. Pasien selalu ingat kepada Tuhannya
4. Pasien sadar bahwa setiap apa yang diciptakan akan kembali kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Bab 3

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks

3.1 Pendahuluan

Pada beberapa tahun terakhir ini, individu yang menderita kanker semakin bertambah dan individu tersebut biasanya sudah mengalami sakit kanker yang ada di stadium tingkat lanjut. Hal ini menyebabkan terapi yang digunakan untuk proses penyembuhan pun semakin kompleks dan juga rumit. Pengobatan kanker juga bisa memberikan suatu efek samping dan juga toksisitas yang lebih dan kemudian secara terus menerus akan bertambah dan kemudian menjadikan timbulnya suatu gangguan untuk penderitanya. Adapun pendekatan yang biasanya dipakai untuk proses pengobatan kanker yang sudah stadium lanjut dan sulit untuk bisa disembuhkan ialah dengan pendekatan paliatif, utamanya hal ini memiliki tujuan yakni membuat kualitas hidup dari penderita terus mengalami peningkatan dan membuat rasa sakit yang diderita menjadi semakin mengalami pengurangan (Futagami et al., 2016).

Suatu bentuk pendekatan dalam merawat pasien yang tujuannya ialah utamanya untuk bisa mencegah, membuat berkurang ataupun hilang suatu

gejala ataupun gangguan yang disebabkan dari penyakit yang mana tujuannya disini sudah tidak lagi menyembuhkan penyakit itu sendiri inilah yang dimaksud dengan terapi paliatif. Adapun tujuan lainnya ialah untuk bisa melakukan pencegahan dan juga membuat apa yang diderita oleh pasien menjadi berkurang dan juga berusaha untuk menjadikan kualitas pasien dan juga keluarga mengalami peningkatan dengan tidak dipengaruhi stadium dari penyakit dan juga kebutuhan pasien pada terapi yang lain (WHO, 2014).

Ada 3 tahapan dalam pendekatan paliatif ini dan masing-masingnya sangatlah berbeda. Adapun fase yang pertama ialah tahapan ini akan memberikan fokusnya pada penyakit yang diderita yang mana hal ini memiliki tujuan yakni membuat usia dari penderitanya menjadi lebih panjang lagi dan juga membuat kualitas hidup dari penderita ini stabil dengan terus melakukan percobaan pada proses pengobatan dasar dari keganasan penyakitnya. Selanjutnya, yang kedua ialah pendekatan yang memiliki orientasi pada gejala. Tahapan ini diawali pada saat terapi antitumor diberhentikan karena dirasa tidak memiliki efektivitas dan malah menyebabkan adanya efek samping yang terlalu berat. Tahapan ini berfokus untuk membuat kualitas hidup pasien terus mengalami peningkatan dan membuat penyakit menjadi lebih stabil dan juga mencegah setiap gejala yang mungkin muncul. Lalu kemudian fase yang paling terakhir ialah ketika penyakit yang muncul ini menjadi lebih progresif dan kemudian kematian yang akan dialami sudah semakin dekat. Pada saat tahapan ini dilakukan, tujuan yang paling utama ialah untuk membuat pasien nyaman melewati kematiannya dan juga bisa menjadikan gejala yang dialami lebih berkurang lagi dan membuat penderitaan pasien juga berkurang dengan menerima bahwa dirinya sudah tidak lagi memiliki fungsi utuh pada kognitif, emosional, atau juga fungsi sosialnya (Islam et al., 2020).

3.2 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks

Kanker uterus ataupun rahim ini ialah suatu kondisi di mana tumor yang sangat ganas tumbuh dan berkembang di dalam lahir individu. Kanker ini umumnya terjadi di wanita yang sudah mengalami tahap menopause yakni kisaran usia 50 tahun lebih. Kanker ini awalnya terjadi karena adanya sel sehat yang ada dalam rahim ini tumbuh dengan cara yang tidak bisa dikendalikan

dan akhirnya menjadi muncul tumor ataupun benjolan. Tumor ini bisa saja sifatnya ganas ataupun jinak. Tumor di kanker rahim ini juga bisa menjadi lebih besar lagi dan kemudian tersebar di bagian tubuh yang lainnya (CDC, 2021).

Adapun gejala yang biasanya terjadi pada penderitanya ialah pendarahan yang muncul dari vagina yang mana hal ini terjadi terus menerus dan tidak normal. Kondisi ini dialami di luar dari siklus menstruasinya ataupun setelah menopause. Namun, tidak setiap pendarahan yang terjadi saat menopause ini terjadi karena adanya kanker rahim sehingga untuk lebih meyakinkan lagi kondisi ini harus dilakukan pengecekan oleh dokter. Adapun apa yang menyebabkan penyakit ini belum diketahui secara pasti, akan tetapi disebutkan ada beberapa hal yang bisa menjadikan risiko menderita penyakit ini yakni:

1. Mengalami penyakit diabetes
2. Menggunakan obat untuk membantu mengatasi sakit kanker payudara yakni obat tamoxifen
3. Menggunakan hormon estrogen, baik itu digunakan pada waktu terapi penggantian hormon pasca-menopause ataupun untuk alat kontrasepsi

Adapun cara yang biasanya digunakan secara umum dalam proses pengobatan kanker ini ialah dengan melakukan operasi pengangkatan rahim (histerektomi). Adapun pengobatan ini dalam prosesnya bisa digabungkan dengan penggunaan terapi radioterapi dan juga kemoteropi supaya caranya lebih maksimal lagi (Laitman et al., 2019).

Kanker rahim ini tidak bisa dilakukan pencegahan, akan tetapi bisa diminimalisir yakni dengan melakukan kontrol pada kadar gula darah, menjaga berat badan supaya selalu ideal, dan juga melakukan konsultasi dengan dokter saat akan menakai pil KB (NHS Inform, 2022).

Sedangkan kanker serviks ini ialah kanker yang timbul di bagian sel di bagian leher rahim dan kemudian akan terus tumbuh dengan perlahan dan akhirnya menyebabkan gejala ini muncul ketika sudah memasuki stadium lanjut sehingga proses deteksi untuk kanker ini harus dilakukan sedini mungkin sebelum adanya masalah yang lebih serius lagi muncul.

Serviks ini ialah suatu bagian di rahim yang berhubungan langsung ke bagian vagina. Adapun organ ini memiliki fungsi yakni untuk menyediakan lendir

yang mana fungsinya ialah untuk membuat sperma yang masuk dapat tersalurkan ke rahim melalui vagina ketika individu melakukan hubungan seksual. Selain itu, fungsi lain organ ini ialah untuk membuat rahim terlindungi dari adanya bakteri dan juga benda asing yang muncul dari luar.

Kanker serviks ini ialah suatu penyakit yang sering dialami oleh wanita dan dinyatakan berdasarkan penelitian yang dilakukan di 2020 dinyatakan ada 600.000 lebih kasus dari kanker serviks ini diderita oleh individu dengan jumlah kematian yakni 342.000 yang mana hal ini terjadi di seluruh belahan dunia (Sung et al., 2021).

Indonesia sendiri saat ini kanker serviks ada di urutan nomor dua setelah penderita kanker payudara yang mana hal ini didapatkan dari penderita kasus kanker di tahun 2020. Ada 36.000 kasus dan 21.000 jumlah individu yang meninggal karena kanker.

Ada 2 jenis kanker yakni:

1. Karsinoma sel skuamosa (KSS)

Ini ialah kanker yang paling sering diderita dan diawali dari sel skuamosa serviks yakni suatu sel yang menjadi lapisan di leher rahim bagian luar.

2. Adenokarsinoma

Ini ialah kanker yang diawali di bagian sel kelenjar yang ada di bagian saluran leher yang ada dalam rahim.

Kedua jenis kanker di atas bisa saja terjadi secara bersama-sama walaupun kasus ini masih jarang ditemui. Selain itu, kanker juga bisa terjadi di daerah sel leher rahim selain kedua sel di atas, akan tetapi hal ini sangat jarang ditemui.

Kanker ini terjadi saat sel yang sehat berubah ataupun bermutasi. Hal ini menjadikan sel yang sehat ini bertumbuh dengan tidak normal dan juga tidak bisa dikendalikan yang akhirnya menjadikan terbentuknya sel kanker.

Adapun perubahan yang terjadi ini masih belum tahu disebabkan karena hal apa akan tetapi kondisi ini diduga karena adanya infeksi HPV.

Adapun angka harapan hidup yang terjadi pada kasus kanker serviks ini dipengaruhi oleh stadium yang dialami penderitanya. Angka ini ialah suatu proses dari penderita yang sampai dengan 5 tahun setelah didiagnosa mengalami penyakit ini dan masih dalam keadaan hidup. Contohnya, angka

harapan hidup 80%, hal ini memiliki arti yakni 80 dari total 100 penderita mampu bertahan hidupnya sampai dengan 5 tahun ataupun lebih saat setelah didiagnosa kanker serviks. Di bawah ini ialah angka harapan hidup dari penderita kanker serviks dari stadium yang di alami yakni:

1. Stadium 1: 80–93%
2. Stadium 2: 58–63%
3. Stadium 3: 32–35%
4. Stadium 4: $\leq 16\%$

Adapun cara yang dilakukan untuk mengobati kanker serviks ini ditentukan juga dari stadium kankernya dan juga kondisi kesehatan dari individunya. Hal yang biasanya dilakukan oleh dokter ialah radioterapi, kemoterapi, pembedahan atau bisa juga penggabungan ketiga metode tersebut.

Ketika penderita kanker ini bisa dideteksi sedini mungkin maka hal ini menjadikan penderita bisa memiliki peluang yang semakin besar dalam kesembuhannya. Sehingga, wanita dianjurkan untuk melakukan skrining kanker serviks ini dengan rutin ketika sudah memasuki usia 21 tahun ataupun setelah melakukan pernikahan. Adapun cara lain dalam pencegahan infeksi HPV ini juga bisa dengan melakukan vaksin dari usia 10 tahun.

3.2.1 Pengkajian Keperawatan

1. Identitas Pasien

Adapun yang dimuat di sini ialah nama, tempat dan juga tanggal lahir, umur, status perkawinan, jumlah anak yang dimiliki, pekerjaan yang dilakukan, agama, jenis kelamin, agama, pendidikan terakhir dan juga suku bangsa dari pasien itu sendiri.

2. Identitas penanggung jawab

Di sini mencakup nama, alamat, pekerjaan, usia dan juga hubungan individu tersebut dengan pasien.

3. Riwayat kesehatan

a. Keluhan utama

Pasien disini akan mengeluhkan rasa nyeri terus menerus disertai perdarahan pervaginam dan juga memiliki bau (Padila, 2015). Kanker uterus dan juga serviks yang telah dilakukan kemoterapi

maupun radioterapi biasanya mengeluh adanya rasa mual dan juga muntah yang berlebih lalu juga nafsu makan menjadi menurun drastis dan juga terjadi anemia.

b. Riwayat kesehatan sekarang

Savitri (2015) menyatakan pasien yang ada di stadium 3-4 ini akan mengeluhkan adanya keputihan yang baunya sangat busuk, adanya pendarahan dan juga nyeri yang dirasakan di bagian vagina dan juga rasa nyeri yang ada dalam panggul. Pasien yang telah dilakukan pengobatan kemoterapi maupun radioterapi ini akan merasakan mual dan juga muntah yang sangat sering, nafsu makan semakin menurun dan juga adanya anemia

c. Riwayat kesehatan dahulu

Di sini pasien akan memiliki riwayat kesehatan sebelumnya yakni penyakit keputihan ataupun adanya riwayat HIV/AIDS (Ariani, 2015).

d. Riwayat kesehatan keluarga

Penyakit yang dialami oleh keluarga juga bisa menjadi salah satu penyebab yang paling memberikan pengaruh pada kanker dan juga bisa karena adanya kelainan pada gen. Kanker yang dialami oleh keluarga bisa menjadi suatu risiko yang tinggi untuk individu menderita kanker uterus dan juga serviks dibandingkan dengan keluarga yang tidak ada riwayat penyakit ini sebelumnya (Diananda, 2008).

4. Keadaan psikososial

Hal ini berkaitan dengan bagaimana pasien menerima penyakit yang dialami dan juga harapan yang diinginkan dari proses pengobatannya. Selain itu berkaitan juga dengan bagaimana hubungan yang terjalin dengan keluarganya, sumber keuangan dari pasien. Hal ini juga berkaitan dengan bagaimana gambaran pasien terhadap dirinya, ekspresi dari pasien ataupun hal yang dikeluhkan oleh pasien terkait perasaan tidak berguna ataupun merasa dirinya membuat orang lain susah (Reeder and Koniak-Griffin, 2011).

5. Data khusus

a. Riwayat Obstetri dan Ginekologi

Hal yang perlu dicari tahu untuk mengetahui Riwayat obstetru dan ginekologi ialah:

1) Keluhan haid

Hal yang perlu diperhatikan ialah Riwayat dari menarche dan juga haid yang paling akhir dialami. Hal ini dikarenakan penyakit ini biasanya tidak didapati saat individu belum mengalami menarche dan juga mengalami atropi pada waktu menopause. Ketidakteraturan menstruasi ataupun terjadinya pendarahan ketika tidak terjadi haid ialah salah satu hal yang menjadi gejala pada kanker uterus ataupun serviks.

2) Riwayat kehamilan dan persalinan

Jumlah dari proses kehamilan dan juga anak yang hidup dari individu juga harus diketahui. Hal ini dikarenakan, kanker serviks dan juga uterus yang paling banyak ialah individu yang mengalami partus dan ketika partus ini makin sering terjadi maka risiko karsinoma utereus dan juga serviks yang diderita juga makin besar (Aspiani, 2017).

b. Aktivitas dan Istirahat

Gejala:

- 1) Mengalami anemia yang kemudan menjadikan individu itu lelah dan juga letih.
- 2) Adanya pola tidur yang berubah di malam hari.
- 3) Hal yang mengganggu kebiasaan tidur ini ialah adanya rasa nyeri, kecemasan dan juga kerungat yang berlebih di malam hari.
- 4) Pekerjaan atau profesi dengan pemajanan karsinogen lingkungan dan tingkat stress yang tinggi.

c. Integritas ego

Adapun gejalanya ialah mengalami stress, adanya penolakan pada diri sendiri, penundaan untuk melakukan pengobatan, adanya keyakinan spiritual, adanya kecacatan pada lesi,

pembedahan, dan juga penyangkalan pada diagnose yang didapatkan, serta individu yang merasakan putus asa.

d. Eliminasi

Adanya pola defikasi, eliminasi, urinalis yang berubah seperti adanya rasa nyeri.

e. Makan dan minum

Adanya proses diet yang tidak sesuai seperti rendahnya serat, lemak yang tinggi, konsumsi makanan dengan zat adiktif, dan juga menggunakan pengawet.

f. Neurosensori

Individu mengalami pusing dan juga sinkope.

g. Nyeri dan kenyamanan

Rasa nyeri yang timbul memiliki derajat kesakitan yang berbeda, seperti tidak nyaman, tingan sampai dengan nyeri yang sangat hebat tergantung dengan proses dari penyakitnya.

h. Keamanan

Adanya pemajanan pada zat kimia yang toksik dan juga karsinogen. Hal ini ditandai dengan adanya demam, ulserasi dan juga munculnya ruam di kulit.

i. Seksualitas

Individu mengalami pola seksual yang berubah, munculnya keputihan dalam jumlah yang banyak dan juga bau yang semakin tidak sedap, munculnya pendarahan setelah melakukan senggama.

j. Integritas sosial

Proses sosialisasi dengan sekitar menjadi semakin tidak nyaman, adanya rasa malu dengan lingkungannya dan juga acuh (Mitayani, 2009).

k. Pemeriksaan penunjang

Pemeriksaan yang dilakukan yakni pap smear, koloskopi, pemeriksaan visual dengan cara langsung, gineskopi, servikogami (Padila, 2015). Pemeriksaan hematologi juga perlu untuk dilaksanakan hal ini dikarenakan penderita kanker ini akan

terus menerus mengalami kekurangan darah karena adanya hemoglobin yang semakin menurun. Adapun hemoglobin normalnya di angka 12-16 gr/dl di wanita (Brunner and Suddarth, 2013).

1. Pemeriksaan fisik

1) Kepala

Rambut yang mengalami kerontokan dan juga menjadi mudah untuk dicabut

2) Wajah

Adanya konjungtiva anemis yang terjadi karena adanya perdarahan.

3) Leher

Kelenjar getah bening yang ada di leher mengalami pembengkakan ketika individu sudah ada di stadium lanjut.

4) Abdomen

Rasa nyeri dialami individu di bagian abdomen dan juga punggung bagian bawah karena adanya tumor yang semakin membuat saraf lumbosakralis tertekan (Padila, 2015).

5) Ekstermitas

Adanya rasa nyeri dan juga kaki yang terus membengkak.

6) Genitalia

Adanya secret yang berlebih, keputihan, mengalami peradangan, perdarahan pervaginam dan juga lesi yang umumnya dialami (Brunner and Suddarth, 2013).

3.2.2 Diagnosis Keperawatan

Adapun SDKI menyatakan diagnosis keperawatan yang dirasakan oleh individu ialah (PPNI, 2017)

1. D.0078 Nyeri kronis berhubungan dengan penekanan saraf
2. D.0019 Defisit nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan menelan makanan
3. D.0009 Perfusi perifer tidak efektif berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin

4. D.0069 Disfungsi seksual berhubungan dengan perubahan struktur tubuh
5. D.0111 Defisit Pengetahuan berhubungan dengan kurang terpapar informasi
6. D.0087 Harga diri rendah berhubungan dengan perubahan pada citra tubuh.
7. D.0012 Risiko perdarahan berhubungan dengan gangguan koagulasi (trombositopenia)
8. D.0142 Risiko infeksi berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunopresi)

3.2.3 Perencanaan Keperawatan

Penyusunan keperawatan ini dilakukan awalnya dengan cara membuat suatu tujuan yang hendak dicapai dari asuhan keperawatannya. Adapun tujuan ini terdiri dari tujuan jangka panjang dan pendek. Proses perencanaan ini juga memuat suatu kriteria hasil.

Adapun tata cara yang dilakukan untuk menuliskan suatu tujuan didasarkan pada metode SMART yakni .

S: Spesific (arti yang dimiliki jelas dan tidak ada makna ganda)

M: Measurable (bisa dilakukan pengukuran dengan jelas).

A: Achievable (memungkinkan untuk bisa diwujudkan).

R: Reasonable (ada pertanggungjawaban secara ilmiah).

T: Time (adanya kejelasan waktu).

Adapun ciri-ciri dari rencana asuhan keperawatan ialah:

1. Menggunakan suatu prinsip yang ilmiah
2. Kondisi yang dialami klien ialah yang akan menjadi landasan
3. Dipakai untuk bisa membentuk suatu kondisi yang aman dan juga terapeutik
4. Membentuk suatu sistem dalam pengajaran
5. Sarana prasarana yang digunakan harus sesuai

Tabel 3.1: Perencanaan Keperawatan (PPNI, 2017)

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
1.	D.0078	Nyeri kronis b.d penekanan saraf	<p>SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa melakukan kontrol dan juga memperlihatkan adanya rasa nyeri yang kriteria hasilnya yakni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bisa memahami faktor yang menyebabkan nyeri 2. Bisa menjalankan tindakan untuk bisa memajemen nyeri dengan memakai teknik non farmakologis 3. Bisa memberikan laporan pada rasa nyeri, frekuensi dan juga durasinya 4. Adanya tanda vital yang menunjukkan kondisi normal 5. Klien menyatakan adanya rasa nyeri yang menurun menjadi skala 1-2 	<p>SIKI: Manajemen nyeri I.08238</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri 2. Identifikasi skala nyeri 3. Identifikasi respons nyeri nonverbal 4. Kontrol lingkungan yang memperberat rasa nyeri 5. Fasilitasi istirahat dan tidur 6. Jelaskan penyebab, periode, pemicu nyeri 7. Ajarkan teknik non farmakologis untuk mengurangi nyeri 8. Kolaborasi pemberian analgetik

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			sari yang awalnya 10 6. Wajah bisa menunjukkan ekspresi tenang 7. Klien menyatakan dirinya bisa tidur dan beristirahat	
2.	D.0019	Adanya penurunan pada nutrisi b.d dan juga tidak mampu menelan makanan	Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa terpenuhi akan kebutuhannya dengan nutrisinya yakni: 1. Penurunan berat badan tidak terjadi 2. Bisa melakukan identifikasi kebutuhan individu akan nutrisi 3. Tidak terjadi pertanda individu mengalami kekurangan nutrisi 4. Adanya fungsi pengecap dari menelan yang meningkat	SIKI Manajemen Nutrisi I.03119 1. Identifikasi status nutrisi 2. Identifikasi adanya alergi atau adanya intoleransi makanan 3. Monitor asupan makanan 4. Monitor berat badan 5. Monitor hasil dari pemeriksaan laboratorium 6. Berikan makanan tinggi protein dan tinggi kalori 7. Anjurkan pasien makan sedikit tapi sering 8. Anjurkan posisi duduk saat makan, jika mampu 9. Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrien yang dibutuhkan, jika perlu

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			5. Kondisi cairan baik oral/intravena/parental terpenuhi dengan kuat	
3.	D.0009	Perfusi perifer tidak efektif b.d mengalami konsentrasi hemoglobin yang menurun	SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa memiliki perfusi perifer efektif dengan kriteria hasil: 1. Tekanan sistole dan diastole yang ada di kondisi normal 2. Tidak terjadi ortostatik hipertensi 3. Kapilari refil < 2 detik	SIKI: Perawatan Sirkulasi I.02079 1. Periksa sirkulasi perifer 2. Identifikasi faktor risiko gangguan pada sirkulasi 3. Monitor adanya panas, kemerahan nyeri atau bengkak ekstermitas 4. Catat hasil lab Hb dan Ht 5. Lakukan hidrasi 6. Jelaskan kepada pasien dan keluarga tentang tindakan pemberian tranfusi darah 7. Kolaborasi pemberian tranfusi darah
4.	D.0069	Disfungsi seksual b.d struktur tubuh yang berubah	SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa mengatasi gangguan disfungsi seksual dengan kriteria hasil:	SIKI: Konseling Seksualitas I.07214 1. Identifikasi tingkat pengetahuan, masalah sistem reproduksi, masalah seksualitas,

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<ol style="list-style-type: none"> 1. Bisa mengenali dan juga menerima identitas seksualnya 2. Bisa memahami permasalahan reproduksi 3. Adanya fungsi seksual yakni integrasi aspek fisik, sosioemosi dan intelektual ekspresi dan juga performa seksualnya 4. Bisa melakukan kontrol pada kecemasannya 5. Mengalami fungsi seksual yang berubah 	<p>dan penyakit menular seksual</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. Identifikasi waktu disfungsi seksual dan kemungkinan penyebab 3. Monitor stress, kecemasan, depresi, dan penyebab disfungsi seksual 4. Fasilitasi komunikasi antara pasien dan pasangan 5. Berikan kesempatan kepada pasangan untuk menceritakan permasalahan seksual 6. Berikan pujian terhadap perilaku yang benar 7. Berikan saran yang sesuai kebutuhan pasangan dengan menggunakan bahasa yang mudah diterima, dipahami dan tidak menghakimi. 8. Jelaskan efek pengobatan, kesehatan, dan penyakit terhadap disfungsi seksual. 9. Informasikan pent

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				ingnya modifikasi pada aktivitas seksual 10. Kolaborasi dengan spesialis seksologi, jika perlu
5.	D.008 7	Harga diri rendah b.d citra tubuh yang berubah	<p>SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa mengatasi masalah rendahnya harga diri yakni dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Memperllihatkan adanya perubahan pada cara penilaiannya pada harga diri 2. Bisa menyatakan adanya penerimaan pada dirinya 3. Adanya komunikasi yang sifatnya terbuka 4. Adanya rasa optimis pada masa depan 5. Pemakaian strategi koping yang dirasa efektif 	<p>SIKI: Promosi Koping I.09312</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bisa melakukan identifikasi terkait kemampuan yang ada 2. Bisa memahami proses dari suatu penyakit 3. Bisa melakukan identifikasi dampak yang ditimbulkan dari sutau situasi terkait peran dan juga hubungan 4. Bisa mengidentifikasi metode yang dipakai dalam menyelesaikan permasalahan 5. Bisa mengidentifikasi kebutuhan dan juga keinginan terkait dukungan sosial 6. Melakukan diskusi terkait peran yang berubah 7. Menggunakan pendekatan yang sifatnya tenang dan juga meyakinkan 8. Mendiskusikan alasan

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				<p>mengapa melakukan kritik pada diri sendiri</p> <p>9. Mendiskusikan konsekuensi tidak menggunakan rasa bersalah dan asamalu</p> <p>10. Memfasilitasi individu untuk bisa mendapatkan informasi yang dibutuhkan</p> <p>11. Memotivasi individu untuk membuat suatu harapan yang bisa menjadi nyata</p> <p>12. Memberikan pendampingan saat berduka</p> <p>13. Menyarankan memakain suatu sistem spiritual ketika dibutuhkan</p> <p>14. Menyarankan untuk bisa mengungkapkan apa yang dirasakan dan juga dipikirkan</p> <p>15. Menyarankan agar keluarga ikut terlibat</p> <p>16. Menyarankan cara yang tepat dalam pemecahan permasalahan</p> <p>17. Melatih untuk menggunakan teknik</p>

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				rileksasi
6.	D.011 1	Defisit Pengetahuan b.d kurang terpapar informasi	<p>SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa memperlihatkan pengetahuan yang makin mengalami peningkatan dengan kriteria hasil:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pasien dan juga keluarga bisa menyatakan bahwa mereka mampu memahami penyakit yang diderita pasien, kondisinya, prognosis dan juga program yang harus dijalankan sebagai langkah pengobatan 2. Pasien dan juga keluarga bisa melakukan tata cara sesuai dengan apa yang sudah dijelaskan dengan baik dan benar 3. Pasien dan jikalau keluarga bisa kembali 	<p>SIKI: Edukasi Proses Penyakit I.12444</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengidentifikasi seberapa siap dan mampu dalam menerima informasi 2. Menyediakan materi dan juga media dalam pendidikan kesehatan 3. Menjadwalkan pendidikan kesehatan seperti apa yang sudah disepakati 4. Memberikan kesempatan untuk memberikan pertanyaan 5. Menjelaskan hal yang menjadi penyebab dan juga faktor risiko dari penyakit yang diderita 6. Menjelaskan proses yang terjadi dalam patofisiologi munculnya suatu penyakit 7. Menjelaskan tanda dan juga gejala yang muncul karena penyakit 8. Menjelaskan komplikasi mungkin terjadi

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
			<p>memberikan penjelasan terkait hal yang dilakukan dalam perawatan</p>	<p>9. Mengajarkan cara untuk bisa membuat gejala ini mereda 10. Mengajarkan bagaimana cara untuk meminimalisir efek samping yang ditimbulkan karena proses intervensi 11. Menginformasikan kondisi terkini dari pasien 12. Menyarankan untuk bisa melapor ketika ada gejala berat yang dirasakan</p>
7.	D.001 2	<p>Risiko perdarahan b.d gangguan koagulasi (trombositopeni a)</p>	<p>SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya bisa tidak terjadi perdarahan dengan kriteria hasil :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Tekanan darah dalam batas normal 2. Tidak ada perdarahan pervagina 3. Hemoglobin dan hematokrit dalam batas normal 	<p>SIKI: Pencegahan Perdarahan I.02067</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Monitor tanda dan gejala perdarahan 2. Monitor nilai hematokrit/ hemoglobin sebelum dan setelah kehilangan darah 3. Monitor tanda-tanda vital ortostatik 4. Monitor koagulasi 5. Pertahankan bedest selama perdarahan 6. Jelaskan tanda dan gejala perdarahan 7. Anjurkan menghindari aspirin atau antikoagulan 8. Anjurkan

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				<p>meningkatkan asupan makanan dan vitamin K</p> <p>9. Anjurkan segera melapor dokter jika terjadi perdarahan</p> <p>10. Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan</p> <p>11. Kolaborasi pemberian produk darah</p>
8.	D.014 2	Risiko infeksi b.d ketidakadekuatan pertahanan tubuh sekunder (imunosupresi)	<p>SLKI: Ketika sudah dilakukan asuhan 6x24 jam pasien harapannya infeksi tidak terjadi dengan kriteria hasil: Klien tidak mengalami infeksi Adanya kemampuan klien untuk bisa melakukan pencegahan pada munculnya infeksi Adanya leukosit yang jumlahnya ada di kategori normal Adanya perilaku hidup sehat di diri klien</p>	<p>SIKI: Pencegahan Infeksi I.14539</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mengawasi adanya tanda-tanda dan juga gejala infeksi yang sifatnya lokal dan juga sistemik 2. Mencuci tangan pada waktu sebelum dan juga sesudah melakukan kontak dengan pasien dan juga lingkungan dari pasien 3. Mampu memberikan penjelasan terkait tanda dan juga gejala terajidnya infeksi 4. Mampu memberikan penjelasan pada cara untuk melakukan cuci tangan yang baik dan juga benar 5. Memberikan saran

No .	No Dx Kep (SDKI)	Diagnosis Keperawatan	Tujuan dan Kriteria Hasil	Intervensi
				terkait cara untuk menjadikan asupan nutrisi mengalami peningkatan 6. Melakukan kolaborasi pada pemberian antibiotik

3.2.4 Implementasi Keperawatan

Implementasi ialah suatu bentuk Tindakan yang dilakukan dan hal ini berasal dari proses perencanaan keperawatan yang sebelumnya sudah dirancang dengan adanya pengetahuan perawat. Adapun 2 intervensi yang dilakukan ialah mandiri/independent dan juga kolaborasi/interdisipliner (PPNI, 2018). Adapun tujuan dari implementasi ini sendiri ialah untuk melakukan, memberikan bantuan, dan juga melakukan arahan pada kinerja kegiatan harian, memberikan asuhan keperawatan sebagai cara dalam membuat tujuan yang berpusat pada klien ini bisa tercapai, melakukan catatan dan juga bisa bertukar informasi yang sesuai dengan perawatan Kesehatan yang sifatnya berkelanjutan yang muncul dari klien (Asmadi, 2008).

3.2.5 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi ini ialah suatu proses untuk menilai status yang dialami dari pasien dari suatu efektivitas Tindakan dan juga bisa mencapai hasil yang sifatnya akan terus diamait di tiap proses yang dilakukan dalam keperawatan dan juga rencana yang sudah dijalankan (PPNI, 2018). Adapun tujuan dari proses evaluasi ini sendiri ialah untuk bisa melihat tujuan yang sudah dicapai dalam proses keberjalanannya atau bahkan yang belum tercapai (Asmadi, 2008). Selain itu, tujuan lainnya ialah untuk bisa melakukan kajian terkait hal yang menyebabkan ketika tujuan yang diharapkan ini belum bisa tercapai.

Adapun hal yang bisa dilakukan yakni dengan melakukan hubungan pada pasien itu sendiri.

1. Evaluasi Formatif

Hasil yang didapatkan dari proses observasi dan juga analisa perawat ini ialah suatu respon yang didapatkan dari pasien saat sudah melakukan tindakan keperawatan dan hal ini harus dituliskan dalam catatan perawat.

2. Evaluasi Sumatif

Ini ialah suatu bentuk kesimpulan yang didapatkan dari setiap data yang diperoleh yang selaras dengan waktu yang ada dalam tujuan. Bentuknya dituliskan dalam catatan perkembangan.

Adapun prosesnya menggunakan pendekatan “SOAP” yakni (1) S: Data yang sifatnya subjektif di mana data ini didapatkan langsung dari klien terkait pandangan klien terkait data tersebut; (2) Data objektif ialah suatu bentuk data yang didapatkan melalui proses observasi dari perawat mencakup tanda klinik dan juga fakta yang didapatkan terkait penyakit yang diderita pasien seperti data fisiologis, informasi dan juga pemeriksaan dari tenaga Kesehatan.; (3) A: Analisis yakni suatu bentuk analisa ataupun kesimpulan yang didapatkan dari data yang didapar.;(4) P: Perencanaan ialah kegiatan untuk mengembangkan suatu rencana saat itu ataupun yang selanjutnya untuk bisa mengoptimalkan status Kesehatan dari klien (Hutahaen, 2010).

Tolak ukur dari tercapainya tujuan di tahap evaluasi ini ialah (1) permasalahan dapat ditangani dan apabila pasien bisa memperlihatkan adanya perubahan yang selaras dengan apa yang dituju dan juga kriteria hasil yang sudah dibentuk; (2) Sebagian masalah bisa ditangani yakni ketika klien bisa memperlihatkan adanya hasil yang berubah sebagian; (3) Permasalahan yang tidak bisa tertasi yakni suatu kondisi di mana klien tidak bisa memperlihatkan adanya perubahan sesuai dengan apa yang telah ditetapkan sama sekali atau bahkan adanya permasalahan baru yang muncul.

Bab 4

Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung

4.1 Pendahuluan

Menurut *The Global Cancer Observatory* (2020), yang menyatakan hasil survey GLOBOCAN (Global Burden Cancer), 2018 insiden kanker kolon diseluruh dunia menempati urutan ke tiga dan terjadi pada laki-laki. Di Indonesia berdasarkan data dari Komite Penanggulangan Kanker Nasional,(2019) kanker kolon merupakan urutan ketiga dan jumlahnya semakin meningkat dengan jumlah kasus 1,8 per 100.000 penduduk, yang terjadi pada usia dibawah 50 tahun berkisar sekitar 51%.Dan diprediksi terjadi kecenderungan meningkat hal ini banyak faktor yang memengaruhi antara lain gaya hidup dan pola makan. Kanker kolon atau sering dikenal dengan kanker kolorectal merupakan pertumbuhan sel-sel ganas yang lambat termasuk penyakit yang mematikan karena penderita sering tidak merasakan ada masalah namun gejala yang dirasakan setelah stadium lanjut dan memerlukan penatalaksanaan pembedahan, perawatan paliatif karena pasien akan mengalami fatigue dan

depresi sehingga memengaruhi kualitas hidup (Nuridah, Saleh, & Kaelan, 2019)

4.2 Kanker Kolorectal

Kanker kolorectal adalah keganasan yang menyerang jaringan epitel di usus besar yaitu colon dan jaringan *rectum* (Saputra, 2018) Pertumbuhan sel tumor pada usus awalnya jinak yang disebut dengan adenoma, sebuah benjolan/polip kecil dan berkembang menjadi adenocarcinoma.

4.2.1 Faktor Risiko

Ida Mardalena (2018), mengatakan penyebab secara pasti pada kanker kolorectal tidak diketahui namun diduga ada beberapa faktor yang memengaruhi antara lain

1. Riwayat penyakit polip pada kolon ataupun pada rectum, penyakit Chron's, colitis ulceratif.
2. Riwayat keluarga ada yang menderita kanker kolon
3. Diet rendah serat dan tinggi lemak terutama daging merah yang menyebabkan sekresi asam dan bakteri anaerob.
4. Makanan yang banyak mengandung zat kimia yang memicu kanker
5. Kurang konsumsi sayur dan buah
6. Berat badan berlebih, kurang aktivitas/olah raga
7. Kebiasaan merokok

4.2.2 Patofisiologi

Kanker kolon dan rectum pada awalnya sebagai polip adenoma bersifat adenokarsinoma dari lapisan epitel usus dan sebagian besar tumor terjadi di rectum dan sigmoid. Pertumbuhannya bersifat lambat dan sering tidak terdeteksi, tidak ada gejala yang dirasakan. Manifestasi klinis dirasakan oleh pasien kemungkinan kanker sudah menyebar kelapisan usus yang lebih dalam dan sudah merusak jaringan normal sekitarnya. Tumor dapat berbentuk polipoid tumbuh kedalam lumen dan meluas kestruktur annular (mirip seperti cincin) lesi ini sering ditemukan pada rectosigmoid sedangkan pada sekum

dan kolon desenden berbentuk polipoid datar. Penyebar luasan keseluruhan lapisan usus, submukosa dan dinding usus terluar.

Tumor dapat menyebar dengan menginfiltrasi ke struktur yang berdekatan seperti kandung kemih, penyebaran ke hati secara hematogen aliran darah balik dari venaporta. Metastasis ke kelenjar limphe regional yang umum terjadi pada kanker primer melalui sistem limfatik, dan menyebar ke area lain dari rongga peritoneal melalui serosa atau pada waktu reseksi pembedahan

4.2.3 Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis pada kanker kolorectal baru timbul setelah sampai pada kondisi lanjut dan sangat tergantung pada lokasi, jenis dan luasnya serta komplikasinya.

Manifestasi yang sangat menonjol pada umumnya:

1. Perubahan kebiasaan/ pola defekasi:diare atau konstipasi
2. BAB berdarah
3. Penurunan berat badan secara signifikan tanpa sebab yang jelas
4. Pada tahap lanjut nyeri abdomen dan terdapat distensi
5. Anemia, anoreksia
6. Kelelahan/fatigue

Tabel 4.1: Lokasi kanker dan Klinis (Erfandi Ekaputra, Nursalam,2018)

Lokasi	Kolon (D)	Kolon (S)	Rektum
Type	Besar, ulceratif	Kecil, stenosis	Infiltrat,ulseratif
Klinis	kolitis	Obstruksi	Proktitis
<i>Bowel Habits</i>	Diare	Konstipasi	Tenesmus
Obstruksi	Jarang	Dominan	Jarang
Darah dalam tinja	Mikrokospis	Mikrokospis/makrokospis	Makrokospis
KU Memburuk	Dini	Lambat	Lambat

4.2.4 Klasifikasi

Stadium kanker merupakan standarisasi perluasan tumor pada lapisan dinding kolon atau rectum, penyebaran ke kelenjar getah bening ataupun organ lain.

stadium ini dapat memberikan pertimbangan penting untuk menentukan jenis terapi yang akan diberikan. Tabel ini dibawah merupakan klasifikasi pada kolorectal:

Tabel 4.2: TNM pada Kanker Kolorectal (Priscila Lemone, Karen Mburke, 2017)

Stadium	Tumor Primer (T)	Nodus Limpe Regional (N)	Metastase jauh
	TX -tumor tidak dapat dikaji TO- tidak terdapat bukti tumor primer	NX: Nodus limphe regional tidak dapat dikaji	MX: Keberadaan metastases jauh tidak dapat dikaji
Stadium 0	Karsinoma insitu	NO: tidak ada metastase nodus limphe regional	MO: Tidak ada metastases jauh
Stadium 1	T1: tumor menginvasi submukosa T2: tumor menginvasi muskularis propia		
Stadium 2	T3: tumor menginvasi melalui muskularis propia kedalam subserosa atau kedalam perikolik nonperitoneal atau jaringan peritoneal T4: Tumor perforasi peritoneum viseral atau secara langsung menginvasi organ atau struktur lain		
Stadium 3	T apapun	N1:metastase pada 1-3 nodus limpe perikolik atau perirectal N2: metastase pada empat atau lebih nodus limpe	

		perikolik atau perirectal	
Stadium 4	T apapun	N manapun	M1: metastase jauh

4.2.5 Komplikasi

Komplikasi yang paling sering terjadi pada kanker kolorectal antara lain

1. Obstruksi usus akibat adanya penyempitan lumen dari lesi dapat bersifat partial ataupun total
2. Perforasi dinding usus akibat tumor dan berisiko terjadinya kontaminasi rongga peritoneal
3. Metastase /penyebaran secara hematogen, limfogen atau infiltrasi secara langsung ke organ sekitar
4. Pertumbuhan dan ulserasi yang mengenai pembuluh darah sekitar colon yang menyebabkan terjadinya perdarahan.

4.2.6 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan medis pada kanker kolorectal mempertimbangkan stadium, penyebaran dan komplikasinya, pengobatan kanker pada umumnya dalam bentuk terapi suportif atau terapi ajufan dan pembedahan.

Pilihan terapi meliputi radiasi, kemoterapi dan imunoterapi.

1. Pembedahan merupakan tindakan primer kanker kolon, pembedahan dapat bersifat kuratif ataupun paliatif. Pembedahan merupakan tindakan primer pada kasus kanker kolon dan rectum, jenis pembedahan sangat tergantung pada lokasi tumor. Jenis pembedahan meliputi: Kolostomie laparoskopik, Kolostomie: kolostomie sigmoid, kolostomi double barrel
2. Radioterapi
Terapi radiasi dapat dilakukan pada kondisi praoperasi dan pasca operasi, tindakan radiasi pra operasi diberikan pada pasien dengan tumor besar sampai diangkat dengan lengkap dan radiasi pada pasca operasi bertujuan mengurangi risiko kekambuhan dan untuk mengurangi nyeri

3. Kemoterapi

Agen kemoterapi digunakan pasca terapi sebagai terapi ajuvan pada kanker kolorectal, bila terapi dikombinasi dengan terapi radiasi. Terapi ini digunakan untuk mengurangi penyebaran ke hepar dan mencegah ke kambuhan

Penatalaksanaan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien yang terdiagnosa kanker pada umumnya mengalami perubahan pada psikologis lebih sering pada pasien yang telah mengalami metastase. Perawatan paliatif merupakan perawatan yang utama dengan memberikan dukungan adaptasi dan kemandirian, memberikan kenyamanan, berupaya mempertahankan fungsi fisiologis optimal, mencegah komplikasi serta memberikan informasi yang berhubungan dengan prognosis penyakit dan pengobatan. Tujuan dari perawatan ini antara meningkatkan kualitas hidup pasien.

4.2.7 Pemeriksaan Penunjang

1. Endoscopic: untuk menegakkan diagnosa dan melihat gambaran dengan jelas khas karsinoma ataupun ulkus
2. Radiologi: enema barium dapat memberikan gambaran ukuran tumor, radiologi pada thoraks untuk mendeteksi adanya penyebaran sel-sel kanker.
3. CT scan: dapat memperjelas adanya masa dan adanya metastase keorgan lain seperti hepar, kandung kemih.
4. USG: untuk mendeteksi metastase di area abdomen
5. Biopsi: untuk menegakkan diagnosa
6. Pemeriksaan jumlah darah lengkap, tumor marker.

4.3 Kanker Lambung

4.3.1 Pengertian

Kanker lambung adalah keganasan yang terjadi di lambung, sebagian besar jenis adenokarsinoma yang mengenai sel penghasil mukus (Arifmutaqin,

2013), (Priscila Lemone, Karen Mburke, 2017). Jenis kanker lambung lainnya adalah limfoma dan leiomyosarkoma (kanker otot polos). Insiden kanker lambung terjadi pada usia 50-70 tahun, jenis kelamin laki-laki, kelompok sosial ekonomi rendah.

4.3.2 Etiologi dan Faktor Risiko.

Etiologi secara pasti belum diketahui, namun diduga beberapa faktor risiko terjadi kanker lambung, antara lain:

1. Infeksi *H pylori* merupakan faktor risiko utama pada kanker lambung. Ulkus duodenum dan tukak lambung 90% disebabkan *H pylori*, maka terjadi peradangan yang lebih luas meningkatkan kanker lambung
2. Gastritis kronis
3. Konsumsi makanan yang diawetkan, diasinkan dan diasap, Kandungan garam yang masuk kedalam lambung akan memperlambat pengosongan lambung sehingga nitrat berubah menjadi *carciogenic nitrosamin* sehingga berisiko jadi kanker lambung.
4. Mengonsumsi alkohol dan merokok
5. Faktor genetik ada keluarga yang menderita kanker lambung
6. Anemia *pernisiosa* akibat kegagalan mengabsorpsi vitamin B12(kobalamin) karena kurangnya faktor intrinsik sekresi lambung.

4.3.3 Patofisiologi

Adenocarcinoma lambung terdiri dari dua type yaitu type glandular (type intestinal, dan *type* difuse (infiltratif pada dinding mukosa lambung). Adenocarcinoma ini dapat ditemukan disetiap area permukaan mukosa lambung terutama bagian distal.

Kanker lambung ini awalnya sel terlokalisasi (*in situ*) kemudian berkembang dan menginvasi muskularis propria kemudian metastasis ke kelenjar getah bening regional, terus meluas ke jaringan sekitarnya terutama hati, paru-paru dan peritonium.

4.3.4 Manifestasi klinis

Gejala yang dirasakan pasien pada awalnya tidak jelas, gangguan baru muncul dan dirasakan oleh pasien pada fase progresif. Gejala yang ditemukan antara lain:

1. Dyspepsia
2. Rasa cepat kenyang
3. Anoreksia, mual dan muntah
4. Nyeri abdomen setelah makan
5. Regurgitasi
6. Penurunan berat badan
7. Konstipasi
8. Ascites
9. Ditemukan darah pada faeses

4.3.5 Klasifikasi

Menurut Ida Mardalena (2018), Keganasan pada kanker lambung secara garis besar dibagi dua antara lain:

1. Early Gastric Cancer (kanker lambung awal)
Pada type ini dibagi atas:
 - a. Type I (Pituitated type): tumor yang menginvasi terbatas pada submukosa dan mukosa yang berbentuk polipoid ireguler
 - b. Type II (Superficial type) dibagai mejadi 3 subtype (2a:tampak elevasi, 2b:tampak perubahan pada warna mukosa, 2c: permukaan yang ireguler hyperemik /perdarahan)
2. Advanced Gastric Cancer (tumor ganas lanjut)
Klasifikasi Boorman tumor ganas diklasifikasikan menjadi empat, antara lain:
 - a. Boorman I: poloid carsinoma sebagai fungating dan mukosa sekitar tumor atropik dan ireguler
 - b. Boorman II: tepi ulkus serta mkosa sekitar menonjol disertai noduler, dasar ukus nekrotik warna coklat dan keabu-abuan, mukosa sekitar ulkus hyperemik

- c. Boorman III: tidak terlihat batas tegas pada dinding dan infiltrasi difus diseluruh mukosa.
- d. Boorman IV: tidak terlihat batas tegas pada dinding infiltrasi difus di seluruh mukosa.

4.3.6 Komplikasi

1. Hematemesis masif dan melena
2. Perforasi akut/kronik
3. Obstruksi pada area dekat pilorus yang mengakibatkan pasien muntah-muntah.
4. Adhesi jika tumor mengenai dinding lambung dan terjadi infiltrasi dengan organ di sekitarnya
5. Sindrom dumping yang terjadi setelah pasien dilakukan gastrectomie partial

4.3.7 Penatalaksanaan

1. Pembedahan
Pembedahan untuk mengangkat sebagian atau semua bagian lambung yang terkena kanker dan nodus limphe regional tindakan pembedahan dapat gastrektomie parsial (anastomosis dari lambung yang tersisa ke duodenum) atau gastrectomie total (pengangkatan lambung keseluruhan (anastomosis esophagus ke duodenum/jejenum) pemilihan jenis pembedahan sangat tergantung dari penyebaran yang sudah terjadi.
2. Kemoterapi dan radiasi dikombinasikan dan diberikan sebelum tindakan pembedahan untuk mengurangi risiko kekambuhan.

4.3.8 Pemeriksaan Penunjang

1. Radiologi dengan menggunakan barium enema untuk mengetahui adanya lesi
2. USG untuk mengetahui adanya tumor dan penyebaran ke organ sekitar seperti hati, paru, peritonium, dll
3. Endoscopy dan biopsi: mengetahui jenis tumor

4. Laboratorium darah dan faeses: sering ditemukan adanya perdarahan /anemia
5. Pemeriksaan fisik dapat membantu menegakkan diagnosa
6. Sitologi dapat memastikan jenis tumor.

4.4 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung

Perawatan paliatif pada pasien dengan kanker baik colorectal maupun lambung bertujuan memberikan bantuan dalam meringankan distress psikososial yang dialami pasien dan keluarga. Pada stadium lanjut pasien tidak saja gangguan psikologis tapi juga mengalami perubahan secara fisik: nyeri, penurunan berat badan, perubahan pola eliminasi dan gangguan dalam beraktivitas dan gangguan spiritual yang secara tidak langsung akan memengaruhi kualitas hidup.

Untuk itu perawatan paliatif perlu diberikan lebih dini sejak terdeteksi kanker sehingga permasalahan tersebut dapat diatasi dengan baik dan terintegrasi.

4.4.1 Pengkajian

Pengkajian merupakan tahap awal dalam pemberian asuhan keperawatan, pada pasien kanker kolorectal dan lambung fokus pengkajian meliputi:

1. Riwayat kesehatan:
Apakah ada riwayat penyakit yang diderita oleh pasien yang berhubungan dengan penyakit lambung seperti gastritis kronis, infeksi oleh kuman helicobacter maupun usus seperti polip pada usus, *ulceratif colitis* atau penyakit *Chron's*, inflamasi kronis pada colon.
2. Nutrisi metabolik:
Apakah pasien mengalami mual, muntah, anoreksia kesulitan memenuhi kebutuhan nutrisinya?
Informasi lain yang perlu digali jenis, jumlah dan frekuensi makan seperti makanan pedas, asam, panas, dingin atau dibakar, daging merah, rendah serat? Apakah konsumsi makanan yang diawetkan,

siap saji, tinggi lemak, kebiasaan konsumsi rokok/ alkohol, serta riwayat adanya penurunan berat badan yang signifikan. Obat-obatan tertentu yang sering dikonsumsi.

3. Pola eliminasi

Pola eliminasi ini dikaji dari riwayat sebelum sakit terdahulu sampai saat terdiagnosa, deskripsikan apakah ada perbedaan warna, bau konsistensi termasuk perubahan bentuk faeces.

Adakah darah atau lendir /mucus pada faeces, adakah diare/konstipasi, riwayat penggunaan laksatif yang sering, nyeri saat BAB

4. Pola aktivitas

Perawat perlu mengkaji kebiasaan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari, kaji juga apakah pasien merasakan nyeri saat beraktivitas dan kemampuan dalam beraktivitas.

Pasien dengan kanker stadium lanjut sering mengalami fatigue, sebagai penyebab terjadinya kelemahan dan ketidak berdayaan (Cherny, Fallon, Kaasa, Portenoy & Currow, 2015). Kurangnya motivasi pasien untuk melakukan aktivitas rutin ataupun dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari.

5. Riwayat kesehatan keluarga

Penting untuk dikaji apakah ada anggota keluarga yang menderita kanker kolorectal atau lambung.

6. Mekanisme koping

Adanya perasaan cemas, takut, tidak sabar ataupun marah perlu dikaji. Kecemasan merupakan gejala yang lazim ditemukan pada pasien kanker stadium lanjut, kecemasan yang tidak terdiagnosis dan teratasi mengakibatkan ketidakberdayaan (Yodang, 2018)

7. Pengkajian Spiritual

Pengkajian spiritual memberikan gambaran tentang nilai-nilai dan kepercayaan yang dianut oleh pasien dan memengaruhi dalam pengambilan keputusan terkait dengan pengobatan. Perawat dapat membantu dengan menyediakan dan menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien maupun keluarganya, namun ada juga nilai-nilai

spiritual tersebut memberikan efek negatif dan menjadi sumber distress dan emosional.

8. Pengkajian fisik

Pemeriksaan fisik terfokus pada sistem pencernaan khususnya bagian abdomen: auskultasi peristaltik kolon dan palpasi abdomen teraba adanya massa padat, nyeri tekan, distensi abdomen.

Riwayat pembedahan sebelumnya

Pengkajian nyeri pada pasien dengan keganasan harus lebih komprehensif menurut Yodang,2018 yang mengutip pendapat (Simon, 2008; Hughes,2012) dapat menggunakan metode **SOCRATES** untuk dapat melihat gambaran nyeri paliatif

Site of pain (daerah nyeri yang dirasakan);

Onset (kapan nyeri terjadi);

Character (bagaimana nyeri dirasakan),

Radiasi (penyebaran nyeri);

Assosiated features (apakah saat nyeri datang disertai gejala lain?);

Timing/pattern (waktu dan pola nyeri, sewaktu-waktu atau semakin parah pada waktu tertentu);

Exacerbating and relieve factor (faktor yang meningkatkan/mengurangi nyeri);

Severity (skala nyeri)

Pemeriksaan Rectal toucher untuk melihat adanya darah/ lendir pada faeses dan masa pada anus/rectum.

4.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa Keperawatan yang ditemukan pada pasien kanker kolorectal dan kanker lambung antara lain:

1. D.0019 DefisitNutrisi bd ketidakmampuan mencerna makanan: ketidakmampuan mengabsorbsi nutrien
2. D.0049 Konstipasi bd ketidakcukupan asupan serat
3. D.0078 Nyeri kronisberhubungan dengan infiltrasi tumor

4.4.3 Intervensi Keperawatan

Tabel 4.3: intervensi keperawatan dengan model SDKI, SLKI, SIKI (Tim Pokja PPNI, 2017)

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
1	D.0019. Defisit Nutrisi berhubungan dengan ketidakmampuan mencerna makanan: ketidakmampuan mengabsorpsi nutrisi Gejala dan tanda mayor: - Berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal Gejala dan tanda minor: - Cepat kenyang setelah makan - Kram /nyeri abdomen - Nafsu makan menurun Data obyektif: - Bising usus hiperaktif - Otot pengunyah lemah - Otot menelan lemah - Membran mukosa pucat	L.03030 Status Nutrisi Ekspektasi: membaik Kriteria Hasil: - Porsi makan meningkat - Keinginan untuk meningkatkan asupan nutrisi meningkat - Pengetahuan pasien tentang standar asupan nutrisi tepat - Kadar serum albumin meningkat - Perasaan cepat kenyang menurun - Nyeri abdomen menurun - Diare menurun - Berat badan membaik - IMT membaik - Frekuensi makan membaik - Nafsu makan membaik - Bising usus membaik	I. 03119 Manajemennutrisi: Observasi: - Identifikasi status nutrisi (Berat Badan, Tinggi badan,IMT) - Identifikasi adanya riwayat alergi dan intoleransi makanan. - Identifikasi makanan yang disukai, kebutuhan kalori dan jenisnutrient, - Identifikasi perlunya penggunaan slang nasogastic - Monitor asupan makanan, berat badan dan hasil pemeriksaan laboratorium Terapeutik: - Lakukan oral hygiene sebelum makan - Fasilitasi mennetukan pedoman diet, sajian makanan dengan suhu yang sesuai dan ditata secara menarik - Sajikan makanan tinggi serat, tinggi kalori dan protein - Hentikan pemberian makanan melalui selang nasogastric bila

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteriahasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<ul style="list-style-type: none"> - Sariawan - Serum albumin rendah - Diare - Rambut rontok 		<p>tidak toleransi melalui oral</p> <p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi duduk - Ajarkan diet yang diprorogramkan <p>Kolaborasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis makanan yang sesuai kondisi pasien - Berikan medikasi sebelum makan jika diperlukan sesuai program terapi
2	<p>D.0049 Konstipasi bd ketidakcukupan asupan serat</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subyektif:</p> <p>Defekasi kurang dari 2x/seminggu, pengeluaran faeses lama dan sulit</p> <p>Obyektif: faeses keras, peristaltik usus menurun</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subyektif: merasa takut mengalami cedera berulang</p>	<p>L04033 Eliminasi fekal</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteriahasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kontrol pengeluaran faeses meningkat - Keluhan defekasi lama dan sulit menurun - Mengejan saat defekasi menurun - Distensi abdomen menurun - Teraba massa pada rectal menurun - Urgency menurun - Nyeri abdomen menurun - Kram abdomen menurun - Konsistensi faeses 	<p>I.04151 Manajemen fekal</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi masalah usus dan penggunaan pencahar - Identifikasi pengobatan yang berefek pada kondisi gastrointestinal - Monitor buang air besar (warna, frekuensi, konsistensi, volume) - Monitor tanda dan gejala diare, konstipasi atau impaksi <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan air hangat setelah makan - Sediakan makanan tinggi serat

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
	<p>(kekambuhan)</p> <p>Obyektif: bersikap protektif (mis: waspada menghindari nyeri), pola tidur berubah, nafsu makan berubah.</p>	<p>membaik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Frekuensi BAB membaik - Peristaltik usus membaik <p>L03019 Fungsi gastrointestinal</p> <p>Ekspektasi: membaik</p> <p>Kriteria Hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Toleransi terhadap makanan meningkat - Mual, muntah menurun - Dispepsia menurun - Nyeri abdomen menurun - Distensi abdomen menurun - Regurgitasi menurun - Darah pada faeces menurun - Hematemesis menurun - Nafsu makan membaik 	<p>Edukasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan jenis makanan yang membantu meningkatkan keteraturan peristaltik usus - Anjurkan mencatat warna, frekuensi, konsistensi, volume usus - Anjurkan meningkatkan aktivitas fisik sesuai toleransi - Anjurkan untuk mengurangi makanan yang mengandung gas - Anjurkan makan makanan yang mengandung tinggi serat - Anjurkan meningkatkan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi <p>Kolaborasi</p> <p>Kolaborasi pemberian obat suppositoria anal jika perlu</p> <p>I. 04155 Manajemen konstipasi</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Periksa tanda dan gejala konstipasi - Periksa pergerakan usus, karakteristik faeses (konsistensi,

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteriahasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>bentuk, volume dan warna)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi factor risiko konstipasi (obat-obatan, tirah baring, dan diet rendah serat) - Monitor tanda dan gejala ruptur usus/peritonitis <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anjurkan diet tinggi serat - Lakukan masasse abdomen - Lakukan evakuasi faeses secara manual, - Berikan enema/ irigasi bila perlu <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan penyebab masalah dan alasan tindakan - Anjurkan untuk meningkatkan asupan cairan jika tidak ada kontraindikasi - Ajarkan mengatasi konstipasi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi dengan tim adanya peningkatan/ penurunan peristaltik dan bising usus - Jika diperlukan kolaborasi pemberian laksatif

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
3	<p>D0078. Nyeri kronis berhubungan dengan infiltrasi tumor</p> <p>Gejala dan tanda mayor</p> <p>Subyektif: mengeluh nyeri, merasa tertekan</p> <p>Obyektif: tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas.</p> <p>Gejala dan tanda minor</p> <p>Subyektif: merasa takut mengalami cedera berulang (kekambuhan)</p> <p>Obyektif: bersikap protektif (mis: waspada menghindari nyeri), pola tidur berubah, nafsu makan berubah, anoreksia, focus menyempit, berfokus pada diri sendiri, (Tim Pokja SDKI, 2017)</p>	<p>L08066 Tingkat nyeri Ekspektasi: menurun</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Keluhan nyeri menurun - Meringis menurun - Sikap protektif menurun - Gelisah menurun - Kesulitan tidur menurun - Menarik diri menurun - Berfokus pada diri sendiri menurun - Frekuensi nadi membaik - Pola napas membaik - Tekanan darah membaik - Proses berfikir membaik <p>L. 08063 Kontrol Nyeri</p> <p>Ekspektasi meningkat</p> <p>Kriteria hasil:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Melaporkan nyeri terkontrol meningkat - Kemampuan mengenali penyebab nyeri meningkat - Kemampuan menggunakan tehnik nonfarmakologi meningkat - Keluhan nyeri 	<p>I.08238. Manajemen Nyeri</p> <p>Observasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi lokasi, durasi, karakteristik, skala, kualitas, frekuensi, dan intensitas nyeri - Kaji respon non verbal - Kaji factor yang mengurangi dan meningkatkan nyeri - Identifikasi keyakinan dan pengetahuan klien tentang nyeri - Identifikasi pengaruh budaya pasien terhadap nyeri - Monitor respon pasien terhadap pemberian analgetik <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan tehnik nonfarmakologi untuk mengurangi nyeri: hypnosis, terapi music, aromaterapi, tehnik imajinasi terbimbing) - Kontrol lingkungan yang memperat nyeri (suhu, kebisingan, cahaya) - Pertimbangkan jenis dan sumber nyeri dalam memilih meredakan strategi nyeri - Edukasi - Jelaskan penyebab,

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteriahasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
		<p>menurun</p> <ul style="list-style-type: none"> - Penggunaan analgesic menurun. (Tim Pokja SLKI, 2019) 	<p>periode dan pemicu nyeri</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan strategi meredakan nyeri - Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri - Anjurkan menggunakan analgetik secara cepat - Ajarkan tehnik nonfarmakologi <p>Kolaborasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Kolaborasi pemberian analgetic (Tim Pokja SIKI DPP PPNI, 2018) <p>I. 08245 Perawatan kenyamanan</p> <p>Observasi:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identifikasi gejala yang tidak menyenangkan (mual, nyeri, gatal, sesak) - Identifikasi pemahaman tentang kondisi, situasi dan perasaannya - Identifikasi masalah emosional dan spiritual <p>Terapeutik</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan posisi yang nyaman - Berikan kompres dingin atau hangat - Ciptakan lingkungan yang nyaman - Berikan pijatan - Berikan terapi

No	Diagnosis Keperawatan (SDKI)	Tujuan dan Kriteria Hasil (SLKI)	Intervensi (SIKI)
			<p>akupresure</p> <ul style="list-style-type: none"> - Berikan terapi hipnosis - Dukung keluarga yang berpengaruh dan terlibat dalam terapi /pengobatan pasien - Diskusikan mengenai situasi dan pilihan yang diinginkan <p>Edukasi</p> <ul style="list-style-type: none"> - Jelaskan mengenai kondisi dan pilihan terapi /pengobatan - Ajarkan terapi relaksasi - Ajarkan Latihan terapi - Ajarkan tehnik relaksasi dan distraksi, imajinasi terbimbing

Bab 5

Askep Paliatif Kanker Paru dan PPOK

5.1 Pendahuluan

Kanker paru-paru adalah penyebab utama kematian terkait kanker di seluruh dunia. Pasien kanker paru memiliki resiko tinggi mengalami penderitaan yang berat karena gejala klinis yang berat dan refrakter, komorbiditas, perkembangan penyakit yang sering, dan program pengobatan yang tidak tepat sehingga dapat memperburuk dan mengganggu kualitas hidup. Perawatan paliatif (PC) telah menunjukkan banyak manfaat bagi pasien dengan masalah paru kronis seperti PPOK dan kanker yaitu adanya peningkatan kualitas hidup yang lebih baik, pasien dan keluarga memiliki tingkat kepuasan tinggi, serta pemahaman penyakit menjadi lebih baik, masalah depresi yang lebih sedikit, dan bahkan penerapan ini secara dini dapat meningkatkan kelangsungan hidup. Untuk alasan ini, banyak masyarakat telah mengakui Perawatan paliatif sebagai komponen penting dari perawatan kanker paru-paru, dan penerapannya secara dini direkomendasikan untuk pasien dengan penyakit metastasis atau gejala refrakter seperti PPOK. Namun sayangnya, penerapan perawatan paliatif ini di lapangan masih sangat rendah dan baru terlaksana ketika pasien sudah mendekati akhir hayatnya. Kesalahpahaman tentang PC sering mendasari keterlambatan rujukan ke PC. Ulasan ini merangkum

literatur untuk pemanfaatan Perawatan Paliatif (PC) pada kanker paru-paru serta PPOL dan berfokus pada penerapan asuhan keperawatannya.

Sebagai spesialisasi medis yang relatif baru, tujuan dan definisi layanan PC telah berkembang. Sementara awalnya berfokus pada perawatan akhir kehidupan (EoL), pada praktik klinis 2012 pedoman Jaringan Kanker Komprehensif Nasional (NCCN) mengenali PC sebagai rangkaian perawatan (Levy, et al. 2012), Dalam model mereka, perawatan dengan konsep paliatif diimplementasikan oleh tim onkologi, dan ahli onkologi menggunakan spesialis PC dan layanan khusus ketika memberikan perawatan bagi pasien. pedoman NCCN mendefinisikan PC sebagai perawatan kesehatan yang berfokus pada pencegahan dan pengurangan penderitaan, manajemen gejala yang efektif, mengatasi kebutuhan psikososial, dan mengoptimalkan kualitas hidup (QoL) untuk pasien dan keluarganya (Levy, M.H., et al), Idealnya, perawatan dimulai saat diagnosis penyakit yang membatasi hidup dan diberikan bersamaan dengan terapi perpanjangan hidup.

5.2 Kanker Paru

Pasien dengan kanker paru-paru memiliki tantangan unik di antara pasien yang mengalami penyakit dengan tingkat kelangsungan hidup terbatas. Meskipun skrining meningkat, kesadaran penyakit, dan pilihan pengobatan yang berkembang, kanker paru-paru memiliki persentase angka kematian terkait kanker tertinggi, 19 hingga 85% pada pasien kanker paru-paru dengan metastasis (Molassiotis, et al. 2015) Sebagian besar pasien dengan sel kecil dan kanker paru-paru non-sel kecil (NSCLC) bertahan <1 tahun (Lutz S, 2001). Kondisi Ini Selain membawa prognosis yang buruk, pasien kanker paru-paru memiliki beban gejala yang tinggi. Data terbaru menunjukkan bahwa 90% dari pasien kanker paru-paru akan melaporkan rasa sakit selama perjalanan mereka (Simone, et al. 2012) dengan kanker paru-paru juga melaporkan intensitas gejala yang lebih tinggi daripada diagnosis kanker lainnya (Cooley, et al. 2000), gejala yang jarang mendapatkan intervensi (Lutz S, 2001), gejala yang mungkin refrakter terhadap pengobatan, dan gejala yang memburuk seiring waktu (Koczywas, et al. 2013), status pekerjaan. Gejala yang paling sering dilaporkan termasuk nyeri, dispnea, kelelahan, kecemasan, depresi, batuk, dan insomnia (Yennurajalingam, et al. 2011).

Dalam 30 tahun terakhir, beberapa tren telah berkembang yang menempatkan pasien kanker paru berisiko tinggi mengalami peningkatan angka mortalitas. Pertama, perawatan kanker paru-paru (terutama pada kanker paru-paru lanjut) telah menjadi semakin agresif. Pada tahun 2004, Earle et al melakukan Surveillance, Data Program Epidemiologi, dan Hasil Akhir (SEER) dan Klaim Medicare pada 28.777 pasien kanker (paru-paru, payudara, dan gastrointestinal [GI]) di antara tahun 1993 dan 1996 yang meninggal dalam waktu 1 tahun setelah diagnosis penyakit kanker adalah kanker paru (Earle, C. et al, 2004). Peneliti menemukan adanya peningkatan penggunaan kemoterapi secara keseluruhan, terutama dalam waktu 2 minggu setelah kematian (hingga 18,5%), dan peningkatan kunjungan ruang gawat darurat, rawat inap, dan ruang ICU. Meskipun lebih banyak pasien menggunakan layanan rumah sakit selama penelitian (38,8%), proporsi pasien yang dirawat di rumah sakit selama 3 hari terakhir kehidupan juga meningkat (17%). Penelitian prospektif yang lebih kecil menemukan tren yang sama dalam pasien dengan NSCLC lanjut. Mempelajari 46 pasien, 40% memiliki kemoterapi pada bulan terakhir kehidupan, 48% membutuhkan dan kunjungan ruang gawat darurat, dan 50% telah masuk rumah sakit. Ketika 65% menerima layanan PC, rata-rata jumlah hari menerima perawatan adalah 16,33 Banyak penulis telah menyarankan bahwa peningkatan penggunaan kemoterapi sitotoksik pada penyakit lanjut yang mendekati akhir hayat tidak mewakili perawatan berkualitas tinggi (Earle, et al. 2008)

Rujukan Perawatan paliatif sering terjadi di akhir perjalanan penyakit. Meskipun berapa lama durasi perawatan paliatif tidak ditetapkan dan kemungkinan berbeda antara pasien, namun hasil studi beberapa penelitian menyebutkan rerata lama perawatan adalah 12-18 minggu. Durasi ini dianggap cukup optimal dalam proses pelayanan paliatif care di RS. Sebuah studi kemudian pada tahun 2005 menegaskan bahwa ada sedikit tambahan manfaat setelah 3 bulan perawatan dengan pendekatan PC di rumah sakit (Rickerson, et al. 2005). Pasien kanker paru-paru dengan komplikasi memiliki pemahaman tentang penyakit mereka dan tujuan pengobatan. Pasien yang mendapatkan pengobatan dengan perawatan paliatif secara dini lebih memungkinkan untuk mendapatkan penilaian prognosis yang akurat dan lebih kecil kemungkinannya untuk mendapatkan kemoterapi intravena yang terlambat (Temel, et al. 2011). Meskipun pemahaman penyakit yang lebih baik akan mengarah pada perawatan kurang agresif, pasien dengan masalah paru-paru kronis hingga kanker sering salah persepsi mengenai tujuan pengobatan, berisiko tinggi menerima kemoterapi di akhir penyakit mereka saja, dan memanfaatkan

layanan PC di akhir penyakit mereka. Untuk mengatasi masalah ini, banyak masyarakat telah mengakui Perawatan paliatif sebagai komponen penting dari perawatan kanker paru-paru.

5.2.1 Paliative Care Pada Pasien Kanker Paru

Palliative care (PC) untuk pasien kanker paru telah diimplementasikan di beberapa unit pelayanan, Seperti yang disebutkan sebelumnya, tujuan awal PC difokuskan pada perawatan *end of life care* (EoL). Perawatan paliatif banyak dilakukan untuk perawatan di ruang rawat inap dan *home care* (perawatan di rumah). Perawatan paliatif melibatkan tim antar disiplin/ interdisipliner. Hasil yang dirasakan pasien seperti peningkatan kepuasan pasien, komunikasi terapeutik terjalin antar pasien dan tim pemberi layanan, lebih sedikit penerimaan ICU, dan penghematan biaya. Disamping itu, hasil studi lain menunjukkan efektivitas perawatan paliatif yang dilakukan di rumah menunjukkan peningkatan kepuasan dan peningkatan kemungkinan pasien meninggal di rumah. Karena sebagian besar perawatan kanker paru-paru diberikan pada pasien rawat jalan, sehingga lebih banyak studi terkait efektivitas PC lebih difokuskan pada klinik PC rawat jalan yang sering terintegrasi langsung dengan perawatan onkologi. Kondisi ini kadang memunculkan kesalahpahaman dalam penerapan perawatan paliatif. Di mana banyak yang beranggapan PC harus dimulai ketika perawatan onkologi berakhir atau gagal (Muir, et al. 2010)

5.2.2 Keutamaan Perawatan Palliative Care Pada Kanker Paru

Meskipun secara singkat telah di jelaskan di bagian sebelumnya, manfaat Perawatan Paliatif bagi pasien dan keluarga pada kanker paru-paru adalah dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi munculnya gejala depresi, perawatan *end of life care* yang kurang agresif, dan peningkatan kelangsungan hidup. Beberapa penulis telah menyarankan mekanisme untuk perpanjangan hidup melalui PC yang efektif. Penelitian yang dilakukan oleh Movsas terhadap 243 pasien dengan stadium II-III NSCLC (non small cell lung cancer), menunjukkan bahwa skor QoL adalah penanda prognostik yang baik untuk survival (Movsas, et all. 2009). Hasil penelitian lainnya menemukan bahwa masalah depresi pasien dengan kanker paru stadium III-IV dikaitkan dengan hasil yang memburuk dan kelangsungan hidup hanya 6 bulan. Penelitian ini menyarankan intervensi perawatan seperti melakukan

pengontrolan gejala, penanganan depresi, Peningkatan kualitas hidup, atau melakukan tindakan kemoterapi secara tepat dan cepat (Irwin, et al. 2013).

inisiasi tindakan perawatan paliatif pada pasien kanker paru adalah mengurangi beban gejala awal. Sebuah tinjauan literatur pada tahun 2010 dari 8 RCT dan 32 penelitian observasional melaporkan peningkatan rasa sakit, kecemasan, dan gejala klinis yang terkontrol. Karena manajemen gejala merupakan tindakan prioritas pasien kanker paru-paru sehingga pada tahun 2013 asosiasi dokter paru di amerika serikat merancang pedoman penanganan dan perawatan paliatif bagi pasien kanker paru. Pertama, karena rasa sakit sangat memberatkan, banyak rekomendasi dibuat untuk merancang pedoman tangga analgesik merekomendasikan morfin oral sebagai opioid lini untuk gejala nyeri kronis yang parah. Kedua, bahkan pada kanker paru stadium lanjut, inisiasi PC tidak boleh menghalangi prosedur yang memiliki manfaat paliatif. Meskipun membebani beberapa operasi dengan risiko peningkatan morbiditas/mortalitas kemungkinan besar tidak akan dapat diterima rasio risiko/manfaat, beberapa prosedur memiliki manfaat paliatif dengan risiko yang dapat diterima untuk mengatasi dispnea, hemoptisis, atau nyeri. Contohnya termasuk teknik endoskopi untuk obstruksi jalan napas atau hemoptisis, radiasi untuk nyeri metastasis tulang, dan bahkan teknik bedah untuk nyeri fraktur. Ketiga, pilihan non-invasif seperti aktivitas rejimen, intervensi keperawatan untuk pernapasan terkontrol, konseling, intervensi gizi, dan dukungan online.

Hasil studi di tahun 2013 dan 2015 menemukan intervensi non-invasif tidak berbahaya dan dapat meningkatkan pengontrolan gejala, kekuatan, status fungsional, dan QoL (Payne, et al. 2013) Mengingat risiko rendah dan potensi manfaat dari pengobatan ini digunakan untuk meningkatkan gejala dan kualitas hidup harus dipertimbangkan.

Berkenaan dengan gejala stres yang sering di alami pasien sering ditemukan, tidak hanya itu keluarga dan pengasuh juga memiliki beban psikologis yang signifikan. Manfaat yang diberikan PC untuk keluarga dan pengasuh mungkin diremehkan. Beberapa studi telah menunjukkan peningkatan stres, kecemasan, dan depresi pada keluarga yang mendampingi pasien dengan kanker selama diagnosis, program pengobatan dan setelah kematian orang yang mereka cintai. Sebagai perbandingan, bahkan setelah selamat dari penyakit serius, beban keluarga yang signifikan seperti kehilangan pekerjaan atau tabungan. Efek psikososial diperburuk oleh waktu yang singkat dihabiskan di rumah sakit, gejala yang tidak terkontrol, konflik yang dirasakan, dan harus

berpartisipasi dalam pengambilan keputusan. Intervensi perawatan yang dapat dilakukan dalam penanganan masalah ini seperti menerapkan sesi pendidikan untuk pasien kanker (20% dengan kanker paru-paru) dan keluarga yang mendampingi yang berfokus pada intervensi pemecahan masalah (kreativitas, optimisme, perencanaan, dan informasi ahli).

5.2.3 Palliative Care dalam Kemoterapi

Meskipun kemoterapi sitotoksik yang berhubungan dengan EOL harus dihindari, tindakan perawatan paliatif yang non-onkologis juga bermanfaat paliatif dari kemoterapi pada pasien kanker paru stadium lanjut. Untuk pasien dengan NSCLC metastasis dan status kinerja 0 hingga 1, garis panduan klinis *American Society of Clinical Oncology* 2015 merekomendasikan kombinasi kemoterapi sitotoksik dengan Kombinasi PC.100 Platinum bersamaan awal direkomendasikan sebagai terapi lini pertama bagi mereka yang tidak menimbulkan sensitisasi mutasi, dan pasien terpilih dengan PS 2 harus dipertimbangkan untuk terapi sistemik. Meskipun kemoterapi sistemik memiliki terkait efek samping, beberapa penelitian telah menunjukkan peningkatan kelangsungan hidup dan kualitas hidup pada pasien dengan IIIB/IV NSCLC.101-104 Meskipun ulasan ini tidak akan mencakup kemoterapi secara mendalam, beberapa penelitian telah menunjukkan kelangsungan hidup, kualitas hidup, dan manfaat simptomatik dari rejimen kemoterapi sitotoksik termasuk *vinblastine*, *docetaxel*, *vinorelbine*, *gemcitabine*, dan *pemetrexed*.105–110 Mengatasi kemoradiasi bersamaan, pada 191 pasien dengan tahap III NSCLC, menambahkan radiasi bersamaan meningkatnya kelangsungan hidup (3 bulan) dan mempertahankan QoL, dengan mengorbankan peningkatan penerimaan rumah sakit.

5.2.4 Komponen Perawatan Paliatif yang Efektif

Sebuah survei tahun 2010 terhadap 142 rumah sakit (keduanya National Cancer Institute [NCI]-ditunjuk dan non-NCI) mengungkapkan bahwa layanan PC khusus tersedia di sebagian besar fasilitas (98% dan 78%, masing-masing). Namun, cakupan dan integrasi layanan memiliki variasi yang signifikan. Karena variasi dalam layanan disediakan, daftar komponen berbasis bukti dari PC yang efektif layanan akan ditangani.

Komponen perawatan paliatif memprioritaskan gejala dan mekanisme penanggulangannya. Kunjungan awal termasuk membangun hubungan dan meningkatkan pemahaman pasien tentang penyakit dan prognosa. Dalam

diskusi selanjutnya, resusitasi dan implementasi perawatan rumah sakit dimasukkan. Topik prioritas lainnya termasuk melibatkan pasien untuk memfasilitasi koping, penerimaan, dan perencanaan serta interpretasi antara pasien dan ahli onkologi. Studi ini memberikan wawasan tentang di mana paliatif dan dokter perawatan primer harus fokus untuk mengoptimalkan program perawatan untuk pasien dengan NSCLC lanjut.

Selanjutnya, sebagai praktik berdasarkan rujukan, PC juga harus memenuhi kebutuhan ahli onkologi. Dalam kelompok fokus 28 klinisi kanker paru, prioritas untuk melakukan integrasi dini PC yang dapat diterima termasuk: kompetensi spesialis PC, menyediakan perawatan terkoordinasi, mekanisme rujukan yang mudah dengan akses keperawatan, dan mengatasi reaksi negatif pasien terhadap paliatif. Beberapa penelitian telah mensurvei ahli onkologi untuk mengidentifikasi kualitas apa dalam praktik PC yang paling membantu. Tarif yang lebih tinggi serta ketersediaan kunjungan dengan ketersediaan PC, program perawatan komprehensif, manajemen multidisiplin, keyakinan bahwa PC memiliki lebih banyak waktu untuk membahas masalah yang kompleks, dan kurangnya pilihan pengobatan onkologis. Selain itu, ada juga tampaknya menjadi bias RS atau klinik untuk rujukan PC karena adanya keyakinan bahwa semua orang dengan penyakit neoplastik lanjut memerlukan rujukan ke PC adalah prediktor untuk rujukan PC. Hasil rawat inap yang lebih baik juga telah dicatat oleh dokter penyakit dalam atau geriatri yang memperkirakan kelangsungan hidup secara akurat dan melibatkan lebih banyak rumah sakit Singkatnya, memfasilitasi PC awal pada kanker paru-paru dioptimalkan dengan menyediakan akses mudah ke perawatan yang konsisten, terkoordinasi, dan multidisiplin.

Waktu rujukan PC tetap menjadi tantangan. Meskipun Smith dan Blum berpendapat bahwa perawatan primer dan ahli paru harus mengambil peran yang lebih besar dalam tim PC, tidak ada kesepakatan yang jelas tentang kapan harus merujuk pasien ke spesialis PC. Tujuan dari integrasi awal PC adalah untuk mengidentifikasi yang tidak dikenali atau kebutuhan pasien yang tidak diobati, meminimalkan penderitaan, mengoptimalkan layanan perawatan suportif (termasuk perawatan psikologis), dan untuk membantu mengelola transisi perawatan, jika perlu. Yang pasti, tidak ada satu pun "pemicu" untuk rujukan PC khusus akan cocok untuk semua pasien. Namun, dokter harus mengenali "pemicu" seperti tidak terkontrol, gejala, stres pasien atau keluarga yang tinggi, penyakit lanjut, atau dinamika keluarga yang kompleks sebagai indikasi yang jelas untuk rujukan paliatif care.

5.2.5 Tantangan dalam Implementasi Perawatan Paliatif

Pertumbuhan pengobatan paliatif sebagai spesialisasi ditunjukkan oleh meningkatnya jumlah fasilitas rumah sakit yang menyediakan program pengobatan paliatif dan pelatihan yang diperlukan untuk tindakan perawatan paliatif PC untuk sekolah kedokteran. Namun, pertumbuhan pengeluaran penelitian yang didanai secara nasional telah tidak mengikuti perkembangan bidang ini. *Review* dari semua literatur dari tahun 2003 hingga 2005 mengungkapkan bahwa hanya 31% dari penelitian PC yang diterbitkan menerima dana dari pemerintah atau instansi terkait. Institut Kanker Nasional Publikasi penelitian berkualitas tinggi di masa depan untuk memandu ahli onkologi dan spesialis PC akan sulit tanpa melanjutkan investasi federal. Selanjutnya, beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa implementasi dari Rekomendasi PC bisa menjadi masalah. Dua studi dari Rabow menggunakan tim perawatan komprehensif telah menunjukkan manfaat pada pasien di perawatan EoL. Dalam kedua studi, primer penyedia jarang menerapkan rekomendasi disediakan oleh tim PC. Area spesifik di mana rekomendasi tidak digunakan adalah rasa sakit dan depresi.⁸⁰ frekuensi tinggi dan beban rasa sakit dan bukti buruk hasil dengan depresi yang tidak terkontrol harus menyoroti pentingnya mengobati gejala-gejala ini secara agresif. yakin, gejala, suasana hati, dan manfaat kelangsungan hidup EIPC di pasien kanker paru-paru akan sulit atau tidak mungkin dicapai jika rekomendasi penyedia PC tidak diikuti.

5.3 Penyakit Paru Obstruksi Kronik (PPOK)

Penyakit Paru Obstruktif Kronis merupakan penyakit paru yang tidak dapat disembuhkan dan ditandai dengan obstruksi aliran udara yang biasanya progresif dan tidak sepenuhnya reversibel (National Institute for Clinical Excellence 2010; World Health Organisation 2011).

Penyakit Paru Obstruktif (PPOK) adalah penyebab utama penyakit kronis di seluruh dunia dan diperkirakan akan berpindah dari penyebab kematian keempat ke ketiga pada tahun 2020 (Global Inisiatif Penyakit Paru Obstruktif Kronis, 2017). Secara global, masing-masing lebih dari tiga juta orang

meninggal setiap tahunnya akibat PPOK (WHO, 2017) dan prevalensi PPOK diproyeksikan meningkat selama beberapa dekade mendatang karena paparan tembakau, bahan bakar biomassa lingkungan, dan polusi udara dan terus berlanjut. PPOK adalah penyakit dengan gejala cukup berat dan tidak dapat disembuhkan yang ditandai dengan gejala sesak napas kronis, batuk, kelelahan, penurunan berat badan, anoreksia. Tanpa adanya perawatan paliatif yang tepat dapat menambah penderitaan yang tidak perlu bagi pasien (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2017).

Paliatif Care sebagai suatu model perawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan proses identifikasi dini dan assesment yang lengkap, dan tindakan pengobatan mengurangi rasa sakit dan masalah lain, baik fisik, psikososial dan spiritual” (World Health Organization, 2019). Perawatan Paliatif telah direkomendasikan sejak awal perjalanan penyakit pasien, terlepas dari prognosanya. Namun, saat ini perawatan paliatif berkembang sebagai spesialisasi yang berfokus pada pasien yang sekarat karena kanker, dan sebagian besar layanan perawatan paliatif saat ini masih memberikan sebagian besar layanan klinis mereka kepada pasien dengan kanker (Currow & Phillips, 2013).

5.3.1 Peran Perawat Dan Model Perawatan

Pasien dengan PPOK mengalami perubahan penurunan fisik yang lambat, diselingi dengan proses eksaserbasi penyakit yang serius dan tidak terduga sehingga terkadang banyak menerima intervensi rumah sakit menjelang akhir hayat (Faes et al., 2016); dan lebih mungkin memerlukan perawatan intensif, daripada penderita kanker (Au, Udris, Fihn, McDonell, & Curtis, 2006). Namun, tidak semua pasien PPOK yang dirawat di RS mendapatkan intervensi perawatan Paliatif (Brown, Jecker, & Curtis, 2016), hal ini kadang disebabkan karena ketidakpastian tentang prognosis, kurangnya pengetahuan dan keahlian di antara pemberi pelayanan tentang bagaimana proses perawatan paliatif, kekhawatiran terkait penggunaan opioid pada pasien dengan penyakit paru kronis (Brown, Jecker, & Curtis, 2016).

Meningkatnya prevalensi PPOK dan multi morbiditas mendukung kebutuhan untuk mengembangkan model perawatan baru pada PPOK dengan mengintegrasikan perawatan paliatif tidak hanya untuk mengurangi potensi penderitaan pasien, tetapi untuk mengurangi beban ekonomi PPOK (Essue, Yen, Usherwood, & Leeder, 2007).

Upaya dalam pelaksanaan perawatan secara terpadu ini untuk perawatan pasien dengan PPOK direkomendasikan sebagai salah satu upaya penanganan paling bermanfaat dan praktis dalam perawatan pasien PPOK (Pinnock et al., 2011). Hasil penelitian secara acak terhadap penderita kanker telah menunjukkan bahwa integrasi dini praktik perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien, kualitas perawatan dan dalam beberapa kasus, kelangsungan hidup (Temel et al., 2017; Temel et al., 2010; Vanbutsele et al., 2018; Zimmermann et al., 2014). 'Praktik' perawatan paliatif menangani banyak domain yang berpusat pada individu dan keluarga seperti menghilangkan gejala, dukungan bagi pasien dan keluarga, komunikasi tentang tujuan perawatan dan perencanaan perawatan lanjutan dan praktik semacam ini telah terbukti meningkatkan kondisi kesehatan dan kualitas hidup pada pasien penyakit kronis yang bukan kanker (Kavalieratos et al., 2016).

Perawat yang memiliki keterampilan khusus dapat terlibat dalam memberikan perawatan paliatif untuk mendukung pasien dengan kondisi kronis yang membatasi kehidupan seperti PPOK. Model Perawatan yang di terapkan adalah perawatan berpusat pada pasien terkoordinasi dengan tim kesehatan lain yang mendukung (Patient Center Care), di mana perawat khusus memimpin program perawatan (Browne, 2012; Lamers et al., 2010). Peran perawat sangat penting pada model perawatan ini, karena perawat selalu bersama pasien mendengarkan keluhan mereka, menghabiskan lebih banyak waktu untuk menjelaskan informasi terkait perkembangan penyakit dan program pengobatan daripada dokter, serta menciptakan suasana yang lebih santai (Young, Eley, Patterson, & Turner, 2016). Hasil studi systematic review baru-baru ini menunjukkan bahwa dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, seorang perawat yang memimpin model perawatan dapat menawarkan hasil kualitas hidup setidaknya sebaik perawatan yang dipimpin dokter atau standar perawatan dalam mengelola kondisi kronis (Chan et al., 2018). Di Australia, baru-baru ini dikembangkan model terpadu perawatan paliatif yang di pimpin oleh perawat pada penyakit ginjal kronis (CKD) terbukti meringankan gejala pasien, meningkatkan kualitas hidup dan menawarkan sistem dukungan multidisiplin secara konservatif pada pasien dengan CKD (Crail, Walker, & Brown, 2013).

5.3.2 Keutamaan Tindakan Perawatan

Perencanaan asuhan keperawatan untuk pasien dengan PPOK melibatkan pengenalan rejimen pengobatan untuk meredakan gejala dan mencegah komplikasi. Sebagian besar pasien PPOK menerima pengobatan rawat jalan, perawat harus mengembangkan rencana pengajaran untuk membantu mereka mematuhi terapi dan memahami sifat penyakit kronis ini.

5.3.3 Komunikasi

Ketrampilan dalam berkomunikasi serta rasa sangat penting dalam memberikan perawatan paliatif yang sangat baik. Perawat dilatih dalam keterampilan komunikasi yang memungkinkan mereka untuk mendiskusikan prognosis, tujuan perawatan, pilihan klinis perencanaan perawatan lanjutan, dan keputusan medis dengan pasien dan pengasuh. Mengingat pengetahuan mereka yang mendalam tentang pasien, perawat dapat memfasilitasi percakapan sensitif dengan cara yang mendukung dan tidak mengancam dengan menggabungkan perhatian dan nilai pengasuh ke dalam percakapan tentang pilihan dan tujuan pengobatan. Oleh karena itu, perawat berada dalam posisi yang ideal untuk membuka diskusi tentang perawatan paliatif jika dia menilai pasien terbuka untuk mendiskusikan topik ini dan dapat mengambil manfaat dari layanan perawatan paliatif.

Saat bidang perawatan paliatif bergerak untuk mengintegrasikan layanan lebih awal ke dalam diagnosis penyakit yang membatasi hidup, perawat dapat mendiskusikan sumber perawatan paliatif dengan pasien dan pemberi perawatan dan menekankan manfaat dari memasukkan perawatan ini di awal perjalanan penyakit. Dalam tim perawatan kesehatan, perawat berbagi pengalaman dan kekhawatiran pasien dan perawat dengan anggota tim perawatan lainnya dan bekerja sama untuk mengintegrasikan informasi tingkat pasien ke dalam praktik berbasis bukti. Komunikasi keperawatan sangat penting selama transisi dalam perawatan pasien, karena titik balik dari pengobatan dengan tujuan kuratif ke perawatan paliatif seringkali sulit bagi pasien, perawat, dan tim perawatan kesehatan.

5.3.4 Diagnosa Keperawatan

Berikut ini merupakan daftar diagnosa keperawatan utama untuk pasien Penyakit Paru Obstruktif Kronik (PPOK):

1. Bersihan jalan nafas tidak efektif
2. Gangguan Pertukaran Gas
3. Pola Pernapasan Tidak Efektif
4. Gizi Tidak Seimbang: Kurang Dari Kebutuhan Tubuh
5. Risiko Infeksi
6. Pengetahuan yang Kurang
7. Intoleransi Aktivitas
8. Kemungkinan Diagnosa Keperawatan Lainnya

Bab 6

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Kanker Payudara

6.1 Pendahuluan

Perawatan paliatif adalah hal yang menarik dibicarakan mengingat kompleksitas yang muncul dari istilah tersebut. Perawatan paliatif penting untuk pasien dengan penyakit yang serius dan kronis. Meningkatnya insiden dan prevalensi dari penyakit degenerative atau kronis telah memperpanjang proses kematian sehingga penting untuk mengintegrasikan perawatan paliatif dalam proses keperawatan hospice atau menjelang akhir kehidupan.

Salah satu penyakit kronis yang banyak terjadi pada wanita adalah kanker payudara. Diagnosis kanker payudara dapat mengganggu kehidupan seorang wanita karena mereka dapat mengalami perasaan takut dan menderita sepanjang hidup, mulai dari diagnosis, terapi, hingga kedalam kehidupan sehari-hari. Pasien dengan kanker payudara stadium lanjut harus menerima pelayanan perawatan paliatif yang spesifik. Hal ini dikarenakan perawatan paliatif dapat membantu peningkatan kualitas hidup pasien kanker payudara dan keluarganya, membantu meringankan gejala dan membantu untuk mempertahankan kontrol penyakit. Konsep perawatan paliatif pada pasien dengan kanker payudara penting untuk dipahami oleh tenaga kesehatan

khususnya perawat. Oleh karena itu bab ini akan membahas terkait dengan konsep perawatan paliatif dan manajemen gejala pasien kanker payudara stadium lanjut.

6.2 Konsep Perawatan Paliatif

Kanker payudara adalah kanker yang paling umum terjadi pada wanita dan merupakan penyebab tertinggi kematian akibat kanker pada wanita baik di negara maju maupun berkembang. Sekitar 5-10% wanita yang baru terdiagnosis kanker payudara, mendapati stadium kankernya sudah dalam fase metastase, dan dari jumlah ini hanya satu dari lima orang yang dapat bertahan hidup dalam rentang waktu lima tahun (Cherny et al., 2018).

Kondisi yang sama juga ditemukan di Indonesia, sebagian besar penyakit kanker pada pasien ditemukan sudah dalam stadium lanjut. Kondisi ini diperparah dengan ditemukannya kasus-kasus pasien kanker yang tidak mendapatkan pengobatan sehingga menyebabkan angka harapan hidup menjadi lebih pendek. Pasien-pasien dengan kondisi tersebut mengalami penderitaan yang memerlukan pendekatan terintegrasi berbagai disiplin agar pasien memiliki kualitas hidup yang baik dan pada akhirnya meninggal secara bermartabat (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013). Hal ini dikarenakan kanker payudara menyebabkan penderitaan dalam domain fisik, psikologis, sosial, keuangan, dan spiritual pada kehidupan pasien dan keluarga. Penatalaksanaan kanker payudara dengan pembedahan, kemoterapi, dan radiasi juga dapat menimbulkan efek samping, seperti nyeri, mual dan muntah, kelelahan, sesak napas, depresi, dan konstipasi. Sehingga bisa disimpulkan bahwa kanker maupun pengobatannya dapat berdampak pada kesejahteraan psikososial dan spiritual pasien dan anggota keluarga sehingga mengintegrasikan perawatan paliatif ke dalam program pengobatan kanker payudara yang ada tampaknya menjadi pendekatan terbaik untuk mengurangi penderitaan ini (Sunilkumar et al., 2021).

Menurut definisi dari WHO tahun 2002 dan 2005, pelayanan paliatif pasien kanker adalah pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga dalam menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah

fisik, psikososial, spiritual, dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Perawatan paliatif berbeda dari perawatan *hospice* walaupun kadang sering terdengar mirip. Perawatan paliatif kanker diberikan pada setiap langkah proses perawatan untuk memberikan dukungan ekstra pada pasien dengan kanker pada stadium manapun. Sedangkan perawatan *hospice* hanya diberikan pada orang-orang dengan kanker stadium lanjut yang diharapkan masa hidupnya hanya tinggal enam bulan atau kurang (American Society of Clinical Oncology, 2020).

Sebagai disiplin ilmu kedokteran yang relatif baru, pelayanan paliatif merupakan filosofi dan bentuk layanan kesehatan yang perlu terus dikembangkan, sehingga penatalaksanaan pasien kanker menjadi lebih efektif dan efisien. Pilihan perawatan paliatif, termasuk manajemen nyeri dan dukungan psikososial dan spiritual, harus diperkenalkan pada saat diagnosis penyakit metastasis (Anderson et al., 2017) karena idealnya perawatan paliatif memang diberikan segera saat kanker payudara metastatis terdiagnosis (American Society of Clinical Oncology, 2020). Penyakit metastasis dapat diidentifikasi dengan pemeriksaan klinis dan/atau studi stadium (misalnya, x-ray) dan harus dicurigai ketika seorang wanita datang dengan gejala klinis kanker payudara metastatik (misalnya, nyeri tulang, sesak napas, nodul kulit, kebingungan, sakit perut atau distensi) (Anderson et al., 2017).

Bukti terkait efikasi dari integrasi perawatan paliatif pada pasien dengan kanker stadium lanjut telah banyak diberikan. Hasil metaanalisis Cochrane yang membandingkan efek intervensi perawatan paliatif awal dengan perawatan kanker standar menghasilkan bahwa perawatan paliatif awal memberikan keuntungan yang signifikan terkait kualitas hidup dan intensitas gejala pada pasien, namun untuk efek pada depresi dan kematian masih belum pasti. Mempertimbangkan bukti ilmiah yang kuat ini, *American Society of Clinical Oncology* (ASCO) kemudian menerbitkan pendapat sementara yang kemudian menjadi pedoman resmi, bahwa mereka memvalidasi intervensi awal yang dilakukan oleh tim perawatan paliatif multidisiplin untuk pasien dengan kanker stadium lanjut (They et al., 2021).

Tim pemberi asuhan perawatan paliatif berdasarkan rekomendasi ASCO terdiri dari onkologis, dokter, perawat, pekerja social, spesialis nyeri, pemuka agama, ahli gizi, terapis fisik/okupasional, spesialis anak, relawan, dan *grief and bereavement coordinator* (American Society of Clinical Oncology, 2020). Sedangkan di Indonesia, perawatan paliatif diberikan oleh tim yang dapat terdiri dari dokter, perawat, psikolog, pekerja social, konselor spiritual,

relawan, apoteker, dan dukun (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

6.3 Model Asuhan Perawatan Paliatif

Tingginya angka kejadian akibat kanker payudara pada kondisi fisik dan psikologis pasien membuat perlunya pendekatan perawatan yang menggabungkan beberapa pendekatan klinis untuk mengatasi masalah mereka.

Ada beberapa model perawatan paliatif yang telah dikembangkan dan bisa diterapkan pada pasien dengan kanker payudara yaitu (Cherny et al., 2018):

1. Perawatan paliatif berbasis *onkologis/Oncologist-based palliative care*

Dalam perawatan paliatif model ini, ahli onkologi akan memiliki peran yang besar dalam mengkoordinasikan perawatan dan menyediakan layanan perawatan antikanker dan perawatan paliatif kepada pasien mulai dari diagnosis hingga kematian. Pendekatan model ini menekankan pentingnya hubungan antara ahli onkologi dengan pasien dan gagasan kontinuitas perawatan serta tidak adanya pengabaian. Keberhasilan model ini tergantung pada level keterampilan perawatan paliatif dan penerapan teknologi canggih oleh ahli onkologi serta kemampuan mereka untuk menyeimbangkan antara kepentingan intelektual dan praktik. Pendekatan ini akan semakin baik apabila diperkuat dengan hubungan yang baik dengan tim perawatan yang lain, termasuk ahli pengobatan paliatif lain sebagai back-up apabila nantinya menghadapi kasus kasus yang sulit.

2. Model Concurrent

Dalam perawatan paliatif model ini, pasien dengan kanker stadium lanjut akan dirawat bersama oleh ahli onkologi dan spesialis pengobatan paliatif (bekerja dalam konteks tim perawatan paliatif interdisipliner) dengan kerjasama. Mereka akan saling memberikan kontribusi peran secara *relative* berdasarkan masalah yang ada. Keberhasilan penerapan pendekatan ini membutuhkan kerjasama

yang erat dan komunikasi terbuka antara ahli onkologi dan spesialis pengobatan paliatif. Pendekatan model ini terbukti lebih banyak menunjukkan hasil yang lebih memuaskan terhadap luaran dari pasien yang ditangani.

6.4 Manajemen Perawatan Paliatif pada Pasien Kanker Payudara

Kanker dapat menyebabkan gejala fisik dan emosional. Pengobatan kanker seperti kemoterapi, terapi radiasi, dan pembedahan, juga sering menimbulkan efek samping dengan tingkat keparahan yang beragam tergantung dari beberapa factor seperti jenis dan stadium kanker, lokasi kanker, rencana perawatan jangka panjang, dan kondisi kesehatan pasien secara umum (American Society of Clinical Oncology, 2020). Kanker payudara dan pengobatannya juga memengaruhi kualitas hidup pasien di mana pasien yang lebih muda akan memiliki kualitas hidup yang lebih buruk daripada pasien yang lebih tua (Javan Biparva et al., 2022). Oleh karena itu intervensi perawatan paliatif bertujuan untuk memberikan tatalaksana pada gejala atau masalah yang muncul pada beberapa domain yaitu domain yaitu fisik, psikologis, sexual, spiritual, dan social (American Society of Clinical Oncology, 2020). Untuk di Indonesia, perawatan paliatif difokuskan pada empat domain utama yaitu fisik, psikologis, social, dan spiritual (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Adapun manajemen perawatan paliatif yang dapat dilakukan pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut adalah sebagai berikut:

1. Gejala Fisik

Beberapa gejala fisik pada pasien kanker payudara stadium lanjut yang sangat mengganggu dan memerlukan perawatan paliatif antara lain:

a. Nyeri

Sebagian besar pasien kanker payudara (50-80%) di negara berpenghasilan rendah mengalami kondisi metastasis. Hal ini sangat bertolak belakang dengan kondisi di negara

berpenghasilan tinggi di mana hanya sekitar 10-15% pasien kanker payudara yang penyakitnya berkembang menjadi metastasis (Sunilkumar et al., 2021). Metastasis yang dialami oleh para pasien kanker payudara tersebut sering berhubungan dengan sedikitnya treatment yang diterima, tingginya biaya pengobatan, tidak tersedianya obat, dan banyaknya beban/penderitaan yang dialami oleh pasien (Bottomley et al., 2019). Gejala fisik pada pasien kanker payudara stadium lanjut sering muncul dengan bentuk yang beragam dan berbeda pada setiap individu. Konsep perawatan paliatif untuk gejala fisik bertujuan untuk mengontrol dan meringankan gejala termasuk di dalamnya adalah untuk mengurangi dan mencegah efek samping dari pengobatan yang dijalani oleh pasien.

Gejala fisik yang paling sering dirasakan oleh pasien kanker payudara stadium akhir adalah adanya nyeri (American Society of Clinical Oncology, 2020). Nyeri pada pasien kanker payudara dapat disebabkan karena treatment yang diterima oleh pasien kanker payudara. Penanganan kanker payudara baik yang berupa pembedahan saja (misalnya mastektomi) atau yang dikombinasikan dengan radioterapi akan menghasilkan jumlah rasa sakit yang kurang lebih sama karena keduanya melibatkan kerusakan saraf yang kemudian menyebabkan berbagai masalah seperti nyeri, mati rasa, dan berkurangnya gerakan lengan, tangan, dan bahu. Faktor utama yang berperan dalam perkembangan nyeri kronis pasca mastektomi antara lain adalah cedera pada saraf intercostobrachial, bekas luka bedah, pembentukan neuroma, faktor emosional, dan phantom breast pain (Sunilkumar et al., 2021).

Manajemen nyeri pada pasien mastektomi dapat dilakukan dengan memberikan morfin secara local pada saat akan melakukan penutupan luka. Hal ini telah terbukti mengurangi keparahan dan kejadian nyeri kronis pasca mastektomi. Pengobatan yang lain juga dapat disarankan untuk nyeri paska

mastektomi persisten antar lain dengan memberikan amitriptyline, venlafaxine, dan patch lidokain 5% (Sunilkumar et al., 2021).

Selain *factor treatment*, nyeri juga dapat disebabkan karena adanya metastasis. Secara umum, penyebab paling banyak dari nyeri pada wanita dengan kanker payudara adalah metastasis pada tulang dengan gejala sisa yang meliputi fraktur (baik yang sudah terjadi maupun berisiko terjadi) serta kompresi dari struktur saraf yang berdekatan. Lokasi metastasis tulang yang paling banyak terjadi pada pasien kanker payudara adalah axial skeleton dan vertebra (lebih dari 2/3 metastasis kanker payudara di vertebra adalah di area thoracal, sedangkan sekitar 20% ada di lumbosacral dan 10% di area servikal). Penyebab nyeri yang lain dapat disebabkan karena adanya nyeri tumor yang menginfiltrasi dinding dada, *brachial plexopathy*, sakit kepala akibat metastasis otak atau metastasis leptomeningeal, dan nyeri perut akibat distensi kapsul hati. Nyeri yang dialami oleh pasien kanker payudara metastasis bisa menjadi persisten dan menyebabkan penderitaan seumur hidup (Cherny et al., 2018).

Penatalaksanaan nyeri pada pasien kanker payudara metastasis memerlukan pendekatan terpadu termasuk terapi antitumor (hormonal, kemoterapi dan biologis, radioterapi, dan pembedahan), terapi analgesik, serta rehabilitasi dan perawatan psikologis. Farmakoterapi analgesik harus didasarkan dari mekanisme nyeri (somatik vs neuropatik) yang terjadi dan harus sesuai dengan tingkat keparahan nyeri. Terapi analgesik opioid akan diperlukan untuk sebagian besar pasien dengan nyeri hebat, dan ini harus mencakup latar belakang pemberian dosis sepanjang waktu untuk nyeri kronis serta penyediaan "dosis penyelamatan/ rescue doses" yang diperlukan dengan menggunakan opioid yang bekerja cepat. Terapi analgesik opioid harus dititiasi dan diawasi dengan ketat untuk mendapatkan efek yang sesuai dan mencegah munculnya efek samping seperti

mengantuk, kebingungan, mual, gatal, mioklonus, atau konstipasi. Jika ketidakadekuatan analgesic dan efek samping yang berlebihan muncul, maka strategi pengobatan perlu direvisi sampai tercapai keseimbangan antara fungsi pengobatan dan efek samping. Ketika mekanisme nyerinya adalah neuropatik, pasien dapat diberikan agen tambahan seperti trisiklik, SNRI (serotonin norepinephrine reuptake inhibitor), dan/atau antikonvulsan. Radioterapi paliatif juga dapat bermanfaat untuk pasien dengan nyeri yang tidak terkontrol dari metastasis tulang dan untuk pasien dengan kompresi atau infiltrasi struktur saraf. (Cherny et al., 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

WHO *Cancer Pain Ladder* memberikan panduan tentang obat pereda nyeri dan strategi manajemen nyeri nonfarmakologis untuk pasien dengan kanker stadium lanjut seperti yang terangkum di table berikut ini (Anderson et al., 2017):

Tabel 6.1: Manajemen Nyeri pada Pasien Kanker Stadium Lanjut (Anderson et al., 2017)

Manajemen Nyeri pada Pasien Kanker Stadium Lanjut			
Manajemen nyeri dasar	Manajemen nyeri terbatas	Manajemen nyeri tingkat lanjut	Manajemen nyeri maksimal
<ul style="list-style-type: none"> • Pertimbangan nyeri dengan pengkajian nyeri (simple assessment) • Pemberian obat nyeri termasuk morfin • Manajemen gejala fisik yang berhubungan dengan nyeri • Penggunaan manajemen 	<ul style="list-style-type: none"> • Obat pereda nyeri lainnya • Radioterapi (tunggal dan multi-fraksi) • Physical Therapy dan Occupational Therapy untuk keterbatasan fungsional atau manajemen nyeri 	<ul style="list-style-type: none"> • Skrining nyeri • Rencana perawatan nyeri • Pompa opioid (opioid pumps), metadon, patch fentanyl • Konsultasi dengan spesialis 	<ul style="list-style-type: none"> • Anestesi lokoregional • Analgesik spinal

non farmakologis dan CAM (Complementary and Alternative Medicine)		terapi nyeri <ul style="list-style-type: none"> • Pembedahan (untuk kasus kompresi tulang belakang, fraktur, obstruksi) 	
---	--	--	--

b. Dispnea atau Sesak Nafas

Dispnea didefinisikan sebagai sensasi subjektif dari kesulitan dalam bernapas dan merupakan gejala umum pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut (Cherny et al., 2018). Ada beberapa kemungkinan penyebab dari dispnea yang dialami oleh pasien dan penanganan yang dapat dilakukan pada pasien terkait kondisinya seperti yang tergambar pada tabel dibawah ini.

Tabel 6.2: Penyebab dispnea dan manajemen yang mungkin dilakukan

Penyebab	Manajemen
Anemia	Transfusi darah
Asidosis	HCO ₃
Bronkospasme	Terapi bronkodilator
Pneumonia	Terapi antibiotik
Emboli paru	Terapi antikoagulan
Pneumonitis	Terapi steroid
Atrial Fibrilasi	Terapi antiaritmia
Gagal jantung kongestif	Terapi diuretik
Tamponade perikardium	Drainase
Efusi Pleura	Thoracentesis
Tumor endobrachial	Laser endobrachial
Kompresi bronkus yang luas	Radiotherapy
Carcinomatous lymphangitis	Terapi steroid
Metastase paru	Kemoterapi/terapi hormonal

Manajemen dispnea pada pasien kanker payudara stadium lanjut dapat dilakukan dengan cara sebagai berikut (Kloke & Cherny, 2015):

- 1) Mengobati atau menangani penyebab dispnea yang reversible (dapat diperbaiki)

Penyebab dispnea pada pasien harus menjadi pertimbangan dan diskusi sebelum memulai pengobatan yang sifatnya simptomatik kecuali untuk kasus darurat. Pemeriksaan fisik dan diagnostic penting untuk dilakukan seperti pemeriksaan hitung darah lengkap, elektrolit, kreatinin, oksimetri, penilaian gas darah lengkap, elektrokardiogram, brain natriuretic peptide, rontgen dada dan CT-Scan.

2) Menangani dispnea dengan terapi nonfarmakologis

Intervensi nonfarmakologis harus ditawarkan kepada pasien terlebih dahulu sebelum pasien mendapatkan terapi farmakologis. Pasien dan keluarganya perlu diberikan pendidikan kesehatan terkait langkah langkah yang dapat dipakai untuk memperbaiki gejala pada pasien seperti meningkatkan aliran udara ke wajah pasien dengan kipas angin atau membuka jendela, memperbaiki posisi duduk pasien (posisi fowler tinggi atau duduk), latihan pernafasan, maupun latihan gerak dengan mempergunakan alat. Membiasakan pasien dan orang yang merawat pasien supaya familiar dengan langkah langkah tersebut sebagai salah satu cara untuk mengurangi ketidakberdayaan dan kecemasan pasien.

Terapi nonfarmakologis lain yang dapat diberikan adalah terapi oksigen. Pemberian oksigen dapat meringankan gejala dispnea pada pasien kanker payudara stadium lanjut terutama untuk yang mengalami hipoksemia. Pemberian oksigen dapat dilakukan dengan menggunakan nasal kanul atau face mask, walaupun beberapa pasien membutuhkan pemberian oksigen dengan aliran tinggi. Pasien yang mengalami hipoksemia karena beberapa kondisi seperti pneumonia atau pneumonitis dapat membutuhkan ventilator untuk mengatasi dispnea yang dialaminya (Cherny et al., 2018; Kloke & Cherny, 2015).

3) Menangani dispnea dengan terapi nonfarmakologis

Penanganan selanjutnya adalah dengan menggunakan terapi farmakologis. Manajemen dispnea dengan terapi farmakologis dapat dilakukan dengan memberikan terapi sebagai berikut (Cherny et al., 2018; Kloke & Cherny, 2015):

a) Opiat

Opiat adalah satu satunya terapi farmakologis yang memiliki bukti cukup untuk meringankan dispnea pada pasien kanker stadium lanjut. Opiat dapat dipakai pada pasien yang toleran terhadap opiate bahkan pada pasien yang belum pernah mendapatkan opiate sebelumnya tanpa menyebabkan efek seperti depresi pusat pernafasan, gangguan oksigenasi, ataupun peningkatan CO₂. Efek samping yang mungkin terjadi akibat pemberian opiate antara lain adalah mual diawal pemberian dan konstipasi yang persisten.

Opiat pada pasien yang naive (belum pernah mendapatkan opiate) diberikan dengan dosis yang lebih rendah secara oral (5-10mg) atau dapat diberikan morfin secara parenteral (2-4 mg) dibandingkan dengan dosis yang diberikan untuk pasien dengan dispnea kronis dan pernah mendapatkan opiate sebelumnya. Pemberian dosis opiate untuk mengatasi dispnea lebih kecil daripada dosis opiate untuk mengatasi nyeri pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut. Hal yang harus diperhatikan dalam pemberian obat golongan ini adalah penderita dengan insufisiensi ginjal berat, karena morfin merupakan golongan opiate yang seluruh eliminasinya dilakukan oleh ginjal.

b) Benzodiazepine

Benzodiazepine dapat digunakan pada pasien yang tidak/kurang *responsive* terhadap opiate dan terutama pada pasien yang mengalami ansietas. *Benzodiazepin*

seperti midazolam atau lorazepam dapat mengurangi ketidaknyamanan akibat dispnea dan dapat berfungsi sebagai pengurang kecemasan (ansiolitik), oleh karena itu golongan obat ini direkomendasikan untuk pasien kanker yang stadiumnya sudah lanjut atau pasien *end of life*. Hal yang harus diperhatikan sehubungan dengan pemberian obat golongan ini adalah kemungkinan terjadinya cancer cachexia dan sarcopenia.

c) Obat-obatan jenis lain

'Neuroleptik' seperti *fenotiazin* merupakan obat yang berfungsi sebagai ansiolitik dan obat penenang. Hal ini menyebabkan asumsi bahwa obat ini memungkinkan untuk membantu pasien terkait dengan dispnea yang dialaminya. Namun sampai saat ini, bukti terkait hal tersebut masih kurang. 'Antidepresan dan buspiron' terkenal karena memiliki beberapa kemanjuran antidispnea sebagai obat peningkat suasana hati; namun efikasinya belum banyak terbukti. 'Steroid' terbukti efektif untuk mengatasi dispnea yang disebabkan oleh limfangiosis karsinomatosa, pneumonitis radiasi, sindrom *vena cava superior*, komponen inflamasi, atau pada obstruksi jalan napas (diinduksi kanker) namun obat ini tidak boleh digunakan secara rutin selain untuk indikasi hal tersebut

c. Fatigue

Kelelahan merupakan gejala umum lain yang terjadi pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut. Kelelahan merupakan penyebab utama penderitaan bagi pasien dan anggota keluarganya karena berdampak langsung pada kemampuan pasien untuk mempertahankan gaya hidup normal serta merupakan konsekuensi simbolis terkait morbiditas persisten pada pasien yang merupakan pengingat risiko kematian.

Kelelahan sering ditemukan sebagai efek samping kemoterapi, terapi hormonal dan terapi biologis yang paling banyak terjadi pada pasien kanker payudara. Kelelahan pada pasien dapat juga merupakan dampak dari factor/kondisi yang lain yang terjadi seperti anemia, infeksi, demam, dehidrasi, ketidakseimbangan elektrolit, cachexia, hipotiroidisme atau hipogonadisme, depresi, gangguan tidur, dan obat penenang yang bekerja secara sentral. Pendekatan untuk manajemen kelelahan dilakukan melalui tiga tahap yaitu:

- 1) Menangani faktor reversibel yang mendasari kondisi kelelahan yang terjadi.
- 2) Menggunakan pendekatan manajemen nonfarmakologis
Pendekatan nonfarmakologis untuk kelelahan pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut dapat dilakukan dengan langkah sebagai berikut:
 - a) Perencanaan pengeluaran energi dilakukan dengan merencanakan kegiatan yang akan dilakukan sehari hari atau membuat prioritas untuk tindakan yang harus dilakukan saat pasien mengalami kelelahan atau saat energi pasien dirasa pada kondisi maksimal.
 - b) Strategi pemulihan energi dilakukan dengan memastikan istirahat yang cukup, nutrisi yang sesuai, dan mengurangi stress melalui teknik relaksasi atau meditasi.
 - c) Latihan fisik merupakan hal yang penting untuk mengatasi kelelahan. Aktivitas fisik dapat dilakukan dan ditingkatkan sesuai dengan kondisi pasien dan kesehatan umum pasien.
- 3) Menggunakan pendekatan manajemen farmakologis.
Pasien kelelahan yang anemia dengan hemoglobin <8 g/dL dapat dipertimbangkan untuk dilakukan transfusi darah yang bertujuan untuk mempertahankan kadar hemoglobin antara 10 dan 12 g/dL. Beberapa bukti menganjurkan pasien untuk diberikan dosis rendah methylphenidate atau modafanil.

Methylphenidate umumnya dimulai dengan dosis 5-10 mg di pagi hari dan dapat dititrasi hingga 40-60 mg per hari. Efek samping yang paling umum akibat pemberian methylphenidate adalah adanya agitasi, gugup, gangguan tidur, mual, atau diare.

Meskipun steroid tidak memiliki kegunaan yang signifikan dalam manajemen kelelahan jangka panjang, namun steroid dapat digunakan untuk manajemen kelelahan jangka pendek untuk pasien, misalnya saat pasien akan ada acara penting atau acara keluarga. Dekametason 10-20 mg dapat diberikan pada kondisi tersebut sekitar 12 jam sebelum acara (Cherny et al., 2018).

4) Delirium

Delirium dapat digambarkan sebagai perubahan perhatian dan kesadaran yang tingkat keparahannya berfluktuasi dan terjadi sepanjang waktu. Delirium kadang disertai dengan defisit neurologis seperti afasia, disorientasi dan halusinasi, dan perubahan psikomotor. Delirium adalah komplikasi umum dari kanker stadium lanjut. Perkiraan insiden delirium pada pasien dengan kanker stadium lanjut berkisar antara 43% untuk populasi kanker secara umum hingga 85% pada pasien kanker stadium akhir (Cherny et al., 2018).

Ada tiga subtype klinis delirium berdasarkan bangkitan gejala dan perilaku psikomotorik yaitu

- a) Subtipe hiperaktif (hyperaroused, hyperalert, atau gelisah)
- b) Subtipe hipoaktif (hypoaroused, hypoalert, atau letargi)
- c) Subtipe campuran (kondisi hiperaktif dan hipoaktif yang bergantian)

Kelainan neurologis juga mungkin ditemukan selama periode delirium seperti kelainan kortikal (disgrafia, apraksia konstruksi, dan afasia disnomik), kelainan motorik (tremor, asteriksis, mioklonus, dan perubahan pada refleks maupun tonus), dan kelainan

elektroensefalogram (biasanya perlambatan global). Kejadian delirium pada pasien kanker payudara stadium lanjut dapat disebabkan karena beberapa kondisi antara lain sepsis, efek samping pengobatan, dan kelainan metabolik (khususnya hiperkalsemia, hiponatremia, uremia, dehidrasi, metastasis otak, atau kejadian serebrovaskular). Untuk beberapa kasus delirium dapat disebabkan karena faktor yang jarang terjadi yaitu metastasis leptomeningeal atau status epilepticus (Cherny et al., 2018).

Cara mengatasi delirium pada pasien dengan kanker payudara stadium lanjut dilakukan dengan langkah langkah berikut ini (National Cancer Institute, 2021):

a. Menangani faktor penyebab delirium

Jika delirium disebabkan karena obat yang dikonsumsi, maka obat tersebut harus segera dikurangi dosisnya atau dihentikan. Jika delirium disebabkan karena kondisi seperti dehidrasi, gizi buruk, ataupun infeksi maka menangani semua hal tersebut menjadi hal yang harus dilakukan terlebih dahulu.

b. Mengontrol lingkungan disekitar pasien

Apabila gejala delirium ringan, maka ruangan diusahakan supaya tetap dalam kondisi tenang, terang dengan jam atau kalender dan barang barang yang familiar dengan pasien (untuk mencegah disorientasi). Melibatkan anggota keluarga untuk bersama sama menjaga pasien atau membantu pengasuhan pasien.

c. Menggunakan pendekatan farmakologis

Obat untuk agitasi dan delirium pada fase terminal adalah obat golongan antipsikotik seperti olanzapine, quetiapine, dan aripiprazole. Obat antipsikotik generasi ini memiliki efek samping yang lebih kecil daripada antipsikotik generasi sebelumnya seperti haloperidol, klorpromazin, levomepromazin, atau risperidon. Benzodiazepin juga dapat ditambahkan untuk mengontrol agitasi dan kecemasan dengan cepat, namun penggunaan benzodiazepine saja dapat berpotensi menyebabkan paradoxal agitation.

- d. Menggunakan sedasi untuk mengatasi delirium
Penggunaan sedasi dapat dipertimbangkan apabila sudah terjadi diskusi dengan anggota keluarga. Sedasi kadang digunakan untuk pasien kanker payudara stadium akhir dengan delirium yang tidak membaik dengan perawatan yang telah diberikan. Dokter akan mendiskusikan keputusan yang terlibat dalam penggunaan obat penenang untuk mengobati delirium dengan keluarga.
2. Gejala Psikologis
Selain gejala fisik, pasien kanker payudara stadium akhir juga berpotensi mengalami gangguan pada kondisi psikologisnya. Beberapa kondisi psikologis yang paling sering dialami dan harus di manajemen pada pasien kanker payudara stadium akhir adalah:
- a. Kecemasan
Kecemasan merupakan gejala psikologis yang endemic pada pasien kanker payudara stadium akhir. Kecemasan sering muncul beriringan dengan gejala depresi. Ekspresi cemas pada pasien kanker payudara stadium akhir dapat muncul dalam berbagai bentuk antara lain seperti yang terlihat pada table dibawah ini.

Tabel 6.3: Bentuk Ekspresi Kecemasan Kanker Payudara

Ekspresi kecemasan	Presentasi klinis umum
Ketakutan	Perasaan seperti rasa takut dan terperangkap. Jika semakin parah maka dapat bermanifestasi sebagai panik
Reaksi fisik yang tidak disebabkan karena penyakit organik atau reaksi obat	Hiperventilasi, merasakan adanya sensasi benjolan di tenggorokan, palpitasi, rasa sesak didada, dan mual pada perut.
Kebingungan pikiran	Kesulitan konsentrasi, kesulitan mengasimilasi dan mengingat informasi, perubahan persepsi (perubahan dalam melihat lingkungan sekitar, prosedur, atau perawatan sebagai sebuah ancaman)

Gelisah	Waspada yang berlebihan terhadap pengobatan atau gejala baru, penghindaran terhadap prosedur atau situasi yang ditakuti, ketidakmampuan membuat koping yang efektif, ragu ragu, dan tidur yang buruk
Ketidakpastian	Kecemasan tentang hasil pengobatan, Kecemasan tentang kemungkinan sembuh atau kambuh, Kecemasan tentang durasi bertahan hidup, Kecemasan tentang perawatan dan prosedur yang tidak biasa
Hidup di bawah kepungan	Ketakutan bahwa hidup mereka telah dikelilingi dan diambil alih oleh kekuatan yang mengancam baik saat ini dan mungkin juga masa depan
Takut akan perkembangan	Ketakutan sehubungan dengan perkembangan penyakit mereka dan kemungkinan adanya gejala sisa

Manajemen kecemasan/ansietas dilakukan dengan mengkaji dulu tingkat kecemasan pasien. Hal lain yang perlu dikaji adalah problem perilaku yang muncul akibat kecemasan yang ada misalnya ketidakpatuhan pasien terhadap pengobatan akibat cemasnya, reaksi dari keluarga dan petugas terkait dengan distress yang dialami pasien, dan keseimbangan antara risiko dan keuntungan akan pengobatan yang dijalani (Cherny et al., 2018). Manajemen kecemasan pada pasien kanker payudara stadium lanjut dapat dilakukan dengan pendekatan non farmakologi dan farmakologi. Untuk pendekatan non farmakologi hal yang dapat dilakukan adalah (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017):

- 1) Mendukung, mencari, dan mengerti kebutuhan dan apa yang menjadi kecemasan pada pasien dengan mendengarkan

secara seksama dan memberikan perhatian pada hal-hal yang khusus.

- 2) Memberikan informasi yang jelas dan meyakinkan bahwa akan terus memberikan dukungan untuk mencapai harapan yang realistik.
- 3) Memberikan intervensi psikologi berupa distraksi untuk menghilangkan kejenuhan dan pikiran yang terpusat pada diri sendiri
- 4) Memberikan intervensi psikoterapi suportif untuk menangani masalah terkait krisis dan masalah eksistensial yang dihadapi oleh pasien yang sakit parah sehingga pasien bisa menghadapi kenyataan dengan rasa harga diri
- 5) Perawatan spiritual

Pendekatan farmakologis untuk menangani masalah kecemasan pasien kanker payudara stadium lanjut dalam dengan memberikan ansiolitik. Ansiolitik yang biasa digunakan adalah benzodiazepine dan non benzodiazepine (Cherny et al., 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

- 1) Benzodiazepin adalah andalan pengobatan farmakologis kecemasan pada pasien dengan kanker. Benzodiazepin yang bekerja lebih pendek, seperti lorazepam, alprazolam, dan oxazepam, adalah yang paling aman dalam populasi ini.
- 2) Obat non benzodiazepine yang dapat digunakan antara lain adalah golongan beta blocker untuk mengatasi gejala perifer.

b. Depresi

Prevalensi depresi pada pasien kanker payudara lebih sedikit dibandingkan dengan kecemasan. Namun gejala depresi adalah gejala yang umum terjadi namun sering tidak dilaporkan. Depresi harus dibedakan dari perasaan sedih, oleh karena itu petugas kesehatan harus mewaspadaai gejala umum yang muncul pada pasien kanker dengan depresi seperti yang tercantum di table.

Tabel 6.4: Gejala Umum Depresi Pasien Kanker

Gejala Depresi	Presentasi Klinis Umum
Perubahan mood	Kesedihan yang menetap, Afek datar, Penurunan emosi dan tidak responsif
Pikiran negative ruminatif	Pikiran yang terganggu terkait penyakit dan implikasinya, Mudah terdistraksi dan sulit fokus
Perilaku pasif	Tidak tertarik pada apa yang menjadi minat atau aktivitas biasanya, Motivasi rendah untuk melakukan sesuatu, Kurang tertarik terhadap kondisi disekitarnya
Kurang tidur dan kurang nafsu makan	Kurang tidur dan nafsu makan tidak berhubungan dengan penyakit atau pengobatannya

Manajemen depresi pada pasien kanker payudara stadium lanjut memerlukan pendekatan yang menggabungkan teknik psikoterapi suportif, *cognitive-behavioral*, dan antidepresan. Psikoterapi suportif dan teknik *cognitive-behavioral* dalam bentuk konseling baik individu atau kelompok terbukti dapat memberikan manfaat untuk pengelolaan tekanan psikologis pada pasien kanker dan telah diterapkan pada pengobatan gejala depresi dan kecemasan yang berhubungan dengan kanker (Cherny et al., 2018).

Untuk manajemen farmakologis, antidepresan merupakan obat andalan untuk mengatasi depresi pada pasien ini. Namun penggunaan obat jenis ini harus selalu berada dalam pengawasan. Jenis anti depresan yang sering diberikan adalah *selective serotonin re-uptake inhibitors* (SSRI). Ada lima SSRI yang sering digunakan yaitu fluoxetine, sertraline, paroxetine, citalopram, dan fluvoxamine. Fluoxetine dan paroxetine dapat mempercepat metabolisme tamoxifen namun kurang disukai untuk pasien dengan terapi hormonal. Obat-obatan jenis SSRI ini sama efektifnya dalam pengobatan depresi seperti trisiklik tetapi memiliki kemungkinan efek samping utama yang lebih rendah. Efek samping yang sering

dikeluarkan adalah tinja yang encer, mual, muntah, insomnia, sakit kepala, dan disfungsi seksual (Cherny et al., 2018).

Antidepresan trisiklik juga dapat digunakan namun terbatas karena sisi antikolinergik dari trisiklik menimbulkan sembelit, mulut kering, dan retensi urin. Trisiklik bisa menjadi pilihan yang baik untuk pasien depresi yang juga menderita agitasi dan insomnia. Psikostimulan seperti methylphenidate adalah alternatif yang efektif untuk pengobatan depresi yang memerlukan onset cepat. Pada beberapa kasus, pengobatan dengan SSRI dan psikostimulan dapat dilakukan bersamaan sehingga pasien dapat merasakan manfaat pengobatan psikostimulan dengan segera dalam 1-2 minggu pertama untuk kemudian fungsi pengobatan dilanjutkan oleh SSRI. Dalam dosis yang rendah, psikostimulan berfungsi untuk merangsang nafsu makan, meningkatkan rasa sejahtera, dan memperbaiki perasaan lemah dan lelah pada pasien kanker (Cherny et al., 2018; Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

3. Masalah Psikososial

Perasaan kompleks dan perubahan gaya hidup yang disebabkan oleh kanker dan pengobatannya dapat menjadi hal yang luar biasa bagi pengasuh (*caregiver*), anggota keluarga, dan teman-teman dari pasien dengan kanker stadium lanjut. Beberapa penelitian telah menunjukkan bahwa *caregiver* pasien kanker memiliki peningkatan risiko untuk mengalami depresi. Oleh karena itu spesialis perawatan paliatif harus dilatih untuk membantu memenuhi kebutuhan *caregiver* dan membantu mereka mengatasi tekanan dan rasa sakit emosional yang terjadi dalam diri mereka sendiri.

Ketika perawatan paliatif telah diperkenalkan kepada *caregiver* sejak awal, maka mereka akan lebih mampu untuk beradaptasi dengan pengalaman/ kondisi terkait pengasuhan pasien kanker payudara stadium lanjut yang mungkin terjadi.

Tim perawatan paliatif dapat memberikan dukungan kepada caregiver/keluarga pasien dengan beberapa cara antara lain:

- a. Menjelaskan tentang penyakit pasien, perawatan yang dilakukan dan pengobatan yang didapatkan
- b. Memberikan pendidikan kesehatan kepada mereka terkait cara untuk mengelola masalah perawatan menggunakan kreativitas, optimisme, dan perencanaan
- c. Mempromosikan dan meningkatkan cara perawatan diri, termasuk makan sehat, olahraga, dan relaksasi
- d. Membantu *caregiver* untuk mengembangkan kemitraan pengasuhan yang efektif dengan pasien
- e. Menyediakan jaringan dukungan dan cara untuk mengembangkannya
- f. Mengajarkan pengambilan keputusan dan memberikan dukungan keputusan
- g. Menghubungkan *caregiver* ke konseling dan perawatan yang kompeten
- h. Menawarkan bantuan praktis dan keuangan (apabila ada)
- i. Membantu terkait dengan perencanaan perawatan lanjutan (Anderson et al., 2017)

4. Masalah Spiritual

Pasien kanker payudara stadium lanjut masih banyak yang bergumul dengan pertanyaan mengapa mereka terkena kanker payudara ataupun mengapa mereka diberikan penyakit kanker payudara. Sebagian dari mereka menganggap bahwa penyakit yang diderita adalah teguran dari tuhan, hukuman, ataupun penebus dosa.

Pemenuhan kebutuhan spiritual diperlukan manusia baik dalam kondisi sehat maupun sakit, semakin dekat seseorang dengan Tuhannya maka akan semakin besar pula keyakinan seseorang untuk sembuh atau menjadi lebih baik lagi kondisinya. Pasien kanker stadium lanjut tidak hanya memerlukan perawatan medis saja tetapi juga membutuhkan pemenuhan kebutuhan spiritualnya seperti beribadah sesuai dengan keyakinannya. Kebutuhan spiritual yang lain

pada pasien kanker antara lain adalah dapat berdoa bersama dengan orang lain atau ada orang yang mendoakan, tinggal ditempat yang tenang dan damai, menemukan kedamaian batin, menemukan makna dalam sakit dan penderitaan (Nuraeni et al., 2016).

Oleh karena itu, dalam mengatasi masalah terkait spiritual, dukungan dari tokoh agama sesuai dengan agama yang dianut ataupun bantuan supaya pasien dapat melakukan ibadan sesuai keyakinannya adalah hal yang dapat memberikan kenyamanan. Hal lain yang dapat dilakukan oleh perawat paliatif untuk memberikan dukungan pada pasien kanker stadium lanjut terkait pemenuhan kebutuhan spiritual pasien adalah dengan cara menghibur, menenangkan pasien, mendengarkan ungkapan atau cerita yang disampaikan pasien, menghormati privasi dan membantu pasien dalam menemukan makna kehidupan untuk mencapai kepuasan hidupnya (Fatmawati et al., 2020).

Bab 7

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Anak

7.1 Pendahuluan

Perawatan paliatif anak merupakan sebuah layanan kesehatan untuk memberikan perawatan fisik, jiwa dan pikiran pasien dan keluarga yang dimulai saat didiagnosis mengalami penyakit terminal terlepas dari apakah pasien dan keluarga menerima atau tidak pengobatan yang diberikan oleh tim medis. Tim multidisiplin khususnya perawat memiliki peran penting dalam memastikan bahwa masalah fisik, psikologis dan sosial pasien dapat tertangani dengan baik dengan adanya kerja sama antar multidisiplin ilmu yang membantu pasien menjalani pengobatan yang diberikan. Perawatan paliatif dapat diberikan di fasilitas kesehatan primer seperti puskesmas atau di rumah dengan tujuan untuk memberikan kualitas hidup diakhir kehidupan pasien. Perawatan paliatif sangat baik direkomendasikan untuk setiap anak dengan kondisi penyakit terminal atau mengalami penyakit yang sulit disembuhkan (Hockenberry & Wilson, 2015).

7.2 Pengertian Perawatan Paliatif

Perawatan Paliatif merupakan suatu pendekatan pelayanan kesehatan yang mengutamakan peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan yang mengancam kehidupan melalui pencegahan dan perawatan untuk mengurangi penderitaan melalui identifikasi pengkajian serta intervensi untuk mengurangi nyeri, masalah fisik lainnya, masalah psikososial dan spiritual (WHO, 2002)

Menurut *National Institute of nursing research* (2015), menjelaskan bahwa perawatan paliatif adalah perawatan yang bertujuan untuk meredakan gejala, ketidaknyamanan dan stress karena penyakit serius yang dialami pasien dan keluarga. Perawatan paliatif didukung oleh tim ahli dari multidisiplin ilmu untuk mendukung proses perawatan pasien dengan memberikan pengobatan dan asuhan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Tim ahli bekerja sama dengan pasien dan keluarga untuk membuat rencana perawatan.

Anak yang memiliki penyakit kronik dalam berkomunikasi dengan petugas kesehatan diharapkan memiliki pengetahuan yang matang tentang penyakit yang dialami, konsep meninggal dengan damai dibanding anak yang memiliki umur sama yang sehat sepanjang usianya.

7.3 Prinsip Perawatan paliatif pada anak

Perawatan paliatif melibatkan perawatan total (tubuh, pikiran, jiwa), bio-psiko-sosial-spiritual dengan melibatkan keluarga. Perawatan paliatif dimulai dari terdiagnosanya penyakit dan Dapat dilakukan di fasilitas kesehatan tersier/hospice/di rumah. Pendekatan multidisiplin diperlukan dalam penentuan tatalaksana tindakan atau terapi pasien yang berfokus pada pengendalian gejala dan dukungan dari keluarga atau pihak lain (rohaniawan) daripada penyembuhan atau memperpanjang hidup pasien. WHO (2002), mendefinisikan perawatan paliatif sebagai upaya perawatan pada anak yang menderita penyakit terminal dan tidak berespon lagi terhadap terapi kuratif. Melalui perawatan paliatif ini diharapkan fungsi dan kualitas hidup pasien lebih optimal selama sisa waktu yang dimiliki dan tetap memberikan intervensi dalam mengurangi keluhan yang dirasakan anak dan memberikan

perhatian untuk menghindari stress dan kecemasan yang dialami anak dan keluarganya (Campbell, 2013).

Anak dan keluarga dianggap sebagai unit perawatan. Kematian anak merupakan peristiwa yang sangat menekan keluarga karena kejadian itu tampaknya tidak sesuai dengan urutan alamiah kehidupan. Anak mewakili kesehatan dan harapan dan kematian mereka menimbulkan pertanyaan tentang pemahaman kehidupan. Tim profesional kesehatan multidisiplin terdiri atas pekerja sosial, rohaniawan, perawat, dokter yang terampil dalam memberikan terapi untuk mengatasi masalah yang berhubungan dengan fisik, psikologis, sosial dan spiritual anak.

Perawatan paliatif mencoba menciptakan lingkungan terapeutik sedapat mungkin membuat suasana seperti di rumah, jika perawatan tidak dilakukan dalam rumah anak sendiri. Melalui pendidikan dan dukungan anggota keluarga suasana komunikasi terbuka disiapkan berkenaan dengan proses menjelang ajal anak dan dampaknya pada semua anggota keluarga.

Pasien yang mendapatkan perawatan paliatif bukan berarti menolak semua pengobatan dan tindakan medis. Namun tujuannya adalah untuk meringankan rasa sakit dan gejala lainnya dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan anggota keluarga. Sasaran perawatan paliatif mulai dari bayi baru lahir hingga dewasa muda dan keluarga dengan penyakit yang mengancam kehidupan. Pasien dapat mendapatkan perawatan paliatif segera setelah mengetahui penyakit pasien atau anak tersebut (Reid, 2013).

Perawatan paliatif berbeda dengan hospice care. Pasien tidak perlu dirawat di *hospice care* untuk mendapatkan perawatan paliatif, karena perawatan paliatif dapat diberikan selama menjalani perawatan baik di rumah sakit, kunjungan ke klinik atau di rumah. *Hospice care* berfokus pada perawatan diakhir kehidupan seseorang tetapi perawatan paliatif disediakan bagi pasien yang memiliki penyakit yang serius. Perawatan paliatif dapat dimulai segera ketika anak membutuhkannya. Hal ini terjadi karena perawatan paliatif dapat dilakukan bersamaan dengan perawatan lain yang dilakukan untuk mengobati penyakit pasien (Erikson & Betty, 2017). Perawatan paliatif tidak tergantung dari tahap penyakit yang dialami saat ini. Semakin cepat pasien memperoleh perawatan paliatif maka akan semakin cepat pula penanganan yang diberikan oleh tim paliatif untuk mengelola rasa sakit dan ketidaknyamanan dan masalah emosional yang dirasakan oleh pasien yang mengalami penyakit yang serius dan mengancam kehidupan.

Adapun tim dalam perawatan paliatif terdiri dari: dokter, perawat, pekerja sosial, farmasi, psikolog, ahli gizi, terapis seni dan musik, dan yang lainnya tergantung kebutuhan pasien dan keluarga. Tim paliatif akan memberikan waktu yang cukup bagi pasien dan keluarga untuk berdiskusi tentang kondisi penyakit pasien, pilihan perawatan, dan kebutuhan lainnya. Tim ini akan memastikan bahwa pasien akan mendapatkan perawatan yang nyaman dan aman seperti mendapatkan perawatan di rumah. Sebuah studi menunjukkan bahwa peran tim perawatan paliatif memberikan kontribusi yang positif bagi orang tua pasien yang memiliki anak dengan penyakit kronis karena tim profesional ini dapat memberikan dukungan bagi keluarga selama perawatan sehingga orangtua dapat menghabiskan waktu bersama anak dengan kualitas hidup yang baik (Johanson, Axelsson, Grundberg & Hallqvist, 2014)

7.4 Tanda-tanda fisik mendekati kematian

Adapun beberapa tanda-tanda fisik mendekati kematian menurut Kementerian Kesehatan RI (2013) adalah sebagai berikut:

1. Kehilangan sensasi dan pergerakan pada ekstremitas bagian bawah, berlanjut ke arah bagian tubuh bagian atas
2. Sensasi panas walaupun tubuh merasa dingin
3. Kehilangan rasa
4. Sensasi taktil menurun
5. Sensitif terhadap cahaya
6. Pendengaran adalah indra terakhir yang akan berfungsi
7. Kebingungan, kehilangan kesadaran, artikulasi tidak jelas
8. Kelemahan otot
9. Kehilangan control defekasi dan berkemih
10. Selera makan/rasa haus berkurang
11. Kesulitan menelan
12. Perubahan pola pernafasan

13. Pernafasan Chyne Stokes (kedalaman pernafasan bertambah kuat dan bertambah lemah dengan periode apnea yang teratur), dengkur, nadi lemah dan lambat, tekanan darah turun.

7.5 Penatalaksanaan

Penatalaksanaan pada anak yang mengalami kondisi penyakit terminal ditujukan kepada penanganan gejala serta kekhawatiran yang sering dialami oleh keluarga seperti ketakutan anak mengalami nyeri dan menderita, takut meninggal sendirian (anak) atau tidak ada saat anak meninggal (Campbell, 2013).

1. Penanganan rasa takut akan nyeri dan penderitaan

Perawat dapat mengurangi ketakutan akan nyeri melalui tindakan nonfarmakologis untuk mengurangi skala nyeri dan gejala yang berhubungan dengan proses terminal pada anak. Nyeri merupakan sebuah respon dari pengalaman pasien secara emosional dan sensorik yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan. Pada pasien yang mengalami penyakit terminal, keluhan nyeri merupakan gejala yang utama dirasakan pasien. Keluhan nyeri dapat dirasakan karena gangguan fisik, psikologis, spiritual maupun kultural. Pengkajian skala nyeri dilakukan berdasarkan tingkat usia anak baik menggunakan skala numerik atau menggunakan face scale. Perubahan dari tingkah laku dan sikap merupakan tanda adanya ketidaknyamanan. Penilaian intensitas nyeri pada anak dapat menggunakan skala nyeri *Wong-Baker Faces*, *Numerical Pain Scale*, *Skala FLACC* (Face, Leg, Activity, Cry, Consolability) ataupun skala tingkah laku: *Behaviour Pain Scale* (BPS). Selain nyeri anak mengalami beberapa gejala tambahan selama perjalanan terminal sebagai hasil dari proses penyakit mereka atau sebagai efek samping obat-obatan yang digunakan untuk mengatasi nyeri atau gejala lain. Gejala ini meliputi dispnea, kongesti, pusing, ansietas, depresi, gelisah, agitasi dan kebingungan.

Setiap gejala ini harus ditangani secara cepat dengan medikasi atau terapi yang sesuai serta dengan intervensi seperti reposisi, relaksasi, masase atau tindakan lain untuk meningkatkan kenyamanan dan kualitas hidup pasien. Kadang kala anak memerlukan dosis opioid yang sangat tinggi untuk mengontrol nyeri, anak yang menjalani penatalaksanaan nyeri dengan opioid jangka panjang dapat menjadi toleransi terhadap obat yang berarti perlu member lebih banyak obat guna mempertahankan tingkat pereda nyeri yang sama. Alasan peningkatan dosis opioid meliputi perkembangan penyakit atau pengalaman psikologis lain tentang nyeri. Dalam kasus anak dengan penyakit terminal dan dalam nyeri yang hebat menggunakan dosis besar opioid dan sedative untuk mengatasi nyeri dibenarkan, jika tidak tersedia pengobatan lain yang akan meredakan nyeri tetapi mengurangi risiko kematian.

2. Penanganan rasa takut anak akan menjelang ajal sendirian

Seringkali ketika kondisi anak menurun, anggota keluarga mulai berjaga jaga akan kematian. Anak jarang ditinggal sendirian dalam waktu yang panjang. Anggota keluarga dapat merasa kelelahan dan perawat dapat membantu keluarga dengan membantu mereka mengatur jadwal jaga sehingga teman atau anggota keluarga dapat hadir menemani anak dan membiarkan yang lain beristirahat. Apabila keluarga hanya mempunyai sumber terbatas, maka sukarelawan yang bersedia mengunjungi dan menemani anak, mereka mengetahui kapan untuk kembali kesisi tempat tidur anak.

Ketika anak sedang menjelang ajal di rumah sakit, orang tua harus diberikan akses penuh ke anak setiap waktu. Apabila anggota staf melihat adanya perubahan pada anak yang mungkin menandakan telah dekat kematiannya, perawat harus menyarankan kehadiran orangtua meskipun diruang intensif dan gawat darurat serta mengurus kebutuhan orangtua akan makanan, minuman, kursi yang nyaman, slimut dan bantal.

Komunikasi sangat penting dan menyangkut semua aspek yang meliputi pemahaman anak akan penyakitnya, prognosis, perasaan anak dan keluarga.

Prinsip penting dari komunikasi yang baik adalah memberikan informasi dan bersikap empati kepada pasien dan keluarga. Adapun faktor-faktor yang mempersulit komunikasi, yaitu adanya kesalahpahaman, mekanisme koping emosi (kemampuan mengatasi emosi) yang tidak terjadi sesuai dengan yang seharusnya terjadi, adanya perbedaan informasi yang diberikan dengan yang diterima, dan kesulitan dalam mengingat informasi.

Berbicara dengan anak mengenai kondisinya sangat sulit bagi orang tua khususnya mengenai kematian. Anak dengan penyakit atau luka yang berbahaya biasanya mengetahui mengenai kondisi tubuh mereka sendiri. Anak diberikan informasi tentang penyakitnya dengan mempertimbangkan usia anak tersebut. Pada umumnya anak remaja, dapat menerima informasi dengan lebih baik berbeda dari yang diperkirakan orang tua. Sehubungan dengan hal tersebut, maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi, adapun caranya tergantung dari usia anak.

Anak dengan kanker umumnya dapat memahami kondisi penyakitnya. Mereka mampu menerima informasi jauh lebih baik dari apa yang diperkirakan orangtua. Berkaitan dengan hal tersebut maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi tentang kondisi yang sebenarnya, kemungkinan yang akan terjadi, kekhawatiran yang dirasakan serta perawatan yang mereka pilih.

Berikut komunikasi yang disesuaikan dengan usia anak:

1. Bayi-3 tahun
 - a. Tidak mengetahui konsep kematian
 - b. Bisa merasakan apa yang terjadi
 - c. Komunikasi lebih pada sentuhan
2. Usia >3-6 tahun
 - a. Tidak mengetahui konsep kematian
 - b. Kematian adalah sesuatu yang bisa kembali (contoh: ibu meninggal, tetapi anak beranggapan bahwa ibunya sedang pergi dan akan kembali lagi)
 - c. Perilaku dapat berubah-ubah (normal karena ini merupakan mekanisme yang kerap dijumpai pada anak)

3. Usia >6-9 tahun
 - a. Mulai mengenal konsep bahwa kematian adalah sesuatu yang bisa kembali
 - b. Kematian adalah sesuatu yang bisa menular
 - c. Merasa terpisah dengan teman-teman sekolah
 - d. Cara yang baik: menerangkan kematian dengan hal-hal yang indah
 - e. Kematian adalah sesuatu yang berhubungan dengan hal-hal yang menakutkan
4. >Usia 9-13 Tahun
 - a. Secara Emosi / kognitif kematian adalah waktu akhir
 - b. Sangat sensitif sekali
 - c. Hubungan teman sekolah menjadi penting
5. Usia >13-18 tahun
 - a. Sibuk dengan citra diri
 - b. Otonomi pada pengenalan diri
 - c. Menerima pesan yang bertentangan: Diharapkan untuk berperilaku seperti orang dewasa, kadang-kadang diperlakukan sebagai anak-anak
 - d. Dapat memahami apa yang terjadi, tetapi kurangnya kemampuan untuk dapat mengatasi emosi

Menjelang akhir kehidupannya, biasanya anak akan mengungkapkan perasaan dan emosinya seperti:

1. Rasa marah kepada penyakitnya dan mengapa dia mendapatkan penyakit ini
2. Rasa kecewa kepada orang tua karena mereka tidak dapat menghilangkan penyakitnya
3. Rasa takut akan kehilangan fungsi tubuh seperti berjalan dan bermain
4. Rasa bersalah karena kondisinya membuat keluarga bersedih
5. Rasa malu atas kondisi fisiknya
6. Rasa takut akan munculnya rasa nyeri

Saran untuk orang tua dalam menghadapi munculnya perasaan atau emosi tersebut:

1. Jujur kepada anak
2. Luangkan waktu untuk senantiasa bersama anak
3. Persiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak
4. Upayakan kualitas hidup anak yang baik
5. Bantu anak untuk menjaga harapannya, tentunya bukan harapan untuk kesembuhan namun harapan akan kualitas hidup dan kualitas kematian yang baik
6. Pertahankan kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu harus berubah misalnya kebiasaan menonton TV bersama atau makan malam di meja makan
7. Hormati hal-hal yang sifatnya pribadi misalnya menghormati seorang anak remaja yang sudah memiliki pacar atau teman dekat

Tujuan penyampaian berita buruk adalah mempersiapkan pasien/keluarga untuk mengasimilasi informasi yang siap mereka dengar tanpa memancing penolakan atau tekanan emosional yang luar biasa serta membantu pasien mengungkapkan kekhawatirannya mengenai berita tersebut dan menyebutkan serta mengungkapkan perasaannya.

7.6 Daftar Masalah

Daftar masalah pasien anak dengan perawatan paliatif berisikan semua masalah yang terjadi pada anak yang dikelompokkan menjadi 4 aspek penilaian (Wong, 2004) antara lain:

1. Medis

Masalah yang berhubungan dengan medis seperti nyeri, sesak, dan lain lain, kapan/sudah berapa lama/karakteristik, faktor yang memperparah dan meredakan, pengobatan, dll

2. Perawatan

Masalah yang berhubungan dengan perawatan pasien misalnya apakah pasien harus di tempat tidur, dan apakah ada masalah perawatan kulit/dekubitus, personal hygien, eliminasi (BAB/BAK)

3. Fungsional

Masalah yang berhubungan dengan kemampuan anak dalam pemenuhan kebutuhan sehari-hari (tingkat ketergantungan) nilai ECOG/performa lansky

4. Psikososial

Apakah anak memiliki masalah keuangan/sosial/emosional/spiritual/ atau hal-hal lain selama dirawat/silbing.

7.7 Penapisan pasien paliatif care

Tabel 7.1: Pengkajian Kebutuhan Perawatan Paliatif Pada Anak (Campbell, 2013; Hockenberry & Wilson, 2015)

DO MA IN	ITEM	KARAKTERISTIK	SKOR	
Domain 1. Kondisi penyakit dan pengaruhnya terhadap aktivitas harian anak				
1.1	Kondisi penyakit dan pengaruhnya terhadap aktivitas harian (1 bulan terakhir)	Stabil	0	
		Perlahan memburuk, aktivitas harian baik	1	
		Tidak stabil, aktivitas harian terbatas	2	
		Perburukan, aktivitas harian sangat terbatas	4	
1.2	Kunjungan ke RS meningkat dibandingkan sebelumnya (3 bulan terakhir)	Tidak	0	
		Ya	3	
Domain 2. Harapan dan Beban Pengobatan				

2.1	Harapan terhadap pengobatan	Sembuh	0	
		Penyakit terkontrol, kualitas hidup baik	1	
		Penyakit tidak terkontrol, kualitas hidup sedikit baik	2	
		Pasrah	4	
2.2	Beban Pengobatan (Banyaknya efek samping pengobatan, lamanya rawat di RS)	Tidak ada	0	
		Level Ringan (skor 1-3)	1	
		Level Sedang (skor 4-6)	2	
		Level Berat (skor 7-10)	4	
Domain 3. Gejala dan tekanan Psikologis				
3.1	Keparahan gejala yang dirasakan anak (1 bulan terakhir)	Tidak ada	0	
		Level ringan mudah dikontrol (skor 1-3)	1	
		Level sedang, terkontrol (skor 4-6)	2	
		Level berat, sulit dikontrol (skor 7-10)	4	
3.2	Distres Psikologis Anak (Kesedihan, kecemasan Anak)	Tidak ada	0	
		Level ringan (skor 1-3)	1	
		Level sedang (skor 4-6)	2	
		Level berat (skor 7-10)	4	
3.3	Distres psikologis Keluarga (Kesedihan, kecemasan keluarga)	Tidak ada	0	
		Level ringan (skor 1-3)	1	
		Level sedang (skor 4-6)	2	
		Level berat (skor 7-10)	4	
Domain 4. Pilihan Pasien, Orang tua atau Tim kesehatan				
4.1	Pasien, Orangtua ingin menerima perawatan paliatif	Tidak	0	
		Ya	4*	
4.2	Anda/tim merasa pasien perlu perawatan paliatif	Tidak	0	
		Ya	4	
Domain 5. Perkiraan Harapan Hidup				

5.1	Perkiraan Harapan Hidup	>2 Tahun	0	
		Beberapa Bulan-2 Tahun	1	
		Beberapa Minggu-Bulan	3*	
		Beberapa Hari-Minggu	4*	
5.2	Apakah anda akan terkejut apabila anak tiba-tiba meninggal dalam waktu 6 bulan?	Ya	0	
		Tidak	2	

Keterangan Tabel:

Bila item 4.1 mendapat skor 4(*), abaikan item 4.2

Bila item 5.1 mendapat skor $\frac{3}{4}$ (*), abaikan item 5.2

Petunjuk Skoring:

Skor 10-14 : Keluarga dijelaskan tentang konsep perawatan paliatif (Early Palliative)

Skor 15-24 : Persiapan memulai perawatan paliatif (Early Palliative)

Skor \geq 25 : Saat seharusnya dimulai perawatan paliatif >> Delayed Palliative

Tabel 7.2: Asuhan Keperawatan

ASUHAN KEPERAWATAN
<p>PENGAJIAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Identifikasi gambaran pengetahuan dan pandangan pasien dan keluarga terhadap kondisi pasien b. Identifikasi kebutuhan dan harapan pasien dan keluarga pada pelayanan akhir kehidupan c. Identifikasi tingkat sosial dan ekonomi pasien terhadap perawatan yang akan diberikan d. Identifikasi prinsip dan kepercayaan pasien dan keluarga e. Identifikasi gejala nyeri, sesak nafas, mual muntah, konstipasi, sulit tidur, luka yang tidak sembuh, cemas, sedih dan lain lain f. Identifikasi pengobatan yang sesuai yang diterima pada saat ini g. Identifikasi intervensi pengobatan yang tidak sesuai h. Identifikasi tatalaksana komplikasi masa duka i. Pelayanan fase kematian melibatkan tim forensic/kamar

jenazah/ (gunakan formulir catatn medis khsuus perawatan akhir kehidupan)	
j. Evaluasi kesiapan keluarga dalam menghadapi kehilangan	
k. Identifikasi komplikasi masa duka	
Diagnosis 1: Nyeri kronis Kriteria hasil: Nyeri teratasi ditandai dengan ekspresi wajah tenang dan tidak meringis, pasien tidak rewel, pasien mengungkapkan nyeri berkurang.	
Intervensi	Rasional
Identifikasi karakteristik nyeri dengan PQRST	Untuk mengevaluasi keluhan pasien dan intervensi yang diberikan
Identifikasi faktor yang memperberat dan memperingan nyeri	Untuk mengetahui batas toleransi pasien
Identifikasi respon nyeri non verbal	Sebagai informasi dalam menentukan intervensi yang akan diberikan
Berikan/lakukan tehnik distraksi nonton kartun, membaca cerita atau mendengarkan musik	Untuk mengurangi nyeri pasien
Libatkan keluarga untuk meningkatkan rasa nyaman	Dukungan keluarga dapat memberikan kenyamanan bagi pasien
Fasilitasi istirahat dan tidur	Kebutuhan istirahat dan tidur dapat mempercepat kesembuhan pasien
Ajarkan teknik relaksasi nafas dalam atau <i>guide imaginary</i>	Teknik relaksasi dan pengalihan perhatian dapat memblok saraf nyeri dan keluhan nyeri berkurang
Kolaborasi pemberian analgesik bila perlu	Pemberian analgesik efektif menurunkan skala nyeri pasien
Diagnosis 2: Gangguan tumbuh kembang berhubungan dengan efek ketidakmampuan fisik Kriteria hasil: Berat badan sesuai usia, pasien mampu berinteraksi dengan anak-anak lain yang berada di kamarnya, anak mampu melakukan kegiatan bermain sesuai usianya	
Intervensi	Rasional

Bangun hubungan saling percaya dengan anak dan keluarga	Untuk mempermudah komunikasi dengan keluarga
Jelaskan pada keluarga tahapan tumbuh kembang anak yang sesuai dengan usianya	Agar orang tua mengetahui apakah anak mengalami masalah tumbuh kembang atau tidak
Ajarkan aktivitas yang menstimulasi perkembangan anak	Untuk menstimulasi tumbuh kembang anak
Fasilitasi integrasi anak dengan teman seusianya	Agar anak dapat bersosialisasi dengan teman seusianya
Dorong anak untuk berinteraksi dengan yang lain	Untuk membangun sosialisasi dengan yang lain
Diagnosis 3: Defisit nutrisi berhubungan dengan kurangnya asupan makanan Kriteria hasil: Nafsu makan membaik, berat badan stabil atau meningkat, asupan makanan meningkat dan IMT dalam batas normal	
Intervensi	Rasional
Identifikasi gejala mual dan muntah	Keluhan mual dan muntah menurunkan nafsu makan pasien
Identifikasi status nutrisi	Mengetahui status nutrisi pasien
Anjurkan mengonsumsi jenis makanan yang mampu ditoleransi	Meningkatkan <i>intake</i> yang masuk
Berikan makanan padat bila pasien sadar	Makanan padat dapat memenuhi kebutuhan gizi pasien
Berikan makanan cair jika anak tidak sadar	Untuk memenuhi kebutuhan nutrisi anak
Berikan susu 2 gelas sehari	Memberikan kalori energi
Tambahkan suplemen untuk memenuhi kebutuhan tubuh dan meningkatkan selera makan	Membantu memenuhi kebutuhan nutrisi
Pantau kebersihan mulut anak	Kebersihan mulut yang baik meningkatkan nafsu makan
Anjurkan makanan dengan porsi sedikit tapi sering	Porsi amkanan sedikit mencegah rasa mual
Jelaskan pentingnya nutrisi bagi pemulihan kesehatan pasien	Untuk menambah pemahaman ibu tentang manfaat nutrisi bagi kesehatan
Diagnosis 4: Risiko hipovolemia berhubungan dengan kekurangan <i>intake</i> cairan	

Kriteria hasil: Membran mukosa lembab, turgor kulit elastis, asupan cairan meningkat dan produksi urin normal (0,5-1cc/kgbb)	
Pantau tanda-tanda dehidrasi	Skrining awal tanda dehidrasi mencegah komplikasi penyakit pasien
Ukur tanda-tanda vital	Peningkatan frekuensi nadi dan penurunan tekanan darah mengindikasikan tubuh kekurangan cairan
Observasi asupan dan pengeluaran cairan	Pengukuran keseimbangan cairan menentukan apakah ada masalah pada pasien atau tidak
Anjurkan pasien minum sesuai toleransi	Kemampuan minum anak dipengaruhi kondisi anak saat ini
Kolaborasi pemberian cairan parenteral	Mengatasi kondisi kekurangan cairan
Jelaskan kebutuhan cairan anak sesuai berat badan anak	Untuk mengetahui kebutuhan cairan anak
Anjurkan orangtua untuk selalu memotivasi anak minum	Anak lebih nyaman dan percaya diri bila dimotivasi orangtua
Analisis hasil laboratorium (Hematokrit, BUN, albumin, osmolaritas serum dan berat jenis urin)	Untuk mengetahui tanda awal dan bahaya pada pasien
Diagnosis 5: Gangguan proses keluarga berhubungan dengan perubahan status kesehatan anggota keluarga	
Kriteria hasil: Keluarga dapat mendemonstrasikan koping, fungsi dan normalisasi yang adaptif ditandai dengan keluarga mampu: mengerti mengenai kondisi penyakit, pengobatan yang akan diterima oleh anaknya, mengidentifikasi sumber dukungan bagi klien dan keluarga	
Intervensi	Rasional
Identifikasi tingkat pengetahuan keluarga terkait dengan penyakit yang diderita anaknya	Sebagai data dasar dalam menentukan intervensi ke pasien
Identifikasi tingkat kecemasan dan stress keluarga terhadap penyakit dan pengobatan anak	Mengetahui tingkat kecemasan keluarga
Berikan kesempatan kepada	Untuk mengetahui respon keluarga

keluarga untuk mengekspresikan perasaannya	terhadap kondisi pasien
Libatkan keluarga dalam tindakan keperawatan	Agar anak merasa nyaman
Tanyakan dampak-dampak dari perubahan peran dalam proses keluarga	Perubahan peran dalam keluarga dapat terjadi selama proses hospitalisasi
Identifikasi sumber dukungan bagi klien dan keluarga	Untuk mengetahui sumber dukungan klien dan keluarga
Jelaskan pada keluarga mengenai penyakit dan prosedur yang akan dilakukan	Agar keluarga memahami kondisi anaknya
Bantu keluarga untuk menggunakan koping yang adaptif	Agar keluarga dapat menjalani dengan tenang
Dukung keluarga untuk melakukan diskusi dengan orangtua lain yang memiliki anak yang sama dengan kondisi anaknya	Menambah rasa tenang dan dukungan
Identifikasi rencana yang akan dilakukan terkait dengan penyakit dan pengobatannya	Keluarga dapat menentukan rencana sebagai pengobatan anaknya
Diagnosis 6: Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan penurunan kekuatan otot	
Intervensi	Rasional
Kaji kekuatan tonus otot anak	Mengetahui kekuatan tonus otot anak
Identifikasi kemampuan sensorik (penurunan sensasi dan mati rasa) dan motorik (gaya berjalan dan keseimbangan) fungsi ekstremitas: adanya kelumpuhan dan fraktur	Mengetahui kemampuan motorik dan sensorik anak
Obserbvasi dan identifikasi efek fisik dari imobilisasi (konstipasi, retensi urin dan kerusakan jaringan kulit)	Untuk mengetahui dampak imobilisasi
Instruksikan orang tua untuk membantu melakukan latihan rentang gerak pasif pada	Anak akan lebih nyaman jika didampingi orangtua

ekstremitas	
Monitor adanya rasa nyeri dan ketidaknyamanan saat melakukan aktivitas	Untuk mengetahui skala nyeri bila beraktivitas
Dukung dan motivasi klien untuk menggerakkan kaki dan tangannya dan beri reinforcement positif jika mampu menggerakkan	Agar klien merasa nyaman dan termotivasi
Ubah posisi secara periodik	Untuk mencegah dekubitus dan memperlancar aliran darah
Kolaborasi fisioterapi/terapi okupasi untuk menentukan posisi yang optimal bagi pasien selama latihan dan jumlah pengulangan untuk setiap pola pergerakan	Membantu proses pemulihan klien
Diagnosi 7: Risiko cedera berhubungan dengan kegagalan mekanisme pertahanan tubuh Kriteria hasil: Tanda-tanda vital dalam batas normal, tidak terdapat tanda-tanda perdarahan serta gangguan kesadaran.	
Intervensi	Rasional
Ukur tanda-tanda vital secara berkala	Sebagai data dalam menentukan intervensi
Kaji dan monitor perfusi jaringan	Untuk mengetahui masalah perfusi jaringan
Identifikasi adanya perubahan tingkat kesadaran, perubahan perilaku, sakit kepala dan kelelahan	Mengetahui tingkat kesadaran klien
Identifikasi tanda-tanda perdarahan (perdarahan gusu, ptekie, epistaksis, melena)	Mengetahui bila terdapat tanda-tanda perdarahan
Fasilitasi lingkungan yang aman dan nyaman sehingga anak dapat beristirahat	Lingkungan yang aman dan nyaman mempercepat pemulihan pasien
Jelaskan pada keluarga untuk memasang pengaman tempat tidur jika akan meninggalkan klien	Untuk menghindari risiko jatuh
Edukasi keluarga cuci tangan 6 langkah	Mencegah infeksi silang

Bantu klien melakukan kebersihan mulut (<i>oral hygiene</i>) minimal 2x/hari, gunakan sikat gigi yang memiliki sikat yang lembut, ujungnya bulat atau gunakan kassa lembab untuk menggosok gigi	Agar pasien lebih nyaman dan meningkatkan nafsu makan
Identifikasi hasil pemeriksaan laboratorium (hemoglobin, hematokrit, leukosit dan trombosit) kultur urin dan darah	Mengetahui nilai laboratorium yang bermasalah
Kolaborasi dalam pemberian tranfusi <i>Packed Red Cell</i> (PRC) atau <i>Trombocyte Cell</i> (TC) sesuai indikasi untuk meningkatkan hemoglobin	Untuk menghindari penurunan Hemoglobin
Pantau tanda-tanda reaksi hipersensitivitas pada saat pemberian tranfusi	Untuk mencegah terjadinya reaksi hipersensitivitas akibat tranfusi

Bab 8

Asuhan Keperawatan Paliatif pada Lansia

8.1 Pendahuluan

Setiap manusia dalam menjalani kehidupan akan mengalami proses menjadi tua atau lanjut usia. Lanjut usia merupakan tahapan di mana seseorang telah mencapai usia ≥ 60 tahun. Lanjut usia bukan merupakan suatu penyakit, akan tetapi tahapan dari proses kehidupan manusia yang pada umumnya akan mengalami kemunduran/penurunan kemampuan tubuh dalam beradaptasi terhadap stres lingkungan. Kondisi inilah yang dapat mengakibatkan terjadinya kemunduran pada fungsi secara fisik, mental, sosial dan sosial secara bertahap (Bruno, 2019).

Saat ini, populasi lanjut usia di seluruh dunia mengalami peningkatan di mana lebih banyak lansia yang hidup dengan penyakit kronis yang cukup serius hingga menjelang akhir hayatnya. Perawatan paliatif merupakan masalah kesehatan yang ada di masyarakat yang sering terjadi pada lansia. Masalah ini semakin meningkat seiring dengan peningkatan jumlah lansia serta kurangnya perhatian yang menyeluruh terhadap kebutuhan lansia. Hal ini merupakan salah satu tantangan yang harus dihadapi oleh masyarakat dalam memberikan pemenuhan kebutuhan lansia dengan penyakit kronis. Seperti misalnya

memberikan contoh praktik perawatan paliatif yang baik kepada lanjut usia dalam hal perencanaan dalam memberikan pelayanan perawatan paliatif yang tepat dan efektif bagi lansia (Lipman, 2012).

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang berfokus terhadap peningkatan identifikasi gejala, memberikan pelayanan kualitas hidup bagi individu menjelang akhir kehidupannya dan memberikan dukungan kepada keluarga serta orang lain termasuk juga pengasuh lansia agar memberikan perawatan terhadap lansia itu sendiri. Upaya dalam meningkatkan perawatan paliatif dapat dilakukan diberbagai tempat seperti misalnya di rumah sakit, panti jompo maupun dirumah (Lipman, 2012).

8.2 Perawatan Paliatif Pada Lansia

Saat ini peningkatan populasi lanjut usia di seluruh dunia mengakibatkan peningkatan dramatis terhadap jumlah individu yang hidup pada usia 70 tahunan, 80 tahunan dan 90 tahunan. Meskipun trend yang saat ini terjadi bahwa kematian cenderung terjadi pada individu lanjut usia namun kebijakan mengenai kebutuhan khusus pada lansia menjelang akhir hayat masih sedikit. Pada tahun tahun terakhir pola penyakit yang terjadi pada lansia cenderung mengalami perubahan. Saat ini lebih banyak lansia yang meninggal akibat kondisi penyakit kronis yang melemahkan seperti penyakit yang menyerang sistem kardiovaskuler, penyakit paru obstruksi kronik, penyakit yang menyerang sistem endokrin seperti diabetes mellitus serta penyakit kanker dan demensia.

Pada umumnya lansia sering mengalami penyakit yang terjadi secara bersamaan dalam satu waktu. Akibatnya lansia akan mengalami berbagai masalah kesehatan hingga terjadi kecacatan. Ketika tahun terakhir kehidupan, para lansia akan mengalami berbagai gejala seperti munculnya keluhan nyeri, adanya anoreksia, perubahan suasana hati yang memburuk hingga kebingungan mental, gangguan tidur (insomnia), keluhan sembelit dan masalah pada penurunan kemampuan dalam mengontrol kandung kemih dan usus (Woodruff, 2004). Perawatan paliatif pada lansia perlu dilakukan pengembangan untuk memenuhi kebutuhan lansia yang kompleks. Layanan perawatan lansia harus disediakan bagi lansia terutama yang mengalami penyakit berdasarkan kebutuhan lansia selain kebutuhan untuk menentukan diagnosis dan prognosis.

8.2.1 Definisi Perawatan Paliatif Pada Lansia

Saat ini definisi perawatan paliatif sudah mengalami pergeseran dari konsep tradisional ke konsep modern. Perawatan paliatif modern dipahami dalam makna luas yang tidak hanya mencakup perawatan dari segala usia dengan kebutuhan khusus terkait kematian tetapi juga mencakup perawatan di rumah sakit.

Perawatan paliatif modern dalam jurnal (Voumard et al., 2018), berkembang berdasarkan 3 sumber dasar yakni:

1. Sekitar tahun 1960 terdapat penentangan dari masyarakat terkait kematian. Masyarakat menentang tabu mengenai kematian.
2. Sebuah gerakan reformasi perawatan kesehatan yang mengharuskan teknologi medis yang mengabaikan kematian dan penyakit terminal
3. Dipengaruhi secara agama dengan menekankan kebijakan profesional seperti rasa peduli, kasih sayang serta empati.

Definisi lain yang disampaikan oleh (Woodruff, 2004), perawatan paliatif merupakan: “Perawatan paliatif adalah perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui deteksi dini dan penilaian menyeluruh dari rasa sakit dan masalah fisik, psikososial dan mental lainnya. Konsep ini merupakan pendekatan yang meningkatkan melalui pencegahan dan pengobatan”.

Konsep lain dikemukakan oleh (Ferrell, 2015) dalam (KPAI, 2016) bahwa: “Perawatan paliatif berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan orang yang dicintai serta meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah dan mengobati penderitaan. Perawatan paliatif juga mencakup semua penyakit dan memenuhi kebutuhan fisik, intelektual, emosional, spiritual dan mempromosikan otonomi pasien dan pilihan hidup”.

Sedangkan menurut *World Health Organization* (WHO, 2017) dalam (KPAI, 2016), perawatan paliatif adalah: “Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam pengelolaan masalah yang berhubungan dengan masalah kesehatan yang mengancam jiwa melalui deteksi dan penilaian dini, pengobatan nyeri, pengobatan masalah spiritual melalui pencegahan dan penghentian penderitaan”.

8.2.2 Tujuan Perawatan Paliatif Pada Lansia

Menurut Ferrell et al. (2018), bahwa perawatan paliatif didasarkan pada antropologi holistik yang mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial dan spiritual manusia pada yang tercermin pada pendekatan tim multidisiplin. Dalam merawat lansia yang menderita penyakit terminal yang mengancam jiwa, perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi penderitaan dengan mencegah dan mengobati gejala daripada penyakit. Tingkatan lebih lanjut adalah konsep unit perawatan yang mencakup pasien serta pengasuh pasien. Pengasuh tidak hanya dianggap sebagai seorang pengasuh saja tetapi juga sebagai seorang pengambil keputusan pengganti pasien dan orang yang membutuhkan dukungan dari berbagai pihak untuk kebaikan pasien.

Sedangkan menurut Higginson et al (2011) dalam Bone et al. (2016), bahwa perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya melalui pendekatan holistik, pengkajian masalah fisik dan psikososial yang relevan yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa.

8.2.3 Hal yang membedakan perawatan paliatif pada lansia dengan orang lain

Menurut Woodruff (2004), bahwa masalah mendasar yang menjadi ciri pasien lanjut usia dalam menerima perawatan paliatif adalah:

1. Adanya perubahan fisiologis alami yang terjadi pada lanjut usia seiring dengan bertambahnya usia
2. Adanya penurunan fungsi sensorik
3. Beberapa penyakit kronis yang hidup berdampingan dengan polifarmasi
4. Demensia komorbiditas atau gangguan komunikasi utama yang sering terjadi terkait dengan gangguan sensorik
5. Perbedaan farmakokinetik dibandingkan dengan orang yang lebih muda
6. Adanya masalah sosial dan ekonomi yang signifikan dari orang tua di negara berkembang

7. Tidak/kurang memadainya pelayanan medis dan farmakoterapi di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju
8. Beban emosional dan ekonomi pada keluarga dan atau pengganti lebih besar di negara berkembang dibandingkan dengan negara maju.

Pada saat perawat memberikan perawatan paliatif pada lansia, perawat harus memperhatikan penyakit yang membatasi hidup pasien yang baru didiagnosis, serta berbagai pertimbangan lain saat merencanakan perawatan. Pada lansia akan mengalami penurunan jaringan otot dan volume ekstraseluler, sehingga akan mengalami dehidrasi, gangguan absorpsi obat – obatan dan nutrisi yang memadai melalui rute oral. Proses penuaan juga akan memengaruhi kulit serta orang-orang dengan keterbatasan mobilitas karena patah tulang, demensia, penyakit Parkinson dan stroke akan mengakibatkan terjadinya luka dan infeksi yang menyakitkan.

8.3 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Lansia

Memberikan perawatan pasien yang sakit parah seperti merawat orang sakit lainnya adalah pekerjaan seorang perawat. Proses yang harus dilalui dalam memberikan asuhan keperawatan dimulai dengan tahapan: pengkajian termasuk melakukan pemeriksaan fisik (head to toe), menyusun diagnosa keperawatan, menyusun perencanaan keperawatan, membuat implementasi dan evaluasi (Rinawati, 2021).

8.3.1 Pengkajian

Menurut Rinawati (2021), pada tahapan pengkajian lansia dengan penyakit terminal ditekankan pada riwayat medis dengan kondisi terminal atau penilaian untuk memastikan apakah memungkinkan untuk sembuh kembali atau tidak. Selain itu perawat perlu memperhatikan bagaimana pemenuhan kebutuhan dasarnya yang mencakup kebutuhan fisiologis makan, minum, eliminasi, istirahat dan tidur serta kebutuhan dasar lainnya apakah masih mampu dipenuhi sendiri atau harus memerlukan bantuan orang lain. Hal-hal tersebut berhubungan dengan keseimbangan pemenuhan kebutuhan dasar yang

akan mendasari pengkajian pada penyakit terminal. Selain kebutuhan dasar, perhatian khusus harus diberikan untuk memenuhi kebutuhan keamanan, kenyamanan dan rasa memiliki dari pasien terutama lansia yang sakit terminal ini.

Menurut Damanik (2019), bahwa dalam melakukan pengkajian pada lansia, perawat perlu memperhatikan beberapa hal di antaranya seperti adanya keterkaitan (interaksi) antara aspek fisik dan psikososial yakni pada orang tua (lansia), mekanisme lansia yang menjadi kurang tangguh, masalah psikologis yang meningkat, terjadinya perubahan fisik serta adanya penyakit dan disfungsi. Oleh sebab itu, perawat perlu mempertimbangkan hal-hal saat melakukan pengkajian pada lansia seperti ruang yang cukup, kebisingan yang minimal, suhu ruangan yang cukup hangat, tidak ada sinar matahari langsung, duduk nyaman, dekat dengan kamar mandi, privasi lengkap, sabar dan santai. Perawat juga perlu memperhatikan adanya tanda-tanda kelelahan dan sebaiknya perawat juga memberikan kesempatan pada lansia untuk berpikir dan bersantai.

Pengkajian pada lansia dengan penyakit terminal tidak jauh berbeda dengan pengkajian lansia pada umumnya. Menurut Rinawati (2021), pengkajian pada lansia dengan penyakit terminal mencakup:

1. Riwayat kesehatan lansia
 - a. Riwayat kesehatan saat ini
Pada tahapan ini perawat melakukan pengkajian terhadap penyakit yang sedang diderita oleh lansia saat ini.
 - b. Riwayat kesehatan sebelumnya
Pada tahapan ini perawat mengkaji keadaan kesehatan lansia sebelumnya atau dimasa lalu, apakah lansia memiliki riwayat dirawat dirumah sakit dengan penyakit yang saat ini diderita atau tidak.
 - c. Riwayat kesehatan keluarga lansia
Pada tahapan ini, perawat mengkaji kesehatan keluarga lansia, apakah ada anggota keluarga yang menderita penyakit yang sama dengan lansia saat ini atau tidak.
2. Prinsip dan konsep etika keperawatan, budaya dan norma dalam mengkaji lansia dengan penyakit terminal. Beberapa perubahan fisik yang akan terjadi sesaat sebelum kematian yakni:

- a. Terjadi kecenderungan penurunan respon terhadap kondisi sekitar
 - b. Adanya penurunan fungsi tubuh
 - c. Lansia mulai mengalami penurunan fungsi berkemih atau defekasi
 - d. Rahang lansia jatuh
 - e. Perubahan pola pernafasan yang mulai terdengar dangkal dan tidak teratur
 - f. Perlambatan peredaran darah, teraba dingin pada bagian ekstremitas, denyut nadi semakin lemah tetapi cepat
 - g. Kulit berwarna pucat
 - h. Mata mulai menunjukkan respon penurunan terhadap rangsangan cahaya
3. Kesadaran lansia pada penyakit terminal. Menurut Milia dan Wijayanti (2018) dalam (Rinawati, 2021) bahwa kesadaran penyakit terminal dibagi dalam:
- a. Tidak mengerti (Closed Awareness)
Pada situasi ini, dokter biasanya tidak ingin mengungkapkan prognosis atau diagnosis kepada lansia selaku pasien serta anggota keluarga. Namun, hal ini bisa saja menyulitkan perawat karena perawat yang lebih banyak kontak dengan pasien daripada dokter. Keluarga akan lebih sering menanyakan mengenai kapan pasien bisa sembuh, kapan pasien bisa pulang, dan lain – lain sementara dokter biasanya tidak ingin mengungkapkan prognosis atau diagnosa kepada pasien maupun anggota keluarga.
 - b. Kesadaran/Pengertian yang ditutupi (Matual Pretense)
Pada situasi ini, lansia diberikan kesempatan untuk membuat keputusan mengenai semua masalah pribadi walaupun menyulitkan.
 - c. Sadar akan keadaan dan terbuka (Open Awarness)
Pada tahap ini, pasien dan orang – orang disekitarnya sudah mengetahui bahwa pasien akan meninggal dan walaupun mereka

mencoba untuk menerima dan mendiskusikannya, mereka masih belum menerima.

4. Faktor-faktor yang perlu dikaji

a. Kebersihan diri

Pada tahap ini perlu dikaji terkait kebutuhan kebersihan pribadi pasien termasuk kemampuan dalam menjaga kebersihan kulit, kebersihan rambut, kebersihan mulut, kebersihan kuku dan kebersihan usus/berkemih.

b. Rasa nyeri

Pada poin ini perlu dikaji intensitas nyeri, durasi nyeri, lokalitas, dan penyebaran nyeri. Kemampuan pasien untuk menoleransi rasa sakit, bagaimana pasien mengatasi rasa sakit serta obat apa pun yang diberikan untuk mengobati rasa sakit.

c. Jalan nafas

Pada pengkajian ini perlu dikaji terkait pola pernafasan, laju pernafasan dan suara nafas pasien. Jika ditemukan adanya sesak nafas perlu juga dikaji otot – otot pernafasan yang digunakan. Jika menggunakan oksigen sebagai pendukung pernafasan, perawat harus menentukan oksigen yang dibutuhkan untuk mencegah terjadinya asidosis metabolik. Apabila tingkat kesadaran pasien masih baik (tuh) sebaiknya diberikan posisi fowler dan pengeluaran sekresi lendir agar jalan nafas paten. Sebaliknya, jika pasien dalam kondisi tidak sadar, posisi sim merupakan posisi yang baik dengan pemasangan drainase dari mulut dan pemberian oksigen.

d. Aktivitas

Pada pengkajian aktivitas, perawat perlu memperhatikan kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas untuk kebutuhannya sendiri atau tergantung pada orang lain. Jika pasien tergantung pada orang lain, maka harus ditentukan apakah ketergantungan pasien secara total atau sebagian. Jika kondisi pasien memungkinkan, sebaiknya pasien dianjurkan untuk melakukan olahraga seperti jalan kaki. Jika pasien membutuhkan

alat maka sebaiknya menggunakan alat yang dapat menopang tubuh pasien karena penurunan tonus otot.

e. Nutrisi

Pada status nutrisi, pasien sering mengalami kondisi mual dan anoreksia karena adanya penurunan peristaltik dalam tubuh. Untuk mengatasi keadaan tersebut, perawat dapat memberikan obat antiemetik untuk sehingga keluhan mual berkurang, nafsu makan meningkat. Pasien juga dapat diberikan makanan tinggi kalori untuk mengurangi masalah pada status nutrisi.

f. Eliminasi

Penurunan atau bahkan hilangnya tonus otot dapat mengakibatkan terjadinya konstipasi, inkontinensia fekal dan inkontinensia urin. Lansia sebaiknya diberikan obat pencahar untuk mencegah terjadinya sembelit. Untuk lansia yang mengalami inkontinensia urin dapat diberikan toilet bowl dan urinal secara teratur. Selain itu lansia juga dapat dilengkapi dengan menggunakan kain yang dapat diganti/diketeterisasi sewaktu waktu. Lansia juga harus diperhatikan terkait kebersihan diarea perineum terhadap luka lecet maupun lepuh.

g. Perubahan sensori

Lansia yang mengalami kondisi sakit parah/terminal sering terjadi gangguan sensori terutama ketika penglihatan mereka menjadi kabur. Kondisi ini akan terlihat ketika pasien mulai menunjukkan tanda menghindari atau bahkan menolak menghadapkan kepalanya ke arah lampu atau tempat yang lebih terang. Pada kondisi seperti ini, lansia biasanya masih mampu mendengar tetapi sudah tidak merespon.

h. Kebutuhan sosial

Pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan terutama mereka yang memiliki penyakit khusus mungkin perlu ditempatkan di ruangan terpisah untuk memenuhi kebutuhan sosial pribadi dan keluarga. Dalam memenuhi kebutuhan sosial, perawat dapat mengajukan beberapa pertanyaan seperti siapa saja orang –

orang/anggota keluarga yang diinginkan pasien untuk dihadirkan, mengkaji perasaan pasien yang berkaitan dengan kondisi sakitnya saat ini hingga dilakukan isolasi, serta memberikan sara kepada anggota keluarga/teman terdekat pasien untuk sering menjenguk pasien.

i. **Kebutuhan spiritual**

Pada kebutuhan spiritual, perawat perlu menanyakan kepada pasien terkait harapan hidup dan rencana yang dimiliki ketika pasien sakit hingga menjelang kematiannya, perlukah pasien dikunjungi oleh pemuka agama untuk memenuhi kebutuhan spiritualnya, memberikan dukungan dan dorongan agar pasien mampu memenuhi kebutuhan spiritual sesuai kemampuannya.

8.3.2 Perumusan Diagnosa Keperawatan

Diagnosis keperawatan adalah evaluasi klinis yang berfokus pada respon individu terkait kondisi kesehatannya atau proses kehidupan dan kerentanan manusia baik pada individu, keluarga, kelompok maupun masyarakat (Nanda, 2015-2017) dalam (Damanik, 2019).

Diagnosis keperawatan menurut Nanda (2015-2017) dalam (Damanik, 2019), dibagi menjadi 4 tipologi yakni:

1. **Aktual atau diagnosis yang berfokus pada masalah**

Merupakan penilaian klinis yang menggambarkan reaksi klien yang tidak diinginkan terhadap kondisi kesehatan atau proses kehidupan individu, keluarga, kelompok dan masyarakat. Hal ini didukung dengan membatasi sifat-sifat kelompok data yang saling berhubungan. Contoh tipologi diagnosa ini adalah: nutrisi tidak seimbang; kurang dari kebutuhan tubuh; gangguan pola pernafasan; gangguan pola tidur; manajemen kesehatan tidak efektif serta

2. **Diagnosis Risiko**

Merupakan sebuah penilaian klinis yang menggambarkan kerentanan lansia sebagai individu, keluarga, kelompok dan komunitas yang memungkinkan berkembangnya reaksi yang tidak diinginkan terhadap kesehatan atau proses kehidupan lansia. Setiap label pada

diagnosis ini diawali dengan kata “risiko”. Contohnya: risiko kekurangan volume cairan, risiko ketidakmampuan menjadi orangtua, risiko distress spiritual, dan sebagainya.

3. Diagnosis Promosi Kesehatan

Merupakan penilaian klinis yang menggambarkan motivasi dan keinginan individu untuk meningkatkan kesehatan dan menyadari potensi kesehatannya sendiri pada konsep individu, keluarga, kelompok atau komunitas. Respon individu dinyatakan dalam tindakan/upaya individu dalam meningkatkan perilaku kesehatan secara spesifik dan dapat digunakan untuk semua status kesehatan. Setiap diagnosis pada tipologi ini diawali dengan kata “kesiapan meningkatkan” (Nanda, 2014). Contohnya: kesiapan meningkatkan pengetahuan, kesiapan meningkatkan komunikasi, kesiapan meningkatkan religiusitas, dan lain sebagainya.

4. Diagnosis Sindrom

Merupakan penilaian yang menggambarkan kelompok diagnosis keperawatan yang terjadi bersama, mengatasi masalah secara bersamaan dan melalui intervensi yang sama juga. Misalnya sindrom nyeri kronis merupakan sindrom diagnosis nyeri kronis yang memengaruhi respon klien terhadap penyakit lain. Kategori diagnosis sindrom dapat berupa risiko atau masalah. Contohnya: sindrom kelemahan lansia, sindrom kekerasan, sindrom postrauma, dan lain sebagainya.

Menurut Potter, Perry, Stockert & Hall (2021) dalam Rinawati (2021), bahwa masalah keperawatan yang muncul pada pasien dengan penyakit terminal dapat bersamaan antara masalah yang satu dengan yang lainnya. Perumusan diagnosa pasien terminal mengacu pada hasil pengkajian yang telah dilakukan oleh perawat. Beberapa diagnosa keperawatan yang dapat ditemukan pada lansia dengan penyakit terminal di antaranya:

1. Nyeri, baik nyeri akut maupun kronis
2. Nutrisi tidak adekuat karena adanya penurunan nafsu makan atau adanya gangguan sistem pencernaan

3. Gangguan sistem pencernaan seperti mual muntah (bisa diakibatkan oleh proses penyakit kanker, komplikasi lain dan obat – obatan); keluhan sembelit yang diakibatkan oleh efek anastesi yang memperlambat peristaltik dan imobilitas; serta diare yang sering disebabkan oleh kanker usus besar.
4. Kelelahan yang terjadi karena penurunan kekuatan otot akibat tuntutan metabolik kanker.
5. Kekurangan cairan (dehidrasi) yang terjadi karena pasien tidak mampu mempertahankan pemasukan cairan atau karena adanya penyempitan pada saluran pencernaan.
6. Inkontinensia urin yang bisa saja terjadi pada pasien yang mengalami penurunan kesadaran atau karena adanya komplikasi penyakit kanker yang sudah menyebar ke medulla spinalis.
7. Kecemasan. Sebagian besar pasien akan mengalami kecemasan atau takut akan kondisi penyakitnya serta takut terhadapp kematian. Hal ini bisa terjadi karena pasien tidak mengenali situasi maupun kondisi penyakit yang tidak dapat diperkirakan.
8. Pola nafas tidak efektif yang dapat ditemui pada beberapa pasien dengan penyakit paru obstruktif menahun, adanya odema paru, kanker paru terminal atau bisa juga diakibatkan oleh penurunan kadar hemoglobin dalam darah sehingga terjadi penurunan kapasitas oksigen dalam paru.
9. Duka. Diagnosa berduka dapat terjadi karena penyakit terminal yang sedang dialami oleh pasien, terutama saat menjelang kematian, adanya perubahan fungsi, perubahan pada konsep diri dan upaya menarik diri dari oranglain.
10. Perubahan proses keluarga yang terjadi karena adanya ketakutan pasien terhadap kematian, adanya masalah kehidupan pada keluarga serta lingkungan perawatan pasien yang dapat meningkatkan stress.

8.3.3 Rencana & Intervensi Keperawatan

Penyusunan rencana keperawatan pada lansia sebaiknya dilakukan dengan melibatkan pasien dan keluarganya serta melibatkan profesi kesehatan yang

lainnya. Selain itu dalam menyusun rencana keperawatan, perawat sebaiknya menentukan terlebih dahulu prioritas seperti misalnya apakah klien akan mungkin puas dengan situasi tersebut, menyusun perubahan yang tidak memaksakan, mengutamakan keamanan dan pencegahan masalah lanjutan pada lansia (Ratnawati, 2018).

Menurut Damanik (2019), bahwa perencanaan keperawatan geriatri merupakan proses mempersiapkan berbagai intervensi perawatan untuk membantu mencegah, meringankan atau mengurangi masalah pada lansia. Tujuan dari perencanaan keperawatan yakni memberikan tindakan keperawatan berdasarkan respon klien terhadap masalah kesehatan yang dialaminya serta mencegah timbulnya masalah baru (Ratnawati, 2018).

Pada lansia yang mengalami penyakit terminal, rencana keperawatan dilakukan dengan tetap memperhatikan tindakan mandiri serta kolaborasi. Tindakan kolaborasi bisa berupa pemberian obat, terapi non farmakologi untuk menurunkan nyeri seperti *guided imagery*, distraksi, *massage*, dan sebagainya (Rinawati, 2021).

Menurut (Ratnawati, 2018), dalam menyusun rencana asuhan keperawatan yang efektif pada lansia perlu memperhatikan langkah-langkah seperti dibawah ini:

1. Menentukan prioritas masalah

Dalam menyusun rencana asuhan keperawatan, penentuan prioritas sangat dibutuhkan. Perawat perlu mengidentifikasi urutan masalah yang nantinya berdampak terhadap urutan intervensi keperawatan. Penentuan prioritas masalah pada klien dapat dibedakan menjadi 3 yaitu:

a. Prioritas tinggi

Merupakan prioritas yang dibuat berdasarkan masalah/diagnosis keperawatan yang apabila tidak segera ditangani dapat mengakibatkan ancaman pada klien.

b. Prioritas menengah

Merupakan prioritas masalah pada klien yang tidak mengancam kehidupan (berdasarkan kebutuhan klien).

- c. Prioritas rendah
Merupakan prioritas yang meliputi kebutuhan klien yang sifatnya tidak secara langsung berkaitan dengan penyakit tertentu.
- 2. Menetapkan tujuan asuhan keperawatan
Merupakan sasaran/target yang ingin dicapai oleh perawat dalam pemberian intervensi keperawatan. Tujuan asuhan keperawatan merupakan pernyataan yang menggambarkan tindakan yang dilakukan oleh perawat yang dapat diukur berdasarkan kemampuan dan kewenangan perawat. Tujuan asuhan keperawatan dapat berupa tujuan jangka pendek yakni intervensi mendesak yang perlu dilakukan untuk mengatasi masalah, dalam waktu yang cukup singkat serta tujuan jangka panjang yang disusun dalam waktu yang relatif lebih lama. Sebagian besar tujuan jangka panjang difokuskan pada upaya pencegahan, pemulangan pasien, upaya rehabilitasi dan pendidikan kesehatan.
- 3. Menyusun kriteria hasil
Dalam menyusun kriteria hasil untuk diagnosis keperawatan, perawat harus mampu mengidentifikasi apakah kriteria tersebut sudah mewakili status kesehatan klien yang dapat dicapai maupun dipertahankan melalui tindakan keperawatan mandiri, sehingga perawat dapat membedakan antara diagnosis keperawatan dan masalah kolaboratif. Menurut Gordon (1994) dalam Ratnawati (2018) pedoman penulisan kriteria hasil adalah:
 - a. Fokus pada klien
Kriteria hasil tentu harus berfokus pada klien. Kriteria hasil sebaiknya mencakup komponen SMART yakni:
 - S : Spesifik (memiliki tujuan yang jelas, tidak mengakibatkan makna ganda)
 - M : Measurable (dapat diukur, dilihat, diobservasi, didengar, diraba, dirasakan, dicium baunya)
 - A : Achievable (tujuan yang dibuat harus dapat dicapai)
 - R : Reasonable (dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah)

T : Time (memiliki batasan waktu)

b. Singkat, jelas

Penyusunan kriteria hasil sebaiknya menggunakan kata-kata yang singkat namun dapat dipahami agar perawat lebih mudah dalam mengidentifikasi tujuan dan rencana tindakan.

c. Dapat diukur/diobservasi untuk menentukan kegagalan serta keberhasilan

d. Punya batas waktu

e. Realistis

Perawat dalam menyusun kriteria hasil harus memperhatikan sarana dan prasarana yang tersedia seperti peralatan medis, biaya, tingkat pengetahuan, fasilitas, kondisi fisik serta pengaruh emosi.

f. Ditentukan oleh perawat dan klien

Perawat perlu memperhatikan aspek kognitif (pengetahuan), afektif (emosi) psikomotor (keterampilan), dan adanya perubahan fungsi tubuh.

4. Menetapkan rencana tindakan

Rencana keperawatan merupakan suatu aktivitas atau tindakan yang diperlukan untuk membantu klien dalam mencapai kriteria hasil. Menurut Bulechek & McCloskey (1989) dalam Ratnawati (2018), bahwa intervensi keperawatan merupakan tindakan yang dilakukan secara langsung oleh perawat kepada klien. Tindakannya dapat berupa tindakan mandiri keperawatan yang dilakukan berdasarkan diagnosis keperawatan, tindakan medis yang dilakukan berdasarkan diagnosa medis dan membantu pemenuhan kebutuhan dasar manusia yang tidak dapat dilakukan sendiri oleh klien.

Agar menghindari kesalahan/kerancuan dalam penyusunan rencana tindakan, perlu diperhatikan hal-hal seperti:

a. Waktu

Seluruh rencana keperawatan yang disusun oleh perawat harus disertakan waktu untuk mengidentifikasi tanggal pelaksanaan tindakan tersebut. Misalnya: pertahankan posisi semi Fowler selama 24 jam.

- b. Memakai kata kerja
Segala tindakan keperawatan harus tertulis secara jelas menggambarkan setiap kegiatan. Misalnya: berikan kompres hangat selama 20 menit.
 - c. Difokuskan pada pertanyaan
Fokus pada pertanyaan siapa, apa, di mana, kapan, yang mana dan bagaimana.
5. Perencanaan pemulangan (discharge planning)
Dalam menyusun intervensi keperawatan, perawat juga perlu mempertimbangkan kebutuhan dimasa datang pada klien terutama rencana pemulangan dari fasilitas pelayanan kesehatan tersebut. Kegiatan perencanaan atau discharge planning merupakan kegiatan yang disusun atau dimulai ketika pasien dilakukan perawatan di fasilitas pelayanan kesehatan.
6. Dokumentasi
Merupakan laporan tertulis rencana tindakan keperawatan pada klien yang meliputi perawatan klien, perawatan kontinu, komunikasi dan evaluasi. Dokumentasi keperawatan dibuat oleh perawat profesional yang memiliki dasar pendidikan keperawatan yang memadai, dilaksanakan sejak kontak pertama kali dengan pasien (meliputi pengkajian, penentuan diagnosis keperawatan, kriteria hasil, rencana tindakan). Selain itu dokumentasi keperawatan sebaiknya ditempatkan ditempat yang mudah didapatkan oleh perawat, dan di dalam dokumentasi keperawatan mencakup seluruh komponen rencana tindakan keperawatan terbaru.

8.3.4 Evaluasi Keperawatan

Evaluasi keperawatan merupakan tahapan akhir dari proses keperawatan yang disusun secara sistematis dan terencana untuk membandingkan antara hasil akhir dan tujuan atau kriteria hasil yang telah perawat susun pada tahap perencanaan (Asmadi, 2008) dalam Ratnawati (2018). Pada penyusunan tahapan evaluasi, perawat perlu memperhatikan perkembangan klien terhadap hasil yang telah dicapai serta rencana keperawatan yang telah disusun sebelumnya apakah efektif atau tidak. Evaluasi keperawatan dapat dilakukan

dengan cara observasi atau pengamatan perawat terhadap klien yang meliputi aspek fisik, psikososial dan spiritual klien serta dengan cara wawancara yakni menanyakan langsung perihal perkembangan kesehatan klien secara utuh. Evaluasi keperawatan sendiri memiliki beberapa fungsi di antaranya:

1. Memastikan perkembangan kesehatan klien terutama lansia
2. Mengukur produktivitas, efektivitas tindakan keperawatan serta efisiensi
3. Sebagai tolak ukur dalam meningkatkan kualitas keperawatan
4. Memastikan penilaian langsung dari klien terhadap proses keperawatan yang sedang dijalankan.

Evaluasi keperawatan akan mendapatkan hasil yang optimal apabila perawat melakukan beberapa tahapan seperti:

1. Menentukan/mengidentifikasi kriteria standar dan evaluasi
2. Melakukan pengumpulan data untuk mengetahui apakah kriteria dan standar yang telah ditetapkan telah terpenuhi
3. Menginterpretasikan dan menyusun kesimpulan data yang telah ditemukan
4. Melaporkan/mendokumentasikan setiap temuan dan pertimbangan klinis klien
5. Melanjutkan, menghentikan, atau memperbaiki rencana perawatan.

Sedangkan menurut (Rinawati, 2021), bahwa pada evaluasi keperawatan paliatif pada lansia perlu mempertimbangkan beberapa poin di antaranya:

1. Klien merasa nyaman dan mampu mengkomunikasikan perasaannya pada perawat
2. Klien tidak berduka dan mau menerima kenyataan terhadap kondisinya
3. Klien selalu mengingat Tuhannya
4. Klien mengakui bahwa segala sesuatu yang diciptakan akan dikembalikan kepada Tuhan Yang Maha Esa.

Bab 9

Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Paliatif

9.1 Pendahuluan

Penyakit tidak menular (PTM) menjadi ancaman utama bagi kesehatan, seiring perkembangan zaman dan perubahan pola hidup di masyarakat seperti kebiasaan merokok, *sedentary lifestyle*, dan pola diet tidak sehat. *World Health Organization* (WHO) (2022), menyebutkan bahwa 41 juta kematian didunia setiap tahunnya akibat PTM, dan kanker merupakan penyebab kematian kedua secara global yaitu sebanyak 9,3 juta jiwa. Kanker merupakan suatu kondisi yang dihasilkan dari DNA seluler yang abnormal di mana sel bermutasi dan jumlah sel bertambah. Kanker paru-paru, kanker prostat, kanker lambung, dan kanker hati merupakan kanker yang umum diderita oleh laki-laki, sedangkan pada wanita yaitu kanker payudara, kanker kolorektal, kanker paru-paru, kanker serviks, dan kanker tiroid (WHO, 2019).

Masalah yang ditimbulkan oleh penyakit kanker tidak hanya pada aspek fisik penderita, tetapi mencakup aspek psikologis, sosial dan ekonomi pada individu, keluarga, dan komunitas, serta sistem kesehatan. Sistem kesehatan

terutama di negara-negara berkembang, kesulitan untuk menangani penyakit kanker, sehingga sebagian besar penderita kanker tidak mendapatkan akses yang berkualitas untuk didiagnosis dan mendapatkan pengobatan (WHO, 2019). Perawatan paliatif pada pasien kanker bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga melalui deteksi dini penyakit, mengatasi nyeri dan masalah lainnya baik fisik, psikososial, dan spiritual (WHO, 2020). Secara global, diperkirakan sekitar 40 juta pasien yang membutuhkan perawatan paliatif, dan 34% di antaranya adalah pasien kanker namun hanya sekitar 14% pasien yang mendapatkan perawatan tersebut (WHO, 2020). Di Indonesia, 70% kasus kanker payudara dideteksi pada tahap lanjut, dan pelayanan kesehatan untuk penyakit kanker termasuk perawatan paliatif masih terpusat di kota besar, sehingga angka kematian akibat penyakit kanker kian meningkat (Kemenkes RI, 2022).

Penanganan kanker meliputi: tindakan pembedahan, terapi radiasi, terapi hormonal, kemoterapi, atau kombinasi dari beberapa terapi tersebut. Kemoterapi merupakan pilihan terapi kanker yang paling sering dilakukan. Perawat memiliki peranan penting dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Pada fase pre-kemoterapi perawat memiliki peranan dalam memberikan dukungan, motivasi dan edukasi pada pasien dan keluarga yang menjalani kemoterapi serta mendapatkan *informed consent*. Pada fase intra kemoterapi perawat melakukan observasi tanda-tanda vital, pemasangan infus, memberikan obat premedikasi, pemberian obat kemoterapi, memonitor tanda-tanda ekstrasvasi, memberikan obat post mediaksi, dan mengobservasi keadaan pasien. Sedangkan pada fase post-kemoterapi, perawat memonitor keadaan umum pasien, tanda-tanda vital, dan efek samping kemoterapi serta memberikan dukungan psikologis. Prioritas utama selama pasien menjalani kemoterapi yaitu melindungi pasien dari efek samping yang mengancam jiwa dan gejala distress lainnya. Gejala *distress* yang timbul akibat efek dari kemoterapi menyebabkan beberapa pasien menginginkan untuk menghentikan pengobatan.

Asuhan keperawatan paliatif pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi dilaksanakan dengan pendekatan proses keperawatan dimulai dari tahap pengkajian sampai dengan melakukan evaluasi keperawatan yang berpedoman pada standar keperawatan dilandasi dengan etika profesi dalam lingkup wewenang serta tanggung jawab perawat yang mencakup wewenang serta tanggung jawab perawat pada seluruh proses kehidupan, dengan menggunakan

pendekatan holistik mencakup pelayanan biopsikososial yang komprehensif dan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

9.2 Kemoterapi pada Pasien Kanker

Kemoterapi merupakan terapi anti-kanker secara sistemik dengan menggunakan sekelompok obat kimia dengan tujuan untuk menyerang sebanyak mungkin sel-sel kanker dengan efek seminimal mungkin pada sel-sel yang sehat (Ignatavicius & Workman, 2016).

9.2.1 Tujuan Kemoterapi

Tujuan kemoterapi antara lain: kuratif, adjuvant, neoadjuvant, dan paliatif (Ignatavicius & Workman, 2016). Kemoterapi kuratif merupakan pemberian kemoterapi dengan tujuan pengobatan pada kanker dengan menyingkirkan semua komponen sel kanker dan mencegah kemungkinan untuk kambuh. Kemoterapi adjuvant dilakukan pada pasien setelah dilakukan operasi atau radioterapi untuk menghancurkan sel tumor residual. Sedangkan kemoterapi neoadjuvant yaitu kemoterapi yang diberikan pada pasien perioperatif untuk mengurangi ukuran tumor sehingga memungkinkan untuk ekstraksi dan pengangkatan tumor lebih mudah. Ketika kemoterapi diberikan dengan tujuan untuk mengatasi gejala dan meningkatkan kualitas hidup pasien tanpa tujuan kuratif disebut sebagai kemoterapi paliatif (Sherman, 2010).

Dalam arti luas, kemoterapi paliatif adalah penggunaan agen antineoplastik sistemik sebagai manajemen pada penyakit kanker yang tidak dapat disembuhkan (Dinwiddie, 2015). Beberapa faktor yang dipertimbangkan dalam pengambilan keputusan pada pasien dengan kanker stadium lanjut untuk mendapatkan kemoterapi paliatif yaitu tujuan pengobatan adalah untuk meringankan dan mencegah gejala yang diinduksi oleh tumor, dengan harapan untuk memperpanjang kelangsungan hidup.

9.2.2 Jenis-Jenis Kemoterapi

Jenis-jenis kemoterapi antara lain: *agen alkilasi*, *antimetabolite*, *antibiotik anti-tumor*, *inhibitor topoisomerase*, dan *inhibitor mitosis* (Ignatavicius, 2016). Agen alkilasi merupakan jenis kemoterapi yang menghambat pertumbuhan sel kanker dengan merusak DNA sel. Obat *antimetabolite* menghambat sel kanker

dengan berkerja sebagai pengganti DNA dan RNA sehingga sel kanker tidak dapat bereplikasi. Sedangkan obat antibiotik anti-tumor bekerja pada enzim yang bertanggung jawab untuk duplikasi DNA selama siklus sel, sehingga reproduksi sel terhambat. *Inhibitor topoisomerasi* bekerja dengan menghambat proses enzim topoisomerase yang bertanggung jawab untuk membantu untai DNA berkembang. Sedangkan inhibitor mitosis menghentikan sel kanker dalam bentuk yang baru dengan menghambat enzim proliferasi.

9.2.3 Cara Pemberian Kemoterapi

Kemoterapi diberikan melalui beberapa cara, antara lain: oral, intravena, injeksi, intraperitoneal, intra arteri, intratekal, intraventricular, topikal (Ignatavicius & Workman, 2016). Kemoterapi dapat diberikan secara oral dalam bentuk pil, kapsul ataupun cairan yang dapat ditelan. Obat kemoterapi paling sering diberikan melalui intravena. Kemoterapi juga dapat diberikan dengan injeksi ke otot baik dilengan, paha, maupun pinggul atau dibagian dibawah kulit (subkutan). Pemberian obat kemoterapi pada *intraperitoneal* melalui prosedur *Hipertemic Intraperitoneal Chemotherapy* (HIPEC). Sedangkan pada intra arteri melalui prosedur *Trans arterial chemoembolization* (TACE). Rute intratekal yaitu pemberian obat pada kanal spinal dan *intraventrikular* yaitu memberikan obat langsung pada ventrikular otak. Selain itu obat kemoterapi juga dapat diberikan secara topikal dengan mengoleskan obat langsung ke kulit atau meneteskan ke mata atau ke telinga.

9.2.4 Efek Samping Kemoterapi

Kemoterapi memiliki berbagai efek samping, dan tergantung pada jenis obat yang digunakan. Efek samping akibat kemoterapi dapat terjadi mulai dari beberapa jam atau hari, bahkan dalam jangka panjang yang dapat berlangsung dalam berminggu-minggu hingga bertahun-tahun.

Efek samping berikut dapat terlihat pada berbagai sistem tubuh pasien yang menjalani kemoterapi yaitu (Ignatavicius & Workman, 2016):

1. Integumen: Rambut rontok, perubahan warna pada kuku pasien dan kekeringan pada tekstur kulit.
2. Kardiovaskular: Pasien merasa lelah akibat penurunan kadar sel darah merah dalam tubuh, sehingga kapasitas dan suplai oksigen berkurang dalam jaringan. Masalah jantung juga dapat terjadi pada

jenis kemoterapi *antracycline* yang menyebabkan kerusakan signifikan pada otot-otot jantung yang mengakibatkan gagal jantung kongesti, miokarditis, dll.

3. *Gastroenterologi*: Mual dan muntah dapat dirasakan pasien karena lapisan lambung pasien berkurang akibat kemoterapi. Luka di mulut dan tenggorokan terjadi karena meningkatnya asam lambung yang merusak jaringan mukosa. Nafsu makan dan berat badan menurun terjadi karena perubahan pada saluran pencernaan pasien. Efek samping lain dari kemoterapi adalah konstipasi dan diare karena jaringan pencernaan yang berubah memengaruhi proses normal di usus.
4. *Hematologi*: Perdarahan dan memar dapat terjadi karena berkurangnya kadar trombosit. Anemia terjadi karena berkurangnya kadar eritrosit. Infeksi dapat terjadi karena berkurangnya kadar leukosit.
5. *Neurologis*: Perubahan sensasi neuropathy 'mati rasa', nyeri, gelisah saat tidur, dan cenderung memiliki memori yang buruk serta kesulitan dalam fokus dan menghapal, serta suasana hati yang mudah berubah.
6. *Genitourinari*: Beberapa obat kemoterapi dapat berdampak negatif pada sistem perkemihan dan organ reproduksi.

9.2.5 Persiapan Pasien Kemoterapi

Edukasi yang diberikan pada pasien sebagai persiapan kemoterapi antara lain (Pamela L. Swearingen, 2016):

1. Anjurkan keluarga pasien untuk tetap bersama klien selama perawatan. Hal tersebut dapat meningkatkan rasa aman dan nyaman pasien terhadap efek samping pengobatan.
2. Edukasi pasien terkait efek yang ditimbulkan oleh kemoterapi, jadwal perawatan dan pentingnya mematuhi jadwal perawatan.
3. Anjurkan pasien untuk rutin memeriksakan diri ke dokter gigi. Lesi mukosa bibir merupakan efek samping dari kemoterapi, pastikan

kebersihan mulut dan gigi terjaga sebelum kemoterapi untuk mencegah komplikasi ketika sesi kemoterapi dimulai.

4. Edukasi pasien tentang pentingnya menjaga kebersihan. Pasien yang menjalani kemoterapi memiliki sistem kekebalan tubuh yang lemah dan rentan terhadap infeksi oportunistik.

9.3 Pengkajian pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi

Pengkajian keperawatan merupakan tahap awal dari proses keperawatan dengan tujuan untuk mengumpulkan data dan informasi pasien. Tahapan pengkajian keperawatan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi yaitu:

9.3.1 Riwayat Kesehatan

Kaji riwayat kesehatan pasien saat ini. Tanyakan pada pasien mengenai pengalaman sebelumnya saat menjalani kemoterapi. Kaji tingkat pengetahuan pasien terhadap kanker dan kemoterapi. Kaji adanya mual dan muntah, inspeksi rongga mulut setiap hari, kaji suara napas, monitor tanda-tanda vital. Catat jenis kanker pasien, lama menderita, prognosis, dan kemoterapi sebelumnya. Kaji status nutrisi. Kaji urin output dan status cairan pasien.

Kaji riwayat kesehatan masa lalu pasien. Tanyakan pada pasien mengenai riwayat penyakit yang pernah diderita. Kaji alergi klien terhadap makan, obat-obatan, dll. Kaji apakah klien mendapatkan imunisasi lengkap, dan kebiasaan atau pola hidup pasien. Kebiasaan yang berkaitan dengan penyakit kanker antara lain kebiasaan merokok, pola diet tidak sehat (obesitas), pola aktivitas (sedentary lifestyle), dan terpapar zat-karsinogen (Industri kimia, obat-obatan, tobacco).

Kaji riwayat kesehatan keluarga. Beberapa kondisi hereditari dapat meningkatkan risiko kanker, yang paling umum yaitu kanker payudara dan kanker ovarium (CDC, 2022).

9.3.2 Pemeriksaan Fisik

Inspeksi kepala, kaji adanya kerontokan rambut, palpasi adanya nyeri tekan. Inspeksi konjungtiva anemis, sklera ikterik. Inspeksi hidung. Inspeksi mukosa bibir, kaji adanya lesi, palpasi pembesaran tonsil. Inspeksi kesimentrisan dada, kaji adanya retraksi dada, kaji bunyi napas. Kaji adanya edema, inspeksi kulit, kaji adanya kulit kering dan perubahan warna pada kuku

9.3.3 Pemeriksaan Laboratorium

Monitor pemeriksaan darah lengkap, jumlah sel darah merah, jumlah sel darah putih, kadar asam urat, dan elektrolit. Jika jumlah trombosit kurang dari $50 \times 10^9/L$ trauma ringan dapat menyebabkan perdarahan, jumlah trombosit kurang dari $20 \times 10^9/L$ perdarahan spontan dan tidak terkendali dapat terjadi.

9.4 Diagnosa Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi

Diagnosa Keperawatan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi paliatif antara lain (PPNI, 2017):

1. Berduka berhubungan dengan kehilangan kesejahteraan fisiologis yang diantisipasi (misalnya: kehilangan bagian tubuh, perubahan fungsi tubuh), perubahan gaya hidup, potensi kematian pasien yang dirasakan. Kategori: Psikologis, subkategori: integritas ego, kode: D.0081.
2. Harga diri rendah situasional berhubungan dengan efek samping kemoterapi (rambut rontok, mual/muntah, impotensi, kemandulan, kelelahan, nyeri) ancaman kematian, ketakutan, dan kecemasan. Kategori: Psikologis, subkategori: integritas ego, kode: D.0087.
3. Nyeri kronis berhubungan dengan sindrom nyeri post-chemotherapy. Kategori: Psikologis, subkategori: nyeri dan kenyamanan, kode: D.0078.
4. Diare berhubungan dengan agen kemoterapi. Kategori: Fisiologis, subkategori: nutrisi dan cairan, kode: D.0020.

5. Konstipasi berhubungan dengan pengobatan dengan agen kemoterapi, opioid, antidepresan, asupan makan dan cairan yang kurang cukup karena anoreksia, mual, disfagia, hiperkalsemia, gangguan neurologis, perubahan status mental, penurunan mobilitas. Kategori: Fisiologis, subkategori: eliminasi, kode: D.0049.
6. Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan kapasitas oksigen darah yang disebabkan oleh agen kemoterapi. Kategori: Fisiologis, subkategori: Aktivitas dan Istirahat, kode: D.0056.
7. Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia (pada pasien kemoterapi). Kategori: Fisiologis, subkategori: Sirkulasi, kode: D.0012.
8. Risiko infeksi berhubungan immunosupresi sekunder akibat penggunaan agen kemoterapi. Kategori: Lingkungan, subkategori: Keamanan dan Proteksi, kode: D.0142.
9. Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah, dan anoreksia karena kemoterapi. Kategori: Fisiologis, subkategori: Nutrisi dan cairan, kode: D.0019.

9.5 Intervensi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi

Intervensi keperawatan merupakan berbagai rencana tindakan keperawatan yang berdasarkan penilaian klinis dan pengetahuan yang dilakukan oleh perawat untuk meningkatkan hasil klien. Intervensi keperawatan meliputi: penetapan prioritas, penetapan tujuan dan kriteria hasil serta menetapkan tindakan keperawatan (PPNI, 2018). Prioritas masalah keperawatan paliatif disesuaikan dengan diagnosa keperawatan yang telah ditetapkan sebelumnya. Tujuan ditetapkan dalam jangka panjang untuk mengatasi masalah secara umum dan jangka pendek untuk mengatasi etiologi dalam mencapai tujuan jangka panjang. Selain itu, tujuan dirumuskan dengan prinsip SMART yaitu *specific* (tujuan dirumuskan secara jelas), *measurable* (tujuan yang ingin dicapai dapat diukur), *achievable* (dapat dicapai bersama pasien), *realistic* (dapat dicapai dan nyata), dan *timing* (sesuai target waktu). Tujuan perawatan

paliatif yaitu untuk mengurangi penderitaan pasien, meningkatkan kualitas hidup, serta memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga. Berikut intervensi keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi yaitu (PPNI, 2018):

Berduka berhubungan dengan kehilangan kesejahteraan fisiologis yang diantisipasi (misalnya: kehilangan bagian tubuh, perubahan fungsi tubuh), perubahan gaya hidup, potensi kematian pasien yang dirasakan.

Subjektif: Merasa sedih, merasa bersalah atau menyalahkan orang lain, tidak menerima kehilangan, merasa tidak ada harapan.

Objektif: Menangis, pola tidur berubah, tidak mampu berkonsentrasi, marah, tampak panik

Tujuan dan kriteria Hasil: Tingkat berduka membaik dengan kriteria hasil verbalisasi menerima kehilangan, verbalisasi perasaan berguna, verbalisasi perasaan sedih menurun.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi kehilangan yang dihadapi.

Identifikasi proses berduka.

Terapeutik

Tunjukkan sikap menerima dan empati.

Motivasi agar mau mengungkapkan perasaan kehilangan

Diskusi strategi koping yang dapat digunakan.

Edukasi

Anjurkan mengidentifikasi ketakutan terbesar pada kehilangan.

Ajarkan melewati proses berduka secara bertahap.

Harga diri rendah situasional berhubungan dengan efek samping kemoterapi (rambut rontok, mual/muntah, impotensi, kemandulan, kelelahan, nyeri) ancaman kematian, ketakutan, dan kecemasan.

Subjektif: Menilai diri negatif, merasa malu, menolak penilaian positif tentang diri sendiri, dan sulit berkonsentrasi.

Objektif: Berbicara pelan dan lirih, menolak berinteraksi dengan orang lain, kontak mata kurang.

Tujuan dan kriteria hasil: Harga diri meningkat dengan kriteria penilaian diri positif dan penerimaan penilaian positif terhadap diri sendiri.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi pemahaman proses penyakit.

Identifikasi dampak situasi terhadap terhadap peran dan hubungan.

Identifikasi kebutuhan dan keinginan untuk terhadap dukungan sosial.

Terapeutik

Diskusikan perubahan peran yang dialami.

Gunakan pendekatan yang tenang dan menenangkan.

Dampingi ssaat berduka.

Dukung penggunaan mekanisme koping yang tepat.

Edukasi

Anjurkan keluarga terlibat.

Latih penggunaan teknik relaksasi.

Anjurkan penggunaan sumber spiritual.

Nyeri kronis berhubungan dengan sindrom nyeri post-chemotherapy.

Subjektif: Mengeluh nyeri, merasa depresi.

Objektif: Tampak meringis, gelisah, tidak mampu menuntaskan aktivitas, pola tidur berubah, anoreksia.

Tujuan dan kriteria hasil: Tingkat nyeri menurun dengan kriteria hasil keluhan nyeri, meringis, gelisah dan kesulitan tidur menurun, kemampuan menuntaskan aktivitas meningkat.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi, kualitas, dan intensitas nyeri.

Identifikasi skala nyeri.

Identifikasi pengaruh nyeri pada kualitas hidup

Terapeutik

Berikan teknik non farmakologis untuk mengurangi rasa nyeri (misalnya: TENS, hipnosis, akupresur, dll)

Fasilitasi istirahat dan tidur.

Edukasi

Jelaskan penyebab, periode, dan pemicu nyeri.

Anjurkan memonitor nyeri secara mandiri.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian analgetik.

Diare berhubungan dengan agen kemoterapi.

Subjektif: Nyeri/kram abdomen

Objektif: Defekasi lebih dari 3 kali dalam 24 jam, feses lembek atau cair, frekuensi pristaltik meningkat, bising usus hiperaktif.

Tujuan dan kriteria hasil: Eliminasi Fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feses meningkat, konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi penyebab diare.

Monitor warna, volume, frekuensi, dan konsistensi tinja.

Monitor tanda dan gejala hipovolemia (takikardia, tekanan darah turun, CRT melambat, dll)

Terapeutik

Berikan cairan intravena

Ambil sampel darah untuk pemeriksaan darah lengkap dan elektrolit.

Ambil sampel feses untuk kultur.

Edukasi

Anjurkan menghindari makanan pembentuk gas, pedas, dan mengandung laktosa.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat anti motilitas.

Kolaborasi pemberian obat antispasmodik

Kolaborasi pemberian obat pengeras feses.

Konstipasi berhubungan dengan pengobatan dengan agen kemoterapi, opioid, antidepresan, asupan makan dan cairan yang kurang cukup karena anoreksia, mual, disfagia, hiperkalsemia, gangguan neurologis, perubahan status mental, penurunan mobilitas.

Subjektif: Defekasi kurang dari 2 kali dalam seminggu, pengeluaran feses lama dan sulit, mengejan saat defekasi.

Objektif: Feses keras, peristaltik usus menurun, distensi abdomen, kelemahan umum, teraba massa pada rektal.

Tujuan dan kriteria hasil: Eliminasi Fekal membaik dengan kriteria hasil kontrol pengeluaran feses meningkat, konsistensi feses, frekuensi defekasi dan peristaltik usus membaik.

Intervensi:

Observasi

Periksa tanda dan gejala konstipasi.

Periksa pergerakan usus, karakteristik feses.

Identifikasi faktor risiko konstipasi.

Terapeutik

Anjurkan diet tinggi serat.

Edukasi

Jelaskan etiologi masalah dan alasan tindakan.

Anjurkan peningkatan asupan cairan.

Kolaborasi

Konsultasi dengan tim medis tentang penurunan frekuensi suara usus

Kolaborasi penggunaan obat pencahar.

Intoleransi aktivitas berhubungan dengan penurunan kapasitas oksigen darah yang disebabkan oleh agen kemoterapi.

Subjektif: Mengeluh lelah, dispnea saat/setelah aktivitas, merasa tidak nyaman setelah beraktivitas, merasa lemah.

Objektif: Frekuensi jantung meningkat > 20% dari kondisi istirahat, tekanan darah berubah > 20% dari kondisi istirahat, gambaran EKG menunjukkan aritmia dan iskemia, sianosis.

Tujuan dan kriteria hasil: Toleransi aktivitas meningkat dengan kriteria hasil keluhan lelah, dispnea saat dan setelah aktivitas menurun.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi gangguan fungsi tubuh yang mengakibatkan kelelahan.

Monitor kelelahan fisik dan emosional.

Monitor pola dan jam tidur.

Terapeutik

Sediakan lingkungan yang nyaman dan rendah stimulus.

Edukasi

Anjurkan tirah baring.

Anjurkan melakukan aktivitas secara bertahap.

Ajarkan strategi koping untuk mengurangi kelelahan.

Kolaborasi

Kolaborasi dengan ahli gizi tentang cara meningkatkan asupan makanan.

Risiko perdarahan berhubungan dengan trombositopenia (pada pasien kemoterapi).

Faktor Risiko: Proses keganasan, efek agen kemoterapi, gangguan koagulasi.

Tujuan dan kriteria hasil: Tingkat perdarahan menurun dengan kriteria hasil kadar hemoglobin dan hematokrit membaik, hemoptisis, hematemesis, dan hematuria menurun.

Intervensi:

Observasi

Monitor tanda dan gejala perdarahan.

Monitor nilai hematokrit/hemoglobin

Monitor koagulasi.

Terapeutik

Batasi tindakan invasif

Hindari pengukuran suhu rektal

Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala perdarahan.

Anjurkan meningkatkan asupan cairan untuk menghindari konstipasi.

Anjurkan menghindari koagulan

Anjurkan meningkatkan asupan makanan tinggi vitamin K

Anjurkan segera melapor jika terjadi perdarahan.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian obat pengontrol perdarahan.

Kolaborasi pemberian produk darah.

Kolaborasi pemberian pelunak feses.

Risiko infeksi berhubungan immunosupresi sekunder akibat penggunaan agen kemoterapi

Faktor risiko: Penyakit kronis, ketidakadekuatan perahanan tubuh sekunder (immunosupresi, leuko[enia, penurunan hemoglobin)

Tujuan dan kriteria hasil: Tingkat infeksi menurun dengan kriteria hasil kadar sel darah putih dan sel darah merah membaik.

Intervensi:

Observasi

Monitor tanda dan gejala infeksi lokal dan sistemik.

Terapeutik

Batasi jumlah pengunjung.

Pertahankan tehnik aseptik pada pasien berisiko tinggi.

Edukasi

Jelaskan tanda dan gejala infeksi.

Anjurkan meningkatkan asupan nutrisi dan cairan.

Defisit nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan mual dan muntah, dan anoreksia karena kemoterapi.

Subjektif: nafsu makan menurun

Objektif: berat badan menurun minimal 10% dibawah rentang ideal, bisng usus hiperaktif, membran mukosa pucat, sariawan, rambut rontok berlebihan, diare.

Tujuan dan kriteria hasil: Status nutrisi membaik dengan kriteria hasil berat badan dan indeks massa tubuh membaik.

Intervensi:

Observasi

Identifikasi status nutrisi.

Monitor asupan makanan

Monitor berat badan

Monitor hasil pemeriksaan laboratoium.

Terapeutik

Lakukan oral hygiene sebelum makan.

Berikan makanan tinggi kalori dan tinggi protein.

Edukasi

Ajarkan diet yang diprogramkan.

Kolaborasi

Kolaborasi pemberian medikasi sebelum makan.

Kolaborasi dengan ahli gizi untuk menentukan jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan.

9.6 Implementasi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi

Implementasi keperawatan merupakan tahap tindakan keperawatan yang membutuhkan penerapan intelektual, interpersonal, dan teknikal yang dilakukan secara mandiri maupun kolaboratif. Implementasi keperawatan pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi paliatif merupakan serangkaian tindakan yang dilakukan oleh perawat untuk membantu pasien mengatasi masalah kesehatan yang dihadapi akibat efek samping dari kemoterapi dan proses penyakit yang dihadapi dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga.

9.7 Evaluasi Keperawatan pada Pasien Kanker yang menjalani Kemoterapi

Evaluasi merupakan tahap akhir dari proses keperawatan dengan menilai hasil berdasarkan kriteria yang telah ditetapkan yang meliputi evaluasi proses (formatif) dan evaluasi hasil (sumatif) yang mencakup penilaian hasil dari tindakan keperawatan yang telah dilakukan kepada pasien. Evaluasi formatif pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi dilakukan setelah perawat melakukan tindakan keperawatan yang dilakukan secara terus menerus hingga mencapai tujuan. Sedangkan evaluasi sumatif dilakukan setiap hari setelah tindakan keperawatan diberikan sesuai dengan diagnosa keperawatan yang terdiri dari data subjektif, data objektif, analisis, dan planning (SOAP). Data subjektif mencakup respon verbal pasien yang menjalani kemoterapi,

sedangkan data objektif yaitu respon non-verbal yang didapatkan oleh perawat setelah tindakan keperawatan diberikan. Analisis memberikan kesimpulan dari tindakan dalam implementasi keperawatan yang dapat dilihat dari kriteria hasil apakah masalah teratasi atau belum teratasi. Sedangkan planing merupakan perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan selanjutnya.

Setelah evaluasi perawatan paliatif, perawat dapat memfasilitasi pertemuan dengan tim kesehatan lainnya serta pasien dan keluarga untuk melaporkan dengan jelas bagaimana kanker merespon kemoterapi dengan menggunakan pendekatan komunikasi langsung dan terapeutik (Marianne Matzo, 2019).

Daftar Pustaka

- Afandi, A. (2015) 'Terapi Musik Instrumental Classic: Penurunan Tekanan Darah pada Pasien Stroke', *THE SUN*, 2(2).
- American Society of Clinical Oncology. (2020). *Palliative Care: A Guide to Coping with Side Effects for People with Cancer and Their Families*. Retrieved 28 September 2022 from https://www.cancer.net/sites/cancer.net/files/palliative_care.pdf
- Anderson, B. O., Dvaladze, A., Ilbawi, A., Luciani, S., Torode, J., & Zujewski, J. A. (2017, March 2017). *Palliative Care for Metastatic Breast Cancer*. Retrieved 28 September 2022 from <https://www.fredhutch.org/content/dam/www/research/divisions/public-health-sciences/epidemiology/bci-25/KSPDF/KS%20Palliative%20Care%20Metastatic%20030617.pdf>
- Anita, F. et al. (2021) 'Efektivitas Perilaku CERDIK dan PATUH Cegah Stroke Berulang', 4(1), pp. 1–12.
- Ariani, S. (2015) *Stop! Kanker*. Yogyakarta: Istana Medika.
- Arifmutaqin, K. (2013). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan Sistem Pencernaan*. Jakarta: Trans Info Medika.
- Asmadi (2008) *Konsep Dasar Keperawatan*. Jakarta: EGC.
- Aspiani, R. Y. (2017) *Buku Ajar Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: TIM.
- Audia, Mia; Wahyuni, Dian; Muharyani, Putri Widita; Latifia, Khairul; Fitri, E. Y. (2020) 'Bekam Berpengaruh terhadap Kualitas Tidur pada Penderita Stroke', *Proceeding Nursing Seminar*, pp. 3–6.

- Bone, A.E. et al. (2016) 'Developing a model of short-term integrated palliative and supportive care for frail older people in community settings: Perspectives of older people, carers and other key stakeholders', *Age and Ageing*, 45(6), pp. 863–873. Available at: <https://doi.org/10.1093/ageing/afw124>.
- Bottomley, A., Reijneveld, J. C., Koller, M., Flechtner, H., Tomaszewski, K. A., & Greimel, E. (2019). Current state of quality of life and patient-reported outcomes research. *Eur J Cancer*, 121, 55-63. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2019.08.016>
- Brown, C. E., Jecker, N. S., & Curtis, J. R. (2016). Inadequate Palliative Care in Chronic Lung Disease. An Issue of Health Care Inequality. *Annals of the American Thoracic Society*, 13(3), 311–316. doi:<http://dx.doi.org/10.1513/AnnalsATS.201510-666PS>
- Browne, G. (2012). Nurse-led model the solution to better health care. *Waterloo Region Record*. Buckingham, S., Kendall, M., Ferguson, S., Macnee, W., Sheikh, A., White, P., . . . Pinnock, H. (2015). HELPing older people with very severe chronic obstructive pulmonary disease (HELP -COPD): mixed-method feasibility pilot randomised controlled trial of a novel intervention. *NPJ Primary Care Respiratory Medicine*, 25, 15020. doi:<http://dx.doi.org/10.1038/npjpcrm.2015>.
- Brunner and Suddarth (2013) *Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah*. 8th edn. Jakarta: EGC.
- Bruno, L. (2019) 'Lanjut Usia', *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), pp. 1689–1699. Available at: [http://eprints.umm.ac.id/45744/3/BAB II.pdf](http://eprints.umm.ac.id/45744/3/BAB%20II.pdf).
- Campbell, L.M. (2013). *Nurse to nurse: Perawatan paliatif*. Jakarta: Salemba Medika
- CDC (2022) *Family Health History and Cancer* | CDC. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/family-health-history/index.htm> (Accessed: 28 September 2022).
- Cherny, N. I., Paluch-Shimon, S., & Berner-wygoda, Y. (2018). Palliative care: needs of advanced breast cancer patients. *Breast Cancer - Targets and Therapy*, 10, 231-243.

- Collins K, Harding R. (2007) Improving HIV management in sub-Saharan Africa: How much palliative care is needed? *AIDS Care*.;19:1304-1306
- Cooley ME. Symptoms in adults with lung cancer. A systematic research review. *J Pain Symptom Manage* 2000;19(2):137-153
- Cowey, E. et al. (2021) 'Palliative care after stroke : A review', 0(0), pp. 1-8. doi: 10.1177/17474930211016603.
- Currow D. (2005) *Palliative Care Service Provision in Australia: A Planning Guide*. 2nd ed. Deakin West;
- Damanik, S.M. (2019) 'Buku Keperawatan Gerontik', Universitas Kristen Indonesia, pp. 26-127.
- Diananda, R. (2008) *Mengenal Seluk Beluk Kanker*. Yogyakarta: Kata Hati.
- Dinwiddie, L. (2015) *Oxford Text Book of Palliative Nursing*, Oxford University Press. doi: 10.1097/01.NAJ.0000503279.78306.98.
- Disease, C. for C. and P. (2021) 'Gynecologic Cancer', in *Uterine Cancer*. 2022: Centers for Control and Prevention Disease. Available at: <https://www.cdc.gov/cancer/uterine/index.htm>.
- Djoerban Z, Djauzi S. (2009). *HIV/AIDS di Indonesia*. Buku Ajar Ilmu Penyakit Dalam Edisi V. Editor: SUDoyo AW, SetyohadiB, Alwi I, Simadibrata M, Setiati S. Jakarta: Pusat Penerbitan IPD FAKUI.
- Elon, Y., dkk (2021). *Teori dan Model Keperawatan*. Yayasan Menulis.
- Epstein RM, Street Jr RL. (2011) The values and value of patient-centred care. *Annals of Family Medicine*.;9:100-103
- Erikson, A., & Betty, D. (2017). Maintaining integrity: How nurses navigate boundaries in pediatric palliative care. *Journal of Pediatric Nursing*, 35, 42-49.
- Family Health International. (2009) *Palliative care strategy for HIV and other diseases*.
- Farber EW, Marconi VC. (2014) Palliative HIV care: Opportunities for biomedical and behavioral change. *Current HIV/AIDS Reports*.;11:404-412. DOI: 10.1007/s11904-014-0226-8
- Fatmawati, Z. I., Anggorowati, & Ropyanto, C. B. (2020). *Pemenuhan Kebutuhan Spiritual Pasien Kanker : Literature Review*.

- Ferrell, B.R. et al. (2018) 'National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care Guidelines, 4th Edition', *Journal of Palliative Medicine*, 21(12), pp. 1684–1689. Available at: <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0431>.
- Futagami, M. et al. (2016) 'Palliative Care for Patients with Gynecologic Cancer in Japan: A Japan Society of Gynecologic Palliative Medicine (JSGPM) Survey', *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 17(10), pp. 4637–4642. doi: 10.22034/APJCP.2016.17.10.4637.
- Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, I. (2017). *Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease*. Retrieved from <https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2016/12/wms-GOLD-2017-Pocket-Guide.pdf>
- Hockenberry, M.J. & Wilson, D. (2015). *Wong's nursing care of infant and children*. St. Louis, Missouri: Elsevier.
- Huang T-T. (2013) Challenges and responses in providing palliative care for people living with HIV/AIDS. *International Journal of Palliative Nursing*, 19(5):220-225
- Hutahaen, S. (2010) *Konsep dan Dokumentasi Keperawatan*. Jakarta: Trans Info.
- Ida Mardalena. (2018). *Asuhan Keperawatan pada pasien dengan Gangguan system pencernaan*. Jogjakarta: Pustaka Baru Press.
- Ignatavicius, Donna D; Workman, M Linda; Blair, Meg; Rebar, Cherie; Winkelman, C. (2016) *Medical-Surgical Nursing Patient-Centered Collaborative Care*. 8th Editio, ELSEVIER. 8th Editio. St. Louis, Missouri 63043.
- Islam, J. Y. et al. (2020) 'Racial disparities in palliative care utilization among metastatic gynecological cancer patients living at last follow-up: An analysis of the National Cancer Data Base', *Data Brief*, 30(34), p. 106705. doi: 10.1016/j.dib.2020.106705.
- Jackson K. (2015) *Palliative Care is an Important Part of the Response to HIV and AIDS Care. USA.* Available from: https://ehospice.com/usa_posts/palliative-care-is-an-important-part-of-the-response-to-hiv-and-aids/ [Accessed: January 27, 2019]

- Javan Biparva, A., Raoofi, S., Rafiei, S., Pashazadeh Kan, F., Kazerooni, M., Bagheribayati, F., Masoumi, M., Doustmehraban, M., Sanaei, M., Zarabi, F., Raoofi, N., Beiramy Chomalu, Z., Ahmadi, B., Seyghalani Talab, F., Sadat Hoseini, B., Asadollahi, E., Mir, M., Deylami, S., Zareei, M., . . . Ghashghaee, A. (2022). Global quality of life in breast cancer: systematic review and meta-analysis. *BMJ Supportive & Palliative Care*, bmjpspcare-2022-003642. <https://doi.org/10.1136/bmjpspcare-2022-003642>
- Johanson, M.C., Axelsson, I., Grundberg, M.J., Hallqvist, F. (2014). When a child dies : Parent's experience of palliative care- An Integrative Literature review. *Journal of Pediatric Nursing*, 29, 660-669.
- Kahveci, K. (2020) 'Palliative care after stroke', (December). doi: 10.1007/s13760-018-1047-0.
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2022) Kanker Payudara Paling Banyak di Indonesia, Kemenkes Targetkan Pemerataan Layanan Kesehatan. Available at: <https://www.kemkes.go.id/article/view/22020400002/kanker-payudara-paling-banyak-di-indonesia-kemenkes-targetkan-pemerataan-layanan-kesehatan.html> (Accessed: 27 September 2022).
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). PEDOMAN TEKNIS PELAYANAN PALIATIF KANKER. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Retrieved from <http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/2016/10/Pedoman-Teknis-Pelayanan-Paliatif-Kanker.pdf>
- Kementerian Kesehatan Republik Indonesia. (2017). Petunjuk Teknis Paliatif Kanker pada Dewasa. Jakarta Retrieved from http://p2ptm.kemkes.go.id/uploads/VHcrbkVobjRzUDN3UCs4eUJ0dVBndz09/2017/08/PETUNJUK_TEKNIS_PALIATIF_KANKER_PAD_A_DEWASA.pdf
- Kementerian Kesehatan RI. (2013). Pedoman teknis pelayanan paliatif kanker. Jakarta : Kementerian Kesehatan RI
- Kementrian Kesehatan RI (2019) Pedoman Nasional Tata Laksana Stroke. Indonesia.

- Kloke, M., & Cherny, N. (2015). Treatment of dyspnoea in advanced cancer patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Ann Oncol*, 26 Suppl 5, v169-173. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdv306>
- Koczywas M, Cristea M, Thomas J, et al. Interdisciplinary palliative care intervention in metastatic non-small-cell lung cancer. *Clin Lung Cancer* 2013;14(6):736–744
- KPAI (2016) ‘Mengenai Bullying’, *Journal of Chemical Information and Modeling*, pp. 19–43.
- Kyle, T., & Carman, S. (2013). *Essensial of pediatric nursing*. 2nd edition. China: Wolter Kluwer Health Lippocont Williams & Wilkins.
- Laitman, Y. et al. (2019) ‘Uterine cancer in Jewish Israeli BRCA1/2 mutation carriers’, *Cancer*, 125(5), pp. 698–703. doi: 10.1002/cncr.31842.
- Lamers, F., Jonkers, C. C. M., Bosma, H., Chavannes, N. H., Knottnerus, J. A., & Van Eijk, J. T. (2010). Improving Quality of Life in Depressed COPD Patients: Effectiveness of a Minimal Psychological Intervention. *COPD: Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 2010, Vol.7(5), p.315–322, 7(5), 315–322. doi:10.3109/15412555.2010.510156
- Lavesen, M., Marsa, K. B. -M., & Bove, D. G. (2018). A new way of organising palliative care for patients with severe chronic obstructive pulmonary disease. *International journal of palliative nursing*, 24(2), 64–68.
- Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement, (2009).
- Lee, S.-H. (2018) *Stroke Revisited: Hemorrhagic Stroke*, Springer Publishing Company. Springer US. Available at: <http://link.springer.com/10.1007/978-981-10-1427-7%0Apapers3://publication/doi/10.1007/978-981-10-1427-7>.
- Levy MH, Adolph MD, Back A, et al; NCCN (National Comprehensive Cancer Network). Palliative care. *J Natl Compr Canc Netw* 2012;10(10):1284–1309
- Lipman, A.G. (2012) ‘Palliative care for older people: Better practices’, *Journal of Pain and Palliative Care Pharmacotherapy*, 26(1), p. 81. Available at: <https://doi.org/10.3109/15360288.2011.650361>.
- Lutz S, Norrell R, Bertucio C, et al. Symptom frequency and severity in patients with metastatic or locally recurrent lung cancer: a prospective study using

- the lung cancer symptom scale in a community hospital. *J Palliat Med* 2001;4(2):157–165
- Manalu, N. V., dkk (2021). *Kepemimpinan dan Manajemen Pelayanan Keperawatan*. Yayasan Menulis
- Manalu, N. V., dkk (2021). *Keperawatan Sistem Pencernaan*. Yayasan Kita Menulis.
- Marianne Matzo, D. W. S. (2019) *Palliative Care Nursing: Quality Care to End of Life*, Springer Publishing Company. doi: 10.1017/CBO9781107415324.004.
- Merlin JS, Tucker RO, Saag MS, Selwyn PA. (2013) The role of palliative care in the current HIV treatment era in developed countries. *Palliative Care in HIV* ;21(1):20-26
- Mitayani (2009) *Asuhan Keperawatan Maternitas*. Jakarta: Salemba Medika.
- Molassiotis A, Uyterlinde W, Hollen PJ, Sarna L, Palmer P, Krishnasamy M. Supportive care in lung cancer: milestones over the past 40 years. *J Thorac Oncol* 2015;10(1):10–18
- National Cancer Institute. (2021, 24 September 2021). Delirium: Cancer Treatment Side Effect. Retrieved 28 September 2022 from <https://www.cancer.gov/about-cancer/treatment/side-effects/delirium>
- National Institute of Nursing reserach. 2015. Diakses dari <http://www.ninr.nih.gov>
- NHS Inform (2022) ‘Womb (uterus) cancer’, NHS 24. NHS Inform. Available at: <https://www.nhsinform.scot/illnesses-and-conditions/cancer/cancer-types-in-adults/womb-uterus-cancer>.
- Nuraeni, A., Nurhidayah, I., Hidayati, N., Mambang Sari, C. W., & Mirwanti, R. (2016). Kebutuhan Spiritual pada Pasien Kanker. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, 3(2). <https://doi.org/10.24198/jkp.v3i2.101>
- Nuridah, N., Saleh, A., & Kaelan, C. (2019). Depresi Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Penderita Kanker Kolorektal Di Rumah Sakit Kota Makassar. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 22(2), 83–91. <https://doi.org/10.7454/jki.v22i2.824>
- Padila (2015) *Asuhan Keperawatan Maternitas II*. Yogyakarta: Nuha Medika.

- Pamela L. Swearingen, R. (2016) *ALL-IN-ONE NURSING CARE PLANNING RESOURCE Medical-Surgical, Pediatric, Maternity, and Psychiatric-Mental Health*. Fourth Edi, ELSEVIER. Fourth Edi. St. Louis, Missouri 63043: Elsevier.
- Pangkey, B.C.A., dkk (2021). *Dasar-dasar Dokumentasi Keperawatan*. Yayasan Menulis
- patients with advanced lung cancer. *Cancer J* 2015;21(5):434–439
- 20 Mosher CE, Ott MA, Hanna N, Jalal SI, Champion VL. Coping with physical and psychological symptoms: a qualitative study of advanced lung cancer patients and their family caregivers. *Support Care Cancer* 2015;23(7):2053–2060
- 21 Molassiotis A, Uytendinck W, Hollen PJ, Sarna L, Palmer P, Krishnasamy M. Supportive care in lung cancer: milestones over the past 40 years. *J Thorac Oncol* 2015;10(1):10–18
- Peltzer K, Phaswana-Mafuya N. The symptom experience of people living with HIV and AIDS in the eastern cape, South Africa. *BMC Health Services Research*. 2008;8:271
- Pinnock, H., Kendall, M., Murray, S. A., Worth, A., Levack, P., Porter, M., . . . Sheikh, A. (2011). Living and dying with severe chronic obstructive pulmonary disease: multi -perspective longitudinal qualitative study. *BMJ : British Medical Journal (Online)*, 342. doi:<http://dx.doi.org/10.1136/bmj.d142>
- PPNI (2017) *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- PPNI (2018) *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia : Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1st edn. Jakarta: DPP PPNI.
- Priscila Lemone, Karen Mburke, G. B. (2017). *Asuhan kepeerawatan sistem pencernaan*. Jakarta: EGC.
- Rasam, R. A. and Utami, R. A. (2020) ‘Efektivitas Swedish Massage Terhadap Kualitas Tidur Dan Tingkat Insomnia Lansia’, *KOSALA : Jurnal Ilmu Kesehatan*, 8(2), p. 97. doi: 10.37831/kjik.v8i2.195.
- Ratnawati, Emmelia (2018). *Asuhan Keperawatan Gerontik*. Yogyakarta : Pustaka Baru Press

- Raza, S. S. (2022) *Regenerative Therapies in Ischemic Stroke Recovery*, Regenerative Therapies in Ischemic Stroke Recovery. Springer US. doi: 10.1007/978-981-16-8562-0.
- Reeder, M. and Koniak-Griffin (2011) *Keperawatan Maternitas: Kesehatan Wanita, Bayi dan Keluarga*. Jakarta: EGC.
- Reid, F. (2013). Grief and the experiences of nurses providing palliative care to children and young people at home. *Nursing Children & Young People*, 25(9), 31–36. <http://dx.doi.org/10.7748/ncyp2013.11.25.9.31.e366> 36p.
- Rinawati, S.A.W. (2021) *Asuhan Keperawatan Terminal, Poltek Usaha Mandiri*.
- Saputra, E. (2018). *Manajemen Stoma dengan Pendekatan Psikoneuroimunologi*. Jakarta: Salemba Medika.
- Savitri D, A. (2015) *Kupas Tuntas Kanker Payudara, Leher Rahim, dan Rahim*. Yogyakarta: Pustaka Press.
- Schietinger H. (2005) *Supportive and Palliative Care for People Living with HIV/AIDS*. Common Health Spring;
- Shanshal, A. (2022) ‘Palliative Care Therapies’, (June). doi: 10.5772/intechopen.105220.
- Sherman, M. L. M. D. W. (2010) *Palliative Care Nursing Quality Care to the End of Life*. Edited by M. Matzo and D. W. Shermaan. Springer Publishing Company.
- Simms V, Higginson IJ, Harding R. (2012) Integration of palliative care throughout HIV disease. *The Lancet Infectious Diseases*.;12:571-575
- Simone CB II, Vapiwala N, Hampshire MK, Metz JM. Palliative care in the management of lung cancer: analgesic utilization and barriers to optimal pain management. *J Opioid Manag* 2012; 8(1):9–16
- Spencer DC, Rossouw T, Krause R, et al. (2018) Palliative care guidelines for the management of HIV-infected people in South Africa.. Available from: www.sahivsoc.org
- Sung, H. et al. (2021) ‘Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries’, CA: A Cancer Journal for Clinicians, 71, pp. 209–249. doi: 10.3322/caac.21660.

- Sunilkumar, M. M., Finni, C. G., Lijimol, A. S., & Rajagopal, M. R. (2021). Health-Related Suffering and Palliative Care in Breast Cancer. *Curr Breast Cancer Rep*, 13(4), 241-246. <https://doi.org/10.1007/s12609-021-00431-1>
- The Global Cancer Observatory. (2020). Cancer Incident in Indonesia. International Agency for Research on Cancer, 858, 1–2. Retrieved from <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/360-indonesia-factsheets.pdf>
- Thery, L., Anota, A., Waechter, L., Laouisset, C., Marchal, T., Burnod, A., Angellier, E., Djoumakh, O. E. K., Thebaut, C., Brédart, A., Dolbeault, S., Mino, J.-C., & Bouleuc, C. (2021). Palliative care in day-hospital for advanced cancer patients: a study protocol for a multicentre randomized controlled trial. *BMC Palliative Care*, 20(1), 61. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00754-x>
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2016). Standar diagnosis keperawatan indonesia : definisi dan indikator diagnostik, Edisi 1. Jakarta : DPP PPNI
- Tim Pokja SDKI DPP PPNI (2017) Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SIKI DPP PPNI (2018) Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI PPNI (2018) Standar Luaran Keperawatan Indonesia Defenisi dan Kriteria Hasil Keperawatan. Edisi 1. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Tim Pokja SLKI. (2019). Standar Luaran Keperawatan Indonesia : Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan (1st edn). Jakarta: DPP PPNI.
- Togatorop, L.B., Mawarti, H., Saputra, B.A., Elon, Y., Malinti, E., Manalu, N. V., Khotimah, Suwanto, T., Haro, M., Damayanti, D., Siagian, E., Hastuti, P., Faridah, U. (2021) Keperawatan Sistem Imun dan Hematologi. Yayasan Kita Menulis.
- Too W, Seymour J, Watson M, Harding R. (2010) Palliative care for people living with HIV/AIDS in Uganda: An investigation of patients & caregiver's outcome and professional perspectives. *Palliative Medicine*.;24:S5, Abs. 539

- UNAIDS Technical update. AIDS: Palliative care. Geneva; 2000
- Voumard, R. et al. (2018) 'Geriatric palliative care: A view of its concept, challenges and strategies', *BMC Geriatrics*, 18(1), pp. 1–7. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12877-018-0914-0>.
- WHO (2014) 'Palliative Care', in *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. 2nd edn. Geneva: World Health Organization, p. 7. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK269613/?report=reader>.
- WHO (2019) Cancer. Available at: https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1 (Accessed: 27 September 2022).
- WHO (2020) Palliative care. Available at: <https://www.who.int/health-topics/palliative-care> (Accessed: 29 September 2022).
- WHO. Definition of palliative care. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/> [Accessed: October 27, 2018]
- WHO. Palliative care. (2002). Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/palliative/PalliativeCare/en/on> [Accessed: October 27, 2018]
- WHO. Palliative care. (2018). <http://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/palliative-care> [Accessed: October 27, 2018]
- Wong, D.L. (2004). *Buku ajar keperawatan pediatric*. Edisi 4 (Alih bahasa: Monica E., Kurnianingsih). Jakarta: EGC
- Woodruff, R. (2004) *Palliative Care Developing World, Palliative care in the developing world, principles and practice*.
- World Health Organisation. (2017). *Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) factsheet*. .
- World Health Organisation. (2019). *WHO Definition of Palliative Care* Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- Young, J., Eley, D., Patterson, E., & Turner, C. (2016). *A nurse -led model of chronic disease*
- World Health Organization (no date) *Q&A on coronaviruses (COVID-19)*. Available at: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel->

coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/q-a-coronaviruses (Accessed: 24 June 2020).

Yennurajalingam S, Urbauer DL, Casper KL, et al. Impact of a palliative care consultation team on cancer-related symptoms in advanced cancer patients referred to an outpatient supportive care clinic. *J Pain Symptom Manage* 2011;41(1):49–56

Yodang. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif*. Jakarta: Trans Info Media.

Biodata Penulis



Novita Verayanti Manalu Lahir di Palembang, 3 November 1977, menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan tahun 1999 dan S1 Keperawatan tahun 2001 dari UNAI, S2 Keperawatan tahun 2009 dari Philippine Woman's University, dan saat ini sedang melanjutkan Pendidikan S3 di UNAIR Surabaya. Pengalaman bekerja sebagai staf Instalasi Gawat Darurat RS. Advent Bandung, lalu menjadi Dosen FIK di Universitas Advent Indonesia hingga saat ini. Penulis aktif dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi dan menjadi Pengurus DPW Indonesian Wound Ostomy Continence PPNI Lampung, serta anggota penelaah Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Advent Indonesia Bandung. Menjadi pembicara ilmiah dan seminar tingkat Nasional dan Internasional, dan telah menulis 14 buku Keperawatan bersama tim penulis dari berbagai penjurur daerah di Indonesia.



Ressa Andriyani Utami lahir di Sumedang, pada 3 Februari 1989. Ia tercatat sebagai lulusan Sarjana Keperawatan dan Pendidikan Profesi Ners Universitas Padjajaran, Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Komunitas Universitas Indonesia. Wanita yang kerap disapa Ressa ini adalah anak pertama dari dua bersaudara dari pasangan Sabar Adiwikarta (ayah) dan Engkay Sukaesih (ibu). Setelah menikah dengan suami Reza Maulana memiliki dua orang anak yaitu Raisya Zhafira Reszaputri dan Revalyn Zania Reszaputri. Penulis sudah menjadi dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan RS Husada sejak tahun 2012. Penulis aktif melakukan tridharma penelitian yaitu pendidikan, penelitian dan pengabdian kepada masyarakat. Pada 2018 lalu, Ressa berhasil meraih

Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemenristekdikti RI dan pada tahun 2022 mendapat Hibah Penelitian Dosen Pemula Kemdikbud RI.



Veronica Yeni Rahmawati lahir di Kediri, pada 24 November 1988. Penulis memulai karirnya sejak menamatkan pendidikan profesi Ners pada tahun 2012 dari Universitas Airlangga Surabaya. Karir dimulai sebagai dosen pengajar di STIKes Husada Jombang (2012-2014). Sejak tahun 2015 hingga sekarang Penulis aktif sebagai dosen keperawatan maternitas di STIKes RS Husada Jakarta. Tahun 2016 penulis melanjutkan kuliah Magister dan Spesialis Keperawatan Maternitas di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan lulus pada

tahun



Cicielia Ernawati Rahayu lahir di Klaten, pada 21 November 1964. Lulusan STIK St Carorlus Jakarta Wanita yang kerap disapa Ciciel ini adalah anak ke6 dari pasangan Soerurihadi (ayah) dan Veronica Sutini (ibu). Ciciel aktif dalam organisasi profesi sebagai Ketua Bapena (Badan Penanggulangan Bencana) DPW PPNI DKI Jakarta. saat ini bekerja sebagai dosen di STIKes Sumber Waras Jakarta



Nurhusna lahir di Jambi, pada 02 Maret 1980. Ia tercatat sebagai lulusan magister keperawatan Universitas Padjajaran. Wanita yang kerap di sapa Husna ini adalah anak dari pasangan Anwar (Bapak) dan Halimah (Ibu). Nurhusna sudah lama berkarier di dunia pendidikan keperawatan sejak tahun 2006. Berbagai karya yang sudah di hasilkan seperti artikel penelitian yang di muat di beberapa jurnal keperawatan indonesia.



Dwi merupakan lulusan sarjana keperawatan dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta, dan lulusan magister keperawatan serta spesialis keperawatan medical bedah dari Universitas Indonesia. Saat ini Dwi merupakan salah satu dosen aktif pada prodi ilmu keperawatan di Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta. Dwi memiliki ketertarikan riset pada neurologi, onkologi, dan HIV/AIDS. Selain aktif mengajar, Dwi juga aktif dalam berbagai organisasi baik nasional maupun internasional seperti International AIDS Society (IAS), Communication

Sub-group International Council of Nurses, HIPMEBI, dan Sigma Theta Tau International Society Nursing.



Ns. Sri Melfa Damanik, S.Kep., M.Kep., Sp.Kep.An. lahir di Pematangsiantar, 20 Oktober 1990. Penulis merupakan dosen keperawatan di Prodi Keperawatan Fakultas Vokasi Universitas Kristen Indonesia. Pada tahun 2012, penulis menyelesaikan pendidikan S1 di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Padjadjaran, Bandung dan berhasil menyelesaikan profesi Ners pada tahun 2013. Penulis juga telah menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan (S2) di Universitas Indonesia pada tahun 2017 dan pendidikan Ners spesialis

keperawatan anak tahun 2020. Selain sebagai dosen penulis juga aktif dalam melakukan kegiatan pengabdian kepada masyarakat dan penelitian. Email : melfadamanik20@gmail.com



Nova Nurwinda Sari, S.Kep., Ns., M.Kep saat ini Aktif sebagai Dosen dengan NIDN : 0211118902 di Universitas Mitra Indonesia pada program Studi Keperawatan. Penulis mendapatkan gelar Sarjana Keperawatan di STIKES Mitra Lampung pada tahun 2010, kemudian melanjutkan Pendidikan Profesi Ners di kampus yang sama dan Lulus tahun 2011. Pada tahun 2012, penulis melanjutkan gelar Magister Keperawatan dan dinyatakan lulus pada tahun 2014 dari Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Selain kegiatannya sebagai dosen, penulis juga aktif sebagai penulis karya ilmiah penelitian dan pengabdian kepada masyarakat serta menulis buku monograf maupun buku referensi. Penulis aktif mengikuti berbagai kegiatan dan organisasi seperti anggota Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI); sebagai anggota Ikatan Perawat Kesehatan Komunitas Indonesia (IPKKI) Provinsi Lampung; sebagai anggota Himpunan Perawat Manajer Indonesia (HPMI) Provinsi Lampung serta sebagai pengurus PPNI Komisariat Pendidikan Provinsi Lampung. Sejak tahun 2012 hingga sekarang, penulis masih aktif bekerja sebagai Dosen di Universitas Mitra Indonesia.



Kurnia Harli lahir di Polewali, pada 21 September 1992. Lulus S1 di Program Studi Bachelor of Science in Nursing di St. Paul University Philippines tahun 2017, dan IS2 di Program Master of Science in Nursing Major in Adult Health di St. Paul University Philippines tahun 2019. Saat ini ia aktif sebagai salah satu dosen keperawatan di Universitas Sulawesi Barat, Majene, mengampu matakuliah Keperawatan Medikal Bedah, dan Keperawatan Paliatif.

ASUHAN KEPERAWATAN PALIATIF

Dunia saat ini menghadapi tantangan profesional kesehatan terhadap mereka yang masuk dalam penderitaan menjelang akhir hayat. Mereka membutuhkan perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup hingga disiapkan menjelang kematian dengan damai dan tenang. Prinsip-prinsipnya merupakan fitur integral dari semua perawatan klinis untuk mengurangi rasa sakit dan masalah penderitaan fisik, psikososial, dan spiritual dengan menjunjung tinggi etik perawatan paliatif. Melalui komunikasi terapeutik akan menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien dan keluarga untuk mencapai keberhasilan atas rencana yang disepakati bersama.

Buku luarbiasa ini yang berisikan informasi konsep keperawatan paliatif, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin kesehatan yang terintegrasi dalam pelayanan perawatan paliatif yang disusun menjadi 9 bab, yaitu:

Bab 1 Asuhan Keperawatan Paliatif pada HIV/AIDS

Bab 2 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Stroke

Bab 3 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker Uterus dan Serviks

Bab 4 Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Kolorectal dan Lambung

Bab 5 Askep Paliatif Kanker Paru dan PPOK

Bab 6 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Kanker Payudara

Bab 7 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Anak

Bab 8 Asuhan Keperawatan Paliatif pada Lansia

Bab 9 Asuhan Keperawatan pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi Paliatif



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-616-9



9 786233 426169