



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENDEKATAN TEORI *PEACEFUL END OF LIFE* PADA
PASIEN KANKER SERVIK DAN MENGUNYAH PERMEN KARET
SEBAGAI *EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE*
DI RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR

**AYURO CUMAYUNARO
1206302945**

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PENDIDIKAN NERS SPESIALIS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2015**



UNIVERSITAS INDONESIA

**ANALISIS PENDEKATAN TEORI *PEACEFUL END OF LIFE* PADA
PASIEN KANKER SERVIK DAN MENGUNYAH PERMEN KARET
SEBAGAI EVIDENCE BASED NURSING PRACTICE
DI RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA**

KARYA ILMIAH AKHIR

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ners Spesialis
Keperawatan Medikal Bedah

AYURO CUMAYUNARO

1206302945

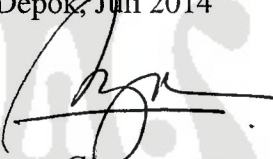
**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PENDIDIKAN NERS SPESIALIS
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK, JULI 2015**

SURAT PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tanda tandan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa karya ilmiah akhir ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika dikemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh universitas Indonesia kepada saya.

Depok, Juli 2014



Ayuro Cumayunaro

HALAMAN PERNYATAAN ORISINILITAS

Karya Ilmiah Akhir ini adalah hasil karya saya sendiri, dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk telah saya nyatakan dengan benar

Nama: Ayuro Cumayunaro

NPM : 1206302945



Tanda Tangan:

Tanggal : Juli 2015

HALAMAN PENGESAHAN

Karya Ilmiah Akhir ini diajukan oleh :

Nama : Ayuro Cumayunaro

NPM : 1206302945

Program Studi : Pendidikan Spesialis Keperawatan

Judul Karya Ilmiah : Analisis Pendekatan Teori *Peaceful End of Life* Pada Pasien Kanker Servik dan Mengunyah Permen Karet Sebagai *Evidence Based Nursing Practice* di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji Ujian Sidang Karya Ilmiah Akhir dan diterima sebagai persyaratan yang diperlukan untuk meraih gelar Spesialis Keperawatan Medikal Bedah pada Program Studi Pendidikan Spesialis Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

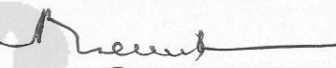
Pembimbing I : Dewi Irawaty, MA, PhD

()

Pembimbing II: Riri Maria, SKp, MANP

()

Penguji I : Dr. Kemala Rita Wahidi, SKp, Sp. Onk, MARS, ETN

()

Penguji II : Ns. Retno Setiowati, SKep, Sp. Onk, MKM

()

Ditetapkan di : Depok

Tanggal : 11 Juli 2015

KATA PENGANTAR/UCAPAN TERIMA KASIH

Puji dan syukur kita panjatkan kehadirat Allah S.W.T, atas berkat rahmat dan ridho-Nya penulis dapat menyelesaikan Karya Ilmiah Akhir (KIA) ini yang berjudul “Analisis Pendekatan Teori *Peaceful End Of Life* Pada Pasien Kanker Servik Dan Mengunyah Permen Karet Sebagai *Evidence Based Nursing Practice* di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta”.

Karya Ilmiah Akhir ini disusun sebagai laporan pelaksanaan Program Praktek Residensi Ners Spesialis Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Pada karya tulis ilmiah ini penulis pelaksanaan mengelola kasus pasien dengan kanker servik, pelaksanaan EBN serta proyek inovasi.

Penulis mengucapkan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah membantu kelancaran dalam menyelesaikan KIA ini :

1. Ibu Dra. Junaiti Sahar, S.Kp., M.App.Sc., Ph.D. selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Dr. Novy Helena CD, S.Kp.,M.Sc selaku ketua Program Studi Magister Spesialis Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Direktur Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta beserta staf yang telah memberikan izin untuk praktik residensi keperawatan onkologi.
4. Ibu Dewi Irawaty, MA, PhD selaku supervisor utama yang memberikan bimbingan dalam penyusunan KIA ini.
5. Ibu Riri Maria, SKp., MANP dan selaku supervisor yang telah menyediakan waktu, tenaga dan pikiran untuk mengarahkan dan membimbing penulis dalam penyusunan demi kesempurnaan KIA ini.
6. Dewan penguji ibu Dr. Kemala Rita Wahidi, SKp, Sp.Onk, MARS, ETN dan ibu Retno Setiowati Ns., S.Kep., Sp.Onk., MKM dan juga selaku supervisor klinik terima kasih banyak atas kritik dan saran untuk kesempurnaan penulisan karya ilmiah akhir ini.
7. Ibu Nani Sutarni, S.Kp., Sp.Onk., M.Kep, selaku kepala bidang keperawatan Rumah Sakit Kanker Dharmais. Ibu Retno Purwanti, Ns., S.Kp., Sp.Onk.,

M.Biomed selaku supervisor klinik dan Ibu dan Ibu Ns. Jaenah, S.Kep., Sp.,Onk serta rekan sejawat khususnya ruang Cempaka di Rumah Sakit Kanker Dharmais yang telah sudi berbagi ilmu dan pengalamannya dengan penulis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker.

8. Keluarga besar STIKes Ranah Minang Padang, atas doa dukungan moril dan materil.
9. Orangtua, Papa Rosirwan (Alm), secuil keberhasilan ini ku persembahkan untuk mu, semoga Allah SWT menempatkan di Surga-Nya, aku yakin papa pasti tersenyum melihat anakmu ini, papa selalu ada di setiap detak jantung kami, in shaa allah kakak akan melanjutkan studi seperti harapan papa. Mama (Yusriati, SP.d) terima kasih atas doa, pengorbanan dan kasih sayang serta dukungan yang diberikan. Adik-adikku (Alwa Pama Kudus, Peggi Cenraus, Ahmad Akeda Yuro dan Ipar ku Dolla dan Andri) terima kasih atas dukungan dan doanya, terima kasih juga buat semangat senyuman ponakan tersayang Gaffano Satilo, Gazhio Aqinara serta Faqih Arhabu Rizki. Terima kasih banyak buat keluarga besar Sumpur Kudus dan TBA yang selalu memberikan dukungan dan doa, dan tak lupa keluarga Griya Depok Asri terima kasih banyak.
10. Teman kelompok residensi onkologi, kk Retno, Agis, kk Sara dan Bu Iik, terima kasih atas kebersamaan selama 2 semester ini.
11. Sahabat yang selalu memberikan motivasi Kk Rizka, Eka, Wice, Teh Shanti, Zaqi, dan Uni Wid. Rekan-rekan seperjuangan, mahasiswa keperawatan medikal bedah angkatan 2012.
12. Semua pihak yang terlibat dalam penyusunan KIA ini yang tidak dapat peneliti sebutkan satu persatu.

Penulis menyadari bahwa KIA ini belum sempurna dan masih banyak kekurangan, untuk itu penulis sangat mengharapkan kritik dan saran yang membangun untuk perbaikan selanjutnya.

Depok, Juli 2015

Penulis

**PERNYATAAN PERSEUTUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Ayuro Cumayunaro
NPM : 1206302945
Program Studi : Ners Spesialis Keperawatan Medikal Bedah
Departemen : Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas : Ilmu Keperawatan
Jenis Karya : Karya Ilmiah Akhir

Demi membangun ilmu pengetahuan, saya menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul:

Analisis Pendekatan Teori *Peaceful End Of Life* Pada Pasien Kanker Servik Dan Mengunyah Permen Karet Sebagai *Evidence Based Nursing Practice* di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta.

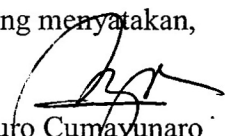
Beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia menyimpan, mengalihmediakan/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (database), merawat dan mempublikasikan tugas akhir saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai Pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : Juli 2015

Yang menyatakan,


Ayuro Cumayunaro

ABSTRAK

Nama : Ayuro Cumayunaro
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Analisis Pendekatan Teori *Peaceful End Of Life* Pada Pasien Kanker Servik Dan Mengunyah Permen Karet Sebagai *Evidence Based Nursing Practice* Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta

Kanker merupakan pertumbuhan dari sel yang tidak terkendali dan dapat menyebar serta dapat menyebabkan kematian, sampai saat ini kanker menjadi masalah kesehatan baik di dunia dan di Indonesia. Salah satu kanker yang sering terjadi pada wanita yaitu kanker servik. Pendekatan teori dalam asuhan keperawatan diperlukan dalam perawatan pasien kanker. Karya Ilmiah Akhir merupakan laporan praktik residensi keperawatan medikal bedah peminatan onkologi di rumah sakit kanker Dharmais Jakarta. Karya ilmiah ini terdiri dari: (1) penerapan teori *peaceful end of life* pada pasien kanker servik, (2) penerapan mengunyah permen karet meningkatkan motilitas usus pasca operasi ginekologi sebagai *evidence based nursing* serta (3) proyek inovasi kelompok yaitu pelatihan pengkajian *edmonton symptom assessment system* dan *treatment*. Kesimpulan teori *peaceful end of life* tepat digunakan dalam perawatan paliatif pasien kanker. Intervensi mengunyah permen karet dapat mempercepat motilitas usus pasca operasi dan pengajian *edmonton symptom assessment system* dan *treatment* dapat di aplikasikan dalam pengkajian pasien kanker dengan berbagai keluhan yang muncul.

Kata kunci: Kanker servik, *Peaceful end of life*, permen karet dan *edmonton symptom assessment system*.

ABTRACK

Nama : Ayuro Cumayunaro
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul : Analysis Theory Approach Peaceful End Of Life At
Cervical Cancer Patients and Chewing Gum As
Evidence Based Nursing Practice at Dharmais
Cancer Hospital Jakarta

Cancer is the growth of cells that are not controlled can spread and cause death, until now cancer health problem both in the world and in Indonesia. One of the most common cancers in women are cervical cancer. Theoretical approach in nursing care is needed in patients with cancer nurses. Final scientific work is The reports that medical-surgical nursing practice residency at a hospital oncology specialization Dharmais cancer Jakarta. This scientific work consists of: (1) the application of the theory of peaceful end of life in patients with cervical cancer, (2) the application of chewing gum increases intestinal motility after gynecologic surgery as evidence based practice and (3) project groups, training assessment innovation edmonton symptom assessment system and treatment. The conclusion of scientific work is theory peaceful end of life appropriate for use in the palliative care of cancer patients. Chewing gum intervention may accelerate postoperative intestinal motility and edmonton symptom assessment system and treatment can be applied in the assessment of cancer patients with a variety of complaints.

Keywords: Cervical cancer, Peaceful end of life, chewing gum and the Edmonton Symptom Assessment System and Treatment.

DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN JUDUL	ii
HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME	iii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	vi
ABSTRAK	vii
ABSTRACT	vii
DAFTAR ISI.....	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR SKEMA.....	xiii
DAFTAR LAMPIRAN.....	xiv
 BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Tujuan Penelitian	6
1.3.1 Tujuan Umum	6
1.3.2 Tujuan Khusus	6
1.3 Manfaat Penulisan	7
1.3.1 Pelayanan Keperawatan	7
1.3.2 Pengembangan Keilmuan Keperawatan	7
1.3.3 Pendidikan Keperawatan	7
 BAB 2 TINJAUAN PUSTAKA.....	8
2.1 Kanker Servik.....	8
2.1.1 Pengertian	8
2.1.2 Penyebab	9
2.1.3 Tanda dan Gejala.....	11
2.1.4 Patofisiologi	12
2.1.5 Klasifikasi Kanker Servik	13
2.1.6 Diagnostik Kanker Servik	15
2.1.7 Penatalaksanaan kanker servik.....	18
2.2 Teori <i>Peacefull End Of Life</i>	22
2.2.1 Asumsi Utama PEOL	25
2.2.2 Pernyataan Teori PEOL	25
2.3 Penerapan Teori <i>Peaceful End of Life</i>	26
2.3.1 Pengkajian Keperawatan.....	27
2.3.2 Diagnosa Keperawatan.....	27
2.3.3 Intervensi Keperawatan.....	28
2.3.4 Evaluasi Keperawatan	28

2.4 Mengunyah Permen Karet Mempercepat pemulihan Motilitas usus pasca operasi ginekologi	28
2.4.1 <i>Postoperative Ileus</i>	28
2.4.2 Penyebab <i>Postoperative Ileus</i>	29
2.4.3 Penatalaksanaan Pasca Operasi Abdomen	31
2.3.4 Mengunyah permen karet	33
2.5 Proyek Inovasi Pelatihan Pengkajian ESAS dan Treatment	35
2.5.1 Pengertian	35
2.5.2 Cara Menggunakan ESAS	36
2.5.3 Pengkajian ESAS dan Treatment yang diberikan	37
BAB 3 PROSES RESIDENSI	44
3.1 Laporan dan Analisa Kasus	44
3.1.1 Kasus Kelolaan Utama	44
3.1.2 Pengkajian Teori Peaceful End of Life Pada Kasus Kelolaan	47
3.1.3 Diagnosa Keperawatan	50
3.1.4 Penetapan Tujuan dan Intervensi Keperawatan	51
3.1.5 Evaluasi	54
3.1.6 Laporan 30 kasus kelolaan	56
3.2 <i>Evidence Based Nursing</i>	57
3.2.1 Latar Belakang	57
3.2.2 Masalah Klinis	60
3.2.3 Search Strategi	60
3.2.4 Penerapan EBN	63
3.3 Proyek Inovasi Pelatihan Pengkajian ESAS dan Treatment	66
3.3.1 Analisa Situasi	67
3.3.2 Tahapan Pelaksanaan Proyek Inovasi	70
BAB 4 PEMBAHASAN	74
4.1 Analisa Kasus Kelolaan utama	74
4.2 Pembahasan 30 kasus Kelolaan dengan pendekatan PEOL	93
4.3 Analisa Penerapan EBN	98
4.4 Analisa Penerapan Proyek Inovasi	102
BAB 5 KESIMPULAN DAN SARAN	105
5.1 Kesimpulan	105
5.2 Saran	106

Daftar Pustaka
Lampiran

DAFTAR TABEL

Tabel 1: FIGO <i>staging for cervical cancer</i>	14
Tabel 2: <i>Treatment algorithm for cervical cancer</i>	14
Tabel 3 :Hasil intervensi <i>evidence based nursing practice</i> pemulihan bisung usus dengan mengunyah permen karet.....	65



DAFTAR GAMBAR

Gambar 1: Lokasi Kanker servik.....	8
-------------------------------------	---



DAFTAR SKEMA

Skema 1: Skema hubungan dalam lima aspek <i>PEOL</i>	24
--	----



LAMPIRAN

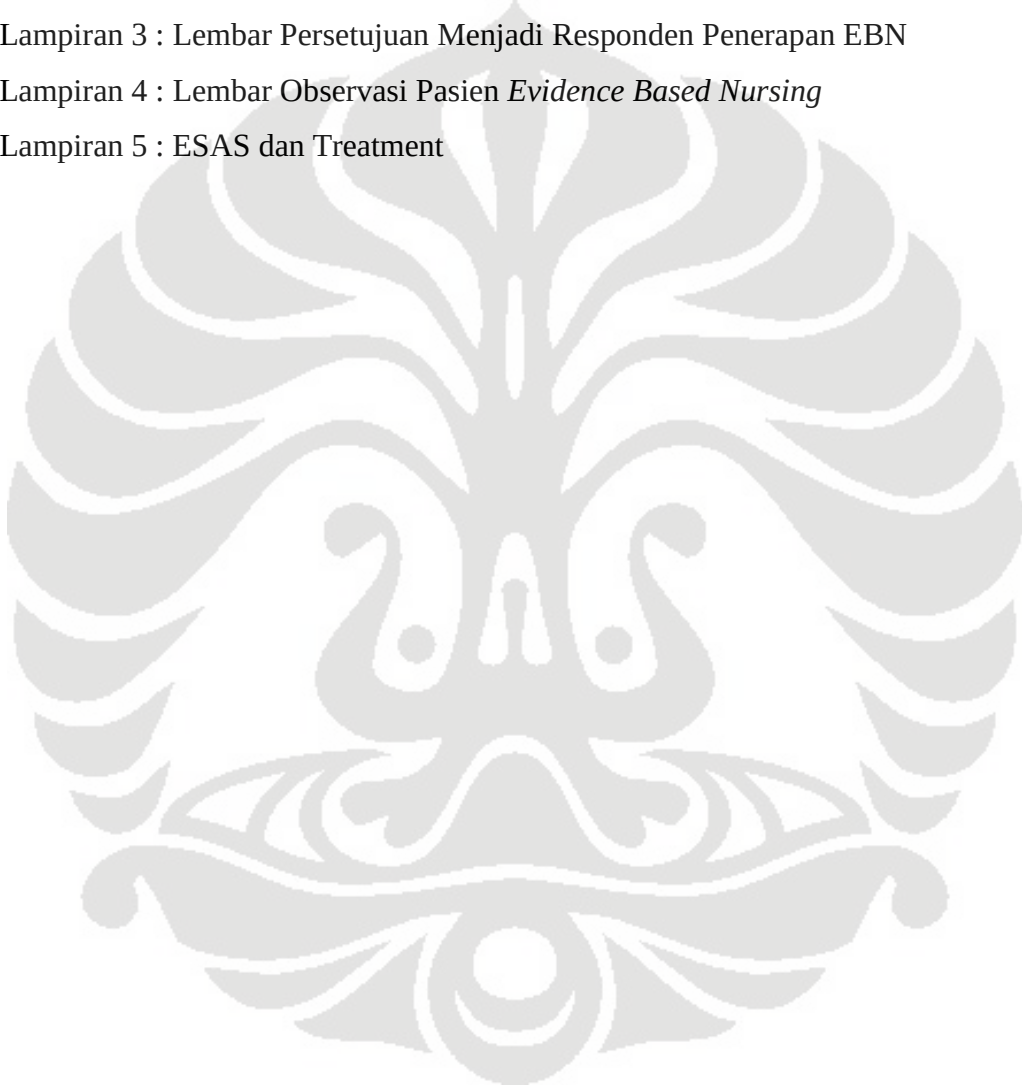
Lampiran 1: Resume 30 kasus kelolaan pada pasien kanker dengan pendekatan
peacefull end of life

Lampiran 2 : Penjelasan Pelaksanaan EBN

Lampiran 3 : Lembar Persetujuan Menjadi Responden Penerapan EBN

Lampiran 4 : Lembar Observasi Pasien *Evidence Based Nursing*

Lampiran 5 : ESAS dan Treatment



BAB 1

PENDAHULUAN

Bab ini akan menguraikan tentang latar belakang penulisan karya tulis ilmiah (KIA), tujuan penulisan serta manfaat penulisan.

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan sekelompok penyakit yang ditandai oleh tidak terkendali pertumbuhan dan penyebaran sel-sel abnormal dan berdampak pada kematian. Salah satu penyakit yang menjadi masalah utama dalam kesehatan di dunia maupun di Indonesia adalah kanker. Di negara maju kanker merupakan penyebab kematian kedua setelah penyakit kardiovaskuler, sedangkan di negara berkembang kanker merupakan penyebab kematian ketiga setelah penyakit kardiovaskuler dan penyakit infeksi (*American Cancer Society*, 2015). Data Globocan 2012 menunjukkan prevalensi kanker di dunia yaitu 14.068 dengan angka kematian sebanyak 8.202 (Globocan, 2012). Diperkirakan pada tahun 2015 sekitar 1.658.370 kejadian kanker dan sebanyak 589.430 angka kematian akibat kanker di Amerika Serikat (*American Cancer Society*, 2015). Lebih dari 70% dari seluruh kematian akibat kanker pada tahun 2008 terjadi di negara berpendapatan rendah hingga menengah. Kematian akibat kanker terus meningkat, dengan perkiraan sekitar 13,1 juta jiwa pada tahun 2030 (*American Cancer Society*, 2014). Prevalensi kanker di asia yaitu sebesar 1.724 kejadian dengan angka kematian mencapai 1.171 (Globocan, 2012). Sedangkan di Indonesia berdasarkan laporan RISKESDAS tahun 2013 kejadian kanker yaitu sebanyak 1,4 permil. Data dari rekam medis rumah sakit Rumah Sakit Kanker Dharmas (RSKD) tahun 2014 menunjukkan angka kejadian kanker yaitu sebanyak 3007 kejadian. Kejadian kanker yang masih tinggi baik di dunia maupun di Indonesia menjadi hal penting dalam pelayanan kesehatan khususnya dalam keperawatan.

Kanker paling sering pada wanita salah satunya adalah kanker serviks, kanker serviks merupakan kanker terbanyak kelima pada wanita di seluruh dunia. Di negara berkembang kanker serviks menempati urutan pertama sedangkan di negara

maju menempati urutan keempat setelah kanker payudara, kolorektum, dan endometrium (Rasjidi, 2009). Diperkirakan 12.900 wanita di diagnosis kanker servik pada 2015 (*American Cancer Society*, 2015). Pada dekade terakhir terjadi penurunan insiden kanker servik pada wanita muda kulit putih. Dari tahun 2007 hingga 2011 terjadi rata-rata penurunan pada wanita kulit putih yaitu sebanyak 3,4% dan perkiraan angka kematian 4.100 pada tahun 2015. Angka kematian menurun berkaitan dengan deteksi dini dan pemeriksaan pap smear yang dilakukan. Penurunan angka kematian cenderung stabil pada wanita usia muda. Dari 2007-2011 dilaporkan bahwa kematian pada wanita usia muda adalah sekitar 1,1% (*American Cancer Society*, 2015). Untuk wilayah ASEAN insiden kanker serviks di Thailand sebesar 23,7 per 100.000 penduduk. Di Indonesia diperkirakan ditemukan 40 ribu kasus baru kanker mulut rahim setiap tahunnya. Menurut data kanker berbasis patologi di 13 pusat laboratorium patologi, kanker serviks merupakan penyakit kanker yang memiliki jumlah penderita terbanyak di Indonesia (Rasjidi, 2009). Sedangkan data yang didapatkan dari rekam medis RSKD kanker servik menduduki nomor 2 dari 10 kasus selama 4 tahun terakhir, data tahun 2014 ada sebanyak 532 kasus dari total 3007 kasus atau sekitar 17,6% (Data Rekam Medis RSKD, 2014).

Pasien kanker servik datang berobat ke rumah sakit sudah berada pada stadium lanjut, yaitu stadium IIB-IVB, sebanyak 66,4%. Kasus dengan stadium IIIB, yaitu stadium dengan gangguan fungsi ginjal, sebanyak 37,3% atau lebih dari sepertiga kasus (Nuranna, 2005). Pasien yang berada pada stadium lanjut dan mengalami metastase memerlukan perawatan yang komprehensif dan pasien dengan kondisi ini perawatannya lebih kearah ke *palliative care*. Perawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan oleh perawat profesional. Perawat spesialis klinis (*Clinical Nursing Specialist*) merupakan seorang perawat yang memiliki keterampilan tinggi dalam bidang praktek klinis dan manajemen program serta mempunyai kemampuan dalam pengembangan dan menjadi pemimpin dalam praktek klinis. Dalam memberikan asuhan keperawatan perawat spesialis khususnya perawat onkologi dalam mengintegrasikan pengetahuan tentang kanker dan perawatan medis dalam pengkajian, diagnosis, dalam mengatasi masalah dan

kekhawatiran pasien yang dialami pasien (*National Cancer Action Team*, 2010). Perawatan pada pasien kanker membutuhkan pendekatan keperawatan yang holistik. Pendekatan keperawatan yang digunakan sesuai dengan peran perawat spesialis yang menerapkan ilmu dengan klinis terkait dengan konsep keperawatan berdasarkan pengetahuan terhadap sistem fisiologis, psikologis, sosial dan konsep budaya juga termasuk didalamnya (Christina, Yvonne & Lilian, 2005).

Salah satu pendekatan keperawatan yang dapat diterapkan pada pasien dengan kanker servik yaitu teori *Peaceful End Of Life* (PEOL). Penerapan suatu teori keperawatan mencakup tujuan pada teori keperawatan dalam berbentuk konseptual model, *middle range theory* dan *microrange* teori yang merupakan indikator dari pencapaian yang menjelaskan interaksi dalam perawatan kesehatan dalam suatu sistem. *Middle range* teori dalam penerapannya dapat lebih mudah diterapkan dalam keperawatan. Salah satu teori keperawatan yang termasuk kedalam kategori *middle range* yaitu *peaceful end of life theory* yang dikembangkan oleh Ruland and Moore pada tahun 1998 (Fitzpatrick & McCarthy, (2014). Dalam teori ini, menggunakan pendekatan keluarga (pasien dengan penyakit terminal dan masalah lain) yang mendapatkan perawatan profesional dan terlibat dalam proses keperawatan yang terkait intervensi keperawatan dirancang untuk tujuan sebagai berikut: bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihargai dan dihormati, damai, dan perasaan dekat dengan seseorang yang bermakna (Aligood & Tomey, 2010). Penerapan “*Peaceful End of Life Theory*” berfokus terhadap peningkatan kualitas hidup klien yang mencakup bio-psiko-sosial dan spiritual yang melibatkan klien dan keluarganya pada semua proses asuhan keperawatan.

Peran perawat spesialis seperti yang dijelaskan pada *oncology nursing spesialis* (ONS) bahwa salah satu peran perawat spesialis adalah memberikan tindakan keperawatan berbasis bukti (ONS, 2008). Tindakan berbasis bukti lebih dikenal dengan *Evidence Based Practice* (EBP) sedangkan dalam keperawatan untuk intervensi berbasis bukti dikenal dengan EBN (*Evidence Based Nursing*). EBN merupakan proses pendekatan sistematis dalam pemecahan masalah yang

terkait dengan integrasi penerapan hasil riset terkini dalam meningkatkan asuhan keperawatan pada tatanan praktek klinik keperawatan. Langkah-langkah dalam penyusunan *evidence based practice* meliputi mempunyai keinginan untuk melakukan intervensi, merumuskan masalah dengan menggunakan PICOT, mengumpulkan bukti yang relevan sesuai dengan intervensi terkait, mengkritisi hasil yang telah terbukti, mengintegrasikan bukti tersebut dengan pembimbing klinik yang berpengalaman, mengevaluasi hasil dari hasil penerapan atau perubahan berdasarkan bukti serta menyebarluaskan hasil atau perubahan terkait dengan intervensi yang dilakukan (Melnyk & Overholt, 2011). Penerapan EBN (*Evidence Based Nursing*) yang penulis lakukan terkait dengan tatalaksana pada pasien dengan kanker servik, pilihan terapi mutakhir pada pasien kanker servik meliputi operasi atau pembedahan, kemoterapi dan radioterapi. Pasien dengan kanker servik khususnya dan ginekologi umumnya dalam tatalaksana mempertimbangkan kebutuhan pasien dan dapat memperbesar angka harapan hidup pasien, mengatasi gejala dan keluhan pasien serta meningkatkan kualitas hidup pasien (Desen, 2011).

Operasi pada pasien kanker ginekologi merupakan tindakan pembedahan pada wanita akibat adanya tumor yang berhubungan dengan alat reproduksi. Tindakan operasi dilakukan selain untuk pengangkatan tumor juga sebagai penentuan stadium dari kanker (Desen, 2011). Salah satu komplikasi yang sering dialami pasca operasi yaitu *post ileus obstruksi* (POI). *Post ileus obstruksi* merupakan gangguan pada aktivitas saluran cerna yang bersifat sementara yang ditandai dengan keterlambatan penngembalian fungsi normal dari usus (Miedema & Johnson, 2003; Papaconstantinou, 2005). Walaupun mempunyai angka yang tidak terlalu besar berkisar sebanyak 14% akan tetapi dapat mempengaruhi tingkat kenyamanan dari pasien dan lama hari rawat (Charoenkwan, Phillipson & Vutyavanich, 2007). Dari telaah jurnal *Influence Of Gum Chewing On Postoperative Bowel Activity After Complete Staging Surgery For Gynecological Malignancies: A Randomized Controlled Trial* (Ertas et al, 2013) salah satu cara untuk mengurangi angka ileus obstruksi yaitu mengunyah permen karet,

mengunyah permen karet dapat merangsang *cephalik vagal* untuk menstimulasi hormon pencernaan sehingga akan menstimulasi kerja dari usus.

Rumah sakit kanker Dharmais sebagai pusat kanker nasional yang merupakan pusat rujukan tertinggi jaringan pelayanan kanker di Indonesia. Sebagai pusat rujukan tentunya dari berbagai daerah di Indonesia dengan berbagai jenis pasien yang datang untuk pengobatan. Rata-rata pasien rujukan yang datang dengan kondisi yang kompleks, sudah melewati masa pengobatan cukup lama, stadium kanker yang sudah lanjut. Berbagai masalah yang dikeluhkan pasien hendaknya dapat diberikan asuhan keperawatan yang baik. Salah satu penanganan masalah yang muncul yang dapat dilakukan dengan pengkajian *Edmonton symptom Assesment System* atau ESAS (E Rees et al, 1998; WHO, 2010). Pengkajian ESAS ini sudah ada di lakukan di rumah sakit akan tetapi untuk aplikasi belum maksimal. Oleh sebab itu dilakukan pengembangan dengan pemberian pelatihan dan memodifikasi dengan treatment yang dapat diberikan. Sebagai inovator, perawat spesialis dapat mengembangkan suatu ilmu baru maupun evaluasi terhadap ilmu yang sudah diterapkan sehingga dapat lebih bermanfaat sesuai dengan kebutuhan. Inovasi yang dilakukan oleh kelompok adalah pelatihan tentang pengkajian ESAS dan treatment pada perawat RSKD. Pelatihan ini bertujuan adanya pengkajian yang kontinu dan berkelanjutan dengan format yang sudah dirancang sebelumnya dan penerapan treatment-treatment keperawatan berbasis bukti yang dapat dikembangkan dan diterapkan sesuai dengan masalah yang dirasakan pasien kanker. Penerapan inovasi dilakukan dengan melibatkan semua ruang rawat di Rumah sakit kanker dharmais dengan melibatkan PN (*Primary Nurse*) pada masing-masing ruang rawat tersebut, diharapkan dengan melibatkan PN tersebut dapat menjadi pionir dalam melakukan pengkajian dan menerapkan treatment serta dapat berbagi ilmu dengan perawat lainnya.

Berdasarkan uraian diatas, penulis menyusun Karya Tulis Ilmiah tentang Analisis Pendekatan Teori *Peaceful End of Life* Pada Pasien Kanker Servik Dan Mengunyah Permen Karet Sebagai *Evidence Based Nursing* Di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta.

1.2 Tujuan

Tujuan dari penulisan analisis praktek ini terdiri dari tujuan umum dan tujuan khusus, yang dapat diuraikan sebagai berikut :

1.2.1 Tujuan Umum

Melakukan analisa pelaksanaan dan pengalaman praktik residensi dengan menggunakan pendekatan teori keperawatan *Peaceful End Of Life* sebagai kerangka kerja dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien serviks di Rumah Sakit kanker Dharmais Jakarta.

1.2.2 Tujuan Khusus

Tujuan dari penulisan karya ilmiah akhir ini secara khusus adalah melakukan analisis kegiatan praktik dalam menerapkan dan menjalankan peran sebagai berikut :

1.2.2.1 Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan medikal bedah pada pasien kanker servik dengan menggunakan pendekatan *Peaceful End Of Life*.

1.2.2.2 Peran dalam melakukan penerapan tindakan keperawatan yang berbasis pembuktian ilmiah (*Evidence Based Nursing Practice*) yang diperoleh dari hasil telaah penelitian-penelitian tentang mengunyah permen karet.

1.2.2.3 Peran sebagai inovator melalui pelatihan meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian dan memberikan treatment berdasarkan pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assesment System*).

1.3 Manfaat Penulisan

Penulisan karya ilmiah akhir ini diharapkan dapat memberikan manfaat terhadap pelaksanaan pelayanan keperawatan, pengembangan ilmu keperawatan dan pendidikan keperawatan.

1.3.1 Pelayanan Keperawatan

Hasil analisa praktik residensi ini dapat memberikan manfaat terhadap pelayanan keperawatan dengan memberikan gambaran dan menjadikan acuan dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien onkologi dengan menggunakan pendekatan model *Teori Peaceful End Of Life*, meningkatkan pengetahuan dan motivasi perawat dalam melakukan tindakan keperawatan dan menerapkan intervensi yang berbasis pembuktian ilmiah serta meningkatkan kemampuan perawat untuk senantiasa melakukan melakukan inovasi-inovasi keperawatan dalam meningkatkan kualitas asuhan keperawatan yang komprehensif.

1.3.2 Pengembangan Keilmuan Keperawatan

Hasil praktik residensi keperawatan dapat memberikan banyak manfaat dengan menjadikan salah satu bentuk memperkuat dukungan teori keperawatan, memperkaya ilmu pengetahuan keperawatan, menambah wawasan dan pengetahuan bagi perawat klinik keperawatan medikal bedah khususnya residensi yang menjalankan praktik di Rumah sakit kanker Dharmais Jakarta dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien onkologi dengan mengaplikasikan peran ners spesialis.

1.3.3 Pendidikan Keperawatan

Hasil praktik keperawatan residensi keperawatan dapat memberikan manfaat kepada pendidikan keperawatan dengan menjadikan salah satu rujukan bahan ajar tentang asuhan keperawatan pasien onkologi dengan pendekatan teori *peaceful end of life*. Manfaat lainnya diharapkan mahasiswa mampu menggali informasi tentang tindakan-tindakan keperawatan terkini berbasis pembuktian ilmiah.

BAB 2

TINJAUAN PUSTAKA

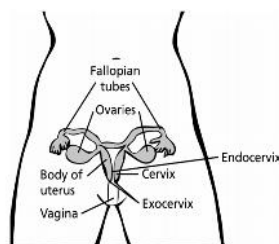
Pada bab ini akan dibahas tentang kanker servik, teori *peaceful end of life*, mengunyah permen karet sebagai *evidence based nursing* serta pelatihan pengkajian ESAS dan treatment sebagai inovasi.

2.1 Kanker Servik

2.1.1 Pengertian

Kanker servik atau biasa nya juga dikenal dengan sebutan kanker leher rahim merupakan kanker yang terjadi pada servik atau leher rahim, suatu daerah pada organ reproduksi wanita yang merupakan pintu masuk ke arah rahim yang terletak diantara rahim dan vagina (Division of Cancer Prevention and Control, 2015; American Cancer Society, 2015). Kanker ini berasal dari sel epitel skuamosa (American Cancer Society, 2015). Diagnosis dari pra kanker dan kanker servik di dasarkan dari hasil pemeriksaan biopsi yang menunjukkan adanya gambaran sel kanker yaitu karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma. Sebagian besar karsinoma sel skuamosa yang berasal dari sel di exocervix, sering dimulai pada zona transformasi (daerah gabungan exocervik dan endoservik). Selain dari karsinoma sel skuamosa, jenis sel pada kanker servik yaitu adenokarsinoma, sel ini berkembang dari sel kelenjar. Pada 30 tahun terakhir jenis adenokarsinoma banyak terjadi. Sedangkan jenis kanker gabungan antara karsinoma sel skuamosa dengan adenokarsinoma jarang terjadi. Dibawah ini merupakan gambar yang menunjukkan lokasi dari kanker servik.

Gambar 1: lokasi kanker servik



Sumber : American cancer society, 2015.

2.1.2 Penyebab

Penyebab pasti dari kanker servik secara umum tidak diketahui, akan tetapi ada beberapa faktor yang risiko kanker servik diantaranya sebagai berikut :

a. Infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV)

Salah satu faktor risiko kanker servik yaitu infeksi *Human Papilloma Virus* (HPV) (*American cancer society*, 2015; Siddiq et al, 2014), lebih dari 150 jenis HPV dan beberapa jenis yang dapat menginfeksi disebut dengan papilloma atau dikenal dengan nama kutil. HPV dapat menginfeksi sel-sel pada permukaan kulit, kelamin, anus, mulut dan tenggorokan. HPV dapat menyebar dengan kontak kulit, melalui hubungan seksual, baik itu hubungan seksual melalui vagina, anal dan oral. Hampir semua kasus kanker servik disebabkan oleh HPV, 70 % berasal dari dua jenis HPV yaitu tipe 16 dan 18 (*Division of STD Prevention*, 1999; Winer et al, 2006). HPV menginfeksi sel-sel epitel, setelah infeksi pada sel epitel, virus akan membuat protein, yaitu protein E6 dan E7 beresiko tinggi mengganggu fungsi sel yang biasanya sel tumbuh secara tidak berlebihan dan terkendali. Pentingnya peranan imunitas tubuh dalam melawan infeksi yang terjadi sehingga tidak terjadi pada infeksi yang berlanjut. Banyak faktor yang berkontribusi terhadap infeksi HPV diantaranya merokok, daya tahan tubuh yang lemah, paritas yang tinggi, penggunaan kontrasepsi oral dan peradangan kronis (Shi, Devarakonda, Liu, Taylor & Mills, 2014; *American cancer society*, 2015).

b. Merokok

Zat berbahaya yang terkandung didalam rokok dapat menyebabkan kanker servik. Bahan kimia yang terhirup melalu paru-paru tersebut dapat dibawa melalui aliran darah ke seluruh tubuh. Wanita perokok 2 kali lebih berisiko terkena kanker servik. Zat berbahaya yang terkandung dalam rokok dapat merusak DNA dari sel-sel rahim, sehingga berkontribusi terhadap kanker servik, selain itu merokok juga erat kaitannya dengan sistem kekebalan tubuh dapat mengakibatkan penurunan daya tahan tubuh (*American cancer society*, 2015; Moreno et al, 2002).

c. Imunosupresi

Pentingnya sistem kekebalan tubuh dalam melawan sel-sel kanker dan memperlambat pertumbuhan dan perkembangan sel kanker. Pada wanita dengan penurunan daya tahan tubuh, kemungkinan untuk berkembang dari pra kanker menjadi kanker invasif lebih cepat (*American cancer society*, 2015).

d. Kontrasepsi Oral

Penggunaan kontrasepsi oral merupakan salah satu risiko kanker servik. Penggunaan kontrasepsi oral jangka lama lebih dari 5 tahun atau lebih dapat berisiko pada kejadian kanker servik (Franceschi, 2005). Analisis dari 24 studi epidemiologi mengatakan bahwa semakin lama seorang wanita menggunakan kontrasepsi oral, maka semakin berisiko terhadap kanker servik. Risiko cenderung menurun sejalan dengan waktu berhenti menggunakan kontrasepsi oral terlepas dari berapa lama telah menggunakan kontrasepsi oral (*International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer*, Appleby P, Beral V, et al., 2007).

Laporan data *International Agency for Research on Cancer* tahun 2002, data yang dikumpul dari delapan studi melihat hubungan antara penggunaan kontrasepsi oral dengan risiko kanker servik dengan HPV, wanita yang menggunakan kontrasepsi oral selama 5 sampai 9 tahun 3 kali berisiko dibandingkan pada wanita yang tidak menggunakan kontrasepsi oral, dan berisiko 4 kali pada wanita yang menggunakan lebih dari 10 tahun (Moreno, 2002). Secara langsung, hubungan penggunaan kontrasepsi oral dengan kanker servik tidak terlihat. Akan tetapi penggunaan kontrasepsi oral berkaitan dengan hormon-hormon yang dapat menjadikan sel rentan terhadap HPV dan mempengaruhi kemampuan dalam pertahanan infeksi terhadap HPV yang dapat berkembang menjadi kanker servik (*IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*, 2007).

e. Paritas

Perempuan yang sering melahirkan juga berisiko terhadap kanker servik. Perbandingan paritas melahirkan lebih dari 7 kali beresiko 3,8 kali dibandingkan dengan nulipara (Bosch et al, 2002).

f. Berganti pasangan

Dalam penelitian Ferrera (2000) yang melakukan penelitian tentang kofaktor yang berhubungan dengan HPV dan kanker servik invasif menyimpulkan bahwa peningkatan jumlah pasangan seksual akan meningkatkan risiko kejadian kanker servik, terjadi peningkatan empat kali dibandingkan dengan yang memiliki satu pasangan.

2.1.3 Tanda dan Gejala

Pasien kanker servik pada stadium dini dan pra kanker biasanya tidak memiliki gejala. Gejala mulai tampak apabila kanker sudah menginvasi jaringan sekitar (Desen, 2011; *American Cancer Society*, 2015). Tanda dan gejala yang umum terjadi adalah :

- a. Perdarahan pervaginam abnormal, seperti perdarahan setelah berhubungan seks, perdarahan setelah menopause, bercak atau perdarahan antara periode menstruasi, periode menstruasi yang panjang atau lebih lama dari biasanya, perdarahan setelah pemeriksaan panggul. Perdarahan ini terjadi karena jaringan pada servik mengalami eksfoliasi atau sel-sel nya rapuh.
- b. Keluar cairan atau bercak-bercak dari vagina yang terjadi pada beberapa periode setelah menopause. Keluarnya sekret atau bercak disebabkan oleh lesi kanker dan peradangan pada glandula servik dan hipersekresi.
- c. Nyeri, keluhan nyeri biasanya muncul pada stadium sedang, lanjut dan apabila disertai dengan infeksi. Nyeri yang dirasakan karena adanya lesi pada servik dan parametrium sehingga menimbulkan kontraksi pada uterus. Apabila yang terlokalisasi dibagian bawah abdomen atau pada kedua sisi kemungkinan diakibatkan oleh kompresi atau invasi tumor terjadi penyumbatan pada ureter.

Sedangkan keluhan nyeri pada pinggang dikaitkan dengan adanya hidronefrosis karena desakan atau invasi tumor pada saraf kavum pelvis.

- d. Keluhan lain seperti gejala pada saluran urinarius dan saluran pencernaan terkait dengan penyebaran kanker servik tersebut. Seperti adanya uremia karena terjadi invasi tumor pada ligamen cardinal, invasi ureter dan timbul hidronefrosis. Dan pada saluran pencernaan terjadi obstipasi apabila terjadi invasi tumor pada rectum dan gejala sistemik lainnya seperti kelemahan, anemia, demam dan udem.

2.1.4 Patofisiologi

Proses invasi neoplasia pada servik diawali oleh prekursor pada sel penyusun dari servik tersebut. Sel penyusun servik sebagian besar adalah sel skuamosa berlapis dan sel kolumnar. Terjadinya perubahan pada sel-sel ini erat kaitannya dengan proses metaplasia. Perubahan ini biasanya terjadi didaerah transformasi, pada zona transformasi ini terjadi perubahan pada sel-sel yang lama dan baru dan juga dipengaruhi oleh keadaan hormonal, peradangan serta perubahan PH pada vagina. Sehingga akan terjadi mutasi gen yang tumbuh dan berkembang menjadi sel displastik sehingga kelainan sel epitel yang biasa disebut displasia, displasia merupakan perubahan prakanker yang tidak melibatkan seluruh sel epitel (Michelle, 2012; Price, 2005). Biasanya istilah displasia juga dikenal dengan sebutan CIN (*cervical intraepithelial neoplasia*), tingkatannya terdiri dari CIN 1 (displasia ringan), CIN 2 displasia sedang dan CIN 3 displasia berat, dan karsinoma in situ dimana sel-sel neoplastik terdapat pada seluruh lapisan epitel (intraepitel), kemudian berkembang menjadi karsinoma invasif. CIN ini menggambarkan seberapa banyak jaringan normal pada servik (*American Cancer Society*, 2015).

2.1.5 Klasifikasi Kanker Serviks

Klasifikasi kanker servik merupakan salah satu hal yang penting dalam penatalaksanaan. Untuk mengetahui seberapa jauh dan penyebaran dari kanker maka perlu ada nya staging atau penentuan stadium. Pada kanker servik ada dua jenis klasifikasi yang biasa digunakan dalam penentuan stadium yaitu dengan sistem FIGO (*International Federation of Gynecology and Obstetrics*) dengan pendekatan sistem dan AJCC (*American Joint Committee on Cancer*) dengan pendekatan sistem TNM, kedua sistem ini sama. Sistem AJCC mengklasifikasikan kanker servik menjadi 3 faktor yaitu T: ukuran tumor, N: penyebaran ke kelenjar getah bening dan M: penyebaran ke tempat yang jauh. Pada sistem FIGO sudah termasuk sistem TNM AJCC didalam klasifikasinya (*American Cancer Society*, 2015; Waggoner, 2003), Adapun bentuk klasifikasi berdasarkan FIGO adalah :

No	Stage	Description
1	Stage 0	Carcinoma-in-situ, intraepithelial carcinoma
2	Stage 1	Invasive carcinoma strictly confined to cervix
3	Stage IA	Invasive carcinoma identified microscopically (all gross lesions, even with superficial invasion, should be assigned to stage IB)
	Stage IA1	Measured invasion of stroma 3.0 mm or less in depth and no wider than 7.0 mm
	Stage IA2	Measured invasion of stroma more than 3.0 mm but no greater than 5.0 mm in depth and no wider than 7.0 mm
4	Stage IB	Preclinical lesions greater than stage IA or clinical lesions confined to cervix
	Stage IB1	Clinical lesions of 4.0 cm or less in size
	Stage IB2	Clinical lesions more than 4.0 cm in size
5	Stage II	Carcinoma extending beyond cervix but not to pelvic sidewall; carcinoma involves vagina but not its lower third
6	Stage IIA	Involvement of upper two-thirds of vagina, no parametrial involvement
7	Stage IIB	Obvious parametrial involvement
8	Stage III	Carcinoma extending onto pelvic wall; on rectal examination, there is no cancer-free space between tumour and pelvic sidewall. The tumour involves lower third of the vagina. All patients with hydronephrosis or non-functioning kidney are included unless known to be the result of other causes.
9	Stage IIIA	Involvement of lower third of the vagina; no extension to pelvic sidewall
10	Stage IIIB	Extension to pelvic sidewall and/or hydronephrosis or non-functioning kidney
11	Stage IV	Carcinoma extends beyond true pelvis or clinically involves mucosa of bladder or rectum. Bullous oedema does not allow a case to be designated as stage IV.

12	Stage IVA	Spread of growth to adjacent organs
13	Stage IVB	Spread to distant organs

Tabel 1: FIGO staging for cervical cancer

Sedangkan untuk algoritma penatalaksanaan dari kanker servik menurut Waggoner (2003) dapat dilihat pada tabel dibawah ini :

Tabel 2: Treatment algorithm for cervical cancer

Stage	Clinical features	Treatment
1A1	Invasion 3.0 mm or less	If patient desires fertility, conisation of cervix If she does not, simple hysterectomy (abdominal or vaginal)
	With lymphovascular space invasion	Hysterectomy with or without pelvic lymphadenectomy
IA2	3.0–5.0 mm invasion, <7.0 mm lateral spread	Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy Radiotherapy
IB1	Tumour 4 cm or less	Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy plus chemoradiotherapy for poor prognostic surgical-pathological factors* Radiotherapy
IB2	Tumour bigger than 4 cm	Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy plus chemoradiotherapy for poor prognostic surgical and pathological factors* Chemoradiotherapy Chemoradiotherapy plus adjuvant hysterectomy
IIA	Upper-two-thirds vaginal involvement	Radical hysterectomy with pelvic lymphadenectomy Chemoradiotherapy
IIB	With parametrial extension	Chemoradiotherapy
IIIA	Lower-third vaginal involvement	Chemoradiotherapy
IVA	Local extension within pelvis	Chemoradiotherapy Primary pelvic exenteration
IVB	Distant metastases	Palliative chemotherapy Chemoradiotherapy

*Pelvic lymph-node metastases; large tumour; deep cervical stromal invasion; lymphovascular space invasion; positive vaginal or parametrial margins.

Dari stadium kanker yang di diagnosis, AJCC mencoba untuk mengklasifikasikan angka kelangsungan hidup selama 5 tahun setelah didiagnosis kanker servik dan setelah dilakukan pengobatan (*American Cancer Society*, 2015; Anderson, 2005). Adapun *five years survival* sebagai berikut : Stadium 1 sebesar 93%, stadium IA

(93%), stadium IB (80%), IIA (63%), IIB (58%), IIIA (35%), IIIB (32%), IVA (16%) dan IVB berkisar (15%).

2.1.6 Diagnostik Kanker Servik

Dalam penegakan diagnosa pada kanker servik dilakukan hal tersebut dibawah ini yaitu (*American Cancer Society*, 2015). Penegakan diagnostik dapat dilakukan dengan cara antara lain dengan melihat hasil papsmear dan jika nilai biopsi menunjukkan kanker servik. Pada wanita dengan gejala kanker servik atau nilai pap smear abnormal. Langkah awal untuk penegakan diagnosis kanker servik dapat dilakukan dengan pap smear. Hasil abnormal dari pap smears dan didukung dengan tanda dan gejala lainnya maka akan dilakukan pemeriksaan lanjut. Tes yang dilakukan pada wanita dengan gejala kanker dan hasil abnormal papsmear meliputi :

a. Riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik

Riwayat kesehatan baik tentang individu maupun dari riwayat keluarga akan dikaji dan faktor resiko dari kanker servik. Kemudian dilanjutkan dengan pemeriksaan dalam, dan pemeriksaan kelenjar getah bening apakah terjadi metastasis dan apabila belum dilakukan pap smears maka dianjurkan untuk pemeriksaan tersebut.

b. *Colposcopy*

Jika memiliki gejala-gejala tertentu yang menunjukkan kanker atau jika tes Pap smear menunjukkan sel-sel abnormal, perlu untuk dilakukan tes yang disebut kolposkopi, merupakan pemeriksaan yang dilakukan untuk melihat kondisi cervik dengan menggunakan alat *colposcope* dan lensa, kemudian servik diberikan asam lemah untuk mengidentifikasi daerah abnormal dan sekaligus dapat dilakukan biopsi dengan mengambil sedikit jaringan di servik.

c. Biopsi servik

Beberapa jenis biopsi dapat digunakan untuk mendiagnosis serviks pra-kanker dan kanker. Jika hasil biopsi memberikan hasil jaringan abnormal, maka diperlukan pengobatan.

1) Biopsi kolposcopi

Goresan pada endoserviks: mengambil goresan dari endoserviks dengan memasukkan instrumen (disebut kuret) ke dalam kanal endoserviks (bagian

yang paling dekat leher rahim ke rahim). Goresan jaringan dilakukan pemeriksaan.

- 2) Cone biopsi: juga dikenal sebagai konisasi, metode ini dengan cara menghilangkan bagian berbentuk kerucut jaringan dari leher Rahim. Dasar kerucut dibentuk oleh exocervix (bagian luar serviks), dan titik atau puncak kerucut merupakan kanal endoserviks. Jaringan tersebut merupakan zona transformasi (perbatasan antara exocervix dan endoserviks, dimana pada tempat ini awal mula pra kanker serviks dan kanker. Biopsi pada bagian kerucut juga dapat digunakan sebagai pengobatan awal pra-kanker dan kanker. Metode yang biasa digunakan untuk biopsi kerucut adalah eksisi electrosurgical lingkaran prosedur (LEEP), juga disebut loop eksisi besar zona transformasi (LLETZ), dan biopsi cone pisau dingin.

Hasil biopsi: Perubahan biopsi atau pra-kanker disebut neoplasia intraepitel serviks (CIN). Kadang-kadang dysplasia istilah digunakan sebagai pengganti CIN. CIN dinilai pada skala 1 sampai 3 berdasarkan berapa banyak dari jaringan serviks tampak normal bila dilihat di bawah mikroskop.

- Dalam CIN1, masih banyak terlihat jaringan normal, dan dianggap pra-kanker serviks (displasia ringan).
- Dalam CIN2 banyak tampak jaringan abnormal (displasia sedang)
- Dalam CIN3 sebagian jaringan terlihat normal; CIN3 adalah yang paling serius pra-kanker (dysplasia berat) dan termasuk karsinoma in situ).

Sedangkan tindakan tes diagnostik yang dilakukan pada wanita dengan hasil biopsi menunjukakn sel kanker dan didukung dengan tanda dan gejala serta pemeriksaan fisik, maka dilakukan pemeriksaan sebagai berikut antara lain:

a. Cystoscopy dan prostocopy

Pemeriksaan ini dilakukan apabila ukuran tumor besar, pemeriksaan ini dilakukan dengan cara memasukan suatu selang dengan lensa kedalam saluran kemih melalui uretra. Hal ini untuk melihat apakah terdapat kanker pada daerah tersebut. Sedangkan prostocopy inspeksi visual pada rektum melalui selang yang dilengkapi dengan kamera untuk memeriksa penyebaran kanker serviks pada rektum.

b. Pencitraan

Pada pemeriksaan ini didapatkan yang dapat menggambarkan dan menunjukkan terjadi penyebaran ke luar leher rahim.

c. Foto thorak

Pemeriksaan foto thorak dilakukan untuk melihat apakah terjadi penyebaran kanker servik ke paru-paru.

d. CT scan

Pemeriksaan CT scan atau *computed tomography scanning* merupakan prosedur x-ray yang dapat melihat secara rinci potongan penampang melintang dari tubuh. Pemeriksaan CT scan dapat memberikan gambaran tentang penyebaran kanker pada hati, paru-paru dan ketempat yang lain. CT scan ada yang dilakukan dengan kontras dan tidak. Kontras diberikan untuk membantu struktur garis pada tubuh tergambar dengan baik. Kontras dapat diberikan via oral ataupun melalui intravena.

e. Urografi intravena

Urografi intravena atau dikenal sebagai pyelogram intravena, atau IVP) adalah pemeriksaan x-ray yang dilakukan pada sistem urinarius, dengan memasukkan cairan ke pembuluh darah. Tes ini dilakukan untuk mendeteksi kelainan pada saluran kemih, seperti perubahan yang disebabkan oleh penyebaran kanker serviks ke kelenjar getah bening panggul, atau kelainan atau bendungan ureter. Akan tetapi pemeriksaan ini jarang digunakan pada pasien kanker servik karena pemeriksaan CT scan atau MRI dapat menginterpretasikan kelainan pada saluran kemih tersebut.

f. MRI

Pemeriksaan MRI (*Magnetic Resonance Image*) pemeriksaan ini menggunakan gelombang radio dan magnet yang kuat dalam pengambilan gambar. MRI kanker servik dapat dilakukan dengan kontras, memiliki spesifitas yang tinggi dalam diagnosis kanker servik dan dapat mendeteksi penyebaran ke otak dan tulang belakang.

g. PET CT

Pemeriksaan PET CT atau *Positron Emission Tomography* (PET) scan pemeriksaan ini menggunakan glukosa (bentuk gula) yang berisi atom

radioaktif. Sel-sel kanker dalam tubuh menyerap sejumlah besar gula radioaktif dan menggunakan kamera khusus mendeteksi radioaktivitas. Tes ini membantu melihat penyebaran ke kelenjar getah bening. PET scan dapat digunakan sebagai pengganti sinar-x karena dapat memindai seluruh tubuh. PET scan sering dikombinasikan dengan CT. PET /CT jarang digunakan pada diagnosis awal kanker.

2.1.7 Penatalaksanaan Kanker Servik

Menurut Desen (2011) dan *American Cancer Society* (2015) secara umum penatalaksanaan kanker serviks tergantung dari stadium kanker, pada kanker servik stadium awal dapat dilakukan operasi. Dewasa ini operasi dan radioterapi menjadi metode terapi utama. Sedangkan pada pasien dengan stadium lanjut pilihan awal terapi kombinasi radiasi kemoterapi (kemoradiasi) merupakan pilihan utama, dan untuk pasien kanker servik stadium lanjut hanya di gunakan kemoterapi. Adapun bentuk penatalaksanaan pada pasien dengan kanker servik yaitu:

a. Terapi *Cerviks Intraepitel Neoplasia* (CIN)

- 1) CIN 1: Data statistik menunjukkan hanya 15% pasien kategory CIN 1 mengalami progresivitas lesi, 20% lesi menetap dan 65% lesi lenyap spontan. Terapi untuk kategori ini dilakukan observasi dan tindak lanjut.
- 2) CIN II: pada kategori ini dapat dilakukan tindakan terapi konservatif ataupun konisasi, seperti laser, *cryotherapy*, elektrokoagulasi, konisasi pisau dingin, LEEP. Tindakan LEEP dan konisasi pisau dingin juga bisa sekaligus dilakukan untuk pemeriksaan patologi. Tindakan *cryosurgery* ini efektif dilakukan pada pasien kanker servik dengan CIN 1 sampai dengan CIN 3, penelitian meta analisis dengan beberapa penelitian dan didapatkan hasil bahwa *cryosurgery* efektif, aman dalam penatalaksanaan CIN (Sauvaget, Muwonge & Sankaranayanan, 2013). Penatalaksanaan *cryosurgery* ini juga di rekomendasikan oleh WHO dalam penanganan kanker servik dengan histopatologi CIN (Santeso et al, 2012). Untuk tindakan konservatif sesuai dengan hasil penelitian Schmeler, Frumovitz & Ramirez (2011) mengatakan

bahwa tindakan pembedahan konservatif bisa menjadi standar terapi untuk pasien stadium awal kanker servik.

- 3) CIN III: pada kondisi ini dimana sudah terjadi hiperplasi berat dan karsinoma in situ, dilakukan konisasi, dan pertimbangan pada pasien yang lanjut usia dapat dilakukan histerektomi total. Tindakan LEEP juga tepat untuk kategori ini.

b. Terapi kanker servik invasif

Pada pasien yang teridentifikasi dengan kanker invasif, maka penatalaksanaan untuk kanker servik adalah sebagai berikut :

1) Operasi

Operasi biasanya dilakukan pada stadium awal yaitu:

- 3) Stadium 1A1: pada stadium ini dilakukan histerektomi total, untuk konservasi fungsi reproduksi dilakukan konisasi.
- 4) Stadium 1A2: dapat dilakukan histerektomi radikal modifikasi dan dilakukan pembersihan kelenjar limfe kavum pelvis bilateral
- 5) Stadium 1B1-IIA: dapat dilakukan histerektomi radikal modifikasi atau histerektomi radikal dan dilakukan pembersihan kelenjar limfe kavum pelvis bilateral, dan pertimbangan usia muda untuk mempertahankan ovarium. Salah satu bentuk tindakan operasinya disebut dengan trachelectomy. *Trachelectomy* merupakan pembedahan pada pasien dengan kanker servik invasif dini dengan mempertimbangkan untuk hamil. Kucukmetin, 2014; Schneider et al tahun 2012 tindakan laparoskopi *trachelectomy* radikal bisa menjadi pilihan utama untuk pertimbangan kehamilan. Dan tindakan ini juga dapat digabungkan dengan kemoterapi *neoadjuvant*.

2) Radioterapi

• Radioterapi radikal

Radioterapi radikal dapat dilakukan pada pasien dengan stadium kanker servik IIB-IV. Tujuan dari pemberian terapi ini agar lesi primer dan sekunder yang mungkin timbul mendapatkan dosis radiasi secara maksimal, dan tidak melebihi dosis toleransi organ dalam abdomen dan pelvis.

- Radioterapi praoperasi

Radioterapi praoperasi biasanya dilakukan pada pasien dengan stadium IB2 atau IIA dengan lesi kanker > 4 cm, atau terdapat invasi dari kanker pada kanalis servikalis. Tujuan radioterapi ini untuk mengecilkan, meningkatkan keberhasilan operasi dan menurunkan vitalitas sel kanker dan penyebaran intraoperative dan menurunkan rekuren sentral. Pada penelitian, Pasien yang mengalami metastasis ke kelenjar getah bening dan dengan beresiko invasi dengan perkiraan tumor > 10 mm akan dilakukan radiasi adjuvant dan di pertimbangkan operasi radikal bersamaan dengan limfadenektomi panggul (Covens, 2002).

- Radioterapi pasca operasi

Radiasi ini dilakukan pada pasca operasi yang terbukti secara hasil patologi terdapat metastasis pada kelenjar limfe kavum pelvis, kelenjar limfe paraaorta, parametrium, invasi tumor pada lapisan dalam servik dan terjadi tumor residif. Penelitian RCT (*Randomized controlled Trial*) yang dilakukan di Jepang oleh Katsumata et al tahun 2012 tentang pemberian kemoterapi neoadjuvant dengan operasi radikal dibandingkan dengan hanya operasi radikal kanker servik stadium IB2, IIA2, dan IIB Jepang (JCOG 0102), menunjukkan hasil kemoterapi neoadjuvant dengan protokol BOMP (*bleomycin, vincristine, mitomycin cisplatin*) sebelum operasi radikal secara keseluruhan tidak menunjukkan peningkatan kelangsungan hidup, tetapi mengurangi jumlah pasien yang mendapatkan radioterapi pascaoperasi.

- Brachiterapi

Brachiterapi biasanya juga disebut dengan radiasi internal. Brachiterapi merupakan salah satu bentuk jenis radiasi yang pada saat ini sedang dikembangkan. Brakiterapi berupa prosedur intrakavitari. Brakiterapi pada kanker servik invasif memainkan peranan penting dalam pengobatan. Dalam pengobatannya brachiterapi biasanya dikombinasikan dengan radioterapi eksternal. Baru-baru ini pengobatan pada pasien kanker servik stadium IB hingga stadium IV radioterapi digabungkan dengan kemoterapi berbasis platinum simultan (Mayun Mayura, 2014). Hasil penelitian Cetina et al 2009 yang membandingkan histerektomi radikal ditambah dengan brakhiterapi pada pasien setelah kemoradiasi didapatkan hasil bahwa tindakan histerektomi dapat

dilakukan pada pasien setelah kemoradiasi pada stadium IB2-IIB dapat meningkatkan kualitas hidup dimana tindakan brakiterapi tidak mungkin dilakukan. Berdasarkan pedoman konsensus *American Brachytherapy Society* (ABS) merekomendasikan brakhiterapi untuk pasien kanker serviks stadium lanjut (Viswanathan, Thomadsen & *American Brachytherapy Society Cervical Cancer Recommendations Committee*, 2012). Pemberian brakiterapi beberapa hal yang harus diperhatikan pengukuran dosis dilakukan pada persiapan sebelum pengobatan, penempatan aplikator, dosis spesifik, dan dosis fraksinasi harus didokumentasikan, penjelasan tentang tindakan, dan tindak lanjut. Dosis atau fraksinasi dan metode yang terintegrasi dengan radiasi eksternal. Berdasarkan *American Brachytherapy Society* dosis untuk tumor yang dianjurkan dalam satuan Gy dengan dosis normal 80-90 Gy, hal ini juga tergantung pada ukuran tumor pada saat brakiterapi. Penetapan dosis ditetapkan dengan pertimbangan dosis untuk jaringan normal (Viswanathan, Beriwal, Jennifer, Demanes, Gaffney, Hansen, & Erickson, 2012)

3) Kemoterapi

Pemberian kemoterapi pada pasien dengan kanker serviks merupakan pilihan terakhir dan apabila tindakan operasi dan radiasi tidak dapat dilakukan. Kemoterapi pada pasien kanker serviks biasanya menggunakan obat cisplatin, carboplatin, paclitaxel, tapcan dan Gemcitabine (Gemzar). Pemberian kemoterapi juga dipertimbangan manfaat pemberiannya, begitu juga untuk pemberian terapi kemoterapi *adjuvant*. Penelitian Angioli et al tahun 2012 mengatakan bahwa pemberian regimen kemoterapi *adjuvant* setelah kemoterapi *neoadjuvant* dan operasi radikal merupakan pengobatan yang efektif pada pasien dengan kanker serviks stadium lanjut yang terlokalisir.

- Kemoradiasi

Sebagai bagian dari pengobatan utama, pengobatan radiasi dan kemoterapi diberikan secara bersamaan disebut kemoradiasi. Penelitian yang dilakukan oleh Eifel et al 2004 mengatakan bahwa penambahan fluorouracil dan cisplatin untuk radioterapi secara signifikan meningkatkan tingkat kelangsungan hidup wanita dengan kanker serviks stadium lanjut tanpa meningkatkan tingkat akhir efek

samping terkait pengobatan. Hal ini juga di dukung dengan penelitian Peter et al. 2000 terdapat hubungan yang signifikan penambahan kemoterapi cisplatin pada radioterapi dalam meningkatkan kelangsungan hidup pasien stadium awal yang menjalani histerektomi radikal dan limfadenopati pasien kanker serviks. Pemberian kemoradiasi secara bersamaan dalam penatalaksanaan kanker servik juga di dukung sistematik review dan metaanalisis yang dilakukan oleh Green et al tahun 2001 menyatakan pemberian kemoterapi dan radioterapi bersamaan secara keseluruhan meningkatkan kelangsungan hidup dan mengurangi kekambuhan pada pasien kanker serviks Pemberian kemoterapi membantu radiasi bekerja lebih baik. Pilihan untuk kemoradiasi meliputi: (1) Cisplatin diberikan selama radiasi. Obat ini diberikan ke dalam vena (IV) sekitar 4 jam sebelum radiasi. (2) Cisplatin ditambah 5-fluorouracil (5-FU) yang diberikan setiap 4 minggu selama radiasi. (3) Selain dari obat tersebut pilihan obat kemoterapi antara lain: Carboplatin, Paclitaxel (Taxol) Topotecan dan Gemcitabine (Gemzar).

2.2 Teori *Peaceful End Of Life*

Pada umumnya penerapan dari suatu teori keperawatan mencakup tujuan teori keperawatan, teori keperawatan berbentuk konseptual model, *middle range theory* dan *microrange* teori yang merupakan indikator dari pencapaian yang menjelaskan interaksi dalam perawatan kesehatan pada suatu sistem. *Middle range* teori dalam penerapannya dapat lebih mudah diterapkan dalam keperawatan. Salah satu teori keperawatan yang termasuk kedalam kategori *middle range* yaitu *peaceful end of life theory* yang dikembangkan oleh Ruland and Moore pada tahun 1998 (Fitzpatrick & Mc Carthy, 2014). Dalam teori ini keterlibatan dan kedekatan dari anggota keluarga dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dengan penyakit terminal dan masalah lain merupakan cakupan teori. Proses keperawatan yang terkait intervensi keperawatan dirancang untuk tujuan sebagai berikut: bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihargai dan dihormati, damai, dan perasaan dekat dengan seseorang yang bermakna (Tomey & Aligood, 2010). Penerapan "*Peaceful End of Life Theory*" bukanlah peningkatan proses penyembuhan tetapi lebih berfokus terhadap

peningkatan kualitas hidup klien yang mencakup bio-psiko-sosial dan spiritual yang melibatkan klien dan keluarganya pada semua proses asuhan keperawatan. Adapun konsep dasar dan definisi dari *Peaceful End of Life Theory* sebagai berikut:

a. Bebas dari nyeri :

Nyeri diartikan sebagai pengalaman emosional atau rasa yang tidak nyaman yang diakibatkan oleh kerusakan jaringan baik secara aktual maupun potensial. Pada teori *Peacefull end of life*, pada akhir kehidupan salah satunya adalah terbebas dari rasa nyeri. Sebagai seorang perawat berperan dalam monitor dan mengkaji nyeri secara komprehensif serta dapat berkolaborasi dalam pemberian analgetik maupun memberikan intervensi keperawatan dalam bentuk terapi nonfarmakologi yang dapat menurunkan nyeri pada pasien.

b. Perasaan nyaman

Perasaan nyaman diartikan sebagai perasaan terbebas dari rasa ketidaknyamanan ataupun sesuatu yang membuat hidup lebih mudah dan menyenangkan (Ruland & Moore (1998) di dalam Tomey & Aligood (2010)). Sebagai perawat tindakan yang dilakukan meliputi mencegah, memonitoring dan membebaskan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi untuk beristirahat dan relaksasi serta mencegah komplikasi yang mungkin terjadi yang akan menyebabkan ketidaknyamanan pasien.

c. Perasaan dihargai dan dihormati

Setiap pasien dengan kondisi penyakit terminal “menginginkan dihormati dan dihargai sebagai manusia”. Pada konsep ini menggunakan prinsip etik-autonomi dan menghormati orang lain, dimana setiap individu manusia diperlakukan sebagai manusia yang memiliki autonomi. Perasaan dihargai dan dihormati pada pasien dapat dilakukan dengan melibatkan pasien dalam setiap mengambil keputusan yang berhubungan dengan perawatan, memperlakukan pasien dengan menjunjung harga dirinya, bersifat empati, serta memberikan perhatian terhadap kebutuhan pasien.

d. Damai

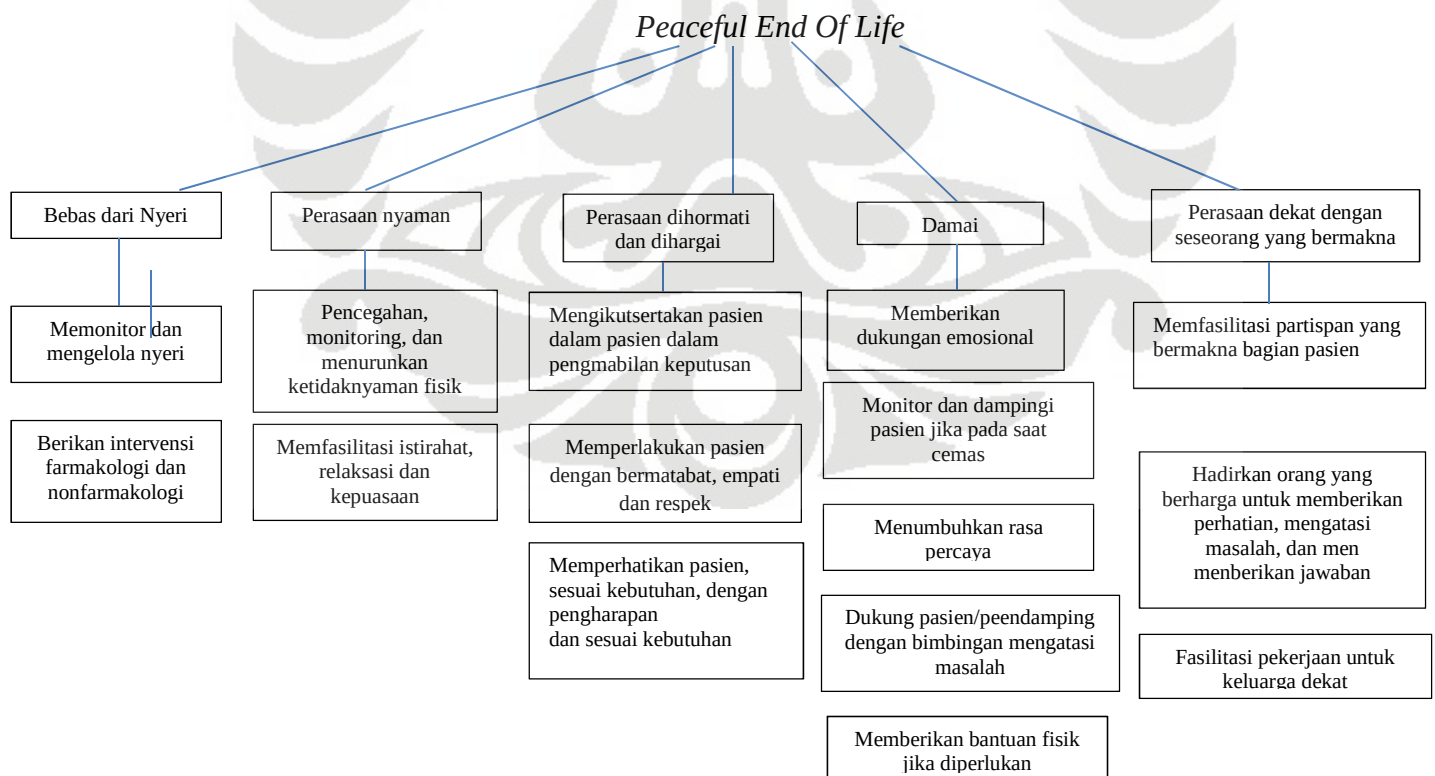
Damai diartikan sebagai perasaan tenang, harmoni dan puas, bebas dari cemas, gelisah, masalah dan takut. Arti damai dalam aspek ini meliputi fisik, psikologi dan dimensi spiritual. Tindakan perawat dalam aspek ini yaitu memberikan dukungan emosional, memonitor dan memenuhi kebutuhan pasien, membangun kepercayaan dan memberikan kesempatan pada pasien.

e. Perasaan dekat dengan seseorang yang bermakna.

Perasaan dekat merupakan perasaan tentang hubungan dengan individu lain yang peduli”. Perasaan dekat ini tidak hanya dari segi fisik saja akan tetapi mencakup fisik, kedekatan emosional yang diekspresikan dalam bentuk kehangatan, hubungan yang intim. Tidnakan yang dapat dilakukan adalah dengan memfasilitasi partisipasi dari orang yang care terhadap pasien, empati terhadap perasaan berduka serta memfasilitasi pasien untuk lebih dekat dengan keluarganya.

Hubungan konsep pada teori *peacefull end of life* dapat dilihat pada skema dibawah ini:

Skema 1: Skema hubungan dalam lima aspek *PEOL*



Sumber : Tomey & Aligood (2010), *Nursing Theory and Their Work*.

2.2.1 Asumsi utama PEOL

Teori *peaceful end of life* dari ahli bidang keperawatan diujukan untuk masalah praktis yang merupakan turunan dari standar keperawatan dan juga berupa konsep metaparadigma yang berdasarkan pada perawatan. Terdapat dua asumsi utama dalam aplikasi PEOL (Ruland & Moore, 1998) yaitu :

- a. Setiap perasaan dan kejadian pada pengalaman diakhir kehidupan bersifat personal dan individual.
- b. Pelayanan keperawatan merupakan hal yang sangat penting dalam menciptakan kondisi akhir hidup yang tenang.
- c. Dan sebagai implisit dua asumsi tambahan yaitu: keluarga sebagai pendukung sistem dalam pelayanan keperawatan pada kondisi pasien yang berada pada PEOL dan maksimal pelayanan dengan tujuan pencapaian kualitas hidup dan kematian dalam keadaan tenang dan damai.

2.2.2 Pernyataan Teori PEOL

Enam pernyataan teori yang dirumuskan oleh Ruland & Moore (1998), diantaranya:

- 1) Monitoring dan pengelolaan nyeri dan memberikan intervensi farmakologi dan nonfarmakologi yang berkontribusi dalam pengalaman nyeri
- 2) Monitoring, mencegah, menghilangkan dan mengurangi ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi istirahat, relaksasi, kepuasan dan mencegah komplikasi yang berkaitan dengan rasa nyaman pasien.
- 3) Melibatkan pasien dan orang yang bermakna dalam mengambil keputusan tentang perawatan pasien, memperlakukan pasien dengan bermatabat, rasa empati dan simpati, serta penuh perhatian sesuai kebutuhan, keinginan dan hal-hal yang disukai.
- 4) Memberikan dukungan emosional, memonitor dan memenuhi kebutuhan pasien akan obat anti cemas, membina hubungan saling percaya, menghadirkan pasien lain yang dengan kondisi yang sama serta orang terdekat yang bermakna dalam memberikan bimbingan dalam masalah-masalah pada pasien yang akan berkaitan dengan rasa damai pasien.

- 5) Memfasilitasi dan melibatkan partisipasi orang lain yang bermakna atau keluarga dalam perawatan pasien, rasa empati terhadap berduka, rasa kuatir dan berbagai pertanyaan pasien. memfasilitasi pasien untuk lebih dekat dengan keluarga dan orang yang merawat pasien
- 6) Dari lima pernyataan diatas, bebas dari rasa nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihormati dan dihargai, damai serta dekat dengan orang yang bermakna sangat berkontribusi dalam akhir kehidupan yang penuh dengan kedamaian.

Dari asumsi diatas tersebut yang dikemukakan oleh Ruland dan Moore teori tersebut dapat diterapkan pada kondisi paliatif dengan memfasilitasi dari aspek bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihargai dan dihormati, damai serta perasaan dekat dengan orang yang bermakna dalam hidup pasien, sehingga hidup pasien berkualitas diakhir kehidupan. Selain itu setting penerapan teori ini adalah keluarga sebagai sistem pendukung dalam proses perawatan selama pasien menjalani perawatan dengan mengurangi gejala dan meningkatkan kepuasan pasien dalam berinteraksi dengan orang lain (Aligood & Tomey, 2010).

2.3 Penerapan Teori *Peaceful End Of Life*

Kebanyakan keluarga dan pasien terbebani dengan penyakit kronis dan pada kondisi terminal. Bagaimana kualitas dukungan terbaik dalam hidup adalah suatu pertimbangan penting dalam perawatan (Lorenz et all, 2008). Penerapan *Peaceful End Of Life* dapat diaplikasikan dalam proses keperawatan paliatif pada pasien kondisi terminal. Menurut Ruland dan Moore (2001, dalam Alligood & Tomey, 2010), tahapan proses keperawatan lebih ditekankan pada proses pengkajian dan intervensi yang bertujuan untuk menggali respons klien berdasarkan masalah utama dan pencapaian kualitas hidup. Tahapan tersebut bersifat dinamis dan berlangsung secara simultan. Aplikasi *peaceful end of life theory* pada asuhan keperawatan klien kanker mengacu pada lima konsep utama yang merupakan indikator pencapaian tujuan dari teori tersebut, yaitu:

2.3.1 Pengkajian Keperawatan

2.3.1.1 Pengkajian nyeri

Nyeri merupakan suatu pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan yang berhubungan dengan kerusakan jaringan secara aktual dan potensial. Pengkajian nyeri dilakukan untuk mengevaluasi adanya keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien.

2.3.1.2 Pengkajian rasa nyaman

Nyaman diartikan seperti halnya yang terdapat dalam konsep Kolcaba yang meliputi bantuan terhadap ketidaknyamanan, mengurangi rasa nyaman dan perasaan puas, dan semua yang membuat hidup menjadi mudah dan nyaman, dalam hal ini teori Kolcaba menjadi landasan dalam pengkajian rasa nyaman.

2.3.1.3 Pengkajian merasa dihargai dan di hormati

Setiap pasien dengan kondisi penyakit terminal “individu menginginkan dihormati dan dihargai”. Konsep ini menggabungkan ide seseorang yang bernilai, sebagai ungkapan untuk seorang, dengan keputusan sendiri atau respon individu, menjadi pilihan sendiri dan merupakan bagian dari otonomi.

2.3.1.4 Pengkajian damai

Damai diartikan sebagai perasaan tenang, harmoni dan puas, bebas dari cemas, gelisah, masalah dan takut. Rasa damai meliputi fisik, psikologi dan dimensi spiritual.

2.3.1.5 Pengkajian dekat dengan seseorang

Perasaan dekat merupakan “perasaan tentang yang berhubungan dengan individu lain secara baik”. Melibatkan fisik atau kedekatan emosional yang diekspresikan dalam bentuk kehangatan, hubungan yang baik.

2.3.2 Diagnosa keperawatan

Hasil dari pengkajian akan teridentifikasi masalah yang terjadi pada pasien baik itu masalah aktual maupun masalah potensial. Dengan pendekatan teori *peaceful end of life* kemungkinan diagnosa keperawatan yang teridentifikasi adalah: nyeri,

ketidakefektifan bersihan jalan nafas, gangguan pemenuhan nutrisi, intorelansi aktivitas, kerusakan mobilitas fisik, kerusakan integritas kulit, ansietas, gangguan konsep diri, resiko infeksi, koping keluarga in efektif dan lain-lain.

2.3.3. Intervensi keperawatan

Intervensi keperawatan merupakan tindakan keperawatan yang diaplikasikan terhadap pasien sesuai dengan diagnosa keperawatan yang dirumuskan. Intervensi keperawatan berdasakan pada NIC (*nursing intervention classification*).

2.3.4 Evaluasi

Evaluasi dilakukan untuk melihat apakah tujuan yang di tetapkan berdasarkan NOC (*Nursing Outcome Classification*) sejauhmana tercapai. Evaluasi dilakukan dengan cara membandingkan perubahan kondisi pelayanan baik secara fisik, psikologis, social dan spiritual pada waktu sebelum di lakukan intervensi dengan setelah dilakukan intervensi.

2.4 Mengunyah Permen Karet Mempercepat Pemulihan Motilitas Usus Pasca Operasi Ginekologi

Salah satu metode pendekatan berbasis bukti awalnya berasal dari paradigma baru dalam dunia kedokteran pengobatan berbasis bukti dan kemudian dikembangkan lagi sebagai metode pembelajaran oleh ahli epidemiologi di University Mc Master di Kanada. Hal ini juga dapat diadopsi oleh perawat dalam memberikan intervensi dalam keperawatan, yaitu dengan *evidence based nursing* (EBN) merupakan penerapan intervensi yang mengintegrasikan hasil-hasil penelitian. EBN, praktek berdasarkan bukti merupakan alternatif yang efektif untuk memfasilitasi pengambilan keputusan klinis dalam perawatan pasien dan dapat menyebabkan peningkatan kualitas dalam praktek keperawatan (Vareai, 2013).

2.4.1 Postoperative Ileus

Postoperative Ileus (POI) merupakan pola abnormal motilitas saluran pencernaan setelah proses pembedahan dan dapat terjadi pada operasi abdomen dan non

abdomen. Ileus obstruksi didefinisikan sebagai pola dismotilitas usus yang menghasilkan penumpukan gas dan cairan pada saluran pencernaan dengan penurunan atau keterlambatan pasase flatus dan pergerakan usus (Stewart & Waxman, 2010). Sementara itu menurut Schuster et al 2006; Viscusi et al. 2006 dalam Lubawski dan Saclarides tahun 2008 POI didefinisikan sebagai terhentinya aktivitas motilitas usus normal yang bersifat sementara setelah dilakukannya pembedahan. POI ditandai dengan distensi abdomen, nyeri, mual, muntah, intoleransi diit, penurunan atau tidak ada suara usus serta keterlambatan pengembalian fungsi normal gastrointestinal dengan berkurangnya pengeluaran flatus atau feses (Edwart, Fitzgerald, Ahmed, 2008; Lubawski & Saclarides, 2008). Berdasarkan pengertian diatas maka POI merupakan terhenti atau pola abnormal motilitas usus yang terjadi setelah pembedahan yang bersifat sementara.

2. 4.2 Penyebab *Postoperative Ileus*

Penyebab POI dapat dikaitkan dengan proses pembedahan atau tindakan operasi. Pada tindakan pembedahan terjadinya peningkatan sistem kerja saraf simpatis, pada keadaan normal saraf simpatis bekerja menghambat kerja usus sedangkan saraf parasimpatis bekerja meningkatkan motilitas usus. Pasca bedah terjadi peningkatan saraf simpatis sehingga motilitas usus dihambat (Miedema & Johnson, 2003). Insisi pada kulit yang terjadi pada laparotomi mengaktifasi jalur inhibisi adrenergik yang terdapat pada spinal dan merupakan reflek ambang bawah dan dapat menurunkan motilitas usus. Manipulasi usus pada operasi laparotomi juga dapat meningkatkan ambang batas atas pada supraspinal, dan pada jalur ini juga dapat mengstimulus *corticotropin releasing factor* (CRF), yang berkontribusi pada penurunan motilitas usus. Selain itu stress pembedahan juga mempengaruhi saraf eferen pada sistem saraf enterik dengan menghambat pelepasan asetilkolin sehingga menghasilkan penurunan motilitas usus (Stewart & Waxman, 2010; Ahmed, Mehmood & MacFie, 2012).

Selain hal tersebut pada tindakan pembedahan juga berkaitan dengan proses inflamasi dan respon dari imunitas tubuh. Pada tindakan pembedahan terjadi manipulasi usus yang mengakibatkan perubahan sementara dari fungsi imun yang berkaitan dengan peningkatan dismolitas usus. Manipulasi selama proses

pembedahan menyebabkan aktivasi leukosit yang ada pada dinding usus sehingga merangsang sel mast untuk melepaskan mediator inflamasi seperti: TNF- α , histamine dan protease yang berkontribusi dalam respon inflamasi, serta mediator ini berkontribusi juga dalam pergerakan leukosit dari sirkulasi. Aktivasi sel mast akan meningkatkan permeabilitas intestinal menghasilkan translokasi bakteri dan mengaktifkan makrofag dan neutrofil yang ada pada muskularis eksterna. Respon inflamasi biasanya terjadinya edema dan terjadi penurunan aktivitas usus. Hal ini berbanding lurus dengan semakin lama manipulasi usus, semakin luas daerah, semakin besar respon inflamasi sehingga ileus yang terjadi semakin lama, dengan hal tersebut menjelaskan bahwa POI lebih lama pada *open laparotomy* dibandingkan pembedahan *laparoscopy* (Stewart & Waxman, 2010; Ahmed, Mehmood & MacFie, 2012). Hal ini didukung oleh penelitian bahwa operasi laparoscopy lebih aman dari resiko cedera dan penetrasi, kestabilan hemodinamik, perawatan yang singkat di rumah sakit, pemulihan cepat, lebih nyaman dibandingkan dengan operasi laparotomi (Lim, Chung, Kim, & Kim, 2015). Komplikasi pada operasi laparaskopi lebih rendah dibandingkan dengan open laparotomi (Goussous, Kemp, Bannon, Kendrick, Srivastyan, Khasawneh, & Zielinski, 2014).

Tindakan pembedahan biasanya menggunakan analgetik, analgetik yang biasa digunakan yaitu narkotik yang tergolong pada opioid. Opioid juga berkontribusi pada terjadinya post ileus obstruksi. Analgesik opioid secara signifikan berpengaruh menghambat aktivitas usus melalui reseptor opioid pada sistem saraf enterik dengan meningkatkan *tone* usus. Opioid secara keseluruhan menyebabkan penurunan motilitas usus, sekresi usus dan pengangkutan cairan dan elektrolit di dinding usus. Efek penurunan motilitas usus berhubungan dengan peningkatan proporsi kontraksi segmental dan penurunan frekuensi kontraksi propulsif serta keterlambatan pengosongan lambung (Stewart & Waxman, 2010; Ahmed, Mehmood & MacFie, 2012).

Penurunan motilitas usus setelah pembedahan terkait dengan pengaruh hormonal pada saluran pencernaan. Hormon motilin merupakan hormon yang berhubungan

dengan terjadinya pergerakan sirkuit usus. Setelah operasi kadar motilin lebih rendah dibandingkan normal dan pengembaliannya ke kadar normal tepat dengan pengembalian pergerakan normal. Kadar vasopresin meningkat setelah pembedahan dan mungkin memperlama terjadinya ileus, begitu juga dengan kadar kortisol (Stewart & Waxman, 2010). *Corticotropin releasing factor* juga kontribusi dalam ileus saluran cerna (Miedema & Johnson, 2003)

2.4.3 Penatalaksanaan pasca operasi abdomen

a) *Nasogastric decompression*

Nasogastric tube (NGT) telah menjadi prosedur tetap setelah tindakan operasi abdomen. Penggunaan dekompresi dengan NGT pascaoperasi diperkirakan dapat mempersingkat durasi POI, mempercepat anastomos usus dan menurunkan insiden komplikasi pulmonal dan luka. Namun berbagai penelitian prospektif, RCT dan meta-analisis menunjukkan hasil bahwa dekompresi lambung setelah operasi abdomen, justru pada kelompok yang tidak mendapat pemasangan NGT rutin secara signifikan memperlihatkan pengembalian fungsi normal usus lebih cepat dibandingkan kelompok dengan NGT rutin (Stewart & Waxman, 2010).

b) Ambulasi dini

Selama beberapa dekade ambulasi dini disarankan untuk mengurangi komplikasi pascabedah seperti trombosis vena, atelektesis, pneumonia serta mempercepat motilitas pencernaan. Namun studi terkini tentang efek latihan dan ambulasi dini terhadap motilitas usus menunjukkan secara statistik tidak bermanfaat terhadap motilitas usus atau pemulihan yang lebih cepat pada POI, namun ambulasi dini tetap disarankan untuk menurunkan komplikasi pascabedah lainnya seperti trombosis vena dan komplikasi pulmonal (Stewart & Waxman, 2010).

c) *Laparoscopy*

Penggunaan teknik invasif minimal menghasilkan lebih sedikit trauma fisik jaringan dibandingkan operasi terbuka, sehingga menghasilkan respon inflamasi dan imun yang lebih sedikit, menghasilkan nyeri operasi yang lebih berkurang, lebih sedikit membutuhkan analgesik postoperasi, meningkatkan fungsi pulmonal dan mempersingkat lama hari rawat. Hasil meta-analisis terhadap *outcome* jangka

pendek laparoscopi kolorektal secara signifikan menunjukkan adanya komplikasi pascabedah yang lebih rendah, waktu pasase gas, waktu untuk diet padat, skor nyeri, dan kebutuhan analgesik yang lebih rendah dibandingkan *open surgery* (Stewart & Waxman, 2010).

d) *Early enteral feeding*

Suatu penelitian RCT oleh Carr, Ling, Boulos, dan Singer, (1996) menyarankan *enteral feeding* segera pascabedah (setelah 24 jam) aman pada pasien yang telah menjalani reseksi intestinal, mencegah peningkatan permeabilitas mukosa usus, menghasilkan keseimbangan nitrogen positif, menurunkan insiden komplikasi sepsis dibandingkan total parenteral nutrisi. Dua penelitian *prospectively randomized studies* menunjukkan penurunan yang signifikan dalam durasi POI dan lama hari rawat pada pasien yang melanjutkan asupan oral segera setelah operasi, namun penelitian lainnya melaporkan adanya efek yang mengganggu dan tingginya kejadian intoleran pada pasien yang mendapat intake oral segera setelah operasi (Watters, et al, 1997; Hayashi, et al, 1985; Miedema et al, 2001).

Hasil sistematik review dan meta-analisis dari penelitian RCT membandingkan *enteral feeding* yang dimulai 24 jam pascabedah dengan NPO menemukan bahwa *early feeding* menurunkan berbagai komplikasi pascabedah seperti infeksi, mempersingkat lama hari rawat, menurunkan risiko *dehiscence* anastomosis usus, infeksi luka, pneumonia, abses intraabdomen dan mortalitas, namun kebanyakan dari penelitian gagal menunjukkan pengurangan durasi POI pada pasien yang menerima *early enteral feeding* dan juga menunjukkan risiko muntah tinggi pada pasien dengan *early feeding* (Stewart & Waxman, 2010). Meskipun demikian karena kebanyakan studi menunjukkan intake oral segera setelah pembedahan tidak meningkatkan komplikasi sehingga tetap disarankan untuk memberikan intake oral segera pada pasien yang telah menjalani operasi abdomen.

e) *Sham feeding*

Sham feeding mengacu pada istilah mengunyah makanan tanpa menelannya, dan mempengaruhi motilitas gastrointestinal dan aktivitas hormonal yang mengatur proses *regular feeding*. Berbagai penelitian menyimpulkan bahwa stimulasi

cephalic-vagal pada sham feeding meningkatkan amplitudo dan kekuatan aktivitas mioelektrik gaster. *Sham feeding* secara signifikan meningkatkan konsentrasi plasma gastrin dan neurotensin, tapi tidak mempengaruhi tingkat kolesistokinin, insulin dan peptida YY. Mekanisme sham feeding dalam mempersingkat POI diperkirakan melalui dua jalur yaitu stimulasi refleksi *cephalic-vagal* dimana stimulasi kolinergik terhadap sistem saraf enterik menghasilkan peristaltik propulsif, dan melalui sekresi berbagai hormon pencernaan, saliva, enzim pankreas yang juga meningkatkan motilitas normal gastrointestinal (Stewart & Waxman, 2010).

f) Epidural anestesi dan analgesik postoperasi

Anaestesi epidural telah digunakan sebagai bentuk dari *sympathectomy* untuk mengatasi POI, dengan memblok refleksi simpatis, mencegah pelepasan neurotransmitter dari serat aferen nyeri, mengganggu transmisi input nosiseptif ke kornu dorsal *spinal cord* dan meningkatkan aliran darah *splanchnic*. Efek ini dicapai oleh *chemical sympathectomy* yang menghilangkan inhibisi tonik saraf simpatis pada saraf enterik, sehingga menghasilkan peningkatan motilitas usus. *Sympathectomy* juga menghilangkan tonus simpatis dari pembuluh darah *splanchnic* sehingga menyebabkan peningkatan aliran darah (Stewart & Waxman, 2010).

g) Medikasi lainnya

Berbagai medikasi telah disarankan dan diteliti keuntungannya dalam mempersingkat durasi POI diantaranya agen prokinetik, laksatif, OAINS (Obat Anti Inflamasi Non-Steroid), analog hormon gastrointestinal dan antagonis reseptor opioid perifer (Stewart & Waxman, 2010).

2.4.4. Mengunyah Permen Karet

Permen karet secara tradisional dibuat dari *chicle* atau *gum base* dari tumbuhan *species Manilkara chicle, family sapotacea*, produk lateks natural. Tipe permen karet tergantung lokasi dan pabriknya. Permen karet didesain untuk dikunyah bukan ditelan. Formula permen karet dikembangkan oleh Frank Fleer tahun 1906, dan baru mulai dipasarkan tahun 1928. Komposisi permen karet secara umum

terdiri dari *gum base*, pewarna, pemberi rasa, *powdered sugar*, dan *corn syrup*/glukosa. Permen karet berguna untuk menstimulasi produksi saliva, membersihkan permukaan gigi, mengurangi stres, serta meningkatkan konsentrasi serta daya ingat dimana saat mengunyah permen karet meningkatkan aliran darah ke otak sebesar 25% (Papaconstantinou, 2005).

Mengunyah permen karet merupakan bentuk dari *sham feeding* untuk menstimulasi pemulihan usus setelah operasi. Mekanisme kerja dari mengunyah permen karet ini adalah diperkirakan dengan stimulasi vagal kolinergik (parasimpatis) dari saluran pencernaan, sama dengan intake oral. Stimulasi *cephalic-vagal* dari mengunyah permen karet meningkatkan kontraksi propulsif dan aktivitas hormon gastrointestinal sama seperti yang terlihat pada makan yang normal (Marwah, Singla, & Tinna, 2012; Jernigan, Chen & Sewell, 2014). *American Dental Association* (ADA) menyusun kriteria untuk keamanan dan keefektifan yaitu menggunakan permen karet bebas gula, karena telah memperlihatkan efek peningkatan pada aliran saliva sehingga menurunkan terbentuknya plak asam, memperkuat gigi dan menurunkan kerusakan gigi. Walaupun permen karet yang mengandung gula juga meningkatkan aliran saliva, tetapi karena ada kandungan gula yang dapat digunakan oleh bakteri plak untuk menghasilkan asam yang dapat menyebabkan kerusakan gigi. Permen karet yang digunakan dalam penerapan EBN adalah dengan merk *xylitol*. *Xylitol* merupakan bagian dari *Hexitol* bentuk permen bebas gula. Dalam penelitian yang dilakukan oleh Tandeter (2009) tentang hipotesis permen hexitols dapat menurunkan *postoperative ileus*. Berbagai penelitian melaporkan tindakan mengunyah permen karet merupakan metode aman dan murah untuk mengurangi durasi POI, mengurangi hari rawat dan meminimalkan komplikasi pascabedah. Mengunyah permen karet menstimulasi refleks *cephalic vagal* yang merangsang pelepasan mediator neurohormonal di saluran cerna dan meningkatkan motilitas usus serta sekresi kelenjar pencernaan. Sehingga usus kembali beraktivitas, flatus dan kembalinya nafsu makan atau rasa lapar, serta lama hari rawat menjadi berkurang (Vasquez, Hernandez, & Garcia-Sabrido, 2009; Ertas et al 2013; Kouba, Wallen,

& Pruthi, 2007; Li, Liu, Peng, Xie, Wang, & Qin, 2013; Noble, Harris, Hosie, Thomas & Lewis, 2009).

Evidence based nursing ini dilakukan dengan merujuk langkah-langkah dalam penyusunan suatu intervensi yang berdasarkan bukti. Pada EBN ini penulis awalnya merumuskan masalah dengan menggunakan PICO (*Population, Intervention, Comparison, and Outcome*) terkait intervensi yang akan dilakukan, kemudian melakukan telaah terhadap jurnal yang berkaitan dengan intervensi serta memilih jurnal sesuai gold standar “randomized controlled trial” dan penulis mencoba menkritisi jurnal dengan judul “*Influence Of Gum Chewing On Postoperative Bowel Activity After Complete Staging Surgery For Gynecological Malignancies: A Randomized Controlled Trial*. *Gynecologic Oncology*, 131, 118–122, jurnal yang di publis tahun 2013 oleh Ertas et al. Dalam telaah jurnal yang dilakukan, jurnal ini direkomendasi untuk intervensi pada pasien post operasi staging ginekologi. Selain itu intervensi ini juga di dukung oleh jurnal *Chewing Gum Reduces Postoperative Ileus Following Abdominal Surgery: A Meta-Analysis Of 17 Randomized Controlled Trials* oleh Li et al tahun 2013. Setelah dilakukan telaah atau mengkritisi jurnal terkait, mengintegrasikan bukti penelitian dengan pembimbing klinik yang berpengalaman, mengevaluasi hasil dari hasil penerapan atau perubahan berdasarkan bukti serta menyebarkan hasil atau perubahan terkait dengan intervensi yang dilakukan (Melnyk & Overholt, 2011).

2.5 Proyek Inovasi Pelatihan Pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dan Treatment

2.5.1. Pengertian

ESAS atau yang biasa di sebut dengan *Edmonton Symptom Assessment System* merupakan suatu bentuk alat ukur yang dapat digunakan secara valid dan realibel dalam mengkaji gejala umum yang sering muncul pada pasien kanker. ESAS awalnya dikembangkan sebagai *Visual Analog Scale (VAS)* oleh Bruera, Kuehn, Miller, Selmsler, dan MacMillan (1991), untuk mengevaluasi intensitas gejala fisik

dan psikologis tersering yang dirasakan pasien kanker yang mendapatkan perawatan paliatif dan kemudian dengan cepat berkembang dan diadopsi dalam perawatan kanker dan paliatif menjadi skala penilaian numerik dari 0 sampai 10. ESAS berupa pengkajian singkat untuk mengkaji keluhan subjektif yang dikeluhkan oleh pasien dan dapat dimonitor secara sistematis. Data yang didapatkan dari hasil pengkajian ESAS tersebut dapat dijadikan keadaan klinis terhadap tingkat keparahan gejala dari waktu ke waktu. ESAS terdiri dari sembilan gejala umum dan ada item tambahan yaitu kategori lain-lain yang diisi dengan keluhan selain yang terdapat pada sembilan kategori ESAS. Adapun sembilan gejala tersebut meliputi : nyeri, kelelahan, mengantuk, mual, penurunan nafsu makan, sesak nafas, depresi, kecemasan dan perasaan. Sedangkan pada item tambahan dapat berupa konstipasi, diare, mukositis dan keluhan lainnya.

Pengkajian ESAS dan memberikan treatment yang baik sesuai dengan hasil pengkajian tentunya membutuhkan kemampuan perawat. Pengkajian ESAS dan pemberian treatment yang tepat tidak cukup hanya dengan memberikan berdasarkan pengalaman bekerja saja, akan tetapi dibutuhkan suatu pengetahuan yang dapat disampaikan dalam bentuk pelatihan, sehingga dengan adanya pelatihan pengkajian ESAS dan treatment diharapkan dapat meningkatkan kemampuan perawat dalam melakukan pengkajian dan memberikan treatment yang sesuai dengan hasil pengkajian.

2.5.2 Cara Menggunakan ESAS

Perawat sebagai *stakeholder* dalam pemberi pelayanan keperawatan di rumah sakit dan diuntut profesional dalam bekerja tidak terlepas dari informasi yang terkait dengan pasien. sebagaimana informasi tentang kondisi pasien yang harus terintegrasi dalam asuhan keperawatan, dalam ICN (*International Nurse Council*) bahwa perkembangan pelayanan perawatan mendorong suatu inovasi untuk perubahan (Shcober & Affara, 2009). Menurut Wilkinson (2007), bahwa keperawatan itu merupakan suatu proses. Proses keperawatan terdiri dari beberapa tahapan, meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi.

Proses keperawatan sebagai kerangka kerja atau kerangka berfikir oleh seorang perawat harus dipahami dan diaplikasikan pada saat merawat pasien. Seperti halnya proses keperawatan dimulai dari pengkajian yang baik dan secara kontinu. Pengkajian merupakan awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data dari pasien baik secara objektif maupun secara subjektif sehingga data tersebut dapat diidentifikasi menjadi masalah yang dialami oleh pasien. Pengkajian ESAS ini dapat dilakukan oleh individu tersebut secara mandiri dengan memberikan ceklist pada kertas atau alat yang tersedia dan dapat juga dengan bantuan dari keluarga ataupun perawat.

Pasien kanker yang datang ke pelayanan keperawatan dengan berbagai keluhan juga tidak terlepas dari pengkajian. Pengkajian yang komprehensif dan terarah dilakukan sehingga masalah yang ada pada pasien dapat diatasi. Salah satu pendekatan pengkajian pasien kanker yang di kenal oleh Bruera, Kuehn, Miller, Selmser, dan MacMillan tahun pada 1991 yaitu ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dalam bentuk *visual analog scale* yang awalnya menilai sembilan item, kemudian penilaian atau pengkajian ini berkembang menjadi sepuluh item yang mencakup skala visual numerik 0-10. Gejala tersebut meliputi: sesak napas, nyeri, aktivitas, mual, depresi, kecemasan, mengantuk, nafsu makan, dan kesejahteraan. Ada tambahan gejala ke-10 yang ditambahkan sendiri oleh pasien (Bruera & Pereira, 1991). Nilai ESAS dapat tergambar dari skala yang ada pada alat ukur, nilai pada ESAS mengamambarkan nilai terendah pada sisi kiri dan semakin ke kanan semakin tinggi nilai dan perlu di identifikasi untuk penatalaksaannya. Dengan adanya pengkajian dan penilaian gejala dapat dikontrol dan di evaluasi sehingga diharapkan optimalisasi dalam pemeliharaan kualitas hidup.

2.5.3 Pengkajian ESAS dan Treatment yang dapat diberikan

Rangkaian dari proses keperawatan juga dapat diterapkan pada pelaksanaan ESAS, seperti halnya proses tersebut apabila sudah melewati pengkajian dan teridentifikasi masalah yang ada, maka langkah selanjutnya adalah melakukan identifikasi treatment atau intervensi yang akan dilakukan. Intervensi yang dapat

dilakukan tentunya tergantung dari keluhan yang teridentifikasi dari masalah pengkajian. Treatment dapat di kategorikan pada treatment mandiri keperawatan dan kolaborasi dengan tim kesehatan lainnya. Adapun bentuk pengkajian dan treatment yang dapat diberikan sebagai berikut:

1) *Fatigue*

Fatigue atau kelelahan merupakan keluhan subjektif dimana perasaan lelah yang terkait multidimensi baik secara fisik, mental, dan emosional dan memiliki energi lebih sedikit untuk melakukan hal-hal yang biasa dilakukan atau ingin dilakukan (NCCN, 2008; *American cancer society*, 2012; Escalante & Mansulo, 2009). *Cancer Related Fatigue* (CRF) atau *fatigue* terkait kanker adalah gejala yang ditandai dengan perasaan kelelahan, kelemahan, dan kekurangan energi, dan berbeda dari rasa lelah biasa yang dialami oleh individu yang sehat dimana *fatigue* yang di alami tidak hilang dengan istirahat atau tidur (Hofman, Ryan, Moseley, Pierre & Morrow, 2007). Keluhan *fatigue* juga termasuk didalamnya seperti nyeri, depresi, gangguan tidur dan anemia (NCCN, 2011).

Fatigue dikategorikan menjadi 3 kategori yaitu sebagai berikut:

a. *Fatigue* ringan (1-3)

Gejala *fatigue* minimal, mampu melakukan aktivitas sehari-hari, perawatan diri, pekerjaan rumah, bekerja, waktu luang.

a. *Fatigue* sedang (4-6)

Gejala muncul dan menimbulkan distress sedang dan tinggi, penurunan aktivitas fisik harian, beberapa kerusakan fungsi fisik

b. *Fatigue* berat (7-10)

Fatigue dirasakan saat aktivitas dasar harian, kebutuhan tidur atau istirahat meningkat, gangguan ADL berat, onset *fatigue* tiba-tiba dan atau nafas pendek saat istirahat, detak jantung cepat dan atau kehilangan darah.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan: pada *fatigue* ringan: edukasi dan konseling seperti: Kebutuhan menjaga fisik tetap aktif selama dan setelah program pengobatan, pola *fatigue* dan laporan perburukan keadaan. Pada *fatigue* sedang dan berat dapat dilakukan: Anjurkan pasien mengatur aktivitas fisik sedang, Intervensi psikologis, rujuk ke terapis CBT, *supportive expressive* terapi :

mendengarkan, menjawab pertanyaan pasien, meyakinkan saat dibutuhkan. konsultasi nutrisi, optimalkan kualitas tidur, strategi pengurangan stress : yoga / *mindfulness* program, relaksasi terpandu, pijat/healing touch dan akupunktur dengan ahli.

2) Gangguan tidur

Gangguan tidur yang dialami merupakan perubahan aktual dalam istirahat atau tidur dan pada saat bangun atau dalam kegiatan siang hari merasa terganggu dengan tidak terpenuhinya jam tidur. Gangguan yang paling umum adalah insomnia, gangguan pernafasan pada saat tidur, gangguan pada saat tidur. Kriteria umum insomnia termasuk jam mulai waktu tidur, lama nya tidur, kualitas tidur. Sembilan kategori yang merupakan parameter dari gangguan tidur : total jam tidur, mulai tidur, jumlah terbangun saat tidur, jumlah waktu saat terbangun dalam tidur, lama tidur siang, mengantuk pada siang hari, kualitas tidur, irama sikardian, pentingnya tidur (Page, 2006).

Gangguan tidur dapat dikategorikan menjadi:

a. Gangguan tidur ringan

Gangguan tidur yang tidak mengganggu aktifitas harian, mampu melakukan ADL melakukan aktifitas sesuai keinginan (seperti tugas harian, kerja, kehidupan social dan lainnya).

b. Gejala insomnia sementara

Sulit tidur dimalam hari/kembali tidur setelah terbangun (perlu>30 menit untuk tidur lagi, terbangun > 30 menit). Sering terbangun ditengah malam. Tidur terasa ringan, terpotong-potong, tidak segar (kualitas tidur jelek). Mengantuk dan energi kurang beraktifitas. Gangguan terjadi lebih dari 3 kali seminggu.

c. Insomnia syndrome

Gejalam insomnia > 3 malam/minggu dalam 1 bulan terakhir. Gangguan aktifitas harian. Gangguan fungsi psikologis. Harapan yang buruk terhadap tidur. Sangat mudah terbangun dan terjada dengan cepat data tidur di tempat tidur. Pelajari yang berhubungan dengan mencegah tidur.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan, pada gangguan tidur ringan yaitu dengan pencegahan dan edukasi suportif, gangguan tidur sedang dan berat dapat dilakukan dengan intervensi nonfarmakologi seperti CBT, terapi relaksasi dan lain-lain dan dapat diberikan terapi farmakologi.

3) Cemas

Cemas merupakan kondisi ketidaknyamanan atau kuatir dari perasaan yang disertai dengan respon autonomi dimana sumber pasti atau spesifik tidak diketahui oleh individu (Herdman, 2011). Cemas dibagi menjadi :

a. Cemas ringan (skala 1-3)

Dengan tanda gejala minimal. Terdapat gejala yang khas yaitu rasa takut, kuatir, ketidakpastian tentang masa depan, kekhawatiran tentang penyakit, kesedihan akan hilangnya kesehatan, marah, merasa hidup diluar kendali, kurang tidur, kurang nafsu makan dan efek samping pengobatan, dan pulih dalam beberapa minggu atau bulan.

b. Cemas Sedang (skala 4-6)

Respon maladaptif, kurang mampu mengendalikan kecemasan tanpa intervensi, dan beresiko mencelakai diri dan lingkungan. Sifat gangguan kecemasan: kecemasan secara umum, gangguan panic, gangguan stress pasca trauma, gangguan obsesi konvulsif dan fobia.

c. Cemas Berat (Skala 7-10)

Serangan ketakutan tiba-tiba, ketidaknyamanan, kecemasan atau gelisah, mempunyai faktor resiko terhadap diri sendiri dan orang lain, perlu rujukan ke pelayanan kesehatan, perlu fasilitasi lingkungan yang aman.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dengan kategori cemas ringan yaitu pencegahan dan dukungan dengan memberikan dukungan psikososial seperti konseling, adanya dukungan dari kelompok dan lain-lain. Cemas tingkat sedang dapat diberikan intervensi psikososial care dengan pemberian intervensi farmakologi : benzodiadepin, anxyiolitic, antipsikotk, antihistamin, dan anti depresan dan nonfarmakologi misalkan edukasi dan psikoterapi. Rujukan ke pelayanan kesehatan. selain itu dapat juga diberikan intervensi non farmakologi

psikososial yaitu dalam bentuk cognitive behavioral therapy, konseling individu atau kelompok. Sedangkan untuk cemas berat dapat diberikan intervensi rujukan pelayanan psikiatri.

4) Depresi

Depresi dapat dikategorikan dalam :

a. Depresi Ringan (skala 1-3)

Minimal gejala, peristiwa hidup baru seperti atau kehilangan, tingkat berduka respon normal berangsur-angsur berkurang selama beberapa minggu, koping efektif dengan akses dukungan sosial.

b. Depresi sedang (skala 4-6)

Distress tingkat sedang tinggi tidak memenuhi kriteria untuk resiko tinggi tapi 2 atau lebih gejala hadir selama 2 minggu dan penurunan fungsi dalam kehidupan sehari-hari, terdapat faktor resiko mekanisme koping tidak efektif.

c. Depresi berat (skala 7-10)

Tanda dan gejala Suasana hati sedih dan atau hilangnya kesenangan selama 2 minggu, merasa bersalah dan atau tidak berguna, insomnia atau hipersomnia, BB turun atau naik, psikomotor agitasi atau retardasi, lelah, adanya faktor resiko, resiko melukai diri sendiri dan orang lain.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan pada pasien dengan kategori depresi ringan yaitu pencegahan dan dukungan dengan memberikan dukungan psikososial seperti konseling, adanya dukungan dari kelompok dan lain-lain. Depresi tingkat sedang dapat diberikan intervensi psikososial care dengan pemberian intervensi farmakologi : benzodiazepin, anxiolytic, antipsikotik, antihistamin, dan anti depresan dan nonfarmakologi misalkan edukasi dan psikoterapi. Rujukan ke pelayanan kesehatan. selain itu dapat juga diberikan intervensi non farmakologi psikososial yaitu dalam bentuk cognitive behavioral therapy, konseling individu atau kelompok. Sedangkan untuk depresi berat dapat diberikan intervensi rujukan pelayanan psikiatri.

5) Mual dan Muntah

Mual merupakan keluhan yang tidak menyenangkan dan terjadi sebelum muntah. Keluhan mual dapat dikategorikan menjadi :

- a. Mual ringan (skor 0-3): pasien mengeluh perut terasa mual dan belum berselera untuk makan.
- b. Mual sedang (skor 4-6): pasien mengalami tidak nafsu makan, tidak menghabiskan porsi makanannya, ada keinginan ingin muntah saat makan dan kepala terasa pusing.
- c. Mual berat (skor 7-10) :Muntah setiap kali makan dan minum, nyeri abdomen, kepala nyeri, dehidrasi dan badan terasa lemah.

Intervensi keperawatan yang dapat diberikan antara lain: konsultasi dengan anggota tim antar profesi, memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga, memberikan petunjuk untuk pemberian antiemetic. Terapi komplementer akupunktur dan akupresure, visualisasi, hipnotis. Terapi nonfarmakologi: berikan cairan elektrolit pengganti yang sesuai, saran gizi memperetimbangan untuk NPO. Sedangkan terapi farmakologi metoclopramide 5-20 mg po, donperidone, ondansetron, deksametason.

6) Penurunan nafsu makan

Penurunan nafsu makan dikategori dalam :

- a. Penurunan nafsu makan ringan (1-3)
Kehilangan BB < 5% selama 6 bln, pengobatan untuk anoreksia dan/atau kehilangan BB, tidak ada data subjektif terkait dehidrasi
- b. Penurunan nafsu makan sedang (4-6)
BB hilang >5% 6 bulan terakhir, sedang pengobatan tumor, adanya tanda peradangan (panas, bengkak, nyeri, disfungsi, kemerahan)
- c. Penurunan nafsu makan berat (7-10)
Badan kurus ekstrim, massa otot minim, penyakit lanjut, kehilangan masa otot yang cepat dengan kerusakan fungsi.

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada semua kategori konsultasi awal dengan tim perawatan paliatif, menilai dan mengelola potensi penyebab kakeksia sekunder, pertimbangan tahap penyakit perkembangan penyakit dan status fungsional perawatan, memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga, pertimbangan penting kualitas hidup dan rujukan untuk professional lain jika diperlukan. Sedangkan untuk skala ringan 1-3 pengobatan farmakologis dapat dengan menyarankan porsi makan tapi sering dengan kalori yang cukup dan protein yang cukup. Pastikan hidrasi yang cukup, buat waktu makan sebagai hal yang menyenangkan, memberikan nutrisi tinggi kalori dan protein. Sedangkan untuk katogori sedang ESAS 4-6 dapat dilakukan rujukan ke ahli gizi berdasarkan pada kriteria berat badan dan adanya asupan yng signifikan memperangaruhi dapat diberikan pengobatan farmakologi prokinetik metoclopramide 10 mg atau donperidone, progestin sintetis dan kortikosteroid. Sedangkan untuk kehilangan berat (7-10) dapat diberikan pemberitahuan tentang pentingnya nutrisi, fokus pada kenyamanan, perawatan mulut, konsultasi diet dengan tim paliatif. Sedangkan farmakologi nya dapat diberikan kortikosteroid, progestin sintetis dan prokinetik serta pemantauan berkelanjutan.

BAB 3

PROSES RESIDENSI

Pada bab 3 ini akan dibahas tentang pelaksanaan proses residensi yang terdiri atas laporan analisis kasus pasien dengan kanker servik, pelaksanaan *evidence based nursing* (EBN) mengunyah permen karet mempercepat pemulihan motilitas usus pasca operasi, dan proyek inovasi dengan tema pelatihan pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dan treatment.

3.1 Laporan Kasus Kelolaan

Praktik residensi ini dilaksanakan dalam 2 semester yang dimulai dari tanggal 17 September 2014 sampai dengan tanggal 8 Mei 2015 dengan total beban SKS sebanyak 20. Kompetensi yang harus dicapai berdasarkan kontrak belajar yang disepakati oleh mahasiswa dan pembimbing, target kompetensi diantaranya yaitu melakukan fungsi asuhan keperawatan keperawatan lanjut pada kasus onkologi yang kompleks dengan jumlah kasus kelolaan sebanyak 30 kasus. Memberikan pendidikan kepada ners generalis atau sejawat sesuai kepakarannya, melaksanakan fungsi konsultasi atau rujukan asuhan keperawatan dibidang kepakarannya, melakukan penelitian keperawatan medikal bedah, menunjukkan perilaku kepemimpinan klinik atau *clinical leadership*, melakukan penerapan *evidence based nursing* dan melakukan proyek inovasi.

3.1.1 Kasus kelolaan utama

Ny P berumur 48 tahun agama islam pekerjaan IRT status marital menikah, pendidikan SLTP No MR : 179657 dengan alamat Jalan Ahim RT 014/007 Lesung batang tanjung pandan Belitung. Jaminan JKN non PBI. Diagnosa medis: Karsinoma servik IIIB + Hidronefrosis. Pasien masuk rumah sakit tanggal 15/3/2015 (kunjungan pertama) via IGD rujukan rumah sakit Belitung. Pasien dirawat di lantai ruang Cempaka rumah sakit kanker Dharmais. Dilakukan pengkajian pada tanggal 23 Maret 2015. Status antropometri pasien Ny P dengan berat badan 45 Kg dan tinggi badan 155 cm, dengan kategori IMT = $18,7 \text{ kg/m}^2$ termasuk dalam kategori gizi sedang pada ambang batas bawah.

Pada pengkajian riwayat penyakit sekarang didapatkan data awal pasien merasakan tanda dan gejala penyakit yang diderita saat ini. Klien dan keluarga mengatakan bahwa pada awalnya pada awal tahun 2014 pasien tidak ada menstruasi sekitar 2 bulan dan tiba-tiba terjadi perdarahan, keluarga pasien membawa berobat ke pelayanan kesehatan, dilakukan pemeriksaan dan pasien dianjurkan untuk dioperasi pengangkatan rahim. Pasien dioperasi pada Juli 2014 dan dilakukan pemeriksaan PA dengan hasil: *non keratinizing squamous cell carcinoma well differentiated cervix uteri*, dan dengan rujukan hasil PA tersebut pasien dianjurkan untuk pengobatan selanjutnya ke Jakarta, karena pertimbangan biaya sehingga pengobatan selanjutnya tertunda. Pasien belum mendapatkan pengobatan radiasi dan kemoterapi. Pada akhir tahun 2014, muncul benjolan diperut didaerah bekas operasi semakin hari semakin membesar sebesar buah mangga, dan dibawa ke RS terdekat oleh keluarga, dari RS tersebut pasien dianjurkan untuk dibawa ke RSKD, 4 bulan terakhir pasien mengalami perdarahan melalui lebih kurang 50cc perhari, kaki bengkak serta buang air kecil sedikit. Kemudian pasien dibawa ke RSKD pada tanggal 15/3/2015.

Pasien dirawat di cempaka 502 sudah 8 hari dirawat dan sudah dilakukan pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan penunjang lainnya. Pasien mengeluhkan urin berwarna merah, dan produksi sedikit, dilakukan pemeriksaan laboratorium tanggal 15/3/2015 dengan nilai Hemoglobin: 10,3^L gr/dL, Leukosit: 33,95^H rb/ μ L, Trombosit : 657^H rb/ μ L, Eritrosit: 3,66^L juta/mL dan Hematokrit: 27,6 %^L, GDS : 85^L gr/dL, kreatinin: 10,85^H m/dL, ureum: 176^H mg/dL, Protein total: 5,6^L gr/dL, albumin: 2,9^L gr/dL, globulin: 2,8 gr/dL. SGOT: 19^N U/L, SGPT: 12^N U/L, Na: 127^L mmol/L, K: 3,3^L mmol/L, Cl: 88^L mmol/L, Ca: 8,7^N mmol/L, Mg: 2,4^N mmol/L. Tanggal 17/3/2015 dilakukan USG Ginjal kesan: hidronefrosis bilateral, hasil VT : teraba massa di servik rapuh, mudah berdarah s/d 1/3 dinding vagina distal. Tanggal 17/3/2015 dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil Hemoglobin: 8,8^L gr/dL, Leukosit: 37,12^H rb/ μ L, Trombosit : 624^H rb/ μ L, Eritrosit: 3,21^L juta/mL dan Hematokrit: 24,4 %^L, kreatinin: 12,06^H m/dL, ureum: 192^H mg/dL, e GFR: 3,55^L ml/min/1,73 ml. Na: 129^L mmol/L, K: 3,8^L mmol/L, Cl: 90^L mmol/L, Hepatitis: HbsAg : non reaktif (normal), anti-HCV total: non reaktif (normal), HIV; anti HIV: CMIA (antibodi):

non reaktif (normal). Pasien dilakukan MSCT abdomen pelvis tanggal 18/3/2015, kesan: massa residif pada punctum serviks dengan perlekatan ke posterior ke buli-buli dan anterior rectosigmoid. Massa residif pada area sikatrik dinding abdomen, asites, limfadenopati aortacaval, para iliaka ka-kiri, hidronefrosis kanan kiri, tidak tampak kelainan pada organ intraabdominal pelvik lainnya. Efusi pleura kanan-kiri. Pada tanggal 18/3/2015 dilakukan hemodialisa pertama dan dilakukan transfusi on HD PRC 220 cc dan pada tanggal 20/3/2015 dilakukan HD yang ke2. Pada tanggal 21/3/2015 dilakukan pemeriksaan laboratorium dengan hasil hemoglobin: 6,1 ^L gr/dL, Leukosit: 26,10 ^H rb/ μ L, Trombosit : 454 ^H rb/ μ L, Eritrosit: 2,23 ^L juta/mL dan Hematokrit: 16,8 % ^L, kreatinin: 6,25 ^H m/dL, ureum: 105 ^H mg/dL, e GFR: 7,59^L ml/min/1,73 ml. Pasien direncanakan untuk nefrostomy tanggal 23/3/2015.

Pada saat pengkajian tanggal 23/3/2015 jam 10.00 di dapatkan data pasien post nefrostomi bilateral, pasien lampak lemah, terpasang selang nefrostomi kiri dan kanan, produksi nefrostomi kanan ada, sementara nefrostomi kiri minimal. Aktivitas dibantu status ECOG:3 (hanya mampu melakukan perawatan diri yang terbatas, 50% aktivitas diatas tempat tidur) pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah ESAS 5-6, pasien mengeluhkan pusing, mual (ESAS:5), muntah 1 kali, terdapat benjolan di perut bagian bawah, dibalut perban, rembesan tidak ada, pasien tampak pucat, perdarahan melalui vagina ada disertai lendir, warna kehitaman bau khas, terpasang infud Nacl 0.9% /8 jam. Sedangkan hasil pemeriksaan fisik di dapatkan data tanda-tanda vital tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi 92 kali/menit, suhu aksila: 37,2 °C, frekuensi pernafasan 22 kali/menit. Pemeriksaan rambut lurus dan tidak rontok, wajah terlihat rileks dan agak murung, kadang-kadang tampak meringis menahan nyeri, konjungtiva pucat, bibir kering, mukosa mulut sedikit kering, tidak terpasang oksigen, bentuk dada simetris, tidak tampak iktus cordis dan teraba ICS V midklavikula sinistra. Tidak terdengar ronkhi dan wheezing diseluruh lapang paru, tidak ada bunyi jantung tambahan maupun mur-mur. Abdomen tidak ada distensi, tidak terdapat pembesaran hepar, terdapat luka dengan benjolan sebesar dua kepalan tangan terbalut perban, perdarahan (-). Bising usus 6 kali/menit. Tidak terdapat udema

pada ekstremitas bawah. Pasien mengatakan perdarahan melalui vagina ada, warna merah tua, bau khas, dan volume sekitar 50 cc dalam 24 jam.

Pasien tidak mempunyai riwayat merokok, lingkungan perokok (+) suami pasien merokok, usia *menarche* 11 tahun, menikah dan pertama kali melakukan hubungan seksual umur 17, kehamilan pertama pada usia 19 tahun, riwayat keluarga dengan penyakit kanker tidak ada, pasien mempunyai riwayat menikah 4 kali, diabetes meliitus tidak ada, hipertensi tidak ada. Selama sakit pasien ditemani oleh suami dan anaknya, saat ini suami sudah kembali bekerja dan hanya anaknya yang menunggu pasien, selama dirawat pasien mengatakan diit yang disediakan tidak pernah habis, paling banyak habis 1/3 porsi pasien mengatakan mual dan tidak nafsu makan, minum lebih kurang 1000cc perhari, infus NaCl 0,9%, BAB sekali 2 hari konsistensi agak keras dan BAK melalui nefrostomi, sebelum dipasang nefrostomi BAK sedikit sekali .

Hasil pemeriksaan laboratorium pada tanggal 24/3/2015 dengan hasil ureum: 101 mg/dL dan kreatinin: 4,75 mg/dL dan e GFR: 10,42 ml/min/1,73 ml, Na: 139 mmol/L, K: 2,3 mmol/L, Cl: 102 mmol/L. Pasien direncanakan untuk transfusi PRC 2 bag golongan darah AB. Terapi pasien pada saat ini yaitu terapi parenteral transamin 3x500mg, ceftriaxone 1 x 2 gr stop hari ini ganti dengan cefoperazone 2x1 gr, tramadol 3x100mg. Terapi oral omeperazol 2x1 , metocloporamide 3x1 dan new diatab 3x2 (k/p). IVFD NaCl 0,9% 500 cc/8 jam.

3.1.2 Pengkajian Teori *Peaceful End of life* pada kasus kelolaan

Pengkajian yang dilakukan untuk mengumpulkan data dengan pendekatan teori yang meliputi lima aspek yaitu : bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihargai dan dihormati, damai serta perasaan dekat dengan orang yang bermakna. Data hasil pengkajian tersebut seperti dibawah ini :

3.1.2.1 Bebas dari nyeri

Pasien mengatakan nyeri pada perut bagian bawah, pada benjolan pada bekas luka dengan ukuran 7 x 5 cm terbalut perban, nyeri dirasakan seperti ditusuk-tusuk

nyeri hilang timbul terasa menyebar kebagian pinggang, durasi nyeri lebih kurang 10 menit, nyeri meningkat apabila pasien banyak bergerak, pasien mengatakan kalau nyeri terasa maka akan diam saja dan tidak bergerak dan mencoba mengatur posisi yang nyaman, pasien terlihat memejamkan mata saat nyeri dan tampak meringis sambil memegang bagian bawah perut, keluhan nyeri mulai dirasakan semenjak selesai operasi kira-kira sekitar 6 bulan yang lalu, intensitas nyeri ESAS 6 (nyeri sedang).

3.1.2.2 Perasaan nyaman

Pasien mengatakan keluhan sesak kadang-kadang dengan ESAS2, frekuensi pernafasan 20 kali/menit, irama teratur. Bunyi nafas vesicular, tidak ada suara nafas tambahan rhonki dan wheezing. Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi 92 kali/menit, suhu aksila: 37,2 °C. Pasien mengatakan nafsu makan menurun, pasien mengatakan kalau buka mata terasa pusing dan mengatakan mual ada dengan nilai ESAS 5, muntah ada satu kali, porsi yang disediakan habis 2-3 sendok. Diet lunak 1800 kkal. pasien mengatakan kaki terasa kesemutan dan pada kaki terasa dingin, pasien mengatakan aktivitas dibantu oleh anaknya dengan ECOG 3, pasien mengatakan lelah dengan ESAS 6, pasien mengatakan tidak nyaman dengan luka benjolan pada perut yang terbalut perban, pasien mengatakan takut duduk karena seakan-akan luka tersebut bisa berdarah. BAB dan BAK dilakukan ditempat tidur dibantu oleh anaknya. Pasien dan keluarga mengatakan lingkungan ruang rawat terasa nyaman dan cukup tenang.

3.1.2.3 Perasaan dihargai dan dihormati

Pasien merasakan selama hampir setahun mengalami penyakit ini setelah operasi malah bertambah masalahnya yaitu terdapat benjolan pada bekas luka pasca operasi, pasien menanyakan kenapa setelah operasi timbul benjolan pada perut bagian bawah. Menurut pasien dan keluarga beberapa usaha yang dilakukan agar pasien sembuh dari penyakit seperti konsumsi obat herbal. Pasien belum mendapatkan pengobatan kemoterapi dan radiasi, tertunda karena masalah biaya dalam pengobatan, dan pasien mengambil keputusan jalan yang dipilih untuk pengobatan dengan mengusahkan biaya pengobatannya pasien mengatakan puas

dengan keputusan yang dilakukan walaupun keputusan yang diambil kemungkinan sudah sangat lambat karena sudah hampir 1 tahun setelah operasi baru dilakukan pengobatan lain, karena sebelumnya pasien sudah mendapatkan penjelasan tentang bagaimana kondisi penyakit yang dialami apabila tidak dilanjutkan pengobatan lanjut seperti diberikan radiasi atau pemberian kemoterapi. Pasien mengatakan nyaman dirawat di rumah sakit karena pelayanan baik dari dokter dan perawat yang merawat pasien.

3.1.2.4 Damai

Pada aspek damai menurut pasien bahwa segala sesuatu sudah ada di jalan-Nya atau takdirnya, kita sebagai manusia berusaha dan mencoba menerima dengan ikhlas dengan apa yang digariskan. Kalaupun ditakdirkan dengan penyakit sekarang pasien mengatakan akan berusaha dalam pengobatan. Kalaupun pasien meninggal dalam pengobatan juga sudah merupakan jalanNya. Pada saat penjelasan dari dokter terhadap keadaan penyakit yang sudah metastase, pasien berharap bisa cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga di rumah. Pasien ingin diakhir kehidupan berada di tengah-tengah keluarga. “saya mencoba menjalani dan berusaha berobat semaksimal mungkin dan apapun hasilnya saya terima”. Akan tetapi pada waktu lain bertolak belakang, dimana pasien mengatakan pada perawat “kenapa saya menderita penyakit ini” sedangkan saya merasa diri saya adalah orang baik-baik. Selama dirawat pasien tidak menjalankan shalat 5 waktu karena pasien merasa karena perdarahan, akan tetapi sebelumnya pasien di rumah menjalankan shalat, pasien hanya berdzikir, terlihat tasbeih dan buku doa ditempatkan tidur pasien.

3.1.2.5 Perasaan dekat dengan seseorang yang bermakna

Menurut pasien orang yang paling bermakna adalah keluarga inti terutama anak-anaknya terlihat selama pasien dirawat, ditunggu oleh anaknya. Pasien mengatakan hanya keluarga inti di keluarga yang mendukung pengobatannya. Pasien berharap anak-anaknya tidak bosan dalam merawat pada saat sakit. selama sakit anak laki-laki yang menemani pasien. Sedangkan suami pasien sudah kembali bekerja.

3.1.3 Diagnosa Keperawatan

Dari hasil pengkajian dan data yang dikumpulkan maka dapat dirumuskan diagnosa keperawatan yang didasarkan pada NANDA yaitu sebagai berikut:

- 1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin darah, ditandai dengan kadar hemoglobin 6,1 gr/dl dan hematokrit 16,8%, pasien terlihat pucat, keluhan pusing, konjungtiva anemis, keluhan kaki terasa kesemutan, CRT <3detik, perdarahan pervaginam ada lebih kurang 50 cc/hari.
- 2) Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses desak ruang ke jaringan di sekitarnya akibat pertumbuhan sel abnormal dan kerusakan jaringan. Diagnosa ini ditandai dengan pasien mengeluhkan nyeri pada perut bagian bawah dan luka benjolan pada perut dengan skala nyeri 5, pasien tampak meringis dan memegang daerah bagian bawah perut.
- 3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat, peningkatan metabolisme sel kanker, dan faktor psikologis. Hal ini ditandai dengan makan 3 kali sehari diet lunak dengan 1800 kkal namun hanya habis paling banyak 2-3 sendok setiap kali makan, mual (ESAS 5), IMT: 18,7 kg/cm dan pasien tampak lemah. Terdapat luka benjolan pada bekas luka operasi di perut. Laboratorium hemoglobin 6,1 gr/dl, albumin 2,9 gr/dl, dan protein total 5,6 gr/dl.
- 4) Distress spiritual (00066) berhubungan dengan penyakit kronis: kanker servik ditandai dengan selama dirawat pasien tidak shalat, pasien hanya berdzikir, pasien mengatakan tidak bersih karena perdarahan.
- 5) Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan ketidakadekuatan pertahanan sekunder. Ditandai dengan peningkatan leukosit: $26,10^H$ rb/ μ L, penurunan kadar hemoglobin: 6,1 gr/dl, terdapat luka benjolan di perut, terpasangan CDL, terpasang nefrostomi dan perdarahan melalui vagina.

3.1.4 Penetapan Tujuan dan Intervensi Keperawatan

Penetapan tujuan mengacu pada kriteria hasil yang ingin dicapai dengan mengacu pada standar *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan intervensi keperawatan mengacu pada *Nursing Intervention Classification* (NIC) pada setiap diagnosa keperawatan:

3.1.4.1 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204)

- Tujuan dan kriteria hasil (NOC): setelah dilakukan intervensi keperawatan dengan kriteria hasil dengan skala *rating outcome* pada level 4 adekuat: pasien menunjukkan perfusi jaringan perifer dengan kriteria hasil: CRT < 3 detik, suhu ekstremitas hangat, tingkat sensasi normal dan tidak ada nyeri ekstremitas yang terlokalisir.
- Intervensi keperawatan (NIC): perawatan sirkulasi (4066): peningkatan sirkulasi arteri dan vena dan *peripheral sensation management* (2660) dengan aktivitas keperawatan: (1) melakukan penilaian sirkulasi secara keseluruhan meliputi denyut nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna, dan suhu ekstremitas, (2) memeriksa kulit untuk statis dan ulserasi, (3) melakukan palpasi anggota badan dengan teliti, (4) mengkaji derajat ketidaknyamanan dan nyeri, menganjur untuk merendahkan ekstremitas untuk meningkatkan sirkulasi arteri, (5) meninggikan kepala 20 derajat untuk meningkatkan venous return, (6) menganjurkan untuk latihan ROM aktif dan pasif selama istirahat, (7) menganjurkan pasien untuk tidak menyilangkan kaki, mengangkat kaki tanpa melipat lutut. (7) menganjurkan untuk hidrasi yang adekuat dan memonitor intake dan output. Sedangkan aktivitas manajemen sensasi perifer, (1) memantau perbedaan ketajaman/tumpul/panas/dingin dari kulit pasien, (2) memantau adanya kebas, kesemutan, (3) menginstruksikan kepada pasien dan keluarga untuk memantau integritas kulit setiap hari, (4) memberikan analgetik tramadol 3x100mg, (5) kolaborasi dalam pemberian PRC 2 bag 430 cc golongan darah AB.

3.1.4.2 Nyeri kronis (00133)

- Tujuan dan kriteria hasil (NOC): setelah dilakukan tindakan keperawatan manajemen nyeri (1400), pasien menunjukkan nyeri terkontrol (1605) dengan skala *rating outcome* pada level 4 (sering) dengan kriteria hasil terjadi pengurangan nyeri, pasien menggunakan terapi nonfarmakologi (analgesik) mengurangi nyeri, pasien dapat menggunakan sumber-sumber dalam penurunan nyeri serta pasien dapat mengenali hal-hal yang berhubungan dengan nyeri.
- Intervensi keperawatan (NIC): pain management (1400) dengan aktivitas: (1) mengkaji nyeri secara komprehensif meliputi: lokasi, karakteristik, durasi, frekuensi dan kualitas, (2) mengkaji faktor presipitasi, mengobservasi reaksi nonverbal akibat nyeri, (3) mengajarkan manajemen nyeri non-farmakologi berupa teknik relaksasi nafas dalam dan distraksi dengan membaca istigfar dalam hati dan (5), menganjurkan pasien untuk istirahat (6) memonitor keberhasilan pasien terhadap manajemen nyeri (7) kolaborasi dalam memberikan obat analgetik tramadol 3x100mg.

3.1.4.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)

- Tujuan dan kriteria hasil (NOC): setelah dilakukan intervensi keperawatan menunjukan nutritional status (1004) dan *nutritional status food and fluid intake* (1008) dengan skala *rating outcome* pada level 4 adekuat dengan dengan kriteria hasil peningkatan intake makanan, peningkatan intake oral, peningkatan intake cairan.
- Intervensi keperawatan (NIC): manajemen nutrisi (1100), dengan aktivitas (1) mengkaji apakah ada alergi terhadap makanan, (2) mengkaji makanan kesukaan, (3) kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, (4) memotivasi untuk intake protein, zat besi dan vit C, (5) meyakinkan diet yang diberikan mengandung serat tinggi untuk mencegah konstipasi, (6) menganjurkan pasien untuk mengkonsumsi snack seperti buah segar dan jus buah, (7) memberikan makanan yang lunak dan lembut, (8) memonitor intake dan kalori, (8) memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya, (9) tentukan kemampuan pasien untuk

memenuhi kebutuhan nutrisinya. (10) Mengontrol faktor lingkungan yang memicu terjadinya nausea.

3.1.4.4 Distress spiritual (00066)

- Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan intervensi keperawatan kesejahteraan spritual (2001) dengan skala *rating outcome* pada level 5 (selalu) dengan kriteria hasil menunjukkan harapan dengan mengungkapkan keyakinan berarti dalam hidup, kedamaian diri, berarti dan berguna dalam hidup, pandangan tentang spiritual, ketentraman kasih sayang dan ampunan.
- Intervensi keperawatan atau NIC: dukungan spiritual (5420). Dengan aktivitas keperawatan meliputi: (1) menentukan konsep ketuhanan pasien dengan mengamati buku-buku yang ada disamping tempat tidur, (2) menentukan sumber-sumber harapan dan kekuatan pasien, (3) amati apakah pasien sedang berdoa ketika memasuki ruangan, sebelum makan atau saat tindakan, (4) menjelaskan pembatasan yang dilakukan sehubungan dengan perawatan terhadap aktivitas keagamaan, (5) membuat perubahan yang diperlukan segera untuk memenuhi kebutuhan pasien (dukungan keluarga pasien), (6) mendengarkan dengan perhatian terhadap ungkapan pasien terhadap kesepian dan ketidakberdayaan, (7) menggunakan teknik-teknik klarifikasi nilai-nilai untuk membantu pasien mengklarifikasi keyakinan dan nilainya, (8) mengungkapkan empati terhadap perasaan pasien, (9) mendengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan makna waktu berdoa dan ritual keagamaan, (10) memberikan jaminan kepada pasien bahwa perawatan akan ada mendukung untuk pasien saat merasakan penderitaan.

3.1.4.5 Resiko infeksi (00004)

- Tujuan dan kriteria hasil: setelah dilakukan intervensi keperawatan menunjukkan menunjukkan status imun (0702) dengan skala *rating outcome* pada level 4 (sering) dengan dengan kriteria hasil integritas kulit, memperlihatkan hygiene personal yang adekuat, mengindikasikan status gastrointestinal, pernafasan, genitourinaria, dan imunitas dalam batas normal, melaporkan tanda-tanda dan gejala infeksi, nilai sel darah putih.

- Intervensi keperawatan (NIC) : proteksi infeksi (6550) dan perawatan luka (3660), aktivitas keperawatan meliputi: (1) memonitor tanda dan gejala sistemik dan lokal dari infeksi, (2) monitor daerah yang mudah terinfeksi, (3) memonitor jumlah granulosit, WBC dan perbedaan, (4) menganjurkan meningkatkan intake nutrisi yang cukup, (5) menganjurkan intake cairan, (6) menganjurkan istirahat, (7) memonitor perubahan tingkat energi, (8) menganjurkan untuk mobilisasi dan latihan, (9) menganjurkan nafas dalam dan batuk efektif, (10) kolaborasi dalam pemberian antibiotik cefoperazone 1x 750 mg. (11) mengajari pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala dari infeksi dan kapan harus melaporkan untuk mendapatkan perawatan, (12) ajari pasien dan keluarga untuk menghindari infeksi. (13) Membersihkan balutan yang melekat dan debris, (14) mencatat karakteristik luka, catat karakteristik drainase, (15) membersihkan dengan sabun antibakterial, bersihkan area yang rusak pada air mengalir, rendam pada larutan saline, (16) melakukan perawatan pada tempat IV, nefrostomy dan CDL, (17) mempertahankan teknik balutan steril selama perawatan luka, (18) inspeksi luka setiap penggantian balutan, (19) membandingkan dan catat dengan teratur setiap penggantian balutan (20) mengajarkan pasien dan anggota keluarga prosedur perawatan luka.

3.1.5 Evaluasi

Evaluasi keperawatan merupakan tahap akhir yang dilakukan dari proses asuhan keperawatan. Evaluasi keperawatan mengacu kepada perkembangan keperawatan setelah dilakukan intervensi dan implementasi keperawatan.

3.1.5.1 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama satu minggu masalah ketidakefektif perfusi jaringan perifer berada pada level 3 cukup adekuat, hal ini dibuktikan dengan CRT <3 detik, suhu ekstremitas hangat, tingkat sensasi baik, nilai laboratorium hemoglobin 8,6 gr/dl, hematokrit 20,8%.

3.1.5.2 Nyeri kronis

Setelah dilakukan intervensi selama 1 minggu, evaluasi untuk diagnosa nyeri kronis dengan *target rating outcome* berada pada level 4 (sering) hal ini dibuktikan

dengan nyeri pasien sudah berkurang dengan nilai ESAS 3 (ringan), pasien dapat menggunakan pengurangan nyeri dengan teknik nafas dalam dan distraksi dengan dzikir, pasien dan keluarga juga melaporkan kepada perawat apabila terjadi nyeri yang tidak tertahan, penggunaan terapi farmakologi masih dilakukan, keluarga dapat mendukung pasien untuk menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

3.1.5.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Setelah dilakukan intervensi selama 1 minggu berada pada *target rating outcome* pada level 3 cukup adekuat pasien menunjukkan kemajuan untuk intake makanan dibuktikan dengan mual berkurang ESAS 1 dan intake makan dengan ESAS 5 serta pasien sudah makan makanan yang bervariasi seperti buah sayur dan jus buah. Dukungan keluarga juga mendukung intake makanan, anak pasien menawarkan jenis jus yang bervariasi.

3.1.5.4 Distress spiritual

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama satu minggu masalah kesahteraan spiritual berada pada level 5 (selalu) dibuktikan oleh pasien mengungkapkan keyakinan berarti dalam hidup, merasakan damai dalam diri, ingin berada ditengah-tengah keluarga pada akhir kehidupan, pandangan tentang spiritual baik dan selalu melakukan shalat 5 waktu, pasien mengatakan perasaan yang tenang untuk kondisinya sekarang.

3.1.5.5 Resiko infeksi

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama satu minggu, status imun berada pada *target rating outcome* level 3 cukup adekuat dengan dibuktikan oleh, pasien tidak demam, nilai leukosit masih diatas normal, nilai hematokrit dibawah normal, tanda-tanda infeksi pada luka invasif minimal, perdarahan minimal pada luka, intake makanan dan minum cukup adekuat.

3.1.6 Laporan 30 Kasus Kelolaan

Pada praktek residensi keperawatan medikal bedah dilakukan selama dua semester dengan jumlah 20 SKS untuk menyelesaikan program spesialis keperawatan. Praktek residensi dilaksanakan di rumah sakit kanker Dharmais Jakarta. Pada praktek residensi ini target kasus asuhan keperawatan lanjut kasus onkologi di rumah sakit kanker Dharmais Jakarta adalah sebanyak 30 kasus kelolaan. Dalam pemberian asuhan keperawatan penulis menggunakan pendekatan teori *peaceful end of life theory* terhadap pasien kanker. Kasus kelolaan tersebut terdiri atas kasus kanker payudara 10%, kasus kanker kepala dan leher sebanyak 10%, kasus kanker kolorektal sebesar 10%, kasus kanker ovarium sebanyak 3,3 %, kanker servik 10 %, kanker paru sebanyak 6,7 %, kasus sarcoma tulang dan jaringan lunak 10%, kanker hepar 6,7%, kanker prostat dan buli 6,7%, AML, ALL dan Limfoma 13,3%, kanker gaster 3,3%, KNF 6,7% dan sisa nya 3,3 % adalah kanker tyroid. Berdasarkan data pasien baru atau insiden pasien kanker rumah sakit kanker Dharmais tahun 2014, kasus pasien dengan kanker servik menempati urutan kedua sebanyak 352 kasus, sedangkan urutan pertama yaitu kanker payudara 1290 kasus, urutan ketiga kanker kolon sebanyak 219 kasus, urutan keempat kanker paru dengan jumlah kasus 205 (bidang rekam medik rumah sakit kanker Dharmais, 2014).

Rumusan diagnosa keperawatan yang muncul pada 30 pasien kasus resume yaitu diagnosa nyeri 83%, resiko infeksi 36,6%, resiko perdarahan 10%, Ketidakefektifan pola nafas 16,6%, Cemas 40%, Intorelansi aktivitas 23,3 %, Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh 46,6%, Gangguan perfusi jaringan serebral 3,3%, Gangguan persepsi sensori: penglihatan 3,3 %, Konstipasi 3,3%, Kerusakan integritas jaringan 6,6%, Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer 16,6 %, Kelebihan volume cairan 6,6 %, kerusakan integritas kulit 6,6%, Penurunan curah jantung 6,6 %, ketidakefektifan bersihan jalan nafas 13,3%, Hambatan komunikasi verbal 6,6%, ketidakefetifan termoregulasi 3,3 %, hambatan mobilitas fisik 6,6 %, resiko cedera 3,3 %, dan Kerusakan membran mukosa oral 3,3%. Dapat disimpulkan bahwa lima diagnosa yang paling banyak muncul pada pasien

kanker yaitu nyeri, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, cemas, risiko infeksi dan intoleransi aktivitas.

Setelah masalah keperawatan dirumuskan dalam bentuk diagnosa keperawatan, untuk pencapaian hasil maka dirumuskan dalam bentuk NOC (*Nursing Outcome Classification*). Berdasarkan diagnosa yang paling banyak muncul, NOC yang dirumuskan yaitu untuk diagnosa nyeri yaitu sebanyak 75% adalah tingkatan nyeri dan sebanyak 25% adalah kontrol nyeri. Diagnosa nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh yaitu sebanyak 46,6% adalah manajemen nutrisi. Untuk diagnosa cemas sebanyak 40% adalah kontrol kecemasan, resiko infeksi yaitu status imun yaitu sebanyak 36,6% serta intoleransi aktivitas 26,6%.

Intervensi keperawatan dirumuskan untuk mengatasi masalah pada diagnosa keperawatan dengan terlebih dahulu adanya rumusan pencapaian hasil (NOC). Setelah dirumuskan dengan pencapaian (NOC), kemudian dilakukan penyusunan intervensi keperawatan dalam NANDA atau biasa disebut dengan *Nursing Intervention Classification* (NIC), adapun NIC yang banyak diterapkan pada pasien kanker dengan diagnosa nyeri yaitu sebanyak 76,6 % adalah manajemen nyeri dan sebanyak 16,6% adalah terapi analgetik. Untuk diagnosa keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dengan *nursing intervention classification* yang dirumuskan manajemen nutrisi 43,3% dan 26,6% terapi nutrisi. Sedangkan untuk diagnosa cemas sebanyak 90% yaitu penurunan kecemasan, dan pada diagnosa risiko infeksi, NIC yang dirumuskan yaitu sebanyak 36,6% adalah proteksi infeksi dan sebanyak 20% serta untuk intoleransi aktivitas sebanyak 26,6% yaitu manajemen energi.

3.2 *Evidence Based Nursing*: mengunyah permen karet mempercepat pemulihan motilitas usus pasca operasi ginekologi

3.2.1 Latar belakang

Penatalaksanaan mutakhir dari kanker ginekologi terdiri dari pembedahan, radioterapi dan kemoterapi. Operasi merupakan salah satu tindakan selain untuk

mengangkat tumor juga dilakukan untuk proses staging atau penentuan stadium dari kanker ginekologi, tindakan operasi menjadi dasar dalam diagnosis tumor dan juga menjadi dasar dalam menentukan metode terapi (Chang, 2009; Desen, 2011).

Post ileus obstruksi merupakan keadaan hilangnya sementara aktivitas daya dorongan dari saluran cerna yang biasa diikuti dengan gejala nyeri abdomen, mual dan muntah, penurunan atau tidak ada suara usus serta keterlambatan pengembalian fungsi normal gastrointestinal secara umum seperti keterlambatan flatus atau pengeluaran feses merupakan salah satu komplikasi yang sering dialami (Miedema & Johnson, 2003; Papaconstantinou, 2005). Kejadian post ileus obstruksi dapat disebabkan oleh anestesi, disfungsi saraf otonom, hormone gastrointestinal, narkotik, serta respon imunitas dan proses inflamasi. Secara klinis post ileus obstruksi dapat mempengaruhi hingga 14 % pada operasi ginekologi, meningkatkan hari rawat dengan rata-rata 3,7 hari (Craroenkwan, Phillipson & Vutyavanich, 2007). Menurut Ertas, Gungorduk, Ozdemir, Solmaz, Dogan & Ibrahim, 2013 mengatakan sebanyak 36% pasien pasca operasi ginekologi mengalami mild ileus.

Penatalaksanaan yang efektif untuk ileus pasca operasi akan berdampak pada derajat kesehatan pasien. Lambatnya waktu pengembalian fungsi usus ke keadaan normal dengan flatus dan pengeluaran feses yang terlambat, merupakan salah satu faktor terpenting dalam pemulihan awal dan pemulangan pasien yang menjalani operasi laparatomi staging pada kasus ginekologi (Johnson & Walsh, 2009).

Observasi yang dilakukan di Ruang *High Care Unit* (HCU) pada pasien pasca operasi ginekologi, dimana observasi dilakukan pada 5 pasien pasca operasi, 2 dari 5 pasien pasca operasi mengatakan nyeri pada abdomen dan mengatakan adanya keluhan mual pada pagi hari pertama, ambulasi dini pasca operasi tidak begitu terpantau, sedangkan hasil observasi untuk bising usus pada hari pertama 3 dari 5 pasien suara bising usus masih lemah, dan 1 pasien pada pagi hari pertama operasi belum terdengar bising ususnya. Manajemen POI (post ileus obstruksi) yang dilakukan yaitu ambulasi dini dan *early feeding* dengan pemberian cairan

30-60 ml secara bertahap pada hari pertama post operasi setelah di dengarkan bunyi usus terlebih dahulu, pasien ada yang terpasang NGT pada hari pertama post operasi dan di buka apabila sudah terdengar bising usus. Ambulasi dini yang dilakukan tidak terpantau dengan baik dan pasien mengatakan takut untuk bergerak takut jahitan bekas operasi akan terlepas Pendekatan untuk mengatasi post ileus obstruksi telah dikembangkan “*fast-track programmes*” untuk mencegah dan mempersingkat waktu terjadinya ileus. Pendekatan tersebut diantaranya meminimalkan trauma bedah, kontrol nyeri menggunakan analgesik bebas opiod, menghindari penggunaan *nasogastric tube* (NGT) rutin, pemberian makan per oral dengan segera (*early feeding*), dan ambulasi dini (Senagore, 2010). Selain dari pendekatan tersebut dapat juga dikembangkan suatu metode dengan menggunakan permen karet untuk mempercepat pemulihan motilitas usus pasca operasi yang menekankan pada kenyamanan pasien, sederhana, *cost effective* dan berdasarkan fakta berupa “*sham feeding*” dengan mengunyah permen karet (Schuster & Montie, 2002).

Berbagai penelitian melaporkan tindakan mengunyah permen karet merupakan metode aman dan murah untuk mengurangi durasi POI, mengurangi hari rawat dan meminimalkan komplikasi pascabedah. Mengunyah permen karet menstimulasi refleks vagal cephalik yang merangsang pelepasan mediator neurohormonal di saluran cerna dan meningkatkan motilitas usus serta sekresi kelenjar pencernaan. Akibatnya suara usus kembali dengan segera, muncul flatus dan kembalinya nafsu makan/rasa lapar, serta lama hari rawat menjadi berkurang (Vasquez, Hernandez, & Garcia-Sabrido, 2009; Ertas et al 2013; Kouba, Wallen, & Pruthi, 2007; Li et al. 2013; Noble, Harris, Hosie, Thomas & Lewis, 2009). Perawat sebagai bagian dari tim yang terlibat dalam perawatan pasien pascaoperasi dalam hal ini ikut bertanggung jawab untuk mencegah terjadi POI dan salah satu peran perawat spesialis adalah menerapkan hasil penelitian berdasarkan bukti yang dapat bermanfaat terhadap pasien dan dapat diterapkan. Oleh karena itu hasil penelitian ini dapat dijadikan landasan untuk penerapan *evidence based nursing practice*. Berdasarkan hal tersebut, penulis ingin melakukan penerapan *evidence based* untuk melihat mengunyah permen karet

mempercepat pemulihan usus pada pasien pasca operasi ginekologi di rumah sakit kanker Dharmais.

3.2.2 Masalah klinis

Perumusan masalah klini dilakukan dengan menggunakan pendekatan PICO (*Population, Intervention, Comparison dan Outcome*). PICO ini merupakan suatu pendekatan yang digunakan untuk membuat pertanyaan klinis. Pertanyaan klinis yang dicoba rumuskan dalam pelaksanaan *evidence based nursing* ini adalah “apakah intervensi mengunyah permen karet dapat mempercepat pemulihan motilitas usus pasca operasi ginekologi?”. Adapun pendekatan masalah klinik dengan menggunakan metode PICO adalah :

- a) *Population*: Pasien kanker ginekologi yang menjalani operasi di RS Kanker Dharmais Jakarta.
- b) *Intervention*: Intervensi yang diberikan adalah mengunyah *Gum chewing* (permen karet) setelah tindakan operasi pasien ginekologi.
- c) *Comparison*: *Comparison* dengan pasien kanker ginekologi yang dioperasi dengan perawatan rutin diruangan
- d) *Outcome* : Hasil dari intervensi yang diharapkan adalah pemulihan motilitas usus meliputi peristaltik usus, flatus dan waktu defekasi dengan pemberian *gum chewing*.

3.2.3 Search strategi

Metode penelusuran menggunakan database elektronik Science Direct, EBSCO, MEDLINE, Proquest, Pubmed, dan tambahan Google searches. Kata kunci yang digunakan merupakan kata tunggal atau gabungan dari “*chewing gum*”, “*postoperative ileus*”, “*Gynecology surgery*”, “*randomize clinical trial*” dan “*randomize control trial*”. Artikel yang ditelusuri berbahasa Inggris, bukan merupakan *case study*, penelusuran ini dibatasi dengan menggunakan tahun penelitian tahun 2000, 2014. Didapatkan sebanyak 10 jurnal, namun satu yang dipilih penulis sebagai jurnal utama dengan judul: *Influence Of Gum chewing On Postoperative Bowel Activity After Complete Staging Surgery For Gynecological*

Malignancies: A Randomized Controlled Trial, jurnal ini di pilih karena menggunakan metode penelitian *Randomized Controlled Trial* (RCT) yang merupakan golden standar dalam level EBN.

3.2.3.1 Ringkasan jurnal utama

Judul jurnal utama ini adalah *Influence Of Gum chewing On Postoperative Bowel Activity After Complete Staging Surgery For Gynecological Malignancies: A Randomized Controlled Trial*. Penelitian tersebut dilakukan oleh Ertas et al. 2013. Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui efek *gum chewing* terhadap pemulihan aktivitas usus pada pasien kanker ginekologi yang menjalani operasi staging. Desain yang digunakan dalam penelitian ini adalah *randomized control trial* dengan jumlah sampel sebanyak 149 orang. Prosedur yang digunakan adalah dengan membagi sampel menjadi 2 kelompok yaitu kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Kelompok intervensi mendapatkan *gum chewing* dengan mengunyah *chewing gum* pada hari pertama pasca operasi sebanyak 3 kali dengan durasi 30 menit, sedangkan kelompok kontrol mendapatkan terapi dari ruangan. Jurnal utama akan dibahas pada *critical appraisal*.

3.2.2.4 Telaah kritis terhadap jurnal terpilih (*Critical Appraisal*)

Berikut ini akan diuraikan tentang *critical appraisal* pada jurnal utama didasarkan pada rapid critical appraisal chechlist yang meliputi: validitas, hasil penelitian dan *applicability* (Melyn & Overholt, 2011).

1) Validitas

Penelitian ini menggunakan metode *randomized controlled trial* pada 149 pasien kanker ginekologi, dimana pasien secara acak dibagi dalam dua kelompok, intervensi (n=74) dan kontrol (n=75). Pengelompokan kelompok dilakukan dengan menggunakan amplop secara tertutup dimana pengacakan dilakukan dengan *blocked randomization method* pengacakan dilakukan dengan kode yang dihasilkan komputer, dimana Grup A masuk kedalam kelompok kontrol dan grup B pada kelompok intervensi. Dari 203 pasien yang memenuhi syarat, 152 pasien dipilih secara acak 77 diantaranya masuk kedalam grup A sebagai kontrol dan 75 masuk ke kelompok intervensi atau grup B. Sedangkan dua pasien pada kelompok

kontrol setelah operasi (mengalami cedera usus pada saat operasi dan membutuhkan perawatan intensif lebih dari 24 jam di HCU) dan satu orang pada kelompok intervensi (mengalami cedera usus pada saat operasi) sehingga tidak termasuk kedalam kriteria inklusi. Sehingga pada masing-masing kelompok terdapat $n=75$ kelompok kontrol dan $n=74$ kelompok intervensi. Semua pasien pada kelompok intervensi dapat mentolerir dan menyelesaikan intervensi fungsi usus kembali normal. Analisis statistik menggunakan Med Calc versi 9.3, Analisis intervensi dilakukan dengan *intervention to treat*. Variabel dengan distribusi normal di uji dengan *Kolmogorov-Smirnov*. Analisis variabel kategorik dengan Uji χ^2 , uji T digunakan untuk data terdistribusi normal variabel kontinu dan *Mann-Whitney U-Tes* untuk variabel yang tidak terdistribusi normal. Risiko Relatif dihitung dengan Interval kepercayaan 95%. Dengan nilai $p < 0,05$ menunjukkan statistik yang bermakna. Kurva survival dibuat menggunakan analisis *Kaplan-Meier*.

2) Reliabilitas

Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa flatulensi ($34,0 \pm 11,5$ vs $43,6 \pm 14,0$ jam; $p = 0,001$), buang air besar ($49,6 \pm 18,7$ vs $62,5 \pm 21,5$ jam; $p = 0,001$), peristaltik usus ($41,5 \pm 15,7$ vs $50,1 \pm 15,9$ jam; $p = 0,001$), toleransi diet ($4,0 \pm 0,8$ vs $5,0 \pm 0,9$ hari, $p = 0,001$), hari rawat ($5,9 \pm 1$ vs $7,0 \pm 1,4$ hari, $p = 0,001$) secara statistik terdapat makna yang signifikan terlihat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Sedangkan untuk Gejala ileus dapat diamati tingkat ringan sebanyak 27 (36%) pada kelompok kontrol dibandingkan 11 (14,9%) pada kelompok intervensi dengan risiko relatif 2,4, Interval kepercayaan 95%, dengan nilai $p = 0,004$.

3) Aplikabilitas

Ditinjau dari aspek fasilitas, pembiayaan dan sumber daya, maka hasil penelitian ini sangat bermanfaat dan dapat diterapkan pasca operasi kanker ginekologi (histerektomi total, retroperitoneal limfadenektomi) untuk mempercepat motilitas usus, dan kemampuan untuk mentolerir makanan. Selain itu juga murah dan dapat

ditoleansi dengan baik sehingga dapat di jadikan sebagai perawatan pasca operasi onkologi pada masalah ginekologi.

3.2.4 Penerapan mengunyah permen karet pada pasien pasca operasi ginekologi di rumah sakit kanker Dharmais

Penerapan *evidence based nursing* dilakukan di layanan keperawatan onkologi di Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta. Proses penerapan ini melalui tahapan sebagai berikut:

1) Persiapan

Pada tahapan persiapan dimulai dengan penyusunan proposal EBN. Penyusunan proposal ini diawali dengan menentukan fenomena masalah yang di temukan selama praktek residensi, kemudian selanjutnya merumuskan masalah dengan menggunakan *PICO (Problem, Intervention, Comparison and Outcome)*. Langkah selanjutnya dilakukan studi pustaka dengan penelusuran jurnal dengan menggunakan kata kunci *postoperative, chewing gum, randomized*. Setelah mendapatkan beberapa jurnal terkait kemudian dipilih jurnal yang utama berdasarkan gold standar dari EBN dan kemudian setelah itu dilakukan telaah terhadap jurnal tersebut. Setelah melewati tahapan tersebut dilakukan konsultasi proposal EBN ke pembimbing klinik dan pembimbing akademik untuk mendapatkan masukan dan saran. Kemudian setelah disetujui oleh pembimbing, tahapan selanjutnya adalah melakukan sosialisasi atau presentasi kepada pihak RS yang dilakukan pada hari kamis tanggal 19 Maret 2015. Setelah di lakukan presentasi dan melakukan perbaikan sesuai masukan pada saat presentasi, proposal yang sudah direvisi telah dikumpulkan di bidang keperawatan pada tanggal 6 April 2015. Setelah itu mempersiapkan untuk pelaksanaan dengan melengkapi persiapan yang diperlukan : lembar informasi, *informed concent* dan lembar observasi EBN serta permen karet yang akan diberikan yaitu permen karet *xylitol* rasa mint.

2) Pelaksanaan

Pelaksanaan EBN dilakukan di ruang HCU, Tulip, Teratai dan Cempaka yang dilaksanakan pada tanggal 20 April sampai dengan 27 Mei 2015. Jumlah responden pada penerapan ini yaitu sebanyak 10 responden yang dibagi menjadi 2 kelompok, yaitu kelompok intervensi (mengunyah permen karet) dan kelompok kontrol. Responden dipilih sesuai dengan kriteria inklusi yang telah ditetapkan yaitu pasien dengan rencana operasi staging kanker ginekologi kanker endometrium, kanker leher rahim dan kanker ovarium, retroperitoneal limfadenektomi sampai ke bagian vena ginjal kiri. Sebelum intervensi dimulai, penulis terlebih dahulu menjelaskan tujuan, manfaat dan prosedur dari kegiatan yang akan dilakukan. Apabila responden setuju maka penulis akan memberikan *informed consent* kepada responden. Sebelum dilakukan intervensi pemberian permen karet, akan dilakukan dokumentasi jam terakhir pasien di operasi serta dilakukan pengkajian bunyi bising usus terlebih dahulu, dimana dilakukan auskultasi bunyi bising usus pada empat kuadrat selama satu menit penuh. Kemudian responden dilakukan intervensi dengan meminta pasien untuk mengunyah permen karet selama 30 menit tiap 3 jam dan auskultasi dilakukan setiap 4 jam sekali. Pengukuran bising usus, flatus, waktu defakasi dan pemberian permen karet di catat pada lembar observasi yang telah disediakan.

Hambatan dan solusi selama pelaksanaan.

1. Intervensi dilakukan sesuai dengan kriteria inklusi yang ditetapkan yaitu pada pagi hari pertama NGT sudah harus dibuka. sedangkan di ruangan pasien masih terpasang NGT sampai menunggu dokter visite baru NGT di buka. Sehingga pemberian di lakukan setelah NGT dibuka. Solusi: sosialisasi ke kepala ruangan dan perawat tentang tujuan, manfaat dan prosedur serta menyerahkan pelaksanaan di ruangan, serta persiapan pemberian intervensi dilakukan setelah NGT dibuka.
2. Pasien pasca operasi biasanya di rawat di ruangan HCU. Pasien awalnya di intervensi di HCU dan dilanjutkan ke ruangan tempat pasien dirawat, sehingga keberlanjutan dari intervensi dapat dilakukan sesuai dengan waktu yang telah

di tetapkan serta observasi yang dilakukan. Solusi: untuk tindakan EBN dilakukan oleh penulis sendiri sehingga perlu untuk overan dengan perawat ruangan tentang tindakan yang sedang dilakukan.

3. Waktu pemberian dilakukan 3 kali sehari tiap 3 jam sehari, sedangkan untuk observasi bising usus, dan flatus di obsevasi setiap 4 jam sekali, untuk waktu observasi dicatat pada lembaran yang disediakan. Sesuai dengan jadwal shift penulis mengikuti sampai jam 16.00 dan setelah itu di ikut sertakan perawat ruangan yang bertanggung jawab di ruangan tersebut. Solusi: overan dengan perawat ruangan untuk mendokumentasikan waktu/ jam pertama jam pasien flatus dan BAB serta keluhan lainnya.
4. Pasien belum terpapar tentang intervensi mengunyah permen karet yang dilakukan. Solusi: sebelum dilakukan intervensi dan dijelaskan pada pasien serta memantau pasien selama mengunyah permen karet, serta dapat melibatkan keluarga untuk pemantauan.

3.2.4.3 Evaluasi

Evaluasi untuk pengukuran bising usus, waktu flatus dan defekasi dihitung dengan akumulasi lamanya dari jam waktu selesai operasi sampai dengan waktu pemulihan motilitas usus. Untuk perbandingan dari evaluasi pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol dapat dilihat pada tabel dibawah ini:

Tabel 3.1 Hasil intervensi *evidence based nursing practice* pemulihan bising usus dengan mengunyah permen karet.

No	Pemulihan motilitas usus	Kelompok Intervensi	Rata-rata dengan CI 95%	Kelompok kontrol	Rata-rata dengan CI 95%
1	Bising usus	20,4 jam	17,16 jam - 23,64 jam	27,6 jam	24,8 jam - 30,32 jam
2	Flatus	29,4 jam	25,32 jam - 33,48 jam	39,8 jam	37,9 jam - 41,64 jam
3	Waktu defekasi	55,2 jam	52,37 jam -58 jam	69 jam	62,29 jam -76,51 jam

Dari tabel diatas dapat dilihat bahwa terdapat perbedaan rata-rata pemulihan motilitas usus pada kelompok intervensi dan kelompok kontrol. Pada kelompok yang diberikan permen karet didapatkan rata-rata pemulihan bising usus setelah dilakukan operasi yaitu 20,4 jam dengan rentang (17,16 jam sampai dengan 23,64 jam) sedangkan untuk jam flatus rata-rata pada kelompok intervensi yaitu 29,4 jam dengan rentang (25,32 jam sampai dengan 33,48 jam) dan waktu buang air besar dengan rata-rata 55,2 jam (52,37 jam sampai dengan 58 jam). Sedangkan pada kelompok kontrol didapatkan rata-rata pemulihan bising usus yaitu 27,6 jam dengan rentang (24,8jam sampai dengan 30,32 jam) dan flatus rata-rata 39,8 jam dengan rentang 37,9 sampai dengan 41,64 jam dan waktu defekasi dengan rata-rata 69 jam dengan rentang (62,29 sampai dengan 76,51 jam). Sedangkan dari hasil analisis statistik dengan menggunakan analisa nonparametrik yaitu dengan menggunakan *Wilcoxon test* dengan terdapat perbedaan nilai bising usus signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol yaitu dengan nilai $p=0,041$, terdapat perbedaan nilai flatus antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang signifikan yaitu dengan nilai $p=0,042$ dan waktu defekasi terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p=0,042$. Selain hal tersebut evaluasi dari pasien juga merasa nyaman dengan mengunyah permen karet, terasa segar setelah seharian dipuasakan.

Berdasarkan hasil pelaksanaan EBN didapatkan data pada kedua kelompok baik kelompok kontrol maupun intervensi, lebih cepat pemulihan motilitas usus yaitu bising usus, flatus serta waktu defekasi pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa intervensi mengunyah permen karet dapat meningkatkan pemulihan usus post operasi yang terdiri dari pemulihan segera dari bising usus, flatus serta waktu defekasi serta meningkatkan kenyamanan pada pasien post operasi ginekologi.

3.3 Proyek Inovasi Pelatihan Pengkajian ESAS dan treatment

Proyek inovasi pelatihan pengkajian ESAS treatment (*Edmontom Symptom Assessment System*) dan merupakan kompetensi yang dilakukan secara kelompok,

adapun anggota pada proyek inovasi ini adalah Ayuro Cumayunaro, Sara Tania A, Agis Taufik, Retno Dyah W dan Iik Lolita sebagai innovator. Pelaksanaan kegiatan inovasi dilakukan pada semua rawat inap dan rawat singkat yang melibatkan *primary Nurse* pada ruangan rawat inap dan rawat singkat di rumah sakit kanker Dharmais Jakarta.

3.3.1 Analisa situasi

Perawat sebagai ujung tombak dalam pemberi pelayanan keperawatan di rumah sakit, tuntutan profesional dalam berkerja tidak terlepas dari informasi yang terkait dengan pasien. Sebagaimana informasi tentang kondisi pasien yang harus terintegrasi dalam asuhan keperawatan, dalam ICN (*International Nurse Council*) bahwa perkembangan pelayanan perawatan mendorong suatu inovasi untuk perubahan (Shcober & Affara, 2009). Menurut Wilkinson (2007), bahwa keperawatan itu merupakan suatu proses. Proses keperawatan terdiri dari beberapa tahapan, meliputi: pengkajian, diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Proses keperawatan sebagai kerangka kerja atau kerangka berfikir oleh seorang perawat harus dipahami dan diaplikasikan pada saat merawat pasien. seperti halnya proses keperawatan dimulai dari pengkajian yang baik dan secara kontinu. Pengkajian merupakan awal dari proses keperawatan yang bertujuan untuk mengumpulkan data dari pasien baik secara objektif maupun secara subjektif sehingga data tersebut dapat diidentifikasi menjadi masalah yang dialami oleh pasien. Pengkajian ESAS ini dapat dilakukan oleh individu tersebut secara mandiri dengan memberikan ceklist pada kertas atau alat yang tersedia dan dapat juga dengan bantuan dari keluarga ataupun perawat.

Pasien kanker yang datang ke pelayanan keperawatan dengan berbagai keluhan juga tidak terlepas dari pengkajian. Pengkajian yang komprehensif dan terarah dilakukan sehingga masalah yang ada pada pasien dapat diatasi. Salah satu pendekatan pengkajian pasien kanker yang di kenal oleh Bruera, Kuehn, Miller, Selmsen, dan MacMillan tahun pada 1991 yaitu ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dalam bentuk visual analog scale yang awalnya menilai sembilan item, kemudian penilaian atau pengkajian ini berkembang menjadi

sepuluh item yang mencakup skala visual numeric 0-10. Gejala tersebut meliputi: sesak napas, nyeri, aktivitas, mual, depresi, kecemasan, mengantuk, nafsu makan, dan kesejahteraan. Ada tambahan gejala ke-10 yang ditambahkan sendiri oleh pasien (Bruera & Pereira, 1991). Dengan adanya pengkajian dan penilaian gejala dapat dikontrol dan di evaluasi sehingga diharapkan optimalisasi dalam pemeliharaan kualitas hidup.

Inovasi yang kelompok lakukan berlandaskan dari belum maksimalnya pengkajian ESAS dilakukan di ruangan, sedangkan pengenalan ESAS sudah dilakukan dua tahun yang lalu dan pengkajian ESAS juga sudah disosialisasikan satu tahun tahun oleh mahasiswa residensi peminatan onkologi kelompok sebelumnya. Dari hasil pengkajian yang dilakukan pada awal sebelum diadakan pelatihan di dapatkan data tidak cukup terpapar perawat ruangan dalam melakukan pengkajian ESAS serta setelah dilakukan pengkajian yang lebih perawat hanya sebatas melakukan pengkajian tidak dilanjutkan dengan intervensi keperawatan yang dapat dilakukan untuk mengurangi gejala yang muncul. Oleh sebab itu perlu diadakan pelatihan dan bagaimana treatment yang dapat dilakukan dengan pendekatan pengkajian ESAS yang digunakan. Pelatihan ini melibatkan masing-masing *Primary Nurse* di ruangan, di harapkan dengan keterlibatan PN tersebut dapat menjadi ujung tombak dalam proses keperawatan umumnya dan pengkajian serta treatment ESAS khususnya.

Dalam melaksanakan proyek inovasi ini, perlu melakukan analisis terhadap situasi sesuai dengan hal diatas. Berkaitan dengan situasi dan fenomena yang dihadapi pasien kanker secara umum dan selama menjalani perawatan, serta sumber daya rumah sakit khususnya dalam pemberian pelayanan keperawatan untuk mengatasi masalah yang dikeluhkan pasien. adapun analisis situasi dengan menggunakan pendekatan analisis SWOT.

1. *Streght* (kekuataan)

Kekuatan yang dimiliki oleh Rumah sakit kanker Dharmais dalam pengkajian ESAS dan treatment antara lain rumah sakit kanker Dharmais merupakan rumah sakit pusat nasional yang menjadi pusat rujukan untuk pengobatan kanker dari

seluruh Indonesia, Fasilitas dan sumber daya manusia yang memadai. Kualifikasi dari pendidikan perawat minimal DIII keperawatan dan Ners serta telah mengikuti pelatihan dasar sebagai perawat onkologi. Terbukanya kesempatan untuk melanjutkan pendidikan perawat sesuai dengan jalur jenjang karir perawat. Adanya sistem evaluasi jenjang perawat karir I, II, III dan IV, dimana jenjang karir perawat ini memberi batasan dan kewenangan dalam menjalankan tugas sehari-hari. Adanya dukungan dari semua perawat, kepala ruangan dan manajemen penentu kebijakan dalam penegmebanan asuhan keperawatan yang berkualitas dan bermutu. Usia perawat di ruangan rata-rata masih muda dan produktif, bersemangat dan ilmu baru. Sudah adanya pengenalan pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assesment Scale*) oleh kelompok residensi 2 tahun yang lalu dan sudah adanya penerapan pengkajian ESAS beserta algoritmanya oleh mahasiswa residensi 1 tahun yang lalu. Sudah pernah tepapar dengan pengkajian ESAS dalam pengkajian keperawatan terutama dalam pengkajian kemoterapi.

2. *Weakness* (kelemahan)

Kelemahan yang dimiliki rumah sakit kanker Dharmais beban kerja perawat di ruangan yang cukup tinggi, tingkat ketergantungan pasien kebanyakan tingkat ketergantungan parsial dan total dan pasien yang datang berobat ke Dharmais dengan permasalahan yang kompleks dengan stadium yang sudah lanjut. Sistem dokumentasi yang banyak, banyaknya format-format pengkajian yang dituntut untuk memenuhi standar sesuai JCI (*joint commission international*), sehingga perlu waktu dan tenaga dalam melengkapi format tersebut, sehingga waktu perawat untuk pengkajian serta memberikan treatment jadi berkurang. Belum tersosialisasikan secara luas pengkajian ESAS yang sudah dilakukan 2 tahun sebelumnya. Belum terpapar secara umum tentang ESAS dan algoritma yang sudah disosialisasikan 1 tahun yang lalu. Belum adanya dilakukan pelatihan dari perwakilan ruangan untuk pengkajian ESAS dan algoritme.

3. *Opportunity* (peluang)

Peluang yang ada di rumah sakit kanker Dharmais merupakan rumah sakit dengan standar akreditasi saat ini terus melakukan pembenahan untuk mempersiapkan akreditasi rumah sakit yaitu JCI. Rumah sakit kanker Dharmais merupakan rumah sakit pusat pendidikan dan pelatihan kanker nasional yang memberikan kesempatan untuk melakukan pengembangan keperawatan onkologi melalui pelatihan yang berkelanjutan dan penelitian-penelitian yang terkait dengan kanker. Adanya program inovasi dari mahasiswa praktek residensi di rumah sakit kanker Dharmais sehingga memberikan kesempatan untuk dilakukan sharing ilmu khususnya dalam keperawatan onkologi.

4. *Threat* (ancaman)

Tuntutan terhadap pelayanan yang bermutu, berkualitas dan profesional yang dapat bersaing di era global. Berdirinya rumah sakit yang menyediakan pelayanan untuk pasien kanker mulai muncul akibat kebutuhan akan pelayan khusus kanker yang diperlukan masyarakat. Kelengkapan pengkajian keperawatan merupakan salah satu elemen penting yang harus dilengkapi dalam standar JCI.

Berdasarkan hasil analisa situasi berdasarkan pendekatan SWOT, maka dapat diambil kesimpulan bahwa inovasi pelatihan pengkajian ESAS beserta treatment dapat dilakukan dan format yang sudah tersedia di rumah sakit dapat dijadikan sebagai format pengkajian yang diisi dan setelah dilakukan pengisian dilakukan intervensi sesuai dengan algoritma penatalaksanaan masing-masing gejala.

3.3.2 Tahapan pelaksanaan proyek inovasi

Kegiatan inovasi ini dilakukan pada bulan April 2015, kegiatan dalam tahapan inovasi ini meliputi tahap persiapan, pelaksanaan dan evaluasi. Rangkaian kegiatan secara umum dimulai dengan mengidentifikasi permasalahan yang ada di ruangan perawatan, menentukan kegiatan inovasi yang akan dilakukan, menyusun proyek inovasi, melakukan konsultasi dengan pembimbing akademik

dan pembimbing klinik serta dilakukan presentasi dan sosialisasi di bidang keperawatan.

3.3.2.1. Persiapan

Tahap pertama dalam inovasi ini adalah melakukan analisis kebutuhan ruangan yang akan dilakukan inovasi sesuai dengan analisa SWOT. Selanjutnya persiapannya melakukan identifikasi jenis kebutuhan yang ada di unit perawatan RSKD. Setelah itu kelompok residensi melaporkan dan mendiskusikan identifikasi masalah tersebut serta konsultasi dengan bidang keperawatan dan pembimbing klinik serta pembimbing akademik untuk merumuskan inovasi yang akan dilakukan. Setelah menerima masukan tentang proyek inovasi yang dikembangkan, kelompok menyusun proposal. Inovasi yang disetujui untuk dilaksanakan yaitu tentang pelatihan pengkajian ESAS dan treatment pada perawat di rumah sakit kanker Dharmais. Setelah mendapat persetujuan kelompok residensi melakukan sosialisasi dengan mempresentasikan proposal yang dilakukan pada tanggal 14 April 2015 dihadiri oleh bidang keperawatan, pembimbing klinik dan pembimbing akademik serta kepala ruangan dari 10 ruangan rawat inap serta rawat singkat. Materi sosialisasi yang diberikan meliputi analisa proyek inovasi, tujuan dilakukan inovasi dan cara menggunakan format pengkajian ESAS, manfaat pelatihan pengkajian ESAS dan treatment, format pengkajian ESAS terpadu dengan pengkajian rawat inap dan jadwal pelaksanaan proyek inovasi. Setelah sosialisasi, kritikan dan saran saran yang diberikan maka dilakukan perbaikan proposal dan dilanjutkan dengan pelaksanaan inovasi sesuai proposal tersebut.

3.3.2.2 Pelaksanaan

Dalam pelaksanaan inovasi, awalnya dengan menentukan perawat yang akan menjadi peserta pelatihan yang berjumlah 14 orang dari masing-masing ruangan rawat inap dan rawat singkat dengan kriteria perawat yang diikuti sertakan yaitu *primary nurse*. Penentuan peserta pelatihan ini ditentukan oleh kepala ruangan masing-masing 1 orang kecuali ruang teratai dan cempaka perwakilannya 2 orang

karena pertimbangan ruang cempaka dan teratai dengan jumlah pasien terbanyak dibandingkan ruangan lain. Setelah nama-nama PN dikirim oleh kepala ruangan, dilakukan terlebih dahulu pre test atau pengukuran awal dalam mengkaji dengan format ESAS dan bagaimana treatmentnya. Dari rata-rata pengukuran awal didapatkan rata-rata tingkat kemampuan perawat dalam mengkaji dengan format ESAS dan treatment dengan menggunakan *coverage score* rata-rata didapatkan nilai rata-rata sebesar 14,71. Hal ini menunjukkan bahwa tingkat kemampuan mengkaji ESAS dan treatmentnya termasuk dalam kategori masih kurang. Setelah itu dilakukan pelatihan selama tiga hari berturut-turut pada tanggal 20 sampai dengan tanggal 22 April 2014 dimulai dari jam 08.30-12.00. pelatihan dilakukan di ruang diklat. Dari jumlah peserta hadir 100% pada hari 1 dan ke-3 sedangkan pada hari ke-2 ada 1 peserta yang tidak hadir karena mengalami kecelakaan. Untuk nara sumber pada pelatihan ini dari pembimbing akademik dan mahasiswa residensi, metode pemberian materi di kelas oleh nara sumber serta praktek/ *role play*.

3.3.2.3 Evaluasi

Untuk evaluasi pada pelatihan ini dilakukan 1 minggu setelah latihan yaitu pada minggu ke-4 April 2015 dengan menggunakan alat ukur yang sama dengan pengukuran awal, dilakukan pengukuran tingkat kemampuan perawat dalam mengkaji dan memberikan treatment berdasarkan pengkajian ESAS. Evaluasi dimulai dari hari senin tanggal 27 April sampai dengan tanggal 6 Mei 2015. Evaluasi dilakukan dengan cara menyepakati kontrak waktu dengan mahasiswa residensi sebagai penilai yang disesuaikan dengan jadwal dinas perawat yang ikut pelatihan. Pengukuran dilakukan oleh mahasiswa dengan langsung melihat langsung dan melakukan langsung ke pasien mengkaji serta memberika treatment berdasarkan pengkajian ESAS. Setelah didapatkan nilai dari oservasi yang dilakukan, kemudian nilai post tes diukur dengan menggunakan *coverage score* sama halnya pada pengukuran awal. Pada evaluasi akhir ada satu perawat yang tidak bisa mengikuti evaluasi karena mengalami kecelakaan. Dari hasil rata-rata pengukuran setelah pelatihan di dapatkan nilai rata-rata yaitu 30,69. Nilai *coverage score* tersebut menunjukkan bahwa tingkat kemampuan mengkaji ESAS

dan treatmentnya termasuk dalam kategori baik. Kemudian untuk analisa selanjutnya yang bertujuan untuk melihat perbedaan antara pengetahuan perawat sebelum dan setelah dilakukan pelatihan maka dilakukan analisa statistik dengan menggunakan uji *Wilcoxon* didapatkan nilai $P < 0,005$, hal ini dapat disimpulkan terdapat perbedaan bermakna pengetahuan tentang pengkajian ESAS dan treatment antara sebelum dan sesudah dilakukan pelatihan pengkajian ESAS dan treatment pada perawat di rumah sakit kanker Dharmais Jakarta.



BAB 4

PEMBAHASAN

Pada bab 4 berisi tentang pembahasan kasus kelolaan dengan penerapan teori *peaceful end of life* pada asuhan keperawatan pasien dengan kanker servik, pembahasan hasil penerapan *evidence based nursing* serta pembahasan hasil proyek inovasi pelatihan pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dan treatment.

4.1 Analisis Kasus Kelolaan Utama

Kanker servik pada kasus ini dialami oleh Ny P yang berusia 48 tahun status marital menikah yang ke 4. Keluhan ini mulai dirasakan oleh pasien semenjak lebih kurang 1 tahun yang lalu. Penyebab langsung dari kanker servik tidak diketahui secara pasti, namun ada beberapa faktor risiko yang dapat berpengaruh terhadap kejadian kanker servik tersebut. Dari hasil anamnesa faktor risiko yang ada pasien dengan kanker servik adalah mempunyai riwayat menikah lebih dari 1 kali, atau pasien mempunyai riwayat menikah 4 kali. Salah satu faktor risiko kanker servik pada pasien yaitu mempunyai riwayat menikah lebih 1 kali. Kanker servik disebabkan oleh infeksi dari *human papilla virus* yang salah satu penularannya melalui hubungan seksual. Penelitian Ferrera (2000) yang meneliti tentang kofaktor yang berhubungan dengan HPV dan kanker servik invasif menyimpulkan bahwa peningkatan jumlah pasangan seksual akan meningkatkan risiko kejadian kanker servik, terjadi peningkatan empat kali dibandingkan dengan yang memiliki satu pasangan.

Selain itu faktor risiko pada pasien yaitu menikah pada usia muda yaitu pada usia 16 tahun. Faktor risiko usia yang dini dalam melakukan hubungan seksual berkaitan dengan kanker servik. Selain itu faktor predisposisi yang lain adalah pasien terpapar dengan lingkungan merokok dimana suami pasien perokok. Walaupun secara langsung pasien tidak merokok akan tetapi pasien terpapar dengan rokok atau perokok pasif, dan zat berbahaya yang terkandung di dalam rokok dapat menyebabkan kanker servik. Paparan asap rokok merupakan suatu

faktor resiko kanker servik dengan mekanisme penurunan respon imun terhadap *Human Pappiloma virus* (HPV), dan dapat merusak sel epitel servik. Hal ini didukung oleh penelitian Romli dan Sukarya tahun 2011 yang melihat hubungan antara perokok pasif dengan gambaran hasil pemeriksaan papsmear di Yayasan Kanker Indonesia yaitu sebanyak 2,08 kali hasil papsmear abnormal pada perokok pasif dengan nilai *relative risk* =1,125 dengan *P value* 0,0019 hal ini berarti perempuan perokok pasif beresiko sebesar 12,5% terhadap hasil papsmears abnormal. Dapat disimpulkan bahwa perokok pasif berkontribusi terhadap faktor resiko kanker servik.

Gejala awal yang dialami oleh pasien adalah terjadinya perdarahan tiba-tiba diantara jadwal menstruasi. Pasien kanker servik pada stadium awal biasanya asimtomatik, Salah satu tanda dan gejala yang biasa dikeluhkan yaitu perdarahan, perdarahan ini terjadi karena jaringan pada servik mengalami eksfoliasi atau sel-selnya rapuh (Desen, 2011). Pasien dibawa berobat ke pelayanan kesehatan setempat dan dilakukan pemeriksaan papsmear, tindakan awal untuk mengidentifikasi terjadinya kelainan atau infeksi pada leher rahim (*American Cancer Society*, 2015). Dari hasil pemeriksaan awal tersebut pasien dianjurkan untuk pemeriksaan dan pengobatan. Pengobatan yang sudah dilakukan oleh pasien pada pertengahan Juli 2014 adalah operasi pengangkatan rahim dan sekaligus dilakukan biopsi. Menurut Desen (2011) tindakan operasi merupakan terapi pilihan pertama dalam penatalaksanaan kanker servik, selain untuk mengangkat tumor juga sekaligus dapat dilakukan tindakan staging dari kanker yang merupakan pedoman dalam pemberian pengobatan selanjutnya. Tindakan operasi yang dilakukan adalah histerektomi radikal, tindakan histerektomi radikal biasanya dilakukan pada pasien dengan stadium awal yaitu pada stadium I-II.

Hasil pemeriksaan patalogi anatomi dengan kesan yaitu: *non keratinizing squamous cell carcinoma well differentiated cervix uteri*. Jenis patologik pada kanker servik menurut Desen (2011) terdiri dari dua jenis patologik utama yaitu sebanyak 90% jenis karsinoma sel skuamosa dan 5-7% adalah adenokarsinoma sedangkan gabungan karsinoma sel skuamosa dan adenokarsinoma sebanyak 2-5%. Jika dilihat dari derajat diferensiasi sel skuamosa servik uteri pada pasien

yaitu *non keratinizing squamous cell carcinoma well differentiated*, derajat diferensiasi ini berada pada grade 1. Hasil patologi anatomi akan menjadi landasan dalam tindakan yang akan dilakukan selanjutnya. Pasien belum dilakukan tindakan radiasi dan kemoterapi.

Pasien datang dengan keluhan benjolan pada bekas luka operasi dan keluhan BAK sedikit. Dari hasil MSCT abdomen diperoleh kesan: massa residif pada punctum serviks dengan perlekatan ke posterior ke buli-buli dan anterior rectosigmoid. Massa residif pada area sikatrik dinding abdomen, asites, limfadenopati aortacaval, para iliaka kanan dan kiri, hidronefrosis kanan kiri, tidak tampak kelainan pada organ intraabdominal pelvik lainnya. Dari hasil pemeriksaan tersebut menandakan pasien mengalami status kambuh. Status kambuh pada pasien kanker dapat terjadi setelah pengobatan atau pun tanpa pengobatan. Kanker servik yang kambuh setelah dilakukan tindakan radikal histerektomi merupakan keadaan dengan prognosis yang kurang baik (Piura, Rabinovich & Friger, 2007). Keadaan pada status kambuh biasanya dengan keadaan infiltrasi kanker pada tempat diluar dari posisi pertama kanker (*American Cancer Society*, 2015).

Pertimbangan manajemen yang dapat dilakukan pada pasien dengan status kambuh menurut Peiretti et al. (2012) yang melakukan literatur review terhadap beberapa penelitian bahwa manajemen yang dapat dilakukan pada status kambuh yaitu tindakan operasi, radiasi, kemoterapi dan kombinasi dengan mempertimbangkan jenis terapi, angka kesembuhan, gejala yang dikeluhkan, dan sejauhmana manfaat pengobatan yang diberikan. Sejalan dengan penelitian tersebut penelitian Thanagumtor tahun 2012 mengatakan bahwa kelangsungan hidup pada kasus kambuh pasien kanker servik yang dilakukan tindakan pembedahan yang buruk dengan cara pemberian terapi radiasi sebagai pengobatan awal setelah kondisi kambuh merupakan pilihan yang baik bagi pasien. Selain itu tindakan pada pasien stadium lanjut dengan status kambuh pada lokasi tumor primer dapat dilakukan tindakan pembersihan hingga pelvis dengan perkiraan angka kelangsungan hidup sebanyak 40% (Chiantera et al., 2014) hal ini juga di dukung oleh American Cancer Society (2015) dan Anderson (2005) *five years*

survival rate pasien kanker servik dengan kondisi stadium IIIB mempunyai perkiraan yaitu sebesar 32%.

Pasien Ny. P sebelumnya belum menjalani pengobatan radioterapi dan kemoterapi dan keluhan pada saat dirawat muncul bentuk tumor yang baru dan kemungkinan sudah terjadi metastasis sel kanker pada organ disekitar yang ditandai dengan penurunan output BAK dan terjadinya benjolan pada daerah perut bekas operasi serta terjadi perdarahan melalui vagina. Kondisi dengan status kambuh ini biasanya lebih kearah prognosis yang kurang bagus (Qiu et al., 2012). Pasien dengan kondisi status kambuh dan dengan arah prognosis yang buruk, target perawatan adalah *palliative care*, dimana pasien difasilitasi untuk kualitas hidup yang baik dan melibatkan anggota keluarga dalam proses asuhan keperawatan sesuai dengan tujuan dari *peaceful end of life* (Aligood, 2010).

WHO (*World Health Organization*) menetapkan perawatan paliatif sebagai perawatan total yang diberikan pada pasien yang tidak berespon terhadap pengobatan kuratif. Kontrol nyeri, dan gejala lain serta masalah psikologis, sosial dan spiritual merupakan bagian dari perawatan paliatif. Tujuan perawatan paliatif yaitu pencapaian kualitas hidup baik bagi pasien maupun keluarga. Defenisi lain dari perawatan paliatif adalah perawatan khusus untuk pasien dengan penyakit serius, perawatan difokuskan pada gejala yang timbul, nyeri dan stress.

Paliatif merupakan perawatan dengan konsep meninggal dalam keadaan baik, tenang dan damai bebas dari penderitaan yang dirasakan pasien dan keluarga. Penelitian yang dilakukan tentang perawatan onkologi biasa dengan perawatan paliatif dimana intervensi perawatan yang berfokus pada keluhan fisik, psikososial dan perawatan terkoordinasi dari pelayanan kesehatan, kualitas hidup lebih baik dan merasa senang walaupun tidak mengurangi hari rawat (Bakitas, Lyons, Hegel, Balan, brokaw, Seville & Ahles, 2009). Sejalan dengan penelitian tersebut penelitian yang dilakukan oleh Walton, Reeve, Brown & Farquhar (2009) penelitian yang dilakukan di New Zealand yaitu tentang kebutuhan dan pengalaman pasien kanker ginekologi dalam pelayanan kesehatan, menyatakan bahwa kebutuhan dan pengalaman pasien kanker ginekologi memerlukan dukungan kesehatan, perawatan komprehensif, pendekatan dengan fokus pada

pasien dalam perawatan kanker dengan diagnosa dan pengobatan serta pemulihan jangka panjang. Penelitian yang dilakukan Kajiya et al. 2014 yaitu tentang hubungan pasien berada pada tahap akhir dengan kelangsungan hidup setelah pengobatan kanker ginekologi didapat hipotesa secara umum yaitu lingkungan pada tahap akhir kehidupan mendukung faktor kelangsungan hidup setelah pengobatan kanker.

Banyak pasien dan keluarga yang terbebani dengan penyakit kronis dan keadaan terminal, dukungan terbaik dalam kualitas hidup menjadi salah satu pertimbangan dalam keperawatan (Lorenz, 2008). Dalam teori *peaceful end of life* bahwa pasien dengan kondisi paliatif pencapaian yang harus diberikan sesuai dengan lima aspek dalam teori tersebut yaitu bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihormati dan dihargai, damai dan perasaan dekat dengan seseorang yang bermakna. Pengkajian yang dilakukan dengan menggunakan teori pendekatan *peaceful end of life*, maka teridentifikasi beberapa masalah keperawatan yang muncul pada pasien Ny P sebagaimana sudah tergambar di bab 3, yaitu (1) Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer, (2) Nyeri kronis, (3) Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, (4) Distress spiritual dan (5) Risiko infeksi. Masalah-masalah tersebut teridentifikasi sering muncul pada fase lanjut dari kanker serviks. Dilihat dari gejala yang dikeluhkan oleh Ny P terlihat gejala yang saling berkaitan antara satu gejala dengan yang lainnya. Diantaranya dari ketidakefektifan perfusi jaringan perifer dapat berdampak pada rasa nyeri, rasa nyeri dapat mempengaruhi nafsu makan, dari ketidakefektifan perfusi jaringan perifer akibat perdarahan melalui vagina yang tidak berhenti dapat menimbulkan distress spiritual dan juga beresiko untuk terjadi infeksi, hal tersebut juga bisa mempengaruhi masalah sebaliknya, nutrisi yang kurang juga dapat berakibat pada pertahanan tubuh dan pada perfusi jaringan.

4.1.1 Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

Masalah utama pada Ny P adalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah penurunan sirkulasi darah ke perifer yang dapat mengganggu kesehatan. Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer

dapat terjadi akibat berbagai defisiensi zat gizi, kondisi kehilangan darah yang kronik, defek atau destruksi sel darah merah patologik, maupun akibat pengaruh penyakit menahun dan kanker, keadaan kekurangan oksigen dapat dikaitkan dengan ketidakseimbangan antara suplai oksigen dan konsumsi. Hipoksia tersebut dikarakteristik pada perkembangan dari sel-sel tumor dan juga efek dari pengobatan yang dilakukan (Dachs & Tozer, 2000; Vaupel et al., 2001 dalam Dewhirst, Stamler, McMahon, & Sonveaux tahun 2013). Ketidakefektifan jaringan perifer terlihat pada hasil pemeriksaan laboratorium dengan nilai Hb: 6,1 mg/dl dan hematokrit 16,8% dari pemeriksaan kulit teraba dingin dan warna kulit terlihat pucat, serta keluhan pasien yang mengatakan kaki terasa kesemutan. Dari tanda dan gejala turgor kulit dan kulit terlihat pucat serta kaki terasa kesemutan akibat suplai oksigen ke jaringan menurun dikarenakan volume darah dalam tubuh menurun. Wilkinson (2007), salah satu tanda perubahan perfusi ke jaringan kapiler berupa adanya perubahan sensasi seperti kulit lembab dan pucat.

Aktivitas keperawatan pada Ny P untuk masalah ketidakefektifan perfusi jaringan perifer adalah dengan pemantauan sirkulasi secara keseluruhan dengan memeriksa denyut nadi perifer, edema, pengisian kapiler, warna dan suhu ekstremitas. Pemeriksaan warna kulit, suhu dan denyut nadi perifer ada merupakan tindakan yang dilakukan untuk menilai kurangnya oksigen ke jaringan perifer. Jaringan perifer sangat sensitif terhadap perubahan perfusi, pemantauan sirkulasi perfusi perifer dapat dijadikan sebagai tanda awal hipoperfusi jaringan (Van Genderen, Van Bommel & Lima, 2012; Lima & Bakker, 2005; Lima, Beelen & Bakker, 2002).

Selain aktivitas keperawatan tersebut aktivitas keperawatan lain yang dapat dilakukan untuk mengatasi masalah ketidakefektifan jaringan perifer adalah dengan tidak menyilangkan dan meninggikan kaki karena akan menyebabkan vena statis aliran darah atau sirkulasi di dalam pembuluh darah. Posisi tungkai yang di tinggikan berdampak pada peningkatan tekanan intramuscular dan tekanan perfusi di kaki. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Kawasaki et al. (2013) tentang pengaruh posisi tungkai bawah yang berbeda terhadap perfusi jaringan mengatakan bahwa posisi kaki menggantung dalam waktu yang lama akan

menyebabkan penurunan aliran balik vena dan juga dapat berdampak edema. Memberikan dukungan pada pasien dan keluarga dalam partisipasi untuk mengenali tanda-tanda dan gejala pada perubahan warna kulit (Wilkinson, 2007). Perubahan warna kulit dan perubahan sensasi merupakan indikasi terjadinya penurunan perfusi ke jaringan (Lima & Bakker, 2005). Pemberian transfusi juga dilakukan sebanyak 2 kantong dengan jumlah volum 430 cc pada tanggal 25 Maret 2015. Pemberian transfusi meningkatkan ketersediaan oksigen di tingkat sirkulasi mikro. Kondisi anemia pada pasien penyakit kronis dikaitkan dengan rendahnya hemoglobin dalam darah sehingga suplai oksigenisasi jaringan tidak terpenuhi. Hasil penelitian transfusi sel darah merah berhasil dalam meningkatkan status oksigen (Yuruk et al. 2012) sirkulasi darah yang beredar ke sel terdiri dari oksigen, nutrisi, hormon dan produk sisa yang beredar dalam darah dan parenkim sel. Aliran darah yang mencukupi dalam kapiler merupakan syarat perfusi dari fungsional organ (Corstian et al., 2008). Perfusi jaringan perifer yang adekuat akan memberikan nutrisi yang baik pada sel.

Kondisi ketidakefektifan jaringan perifer dalam teori *peaceful end of life* akan berpengaruh pada rasa nyaman pasien dan mempengaruhi kualitas hidupnya. Peran perawat pada rasa nyaman adalah mencegah, memonitoring dan membebaskan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi untuk beristirahat dan relaksasi serta mencegah komplikasi yang mungkin terjadi yang akan menyebabkan ketidaknyamanan pasien. Intervensi yang diberikan adalah untuk memaksimalkan perfusi jaringan perifer. Dengan manajemen perifer diharapkan kebutuhan akan rasa nyaman dapat ditingkatkan pada kondisi paliatif.

Setelah menjalani perawatan selama 7 hari, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer berada pada *rating outcome* pada level 3 yaitu cukup adekuat dengan dibuktikan oleh ekstremitas terasa hangat, kulit tampak tidak terlalu pucat, tekanan darah 120/80mmHg, nadi 86 kali permenit, suhu 36,5°C dan pernafasan 20 kali/menit, rasa kesemutan pada ekstremitas sudah berkurang, tidak demam, kesadaran kompos mentis, perdarahan melalui vagina masih ada dengan jumlah sekitar 30 cc/hari. Pemeriksaan laboratorium terakhir pada tanggal 24 Maret 2015 setelah transfusi dengan nilai hemoglobin 8,6 gr/dl dan hematokrit 19,8%.

Rencana atau *planning* pada pasien Ny P adalah dengan pemantauan, menganjurkan istirahat dan intake nutrisi seimbang.

4.1.2 Nyeri kronis

Nyeri kronis merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan, timbul dikarenakan adanya kerusakan jaringan baik secara aktual ataupun potensial, awitan yang tiba-tiba atau lambat, dengan karakteristik intensitas dikategorikan ringan hingga berat secara konstan atau berulang tanpa akhir yang dapat diantisipasi atau diprediksi dan berlangsung lebih dari 6 bulan (Herdman, 2012). Dari hasil pengkajian, keluhan pasien Ny. P adalah keluhan nyeri kronis, nyeri terasa pada perut bagian bawah di daerah tumbuhnya benjolan pada bekas operasi. Nyeri tersebut sudah dikeluhkan semenjak beberapa bulan setelah operasi, awalnya nyeri tidak terlalu terasa akan tetapi akhir-akhir ini nyeri terasa berat dengan nilai ESAS 5-6 (nyeri sedang).

Keluhan nyeri pada pasien kanker merupakan keluhan yang paling umum, sekitar 50% pasien yang menjalani pengobatan mengeluhkan nyeri dan lebih dari 70% keluhan nyeri pada akhir kehidupan (McMenamin 2010 dalam Yarbrow, 2011). Nyeri pada pasien kanker disebabkan oleh kanker itu sendiri, kanker dapat menekan dan menginfiltrasi organ, syaraf, pembuluh darah dan jaringan disekitar. Keluhan nyeri yang dialami pasien dapat berdampak pada kualitas hidup pasien. Pengkajian nyeri secara komprehensif membantu perawat dalam memberikan penatalaksanaan dalam mengurangi keluhan nyeri yang dirasakan oleh pasien.

Menurut McMenamin tahun 2010 dalam Yarbrow tahun 2011 nyeri yang di keluhkan oleh pasien Ny P termasuk kedalam jenis nyeri *nociceptive pain*. *Nociceptive pain* terbagi dua yaitu nyeri viseral dan somatik, pada pasien nyeri yang dirasakan bersifat nyeri viseral dimana nyeri viseral merupakan aktivasi dari nosiseptor pada rongga abdomen atau rongga thorak, nyeri tersebut berasal penekanan, infiltrasi dan distensi visceral. Nyeri yang dialami oleh Ny. P adalah nyeri kronis. Nyeri merupakan salah satu keluhan yang banyak dikeluhkan oleh pasien kanker dan sangat mengganggu baik selama pengobatan maupun terkait

perkembangan penyakit, nyeri juga terkait fisik, psikis, sosial dan spiritual (Satija, Singh, Kashyap & Bhatnagar, 2014).

Aktivitas untuk mengatasi masalah nyeri kronik dapat diatasi dengan melakukan pengkajian fokus nyeri secara komprehensif, mengobservasi reaksi nonverbal dan ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, mengevaluasi pengalaman nyeri masa lampau, mengurangi faktor presipitasi, memilih penanganan nyeri baik dengan farmakologi maupun nonfarmakologi, mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi serta mengajarkan teknik nonfarmakologi nafas dalam dan pemberian farmakologi tramadol untuk mengatasi nyeri.

Aktivitas keperawatan melakukan pengkajian atau penilaian yang komprehensif untuk mengetahui nyeri merupakan langkah awal sebelum dilakukan intervensi sehingga dengan pengkajian yang komprehensif diharapkan menjadi landasan dalam manajemen nyeri dan efektif dalam pemilihan terapi baik dengan farmakologi maupun dengan nonfarmakologi (Rasjidi, 2010). Selain itu, pendekatan holistik yang meliputi penilaian tepat waktu, pengkajian nyeri, patofisiologi yang berkaitan dengan rasa nyeri tertentu, dan pemahaman tentang obat-obat yang digunakan untuk mengatasi nyeri dengan intervensi yang tepat waktu (Gupta et al., 2011).

Selain itu, aktivitas keperawatan yang dapat dilakukan untuk nyeri yang dialami oleh Ny P yaitu dengan mengobservasi reaksi nonverbal dari ketidaknyamanan, menggunakan teknik komunikasi terapeutik untuk mengetahui pengalaman nyeri pasien, nyeri masa lampau, mengurangi faktor pemicu nyeri, memilih dan melakukan penanganan nyeri baik itu dengan farmakologi maupun nonfarmakologi dalam bentuk latihan nafas dalam, dan distraksi dengan membaca dzikir, serta mengkaji tipe dan sumber nyeri untuk menentukan intervensi.

Tindakan nonfarmakologi pada pasien Ny P dapat juga diberikan untuk mengatasi masalah nyeri yang dialami oleh pasien. Salah satu bentuk tindakan keperawatan mandiri yang dapat diberikan yaitu dengan mengajarkan teknik nafas dalam. Teknik nafas dalam merupakan relaksasi pernafasan yang melibatkan otot-otot

pernafasan dengan tujuan mencapai keadaan rilek sehingga meningkatkan oksigenisasi keseluruhan tubuh, oksigenisasi yang cukup akan meningkatkan stimulasi parasimpatis sehingga nyeri yang dirasakan berkurang (Synder & Linqvist, 2009). Sejalan dengan hal tersebut penelitian yang dilakukan oleh Pathak, Mahal, Kohli dan Nimbran tahun 2013 mengatakan bahwa relaksasi yang dilakukan secara rutin dan berulang dapat mengatasi nyeri dan *fatigue* pada pasien kanker maupun pada pasien yang menjalani terapi. Selain dari teknik nafas dalam intervensi mandiri keperawatan yang dilakukan oleh pasien yaitu distraksi nyeri dengan dzikir dalam hati. Teknik distraksi ini termasuk kepada terapi kognitif dimana dengan mengalihkan fokus nyeri yang dikeluhkan sehingga respon tubuh terhadap nyeri dapat menjadi coping baik apabila mengalami nyeri (Fadlani & Harahap, 2013).

Penatalaksanaan nyeri secara tepat merupakan suatu hal yang penting dalam perawatan pasien kanker. Nyeri pada pasien kanker disebabkan oleh perkembangan tumor itu sendiri maupun yang berkaitan dengan pengobatan (McMenamin dalam Yarbrow, Wujick & Gobel, 2011). Penatalaksanaan nyeri kanker dengan merujuk pada penatalaksanaan nyeri kanker WHO yaitu untuk penatalaksanaan nyeri kategori sedang sampai berat dapat diberikan dalam bentuk kombinasi opiate dan non opiate. Kerja dari masing-masing tersebut berbeda, opiate merupakan analgetik sentral yang bekerja dengan menghambat transduksi syaraf di medulla spinalis, sementara itu analgetik non opiate terutama analgetik anti inflamasi non steroid berupa analgetik perifer dengan cara kerja menghambat aktivitas *cyclooxygenase* dalam pembentukan prostaglandin sehingga nosiseptor tidak teraktivasi (Lelo, Hidayat & Widyawati, 2004).

Pasien Ny P mendapatkan terapi farmakologi tramadol 3x100 mg. Tramadol merupakan golongan opioid analgetik kuat. Kandungannya *tramadol hydrochloride* yaitu dengan cara kerja pada reseptor opiat yang bekerja secara spesifik pada reseptor di sistem saraf pusat sehingga sensasi rasa nyeri dan respon yang dirasakan akan diblok. Selain tersebut tramadol juga menghambat neurotransmitter dari saraf aferen yang sangat sensitive terhadap rangsangan, dengan kerja tramadol maka impuls nyeri terhambat (Santoso, 2010).

Pada teori *peaceful end of life (PEOL)*, bebas dari nyeri merupakan aspek utama yang terdapat dalam rumusan teori. Nyeri sebagai indikator seseorang merasa nyaman, merasa damai, dan dapat mempertahankan martabatnya. Kondisi bebas dari nyeri pada pasien akan menunjukkan pasien memperoleh kualitas hidup yang baik sesuai dengan tujuan dari teori PEOL. Tindakan keperawatan pada aspek bebas rasa nyeri meliputi memonitor dan mengkaji nyeri secara komprehensif serta dapat berkolaborasi dalam pemberian analgetik maupun memberikan intervensi keperawatan dalam bentuk terapi nonfarmakologi yang dapat menurunkan nyeri pada pasien. Oleh karena itu upaya dalam menangani nyeri baik secara farmakologi dan nonfarmakologi sangat diperlukan (Tomey & Alligood, 2010).

Setelah dilakukan intervensi selama 1 minggu, evaluasi untuk diagnosa nyeri kronis dengan target *rating outcome* berada pada level 4 (sering) hal ini dibuktikan dengan nyeri pasien sudah berkurang dengan nilai ESAS 3 (ringan), pasien dapat menggunakan pengurangan nyeri dengan teknik nafas dalam dan distraksi dengan dzikir, pasien dan keluarga juga melaporkan kepada perawat apabila terjadi nyeri yang tidak tertahan, penggunaan terapi farmakologi masih dilakukan, keluarga dapat mendukung pasien untuk menggunakan teknik non farmakologi untuk mengurangi nyeri.

4.1.3 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh

Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh didefinisikan sebagai asupan nutrisi tidak cukup untuk memenuhi kebutuhan metabolik (Herdman, 2012). Masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh pada Ny. P yang ditandai dengan pasien tampak lemah dengan makan 3 kali sehari diet lunak namun hanya habis paling banyak 2- 3 sendok setiap kali makan, mual (ESAS 5), pasien tampak lemah, pasien mengatakan pusing. Terdapat luka benjolan pada bekas luka operasi di perut. Laboratorium hemoglobin 6,1 gr/dl, albumin 2,9 gr/dl, dan protein total 5,6 gr/dl. Status antropometri dengan berat badan 45 Kg dan tinggi badan 155 cm dengan nilai IMT =18,7 Kg/m², kategori

IMT termasuk kedalam kategori gizi sedang akan tetapi berada diambang batas bawah dan hasil laboratorium menunjukkan nilai abnormal.

Salah satu faktor penting yang menjadi perhatian pada pasien kanker adalah nutrisi. Hal ini sama seperti yang disampaikan oleh Eldridge 2004 dalam Hariani tahun 2007 bahwa kecukupan nutrisi merupakan hal penting pada penatalaksanaan pasien kanker dalam menjalani terapi, mencegah kekambuhan, dan masa pemulihan. Penyakit kanker merupakan penyakit metabolik, aktifitas dari sel-sel yang tidak terkendali perkembangannya berkompetisi dengan kebutuhan metabolisme tubuh, sehingga terjadi penurunan berat badan, nyeri dan penurunan nafsu makan (Rasjidi, 2010). Selain itu menurut Herdman (2011) penyebab lain yang dapat menyebabkan gangguan nutrisi pada penderita kanker yaitu adanya kondisi biologis, ekonomis dan ketidakmampuan dalam mengobservasi, mencerna dan menelan nutrisi serta adanya faktor psikologis pada diri pasien. Kecukupan nutrisi pada pasien kanker diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan energi dan protein, vitamin, mineral dan elektrolit. Kecukupan nutrisi dapat membantu pengontrolan gejala yang terkait terapi, menurunkan komplikasi serta menurunkan tingkat infeksi (Caro, Laviano & Pichard, 2007).

Aktivitas keperawatan yang dapat dilakukan sesuai dengan NIC manajemen nutrisi melakukan pengkajian kebutuhan secara lengkap dan tepat, mengkaji apakah ada alergi terhadap makanan, mengkaji makanan kesukaan, kolaborasi dengan ahli gizi tentang jumlah kalori dan jenis nutrisi yang dibutuhkan, memotivasi untuk intake protein, zat besi dan vit C, memonitor kadar albumin, hemoglobin dan hematokrit, memberikan makanan yang lunak dan lembut, memonitor intake dan kalori, memberikan informasi tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya, tentukan kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya serta mengontrol faktor lingkungan yang memicu terjadinya nausea.

Pengkajian kebutuhan gizi secara lengkap dan tepat dilakukan untuk mengidentifikasi masalah kebutuhan gizi terkait dengan penyakit kanker.

Pengkajian tersebut meliputi riwayat penyakit sebelumnya, jenis diet, pemeriksaan fisik, pengukuran antropometri serta nilai laboratorium. Pengkajian ini bertujuan untuk perencanaan intervensi gizi yang baik (Yarbro, Wujick & Gobel, 2011). Pengkajian kebutuhan gizi juga terkait dengan jumlah kalori yang dibutuhkan oleh pasien kanker. Menurut perhitungan kebutuhan metabolit basal dari Harris & Benedict dalam Rasjidi (2010) kebutuhan nutrisi pasien kanker seperti pada Ny P adalah $665 + (9,6 \times 45) + (1,8 \times 155) - (4,7 \times 48) = 1333,9$. BMR (*Basal Metabolic Requirement*) merupakan kebutuhan minimal yang dibutuhkan tubuh untuk menjalankan proses tubuh yang vital, jadi kebutuhan minimal Ny P adalah sebanyak 1334 kalori.

Ketidakseimbangan nutrisi pada Ny. P diantaranya diakibatkan oleh intake yang tidak adekuat, adanya keluhan mual, porsi yang disediakan habis 2-3 sendok makan dari porsi yang disediakan. Keluhan mual merupakan kehilangan keinginan untuk makan sehingga mengakibatkan kekurangan intake. Keluhan mual sering terjadi secara bersamaan dengan sejumlah gejala lain yang dapat memperburuk asupan makanan berkurang dan berkaitan dengan regulasi sistem saraf pusat yang mengatur asupan energy seperti penurunan stimulus pembauan, perubahan rasa, cepat kenyang dan mual. Keluhan mual ini hampir setengah pada pasien dengan kanker pada saat didiagnosis dan pada stadium lanjut (Yarbro, Wujick & Gobel, 2011). Tindakan keperawatan yang dianjurkan adalah dengan intake makanan secara bertahap dengan pemberian diit lunak porsi kecil tapi sering merupakan salah satu upaya untuk mencukupi kebutuhan nutrisi (Eldridge, 2004; Caro, Laviono & Pichard, 2007). Keluhan mual juga dapat diberikan dengan terapi farmakologi untuk mengurangi gejala yang muncul. Pasien Ny P mendapatkan terapi antiemetik yaitu metocloporamid, antiemetik ini bekerja dengan cara meningkatkan aktivitas otot-otot di saluran cerna sehingga terjadi pengosongan lambung lebih cepat ke arah usus sehingga mengurangi rasa mual yang ada.

Intake makanan yang tidak memenuhi akan berpengaruh terhadap kondisi gizi pasien. Nutrisi yang menjadi pertimbangan dalam pemenuhan kebutuhan nutrisi yaitu mencakup protein, lemak, vitamin, mineral. Defisiensi zat gizi tersebut

dapat terjadi pada pasien kanker karena efek langsung dari tumor, efek dari sitokin, proses inflamasi yang berlebihan, proses infeksi serta asupan yang tidak adekuat (Hariani, 2007). Oleh sebab itu memotivasi pasien untuk pilihan pemenuhan kebutuhan tersebut dianjurkan, sehingga diharapkan terpenuhi secara cukup zat gizi yang dibutuhkan.

Selain hal tersebut aktivitas keperawatan yang dapat dilakukan yaitu mengkaji informasi kebutuhan nutrisi dan bagaimana memenuhinya. Pemenuhan nutrisi pada pasien kanker tergantung pada status nutrisi, tipe dan lokasi tumor serta pemberian terapi nutrisi, strategi dukungan nutrisi tergantung dari masalah nutrisi serta derajat kekurangan nutrisi yang dialami. Dalam hal mencukupi nutrisi pada Ny P pemberian nutrisi melalui oral merupakan pilihan utama (Eldridge, 2004; Caro, Laviono & Pichard, 2007). Dengan tercapainya status gizi yang mencukupi akan mengurangi status gizi kurang, memperbaiki kondisi umum, serta meningkatkan kualitas hidup.

Penurunan asupan nutrisi dipandang dari teori *peacefull end of life* akan mempengaruhi pada rasa nyaman pasien dan akan mempengaruhi kualitas hidup. Menurut Caro, Laviono dan Pichard (2007) pemberian nutrisi dalam perawatan paliatif adalah mengendalikan gejala yang berhubungan dengan asupan makanan dan mencegah terjadinya penurunan nutrisi. Dengan terjaganya asupan nutrisi berarti dapat meningkat kualitas hidup pasien. Oleh sebab itu manajemen nutrisi menjadi bagian dari onkologi yang tidak terpisahkan karena berkontribusi dalam peningkatan kualitas hidup. Seperti halnya dengan teori *peaceful end of life* sebagai perawat tindakan yang dilakukan dalam menangani masalah ketidaknyamanan pada kecukupan gizi meliputi mencegah, memonitoring dan membebaskan ketidaknyamanan fisik, memfasilitasi untuk beristirahat dan relaksasi serta mencegah komplikasi yang mungkin terjadi (Tomey & Aligood, 2010).

Setelah dilakukan intervensi selama 1 minggu berada pada target *rating outcome* pada level 3 cukup adekuat pasien menunjukkan kemajuan untuk intake makanan dibuktikan dengan mual berkurang ESAS 1 dan intake makan dengan ESAS 5, porsi yang disediakan habis 2/3, serta pasien sudah makan makanan yang

bervariasi seperti buah sayur dan jus buah. Dukungan keluarga juga mendukung intake makanan, anak pasien menawarkan jenis jus yang bervariasi.

4.1.4 Distres spiritual

Distres spiritual merupakan gangguan kemampuan untuk mengalami dan mengintegrasikan makna dan tujuan hidup melalui adanya suatu hubungan dengan diri sendiri, orang lain, seni, musik, literatur, alam atau kekuatan yang lebih besar dari diri sendiri (Herdman, 2012). Pasien Ny P mengalami distress spiritual dengan karakteristik pada pengkajian *peacefull end of life* yaitu pada aspek damai dengan adanya perbedaan persepsi terhadap takdir yang diterima dan penolakan atas cobaan yang diterima-Nya. Seperti halnya yang diungkapkan oleh pasien segala sesuatu itu sudah merupakan jalan-Nya dari tuhan, “saya mencoba menjalani dan berusaha berobat semaksimal mungkin dan apapun hasilnya saya terima”. Akan tetapi pada waktu lain bertolak belakang, dimana pasien mengatakan pada perawat “kenapa saya menderita penyakit ini” sedangkan saya merasa diri saya adalah orang baik-baik. Pasien tidak melaksanakan shalat lima waktu selama dirawat, pasien hanya melakukan zikir terlihat dengan adanya tasbeih di tempat tidur pasien. Hal diatas sesuai dengan yang disampaikan oleh Wilkinson (2007) bahwa karakteristik distress spiritual ditandai dengan adanya ungkapan perhatian terhadap arti kehidupan atau sistem keyakinan, bertanya tentang arti penderitaan dan arti keberadaan diri, mengungkapkan keluhan terhadap hubungan dengan tuhan dan mengungkapkan konflik dalam diri tentang keyakinan.

Pentingnya suportif perawat dalam memberikan intervensi keperawatan dalam mengatasi masalah distress spiritual (McClain, Rosenfeld, & Breitbart, 2003). Pasien kanker yang menjalani perawatan paliatif, dengan berbagai masalah yang dikeluhkan termasuk masalah spiritual. Wawancara yang dilakukan pada 100 pasien kanker stadium lanjut menjalani perawatan paliatif menemukan sebagian besar (98%) mengeluhkan masalah spiritual dan religius, 44% merasakan masalah rohani dan rendahnya religius yang dirasakan (Delgado-Guay, Hui, Parson, Govan, De la, & Thorney, 2011). Berdasarkan konsep perawatan suportif yang berfokus pada keluhan rasa sakit dan gejala spiritual yang mencakup mencari

makna, harapan dan kegiatan spiritual menjadi perhatian dari tenaga kesehatan. Kegiatan spiritual mencakup dua komponen yaitu tentang keyakinan akan makna agama atau kesejahteraan spiritual dengan bentuk kegiatan spiritual yang terkait pada peran perawat dalam perawatan suportif (Breitbart, 2002).

Aktivitas keperawatan yang dilakukan pada Ny P untuk mengatasi masalah distress spiritual adalah dengan menentukan konsep ketuhanan pasien dengan mengobservasi dan mengamati buku-buku disekitar tempat tidur pasien, mengkaji sumber harapan dan kekuatan spiritual pasien, mengobservasi kegiatan ibadah pasien seperti berdoa ketika perawat memasuki ruangan atau sebelum makan dan tindakan, mengobservasi barang-barang yang berhubungan dengan keagamaan, menjelaskan pembatasan aktivitas yang harus dilakukan sehubungan dengan perawatan terhadap aktivitas keagamaan, membuat perubahan yang diperlukan segera untuk memenuhi kebutuhan pasien (dukungan keluarga pasien), memberi privasi dan waktu pasien dalam beribadah, terbuka terhadap ungkapan pasien akan kesepian dan ketidakberdayaan, menggunakan teknik klarifikasi nilai-nilai untuk membantu pasien mengklarifikasi keyakinan dan nilainya, mengungkapkan empati terhadap perasaan pasien, mendengarkan dengan cermat komunikasi pasien dan kembangkan makna serta waktu berdoa dan ritual keagamaan.

Salah satu aktivitas keperawatan pada masalah distress spiritual pada Ny P yang terdapat aspek damai yaitu menentukan adanya konsep ketuhanan pada pasien dengan mengamati buku-buku di sekitar tempat tidur pasien dan mengobservasi barang atau benda yang berhubungan dengan keagamaan. Hal ini sesuai dengan penelitian Taylor (2003) yang melakukan penelitian kualitatif tentang kebutuhan spiritual pasien kanker dan keluarga didapatkan 7 kategori kebutuhan spiritual pasien kanker meliputi kebutuhan positif, harapan, dan rasa syukur; kebutuhan untuk memberi dan menerima cinta; kebutuhan akan keyakinan, kebutuhan untuk memiliki makna, dan kebutuhan terkait dengan religius dan persiapan untuk kematian. Hal ini diperkuat penelitian kuantitatif yang dilakukan oleh Taylor (2006) pada pasien kanker yaitu salah satu kebutuhan rohani yang paling umum pada pasien kanker adalah dengan mencari dan menemukan makna ketuhanan.

Aktivitas lain seperti mengobservasi kegiatan ibadah yang dilakukan pasien seperti berdoa ketika perawat memasuki ruangan atau berdoa sebelum makan dan sebelum dilakukan tindakan, menjelaskan pembatasan aktivitas yang harus dilakukan sehubungan dengan perawatan terhadap aktivitas keagamaan, memberikan privasi dan waktu beribadah pada pasien serta mengungkapkan rasa empati terhadap perasaan pasien merupakan bagian dari aktivitas-aktivitas keperawatan dalam mengatasi distress spiritual. Menurut Taylor (2006) pasien dan keluarga dengan kanker memiliki kebutuhan spiritual dan memerlukan perawatan. Pengkajian spiritual dan intervensi keperawatan dapat dijadikan sebagai kebutuhan rohani, dimana seorang perawat dapat memberikan bantuan untuk pemenuhan kebutuhan rohani pada pasien kanker. Kebutuhan spiritual merupakan bagian dari keseluruhan dari diri manusia (Taylor, 2006), yang diketahui dan dialami sebagai suatu hubungan, dimana hubungan tersebut digambarkan sebagai dimensi horizontal dari spiritual dan sejalan dengan hubungan vertikal dengan tuhan (Mauk & Schmidt, 2004). Pasien yang didiagnosa dengan penyakit serius atau penyakit terminal seperti kanker serviks akan menunjukkan kesadaran yang tinggi terhadap kepercayaan yang terlihat dalam kehidupan sehari-hari (Johnshon, 2005). Hal ini sesuai dengan Delgado et al. (2011) sebagian besar pasien kanker yang berada pada stadium lanjut yang mendapatkan perawatan paliatif membutuhkan spiritual dan religius.

Pendekatan *peaceful end of life* dengan masalah distress spiritual termasuk kedalam aspek damai, pasien dengan keadaan paliatif care mengharapkan keadaan tenang dan damai pada saat diakhir kehidupan. Arti damai dalam aspek ini meliputi fisik, psikologi dan dimensi spiritual. Tindakan perawat dalam aspek ini yaitu memberikan dukungan emosional, memonitor dan memenuhi kebutuhan pasien, membangun kepercayaan dan memberikan kesempatan pada pasien. Perawatan paliatif adalah perawatan khusus untuk pasien dengan penyakit serius, perawatan difokuskan pada gejala yang timbul, nyeri dan stress. Wawancara yang dilakukan pada 100 pasien kanker stadium lanjut menjalani perawatan paliatif menemukan sebagian besar (98%) mengeluhkan masalah spiritual dan religius (Delgado-Guay et al., 2011). Kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga ketika suatu penyakit progresif dan penyakit yang tidak berespon terhadap

pengobatan terapi kuratif merupakan tujuan utama dari perawatan paliatif. Rencana perawatan komprehensif berfokus pada pengendalian gejala fisik serta masalah psikologis dan sosial serta spiritual. Pengkajian gejala dan pengobatannya adalah prinsip dasar perawatan paliatif (Dalal, Del, & Bruera, 2006).

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama satu minggu masalah kesejahteraan spiritual berada pada level 5 (selalu) dibuktikan oleh pasien mengungkapkan keyakinan berarti dalam hidup, merasakan damai dalam diri, ingin berada ditengah-tengah keluarga pada akhir kehidupan, pandangan tentang spiritual baik dan selalu melakukan shalat 5 waktu, pasien mengatakan perasaan yang tenang untuk kondisinya sekarang.

4.1.5 Risiko infeksi

Risiko infeksi menurut Herdman (2012) dimana keadaan yang mengalami peningkatan risiko terserang organisme patogenik. Pada pasien Ny P masalah resiko infeksi dikaitkan dengan faktor risiko yaitu penurunan kadar hemoglobin, terdapat luka benjolan pada perut, terpasang nefrostomi bilateral. Pasien kanker umumnya mengalami anemia, hal ini dipengaruhi tingkat keganasan dan jenis pengobatan dari kanker (Obermair et al., 1998 dalam Caro, Salas, Ward & Goss, 2001). Penelitian yang dilakukan oleh Caro, Salas, Ward dan Goss (2001) menyatakan bahwa anemia berhubungan dengan kelangsungan hidup yang lebih pendek pada pasien dengan karsinoma paru, kanker servik dan uteri, karsinoma leher dan kepala, kanker prostat, limfoma, dan multiple myeloma.

Aktivitas keperawatan yang dilakukan untuk mengatasi masalah resiko infeksi meliputi, memonitor tanda dan gejala sistemik dan lokal dari infeksi, monitor daerah yang mudah terinfeksi, memonitor jumlah granulosit, WBC dan perbedaan, menganjurkan meningkatkan intake nutrisi yang cukup, menganjurkan intake cairan, menganjurkan istirahat, memonitor perubahan tingkat energi, menganjurkan untuk mobilisasi dan latihan, menganjurkan nafas dalam dan batuk efektif, kolaborasi dalam pemberian antibiotik cefoperazone 1x 750 mg. Mengajari pasien dan keluarga tentang tanda dan gejala dari infeksi dan kapan

harus melaporkan untuk mendapatkan perawatan, mengajari pasien dan keluarga untuk menghindari infeksi. Membersihkan balutan yang melekat dan debris, mencatat karakteristik luka, catat karakteristik drainase, membersihkan dengan sabun antibakterial, bersihkan area yang rusak pada air mengalir, rendam pada larutan salin, melakukan perawatan pada tempat IV, nefrostomy dan CDL, mempertahankan teknik balutan steril selama perawatan luka, inspeksi luka setiap penggantian balutan, membandingkan dan catat dengan teratur setiap penggantian balutan mengajarkan pasien dan anggota keluarga prosedur perawatan luka.

Hubungan inflamasi dan terjadinya kanker tidak terlihat secara jelas. Inflamasi kronis mempunyai efek protumorigenik, yang memediasi sel-sel inflamasi terhadap respon akan tumor dan terjadinya immunosupresi dan dapat meningkatkan resiko pada tumor tertentu (Bayeart, 2013). Peradangan atau inflamasi merupakan respons tubuh terhadap makanan, faktor lingkungan, infeksi, serta penyakit autoimun. Pada penyakit kanker tahapan inflamasi merupakan tahapan akhir. Interaksi kompleks antara sel-sel imun terjadi selama perkembangan neoplastik, dan mempunyai kemampuan untuk memicu terjadinya kanker termasuk pemicu beberapa faktor yang dapat meningkatkan inflamasi seperti merokok, infeksi H. Pylori, Hepatitis B dan C, HPV, radiasi, abses, peradangan pada pankreas serta penyebab lainnya (Demaria et al 2010). Inflamasi dari sel-sel biasanya terjadi pada semua tumor, tanda inflamasi meliputi remodeling jaringan, angiogenesis dan penyembuhan luka yang dipakai sebagai acuan dalam memantau terjadinya kanker invasif.

Resiko infeksi pada pasien Ny P juga berkaitan dengan adanya luka residif benjolan pada perut, serta adanya pemasangan nefrostomi yang merupakan faktor resiko terjadinya infeksi. Monitoring terhadap resiko infeksi baik secara lokal dan sistemik merupakan salah satu intervensi keperawatan yang dapat dilakukan. Pemantauan terhadap resiko infeksi dapat dilakukan sehingga resiko infeksi minimal terjadi. Selain hal tersebut melakukan tindakan perawatan pada tindakan invasif juga merupakan kontrol infeksi.

Perawatan yang dilakukan dengan pendekatan teori *peacefull end of life* bertujuan memberikan perawatan yang optimal dengan memberikan perawatan yang

optimal dengan mengutamakan kenyamanan pasien, serta keterlibatan pasien dan keluarga dalam perawatan. Masalah resiko infeksi dalam pendekatan teori *peacefull end of life* merupakan masalah keperawatan yang mesti dicegah, dilakukan monitoring, dan membebaskan pasien serta mencegah komplikasi yang menyebabkan pasien menjadi tidak nyaman.

Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama satu minggu, status imun berada pada level 3 cukup adekuat dengan dibuktikan oleh pasien tidak demam, nilai leukosit dalam batas abnormal, nilai hematokrit dibawah normal, tanda-tanda infeksi pada luka invasif minimal, perdarahan minimal pada luka, intake makanan dan minum cukup adekuat.

4.2 Pembahasan 30 Kasus Kelolaan dengan Pendekatan *Peacefull end of life*

Selama praktik residensi penulis mengelola 30 kasus kelolaan. Kasus kelolaan tersebut terdiri atas kasus kanker payudara 10%, kasus kanker kepala dan leher sebanyak 10%, kasus kanker kolorektal sebesar 10%, kasus kanker ovarium sebanyak 3,3 %, kanker servik 10 %, kanker paru sebanyak 6,7 %, kasus sarcoma tulang dan jaringan lunak 10%, kanker hepar 6,7%, kanker prostat dan buli 6,7%, AML, ALL dan Limfoma 13,3%, kanker gaster 3,3%, KNF 6,7% dan sisa nya 3,3 % adalah kanker tyroid. Berdasarkan data dari pasien baru atau insiden pasien kanker rumah sakit kanker Dharmas Jakarta tahun 2014, kasus pasien dengan kanker payudara menempati urutan pertama yaitu sebanyak 1280 kasus, lalu diikuti oleh kanker servik sebanyak 356 kasus, di urutan ketiga kanker paru sebanyak 173 kasus, urutan keempat kanker tiroid 147 kasus (Rekam medik RSKD, 2014). Sedangkan jika dilihat dari peningkatan kasus baru selama 5 tahun terakhir dari tahun 2009 sampai dengan tahun 2014 cenderung terjadi peningkatan kasus kanker servik. Hal tersebut yang menjadi pertimbangan penulis untuk memfokuskan pemberian asuhan keperawatan dengan pendekatan teori *peaceful end of life* pada pasien dengan kanker servik.

Asuhan keperawatan yang diberikan pada pasien sesuai dengan kondisi pasien pada saat dirawat. Pasien dirawat sebagian besar dengan rencana tindakan

pengobatan selanjutnya dan perbaikan keadaan umum. Asuhan keperawatan yang diberikan sesuai dengan masalah keperawatan yang dikeluhkan oleh pasien. Pendekatan teori *peaceful end of life* pada kasus kelolaan sangat tepat digunakan pada setting perawatan paliatif care seperti pada kebanyakan pasien kanker. Melalui teori ini, pengkajian keperawatan berfokus pada peningkatan kualitas hidup pada pasien diakhir kehidupan dengan fokus pada lima aspek yaitu bebas nyeri, rasa nyaman, rasa dihormati dan dihargai, damai serta merasa dekat dengan seseorang yang bermakna. Masalah keperawatan yang umum pada pasien kanker dai pengkajian kasus kelolaan yaitu masalah nyeri, ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh, kecemasan, dan resiko infeksi.

Keluhan nyeri merupakan keluhan yang hampir semua dikeluhkan oleh pasien kanker. Sebanyak duapuluh delapan dari tiga puluh pasien kelolaan yang mengeluhkan nyeri. Pengkajian nyeri yang dilakukan dengan menggunakan skala ESAS, keluhan nyeri yang dikeluhkan bervariasi yaitu berada pada klasifikasi nyeri sedang dan berat, hal ini sejalan dengan statistik WHO dalam Desen 2011 sebanyak 30-50% nyeri tersebut pada derajat yang bervariasi serta nyeri pada kanker merupakan masalah utama yang harus diintervensi terlebih dahulu. Keluhan nyeri yang timbul pada pasien kanker menandakan adanya kerusakan dari jaringan akibat adanya pertumbuhan dan perkembangan yang abnormal dari sel kanker.

WHO (*World Health Organization*) menetapkan perawatan paliatif sebagai perawatan total yang diberikan pada pasien yang tidak respon terhadap pengobatan kuratif. Kontrol nyeri, dan gejala lain serta masalah psikologis, sosial dan spiritual merupakan bagian dari perawatan paliatif. Tujuan perawatan paliatif yaitu pencapaian kualitas hidup baik bagi pasien maupun keluarga. Defenisi lain dari perawatan paliatif adalah perawatan khusus untuk pasien dengan penyakit serius, perawatan difokuskan pada gejala yang timbul, nyeri dan stress. Nyeri merupakan salah satu aspek dalam *peaceful end of life*. Menurut Ruland dan Moore tahun 1998 dalam Aligood 2010 pasien *paliatif care* atau yang berada pada akhir kehidupan harus bebas dari nyeri. Perlunya pengkajian nyeri yang

komprehensif, monitoring serta pengelolaan nyeri yang tepat baik secara farmakologi dan secara nonfarmakologi.

Perawatan paliatif pada pasien dengan kanker membutuhkan perhatian berdasarkan gejala dan perkembangan yang berbeda. Oleh karena itu strategi dalam perawatan paliatif disesuaikan dengan komplikasi dan gejala yang disebabkan oleh invasi lokal dan penyebaran jauh dari tumor (Barbera, Elit, Krzyzanowaka, Saskin, Bierman, 2010). Seperti halnya kanker tidak dapat disembuhkan, kontrol nyeri merupakan masalah utama yang harus di kontrol. Penggunaan analgetik menjadi pertimbangan dalam penanganan ini. Optimalisasi perawatan paliatif dilakukan oleh tenaga kesehatan termasuk perawat spesialis onkologi, dokter paliatif, ahli radiasi dan ahli dalam penanganan nyeri (Ramondetta, 2013).

Masalah keperawatan yang banyak dialami oleh pasien kelolalaan adalah masalah ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh. Kecukupan nutrisi pada pasien dengan diagnosa kanker merupakan salah satu faktor penting yang menjadi perhatian perawat. Kanker merupakan penyakit yang ditandai dengan perkembangan sel-sel tubuh yang abnormal yang melibatkan kerusakan sel-sel DNA dan kerusakan yang dialami ini lama kelamaan seiring dengan perjalanan penyakit dapat menimbulkan masalah gizi pada penderita (Desen, 2011). Selain hal tersebut pasien kanker sangat mudah mengalami kekurangan nutrisi yang disebabkan oleh proses metabolisme di dalam tubuh, biasanya pada pasien kanker akan terjadi peningkatan metabolisme, dimana terjadi perubahan metabolik dari tubuh dengan menghasilkan produk sehingga akan menyebabkan percepatan proses katabolisme dan menghambat proses pembentukan anabolisme yang berdampak pada perbaikan jaringan (Holmes, 2009; Hopkinson, Wright & Foster, 2008).

Masalah keperawatan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh dalam pendekatan teori *peacefull end of life* oleh Ruland & Moore bahwa ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh termasuk pada aspek rasa nyaman. Pada aspek rasa nyaman ini diharapkan perawat memfasilitasi rasa tidak nyaman yang dialami menjadi minimal, sehingga tujuan dari perawatan pada

pasien kanker pada akhir kehidupan dapat tercapai dengan memaksimalkan intervensi untuk mengurangi ketidaknyamanan serta melibatkan pasien dan keluarga untuk pencapaian tujuan tersebut sebagaimana yang dijelaskan oleh WHO bahwa perawatan paliatif bertujuan dalam pencapaian kualitas hidup yang baik bagi pasien maupun keluarga.

Selain masalah keperawatan tersebut, masalah keperawatan lain yang teridentifikasi dari kasus kelolaan yaitu masalah kecemasan. Kecemasan merupakan kondisi ketidaknyamanan atau kuatir dari perasaan yang disertai dengan respon autonomi dimana sumber pasti atau spesifik tidak diketahui oleh individu (Herdman, 2011). Hasil metanalisis dari 94 penelitian beban fisik pada pasien dengan stadium lanjut diperparah oleh distress psikologi. Sebanyak 30% pasien perawatan paliatif mengalami depresi, kecemasan dan gangguan penyesuaian (Mitchell, et al. 2011). Kanker merupakan penyakit serius dan berpotensi mengancam nyawa yang memiliki efek pada fisik dan emosional kesejahteraan pasien dan keluarga. Pasien yang terdiagnosis dengan kanker akan menyebabkan tekanan psikologis dan menimbulkan kecemasan (Pirl & Massie 2004 dalam Jadoon, Munir, Shahzad & Choudhry (2010)). Sejalan dengan penelitian Mitchell et al. 2011, gejala fisik yang dikemukakan oleh pasien kanker stadium lanjut bervariasi dalam frekuensi dan intensitas tingkat kecemasan dan masalah depresi. Sebanyak 44% pasien mengalami kecemasan berat dengan klasifikasi nilai ESAS ≥ 8 pada kanker stadium lanjut (Delgado-Guay, Parsons, Li, Palmer & Bruera 2009). Kecemasan dapat memberikan dampak yang buruk terhadap kualitas hidup pasien dengan kanker. keterlibatan keluarga meminimalkan perasaan cemas sangat diperlukan. Peranan penting keluarga dalam mengenali dan mengelola perasaan cemas pasien kanker merupakan hal yang harus diperhatikan.

Berdasarkan teori *peacefull end of life* pada masa-masa akhir kehidupan keterlibatan dan kehadiran orang terdekat dapat menumbuhkan rasa spiritual pasien, meskipun tanpa berbicara langsung, dengan menghampiri dan duduk mendampingi, menyentuh bahu dan memegang tangan, senyum dan menganggukan kepala pasien akan merasakan dukungan dan merasa ditemani. Hal ini akan berdampak pada peningkatan rasa nyama, dihargai, damai, dan

merasa sangat dicintai karena adanya perasaan dekat dengan orang terdekat (Aligood & Tomey, 2010). Intervensi keperawatan terkait dengan masalah kecemasan dapat dilakukan dengan cara memberikan penguatan terhadap pengendalian sehingga akan membantu meningkatkan rasa otonomi pasien dan menurunkan rasa kehilangan kendali yang berlebihan, dengan melibatkan pasien dalam pengambilan keputusan yang berkaitan dengan hal terapi dapat dilakukan sebagai pendekatan intervensi.

Masalah keperawatan yang lain pada pasien kelolaan yaitu masalah resiko infeksi. Resiko infeksi pada pasien kanker merupakan keadaan peningkatan risiko terserang organisme patogen. Resiko infeksi pada pasien dengan diagnosa atau keganasan dikaitkan dengan adanya penurunan daya tahan tubuh akibat penyakit itu sendiri maupun akibat sitostika. Penurunan daya tahan tubuh mengakibatkan pasien lebih rentan terhadap infeksi atau di kenal dengan sebutan immunocompromised.

Penurunan sistem imunitas pada pasien kanker dapat disebabkan oleh sitostika atau pengobatan yang diberikan dengan dosis tinggi, sehingga daya proliferasi sel-sel kulit dan selaput lendir turut terhambat sedangkan umur sel-sel permukaan tidak bertambah bahkan sebaiknya menjadi lebih pendek. Adanya ulserasi dan erosi pada lapisan kulit yang merupakan pertahanan utama pada imunitas dan menjadikan tubuh terpapar akan patogen dari luar tubuh sehingga memungkinkan pasien dengan resiko infeksi (Favero, 2004; Wade, 2006; dalam Rena, Suega & Bakta (2010). Selain hal tersebut pemberian obat sitostatika juga berdampak pada proliferasi sel-sel sum-sum tulang belakang yang sangat berperan terhadap sistem imunitas tubuh seperti sel granulosit yang berperan mengalami kehancuran paling banyak dan umurnya pendek (Desen, 2011).

Intervensi keperawatan pada masalah resiko infeksi yang dirumuskan dengan *nursing intervention classification* (NIC) yaitu pengontrolan terhadap infeksi dan perawatan luka. Pengontrolan terhadap infeksi diharapkan dapat mempertahankan kondisi pasien kanker untuk meminimalkan terjadinya infeksi, dan hal tersebut juga diikuti dengan perawatan luka serta melakukan perawatan dengan mempertahankan prinsip steril pada perawatan luka invasif.

Mempertahankan kondisi tubuh terhadap paparan kuman patogen yang dapat menimbulkan infeksi dengan kondisi tubuh yang mengalami penurunan imunitas merupakan peran perawat. Hal ini sesuai dengan teori *peacefull end of life* pada masalah resiko infeksi pada pasien kanker termasuk pada aspek rasa nyaman, dimana menurut Ruland dan Moore 1998 dalam Aligood 2011 menyatakan bahwa pada pasien kanker kenyamanan merupakan tujuan dari perawatan pasien dalam kondisi akhir kehidupan. Peran perawat pada kondisi ini diantaranya mencegah, memonitoring dan menurunkan ketidaknyaman fisik. Dengan menerapkan hal tersebut diharapkan pasien pada akhir kehidupan merasa nyaman dalam perawatan yang diberikan.

4.3 Analisis Penerapan *Evidence Based Nursing*: Mengunyah Permen Karet Mempercepat Motilitas Usus Pasca Operasi Pasien Ginekologi.

Penatalaksanaan pasien kanker sesuai dengan tujuan dan stadium yang kanker, begitu juga pada pasien dengan kanker servik. Modalitas utama penatalaksanaan pasien kanker servik adalah tindakan operasi. Tindakan operasi dilakukan selain untuk mengangkat tumor juga sekaligus untuk staging atau penentuan stadium (Desen, 2011). Tindakan operasi berkaitan dengan pemberian anestesi dalam proses operasi, salah satu dampak dari pemberian anestesi adalah terjadinya post ileus obstruksi dimana kerja usus mengalami penurunan dalam beberapa waktu setelah dilakukan operasi. Walaupun dampak ileus obstruksi tidak terlalu besar, akan tetapi sangat berpengaruh terhadap kenyamanan pasien pasca operasi. Oleh sebab itu, salah satu cara untuk meningkatkan kenyamanan pasien pasca operasi yang salah satunya berdampak pada peningkatan fungsi motilitas usus pasca operasi dengan mengunyah permen karet.

Penatalaksanaan pasien dengan kanker servik tidak terlepas dari tujuan pengobatan yang dilakukan. Penentuan stadium dengan teknik operasi juga memperhatikan kenyamanan pasien. Kenyamanan pasien dalam perawatan merupakan tujuan dari perawatan dengan pendekatan teori *peaceful end of life*, perawat berperan dalam kenyamanan pasien yaitu memonitor dan memfasilitasi kenyamanan pada pasien

Ruland dan Moore 1998 dalam Aligood 2011. Pemberian intervensi dengan menggunakan permen karet diberikan dengan tujuan pasien merasa nyaman pada kondisi pasca operasi yang mengalami ileus obstruksi karena tindakan operasi.

Hasil penelitian memperlihatkan bahwa salah satu tindakan yang dapat mengatasi ketidaknyamanan pasien dalam meningkatkan motilitas usus pasca operasi adalah dengan mengunyah permen karet. Walaupun secara masih belum tergambar secara jelas kerja permen karet dalam meningkatkan motilitas usus, akan tetapi dapat dikaitkan dengan teknik *sham feeding*, yaitu dengan teknik mengunyah bahan dalam bentuk makanan yang tidak ditelan dapat merangsang kerja dari hormon-hormon pencernaan, dan merangsang *cephalic vagal* sehingga dengan diberikan permen karet motilitas usus segera kembali pasca operasi (Ertas et al, 2013).

Penelitian mengunyah permen karet sudah banyak dilakukan dengan pertimbangan pemberian yang mudah dilakukan dan perlu pemantauan dengan melibatkan keluarga pasien. Salah satu penelitian mengunyah permen karet yaitu pada pasien yang dilakukan *section cesar*, terlihat bahwa hasil yang signifikan pemulihan usus lebih cepat dibandingkan dengan pasien yang mengikuti protokol ruangan yang biasa (Ledari, Barat, Delavar, Banihosini & Khafri, 2013). Hal ini di dukung oleh penelitian Satij et al (2006) dan Maeboud et al (2009) bahwa *gum chewing* dalam mengurangi kejadian *ileus* dan mempercepat kembalinya fungsi usus. Tidak jauh berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Quah et al 2006, yang menunjukkan hasil yang bermakna efek *gum chewing* terhadap peristaltik dan stimulasi pencernaan. *Gum chewing* berbentuk makanan yang berfungsi untuk merangsang pemulihan usus setelah operasi. Mekanismenya adalah dengan sifat *kolinergik vagal* (paras simpatis) dan menstimulasi saluran pencernaan untuk mengeluarkan enzim pencernaan, sehingga dengan stimulasi pada enzim-enzim pencernaan akan meningkatkan kerja usus (peristaltik), meningkatkan rangsang lapar, mempercepat flatus dan mempercepat bowel. Pemberian *gum chewing* yang segera setelah operasi merupakan cara yang mudah, tidak berbahaya dalam mengurangi ileus pasca operasi.

Karakteristik pasien pada penerapan EBN berdasarkan usia berada pada rentang 43 tahun sampai dengan 62 tahun dengan rata-rata umur 49,6 tahun. Kanker ginekologi dapat mengenai pada segala usia, insiden tertinggi kejadian pada usia 40 sampai dengan usia 60 tahun (Desen, 2011). Pada penelitian Ertas tahun 2013 rata-rata usia pasien 55,4 tahun pada kelompok kontrol dan pada kelompok intervensi 52,7 tahun. Kesimpulan yang dapat ditarik mengenai usia dengan kejadian kanker bahwa sebanyak 77% kasus kanker diderita pada usia diatas 55 tahun (*American Cancer Society*, 2005; Ignatavicius & Workman 2006). Hal ini dikaitkan dengan berbagai akumulasi zat karsinogenik dan penurunan daya tahan tubuh, seperti halnya Otto (2001) mengatakan bahwa usia dapat memberikan penjelasan adanya perbedaan yang mendasar pada kejadian kanker.

Jenis tindakan operasi pada pasien penerapan EBN terlihat bahwa sebanyak 33% pasien menjalani operasi histerektomi dan selebihnya sebanyak 77% pasien dengan operasi radikal histerektomi dengan limpadenektomi. Modalitas utama penatalaksanaan pada pasien dengan kanker ginekologi adalah dengan teknik operasi. operasi dilakukan untuk diagnosis atau staging dari kanker (Desen, 2011). Histerektomi merupakan tindakan pengangkatan uterus dan rahim yang dilakukan melalui tindakan operasi (Merrill, 2008). Selain untuk mengangkat tumor, operasi pada pasien dengan kasus kanker ginekologi juga bertujuan untuk penunjang penegakkan diagnosis dan pedoman terapi selanjutnya (Desen, 2011). Penelitian yang dilakukan oleh Bogges et al (2008) yang membandingkan 3 tindakan bedah pada staging kanker endometrium menyatakan bahwa tindakan staging dengan menggunakan robot lebih layak dibandingkan dengan laparotomi dan laparaskopi. Sedangkan pada tindakan laparaskopi sesuai dengan penelitian Frumovitz (2007) dan Magrina (2008) menyatakan bahwa dengan tindakan laparaskopi dan robotik pada total histerektomi radikal akan mengurangi perdarahan pada operasi, meminimalisasi infeksi pasca operasi dan waktu rawat tidak lama, akan tetapi waktu dalam pelaksanaan operasi lebih lama.

Perbandingan tindakan operasi tindakan histerektomi pada pasien kanker ginekologi terlihat jauh lebih efisien dengan menggunakan teknik laparaskopi maupun dengan teknik robotik, tetapi hal tersebut tidak menutup kemungkinan

dilakukan dengan tindakan laparatomi untuk teknik tindakan operasi pada pasien kanker ginekologi. Tindakan laparatomi pada pasien dengan kanker ginekologi masih banyak dilakukan seperti halnya di rumah sakit kanker Dharmais. Tindakan operasi laparatomi dengan teknik pembiusan akan berpengaruh pada kejadian ileus obstruksi pasca operasi sesuai dengan Stewart & Waxman (2010) dan Ahmed, Mehmood & MacFie tahun 2012 bahwa POI beresiko lebih lama pada tindakan laparatomi dibandingkan dengan tindakan laparaskopi.

Hasil penerapan EBN terlihat perbedaan nilai yang bermakna antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan perbedaan nilai bising usus signifikan antara kelompok intervensi dan kontrol yaitu dengan nilai $p=0,041$, terdapat perbedaan nilai flatus antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol yang signifikan yaitu dengan nilai $p=0,042$ dan waktu defekasi terdapat perbedaan yang signifikan antara kelompok intervensi dan kelompok kontrol dengan $p=0,042$. Selain hal tersebut evaluasi dari pasien juga merasa nyaman dengan mengunyah permen karet, terasa segar setelah seharian dipuaskan.

Dalam tahapan pelaksanaan EBN ada beberapa hambatan yang menjadi perhatian untuk dapat diterapkan nyan intervensi ini menjadi salah satu tindakan untuk mengurangi kejadian *postoperative ileus pasca* operasi, diantaranya adalah mengenai waktu pemberian terkait dengan kriteria inklusi pasien pada pagi pertama pasca operasi pasien masih terpasang NGT, intervensi awal yang dilakukan pada umumnya diruang HCU kemudian dilanjutkan di ruangan serta belum terpaparnya dengan intervensi mengunyah permen karet sebagai salah satu intervensi yang dapat diterapkan. Hambatan ini tentunya membutuhkan solusi sehingga pertimbangan pemberian tindakan ini dapat dilakukan dengan sosialisasi tentang pemberian tindakan tersebut. Walaupun pada dasarnya pemberian permen karet ini mudah dan murah akan tetapi ada hal yang menjadi perhatian sesuai dengan inklusi dan eklusi dari tindakan berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan.

Berdasarkan hasil pelaksanaan EBN didapatkan data pada kedua kelompok baik kelompok kontrol maupun intervensi dapat disimpulkan bahwa pemulihan

motilitas usus baik bising usus, flatus dan waktu BAB lebih cepat pada kelompok intervensi dibandingkan dengan kelompok kontrol. Dapat disimpulkan bahwa intervensi mengunyah permen karet dapat meningkatkan pemulihan usus post operasi dan meningkatkan kenyamanan pada pasien post operasi ginekologi. Dalam teori *peacefull end of life* juga dapat dikaitkan dengan aspek rasa nyaman pasien dengan mengunyah permen karet selain dapat mempercepat motilitas usus pasca operasi juga dapat meningkatkan rasa nyaman pasien pasca operasi.

4.4 Analisis Penerapan Pelatihan Pengkajian ESAS Dan Treatment Sebagai Inovasi

Kualitas hidup terbaik bagi pasien dan keluarga ketika suatu penyakit progresif dan tidak respon terhadap pengobatan terhadap terapi kuratif merupakan tujuan utama dari perawatan paliatif. Rencana perawatan komprehensif berfokus pada pengendalian gejala fisik serta masalah psikologis dan sosial serta spiritual. Pengkajian gejala dan pengobatannya adalah prinsip dasar perawatan paliatif (Dalal, Del, Bruera, 2006). Pengalaman pasien dengan diagnosa kanker dengan berbagai masalah yang kompleks selama masa sakit. hal ini terkait dengan fisik dan pengobatan. Pendekatan individu secara komprehensif, interdisiplin ilmu diperlukan untuk mengurangi masalah pada pasien dan memastikan dukungan tersebut tepat pada pasien diakhir kehidupan. Pemberian perawatan paliatif membuktikan bahwa dapat mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup, meningkatkan suasana hati, meningkatkan kepuasan, maksimal sumber daya, dan perencanaan perawatan lanjut yang baik. Dalam NCCN merekomendasikan pedoman perawatan paliatif meliputi penilaian awal dan berkelanjutan tentang kebutuhan perawatan paliatif serta merujuk ke spesialis perawatan onkologi pada kasus yang kompleks (Glare, 2013).

Perawat selaku pemberi asuhan keperawatan yang profesional kepada pasien, tentunya memerlukan proses yang diawali dengan pengkajian yang komprehensif mengenai masalah yang dialami oleh pasien. Proses keperawatan yang dibutuhkan merupakan konsep atau kerangka bagi perawat dalam melakukan pengkajian, menegakkan diagnosis, merencanakan intervensi, melakukan implementasi serta

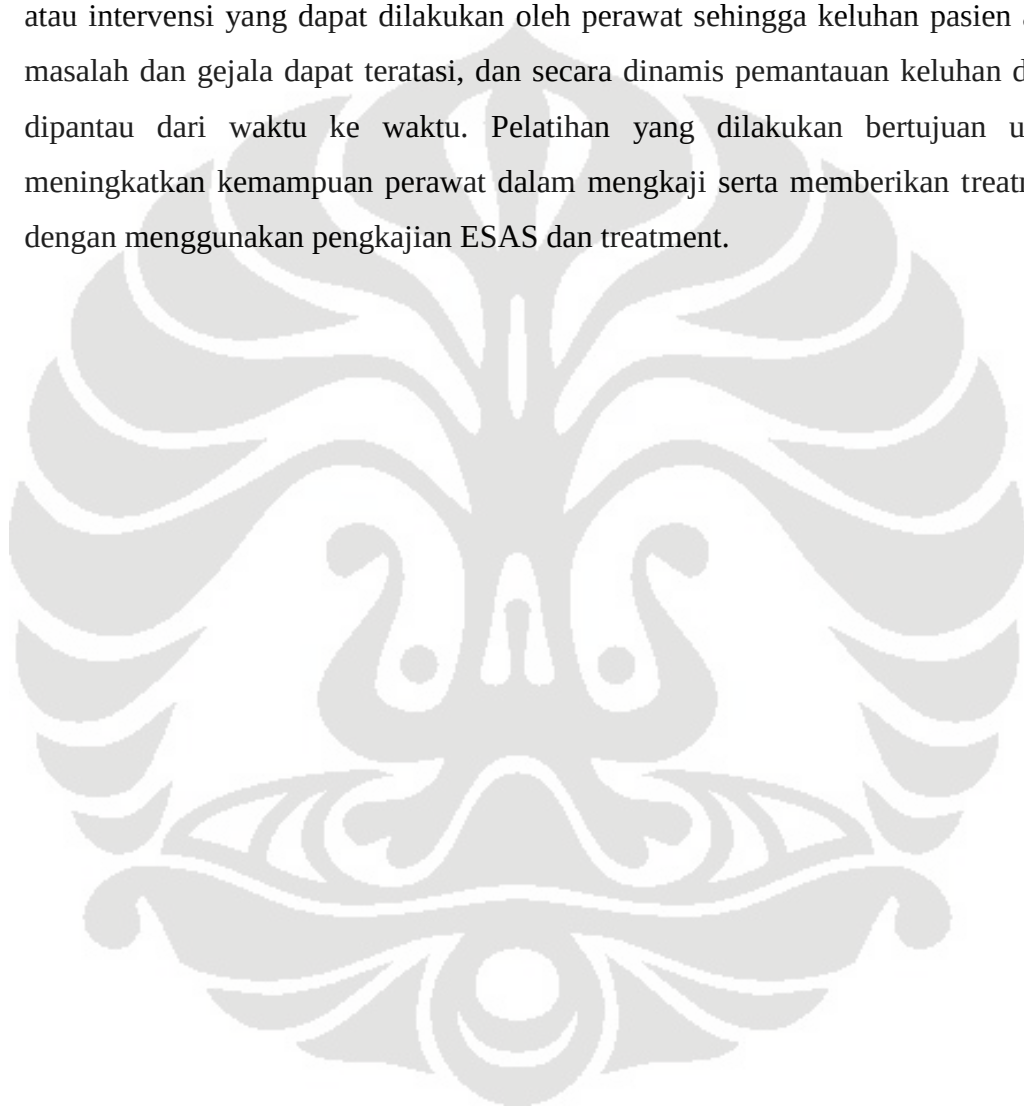
melakukan evaluasi (Herdman, 2012). Pengkajian keperawatan memegang peranan penting bagi perawat sebagai tolak ukur atau landasan untuk melakukan intervensi atau tindakan yang akan dilakukan. Pengkajian keperawatan pada pasien kanker juga sama halnya yang berfokus pada masalah-masalah yang dikeluhkan oleh pasien selama pengobatan dan setelah pengobatan.

Pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) merupakan salah satu alat ukur yang digunakan dalam mengkaji secara singkat keluhan dan gejala dari pasien kanker. Pengkajian ESAS ini meliputi dari 10 gejala yang sering dikeluhkan oleh pasien kanker yaitu: nyeri, kelelahan, mual, depresi, cemas, mengantuk, nafsu makan, mood, sesak dan yang terakhir masalah lain yang mungkin muncul bisa ditambahkan. Penilaian ESAS menggunakan skala numerik, dimana nilai nya berkisar antara 0 sampai dengan 10, dimana nilai 0 menunjukkan tidak adanya masalah dan semakin kekanan atau menuju angka 10 maka menunjukkan masalah atau gejala yang buruk.

Pengkajian yang dilakukan diharapkan dapat menjadi acuan pada kriteria hasil yang ingin dicapai selama pasien dalam perawatan. Tujuan akhir dari intervensi yang dilakukan pada pasien kanker yaitu meningkatkan kualitas hidup pasien. Intervensi yang dilakukan sesuai dengan keluhan pasien, sehingga pemberian intervensi yang tepat akan meningkatkan kualitas hidup pasien. Pengkajian ESAS dapat digunakan untuk mengetahui kondisi pasien secara subjektif menurut pasien sendiri, dan dikembangkan untuk memonitor gejala yang sering muncul pada pasien dengan *palliative care* dan sangat mudah digunakan dengan adanya grafik untuk memonitor gejala sehingga terpantau gejala yang dikeluhkan setiap hari (Richardson, 2011). Monitoring gejala yang sering dikeluhkan oleh pasien kanker dapat dijadikan data dalam pengkajian dengan pendekatan *peaceful end of life*, sehingga dengan data tersebut dapat dikelompokkan sesuai dengan aspek yang terdapat dalam teori *peaceful end of life* yaitu baik pada masalah nyeri, rasa nyaman, rasa dihargai dan dihormati, perasaan damai serta dekat dengan seseorang yang bermakna.

Perkembangan hasil penelitian, bahwasannya pengkajian ESAS berkembang sesuai dengan masalah dan gejala serta kebutuhan pada pasien kanker, sehingga

dengan penelitian-penelitian terbaru masalah-masalah atau gejala yang dikeluhkan dilakukan intervensi sesuai dengan tingkatan atau klasifikasinya, baik intervensi secara nonfarmakologi maupun kolaborasi dalam pemberian intervensi farmakologi. Sejalan dengan perkembangan teknologi, pengkajian ESAS juga sudah tersedia dalam bentuk aplikasi yang bisa digunakan dalam pengkajian ESAS yang berisikan tentang bagaimana melakukan pengkajian serta treatment atau intervensi yang dapat dilakukan oleh perawat sehingga keluhan pasien akan masalah dan gejala dapat teratasi, dan secara dinamis pemantauan keluhan dapat dipantau dari waktu ke waktu. Pelatihan yang dilakukan bertujuan untuk meningkatkan kemampuan perawat dalam mengkaji serta memberikan treatment dengan menggunakan pengkajian ESAS dan treatment.



BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

Pada bab ini berisi kesimpulan dari uraian yang terkait dengan asuhan keperawatan dengan pendekatan teori *peacefull end of life*, penerapan EBN dan aplikasi proyek inovasi pelatihan pengkajian ESAS dan treatment.

5.1 Kesimpulan

Penerapan teori *peacefull end of life* dalam pengelolaan asuhan keperawatan dapat dijadikan kerangka kerja dalam mencapai tujuan yang ingin dicapai oleh pasien dengan kanker yaitu mencapai kehidupan yang tenang dan damai, pendekatan lima aspek yaitu bebas dari nyeri, perasaan nyaman, perasaan dihargai dan dihormati, damai dan dekat dengan seseorang yang bermakna. Penerapan teori *peacefull end of life* berfokus pada pencapaian hidup yang damai bagi pasien dan keluarga pada akhir kehidupan. Penerapan teori ini sangat tepat diterapkan pada pengelolaan asuhan keperawatan pada pasien kanker karena teori dengan lima aspek pada konsepnya mampu menilai secara spesifik kondisi pasien dengan penyakit kanker.

Penerapan tindakan *evidence based practice* merupakan salah peran perawat spesialis. Pemberian permen karet pasca operasi terbukti mempercepat motilitas usus pasca operasi ginekologi, sehingga dapat diusulkan sebagai alternatif dalam manajemen pada pasien pasca operasi ginekologi.

Pelatihan pengkajian ESAS (*Edmonton Symptom Assessment System*) dan treatment tepat digunakan dalam mengkaji keluhan subjektif pasien dengan kanker. keluhan subjektif merupakan gambaran yang benar-benar menggambarkan perasaan pasien sehingga pemberian intervensi atau treatment yang tepat dapat dilakukan. Dengan pelatihan pengkajian ESAS dan Treatment dapat meningkatkan pengetahuan perawat tentang pengkajian ESAS dan dapat memberikan treatment yang tepat.

5.2 Saran

5.2.1 Bagi pelayanan Keperawatan

Kajian dan pengembangan penerapan teori *peacefull end of life* harus dilakukan terus menerus oleh perawat terutama perawat yang berada dilapangan. Pengembangan teori *peacefull end of life* pada pasien kanker mampu memberikan arah dalam praktek keperawatan profesional yang selanjutnya akan memberikan hasil yang optimal serta manfaat yang dirasakan oleh pasien dengan pendekatan teori ini merupakan tantangan perawat untuk terus menerus memberikan asuhan keperawatan yang berkualitas dan bermutu.

5.2.2 Bagi Institusi Pendidikan keperawatan

Perlunya kajian dan penelitian lebih lanjut tentang penerapan *peacefull end of life theory* sebagai pendekatan dalam memberikan asuhan keperawatan yang bermutu pada pasien dengan kanker khususnya pada kondisi paliatif, sehingga memberikan panduan dalam proses keilmuan keperawatan medikal bedah melalui pengembangan praktik keperawatan berbasis teori keperawatan.

DAFTAR PUSTAKA

- Aanchal Satija, Suraj Pal Singh, Komal Kashyap, Sushma Bhatnagar(2014). Management of Total Cancer Pain: A Case of Young Adult. Department of Anaesthesiology, Pain and Palliative Care, Dr. B. R. Ambedkar Institute Rotary Cancer Hospital, All India Institute of Medical Sciences, New Delhi, India.
- Abd-El-Maeboud KH, Ibrahim MI, Shalaby DA, Fikry MF. Gum chewing stimulates early return of bowel motility after caesarean section. *BJOG*. 2009;116(10):1334-9.
- Alligood, M.R., & Tomey, A.M. (2010). Nursing Theory : Utilization & Application. 3rd Ed. Missouri : Elviesier Mosby.
- American cancer society. Cancers fact and figure 2015 <http://www.cancer.org/research/cancerfactsstatistics/cancerfactsfigures2015/index>. Diunduh pada tanggal 5 Mei 2015.
- American Cancer Society. Cancer Fact and Figure 2014. <http://www.cancer.org/cancer/index>. Diunduh pada tanggal 5 mei 2015
- American cancer society. Global Cancer Facts & Figures 3rd Edition. Atlanta. American Cancer Society. 2015. http://www.cancer.org/acs/groups/content/@research/documents/document/acspc_044738.pdf. diunduh pada tanggal 6 Mei 2015
- American Cancer Society. *Cancer Facts & Figures 2014*. Atlanta: American Cancer Society; 2014. Accessed February 25, 2014
- Anderson, S. (2005). Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. Alih Bahasa Peter Anugerah. Jakarta: CV. EGC Penerbit Buku Kedokteran.
- Angioli, R., Plotti, F., Montera, R., Aloisi, A., Luvero, D., Capriglione, S., ... & Benedetti-Panici, P. (2012). Neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery followed by chemotherapy in locally advanced cervical cancer. *Gynecologic oncology*, 127(2), 290-296. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825812006257>
- Bakitas, M., Lyons, K.D, Hegel, M.T., Balan, S., Brokaw, F.C., Seville, J., & Ahles, T.A. (2009). Effects of a Palliative Care Intervention on Clinical Outcomes in Patients With Advanced Cancer The Project ENABLE II Randomized Controlled Trial. *Jama*, 302(7), 741-749. <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=184422>

- Barbera L, Elit L, Krzyzanowaka M, Saskin R, Bierman AS. 2010. End of life care for women with gynecologic cancers. *Gynecol Oncol.*; 118(2):196-201 (Medline).
- Bergh, I, Kvalem, I.L., Aass., & Hjermstad, M.J. (2011). What does the answer mean? A qualitative study of how palliative cancer patients interpret and respon to the Edmonton symptom assesment system. *Palliative medicine.* 25(7). 716-724.
- Beyaert, R., Beaugerie, L., Van Assche, G., Brochez, L., Renauld, J.-C., Viguier, M., ... De Keyser, F. (2013). Cancer risk in immune-mediated inflammatory diseases (IMID). *Molecular Cancer*, 12, 98. doi:10.1186/1476-4598-12-98
- Boggess, J. F., Gehrig, P. A., Cantrell, L., Shafer, A., Ridgway, M., Skinner, E. N., & Fowler, W. C. (2008). A comparative study of 3 surgical methods for hysterectomy with staging for endometrial cancer: robotic assistance, laparoscopy, laparotomy. *American journal of obstetrics and gynecology*, 199(4), 360-e1.
- Breitbart, W. (2002). Spirituality and meaning in supportive care: spirituality-and meaning-centered group psychotherapy interventions in advanced cancer. *Supportive care in Cancer*, 10(4), 272-280.
- Bruera E, Kuehn N, Miller MJ, Selmser P, Macmilan K, The Edmonton Symptom Assesment System (ESAS) : a simple method for the assessment of palliative care patient. *J Paliant Care* 1991; 7;6-9.
- Caro, J. J., Salas, M., Ward, A., & Goss, G. (2001). Anemia as an independent prognostic factor for survival in patients with cancer. *Cancer*, 91(12), 2214-2221.
- Caro, M. M., Laviano, A., Pichard, C., & Candela, C. G. (2006). [Relationship between nutritional intervention and quality of life in cancer patients]. *Nutricion hospitalaria*, 22(3), 337-350.
- Cetina, L., Garcia-Arias, A., Candelaria, M., Cantú, D., Rivera, L., Coronel, J., ... Dueñas-González, A. (2009). Brachytherapy versus radical hysterectomy after external beam chemoradiation: a non-randomized matched comparison in IB2-IIB cervical cancer patients. *World Journal of Surgical Oncology*, 7, 19. doi:10.1186/1477-7819-7-19. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc>
- Charoenkwan K, Phillipson G, Vutyavanich T. *Early Versus Delayed (Traditional) Oral Fluids And Food For Reducing Complications After Major Abdominal Gynaecologic Surgery*. *Cochrane Database Syst Rev* 2007;4:CD004508.

- Chiantera, V., Rossi, M., De Iaco, P., Koehler, C., Marnitz, S., Ferrandina, G., ... & Vercellino, G. F. (2014). Survival after curative pelvic exenteration for primary or recurrent cervical cancer: a retrospective multicentric study of 167 patients. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(5), 916-922.
http://journals.lww.com/ijgc/Abstract/2014/06000/Survival_After_Curative_Pelvic_Exenteration_for.16.aspx
- Christina, F., Yvonne, C., & Lilian, D., 2005. Handbook of palliative care. 2nd ed. Blackwell Publishing Ltd
- Corstian, A., Klijn, E., Lagrand, W. K., Brugts, J. J., Ince, C., Spronk, P. E., & Simoons, M. L. (2008). The microcirculation in health and critical disease. *Progress in cardiovascular diseases*, 51(2), 161-170.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033062008000662>.
- Covens, A., Rosen, B., Murphy, J., Laframboise, S., DePetrillo, A. D., Lickrish, G., ... & Shaw, P. (2002). How important is removal of the parametrium at surgery for carcinoma of the cervix?. *Gynecologic oncology*, 84(1), 145-149.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825801964935>
- Dalal, S., Del, F.E., Bruera, E. (2006). Symptom control in palliative care-part I: Oncology as a paradigmatic example. *Journal of palliative medicine*. Volume 9, Issue 2, April 2006, pages 391-408.
<http://www.scopus.com/record/display.url?eid>
- Delgado-Guay MO, Hui D, Parson HA, Govan K, De la Cruz, & Thorney S (2011). Spirituality, religiosity and spiritual pain in advanced cancer patients. *J pain symptom manage*. Jun 2011;4 (16): 986-94. (Medline)
- Delgado-Guay, M., Parsons, H. A., Li, Z., Palmer, J. L., & Bruera, E. (2009). Symptom distress in advanced cancer patients with anxiety and depression in the palliative care setting. *Supportive Care in Cancer*, 17(5), 573-579.
<http://link.springer.com/article/10.1007/s00520-008-0529-7>.
- Demaria, S., Pikarsky, E., Karin, M., Coussens, L. M., Chen, Y.-C., El-Omar, E. M., ... Lotze, M. T. (2010). Cancer and Inflammation: Promise for Biological Therapy. *Journal of Immunotherapy (Hagerstown, Md. : 1997)*, 33(4), 335-351. doi:10.1097/CJI.0b013e3181d32e74
- Desen. W. 2011. Buku ajar : Onkologi Klinis. Edisi 2. Jakarta : Balai penerbit FKUI
- Dewhirst, M. W., Stamler, J. S., McMahon, T. J., & Sonveaux, P. (2013). Use of an agent that restores tissue perfusion and oxygenation. *U.S. Patent No. 8,466,110*. Washington, DC: U.S. Patent and Trademark Office.
- Division of Cancer Prevention and Control (CDC), National Center for Disease Prevention and Health

- Division of STD Prevention (1999). *Prevention of genital HPV infection and sequelae: report of an external consultants' meeting*. Atlanta, GA: Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved December 27, 2011.
- Eifel, P. J., Winter, K., Morris, M., Levenback, C., Grigsby, P. W., Cooper, J., ... & Mutch, D. G. (2004). Pelvic irradiation with concurrent chemotherapy versus pelvic and para-aortic irradiation for high-risk cervical cancer: an update of radiation therapy oncology group trial (RTOG) 90-01. *Journal of Clinical Oncology*, 22(5), 872-880. <http://jco.ascopubs.org/content/22/5/872.short>
- Ertas, I.B., Gungorduk, K., Ozdemir, A., Solmaz, U., Dogan, A., & Ibrahim, Y. (2013) *Influence Of Gum Chewing On Postoperative Bowel Activity After Complete Staging Surgery For Gynecological Malignancies: A Randomized Controlled Trial*. *Gynecologic Oncology*, 131, 118–122.
- Fadlani, Y. W., Harahap, I. A., & USU, M. F. K. (2013). Terapi Perilaku Kognitif Distraksi Terhadap Intensitas Nyeri Pasien Dengan Fraktur Femur Yang Terpasang Traksi. <http://jurnal.usu.ac.id/index.php/jkk/article/view/333>. Diunduh pada tanggal 6 Juli 2015.
- Ferrera, A., Velema, J. P., Figueroa, M., Bulnes, R., Toro, L. A., Claros, J. M., ... & Melchers, W. J. (2000). Co-factors related to the causal relationship between human papillomavirus and invasive cervical cancer in Honduras. *International journal of epidemiology*, 29(5), 817-825. <http://ije.oxfordjournals.org/content/29/5/817.short>
- Franceschi S. The IARC commitment to cancer prevention: the example of papillomavirus and cervical cancer. *Recent Results in Cancer Research* 2005; 166:277–297. <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/oral-contraceptives-fact-sheet#r12>
- Frumovitz, M., dos Reis, R., Sun, C. C., Milam, M. R., Bevers, M. W., Brown, J., ... & Ramirez, P. T. (2007). Comparison of total laparoscopic and abdominal radical hysterectomy for patients with early-stage cervical cancer. *Obstetrics & Gynecology*, 110(1), 96-102.
- Glare, P.A. (2013). Early implementation of palliative care can improve patient outcome. *Journal of the national comprehensive cancer network*. Article. Volume 11, issue SUPPL. 1, March 2013, pages S3-S9. <http://www.scopus.com/record/display.url?eid>
- Globocan 2012: Estimated cancer incidence, mortality and prevalence worldwide in 2012. http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx. Diunduh pada tanggal 15 Mei 2015.
- Goussous, N., Kemp, K. M., Bannon, M. P., Kendrick, M. L., Srivastyan, B., Khasawneh, M. A., & Zielinski, M. D. (2014). Early postoperative small bowel obstruction: open vs laparoscopic. *The American Journal of*

Surgery. [http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610\(14\)00508-X/abstract](http://www.americanjournalofsurgery.com/article/S0002-9610(14)00508-X/abstract).

- Green, J. A., Kirwan, J. M., Tierney, J. F., Symonds, P., Fresco, L., Collingwood, M., & Williams, C. J. (2001). Survival and recurrence after concomitant chemotherapy and radiotherapy for cancer of the uterine cervix: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet*, 358(9284), 781-786. <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673601059657>
- Hariani, R. (2007). Kecukupan Nutrisi pada Pasien Kanker. *Indonesian Journal of Cancer*, 1(4).<http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=kecukupan+nutrisi+pada+pasien+kanker&btnG=diunduh+pada+tanggal+6+Juli+2015>.
- Herdman, T H (2012). Diagnosis keperawatan : defenisi dan klasifikasi 2012-2014. Editor, T.Heather herdman: alih bahsa, Made Sumarwati dan Nike Budi Subekti : editor edisi Bahasa Indonesia, Barrarah Bariid, Monica Ester, dan Wuri Praptiani. Jakarta : EGC.
- IARC Working Group on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans. Combined estrogen-progestogen contraceptives and combined estrogen-progestogen menopausal therapy. *IARC Monographs on the Evaluation of Carcinogenic Risks to Humans*2007; 91:74–84.[PubMed Abstract]
- International Collaboration of Epidemiological Studies of Cervical Cancer, Appleby P, Beral V, et al. (2007) Cervical cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data for 16,573 women with cervical cancer and 35,509 women without cervical cancer from 24 epidemiological studies. *Lancet* 2007; 370(9599):1609–1621. <http://www.cancer.gov/about-cancer/causes-prevention/risk/hormones/oral-contraceptives-fact-sheet#r13>
- Jadoon, N. A., Munir, W., Shahzad, M. A., & Choudhry, Z. S. (2010). Assessment of depression and anxiety in adult cancer outpatients: a cross-sectional study. *BMC cancer*, 10(1), 594. <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/10/594#B4>
- Johnson, M. D., & Walsh, R. M. (2009). *Current therapies to shorten postoperative ileus*. *Cleveland Clinic journal of medicine*, 76(11), 641-648.
- Joyce J Fitzpatrick & Geraldine McCarthy. 2014. Theories guiding nursing research and practice. Making nursing knowledge development explicit. Springer publishing Co
- Kajiyama, H., Utsumi, F., Higashi, M., Sakata, J., Sekiya, R., Mizuno, M., Umezu, T., Suzuki, S., Yamamoto, E., Mitsul, H., Nilmi, K., Shibata, K., Kikkawa, F. (2014). Is there any association between where patients spend the end of life and survival after anticancer treatment for gynecologic

malignancy?. Journal of palliative medicine.
<http://www.scopus.com/record/display.url?eid>

Katsumata, N., Yoshikawa, H., Kobayashi, H., Saito, T., Kuzuya, K., Nakanishi, T., ... & Kamura, T. (2013). Phase III randomised controlled trial of neoadjuvant chemotherapy plus radical surgery vs radical surgery alone for stages IB2, IIA2, and IIB cervical cancer: a Japan Clinical Oncology Group trial (JCOG 0102). *British journal of cancer*, 108(10), 1957-1963.
<http://www.nature.com/bjc/journal/v108/n10/abs/bjc2013179a.html>

Kawasaki, T., Uemura, T., Matsuo, K., Masumoto, K., Harada, Y., Chuman, T., & Murata, T. (2013). The effect of different positions on lower limbs skin perfusion pressure. *Indian Journal of Plastic Surgery : Official Publication of the Association of Plastic Surgeons of India*, 46(3), 508–512.
 doi:10.4103/0970-0358.121995.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3897095/>

Kemenkes RI. Profil kesehatan Indonesia 2013. Riskesdas 2013, badan litbang kemenkes RI 2014.

Kouba, EJ, Wallen, EM, and Pruthi, RS. 2007. *Gum Chewing Stimulates Bowel Motility In Patients Undergoing Radical Cystectomy With Urinary Diversion*. From the Division of Urologic Surgery, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, North Carolina

Kucukmetin, A., Biliatis, I., Ratnavelu, N., Patel, A., Cameron, I., Ralte, A., & Naik, R. (2014). Laparoscopic radical trachelectomy is an alternative to laparotomy with improved perioperative outcomes in patients with early-stage cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 24(1), 135-140.
http://journals.lww.com/ijgc/Abstract/2014/01000/Laparoscopic_Radical_Trachelectomy_Is_an.23.aspx

Larson, D. G., & Tobin, D. R. (2000). End-of-life conversations: evolving practice and theory. *Jama*, 284(12), 1573-1578.

Ledari, Barat, Delavar, Banihosini & Khafri, 2013. Chewing Sugar-Free Gum Reduces Ileus After Cesarean Section in Nulliparous Women: A Randomized Clinical Trial

Lelo, A., Hidayat, D. S., & Widyawati, T. (2004). Keuntungan Sediaan” Preferential COX-2 Inhibitor “Dalam Penanggulangan Nyeri Kanker. <http://library.usu.ac.id/download/fk/farmakologi-aznan3.pdf>. Diunduh pada tanggal 6 Juli 2015.

Li, S., Liu, Y., Peng, Q., Xie, L., Wang, J., & Qin, X. (2013). *Chewing Gum Reduces Postoperative Ileus Following Abdominal Surgery: A Meta-Analysis Of 17 Randomized Controlled Trials*. *Journal of Gastroenterology and Hepatology*, 28(7), 1122-1132.

- Lim, K. H., Chung, B. S., Kim, J. Y., & Kim, S. S. (2015). Laparoscopic surgery in abdominal trauma: a single center review of a 7-year experience. *World Journal of Emergency Surgery*, 10(1), 16. <http://www.wjes.org/content/10/1/16/abstract>
- Lima, A. P., Beelen, P., & Bakker, J. (2002). Use of a peripheral perfusion index derived from the pulse oximetry signal as a noninvasive indicator of perfusion. *Critical care medicine*, 30(6), 1210-1213. http://www.medscape.com/viewarticle/439733_4
- Lima, A., & Bakker, J. (2005). Noninvasive monitoring of peripheral perfusion. *Intensive care medicine*, 31(10), 1316-1326. <http://link.springer.com/article/10.1007/s00134-005-2790-2>
- Lorenz, K. A., Lynn, J., Dy, S. M., Shugarman, L. R., Wilkinson, A., Mularski, R. A., ... & Shekelle, P. G. (2008). Evidence for improving palliative care at the end of life: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 148(2), 147-159. <http://annals.org/article.aspx?articleid=738989>
- Magrina, J. F., Kho, R. M., Weaver, A. L., Montero, R. P., & Magtibay, P. M. (2008). Robotic radical hysterectomy: comparison with laparoscopy and laparotomy. *Gynecologic Oncology*, 109(1), 86-91.
- Mauk, K. L., & Schmidt, N. A. (Eds.). (2004). *Spiritual care in nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Mayun Mayura, I. G. P. (2014). PERANAN BRACHYTHERAPY SEBAGAI TERAPI PADA KANKER SERVIKS. *E-Journal Obstetric & Gynecology Udayana*, 3(3). <http://ojs.unud.ac.id/index.php/obgyn/article/view/13452>
- McClain, C. S., Rosenfeld, B., & Breitbart, W. (2003). Effect of spiritual well-being on end-of-life despair in terminally-ill cancer patients. *The lancet*, 361(9369), 1603-1607.
- Melnyk, B.M & Overholt, E.F . 2011. Evidence based practice in nursing & healthcare : a guide to best practice. 2nd Ed. Philadelphia : Lippincort
- Merrill, R. M. (2008). Hysterectomy surveillance in the United States, 1997 through 2005. *Medical Science Monitor*, 14(1), CR24-CR31.
- Miedema, B.W., & Johnson, J.O. (2003). *Methods For Decreasing Postoperative Gut Dysmotility*. *Lancet Oncol*, 4, 365–372.
- Mitchell, A. J., Chan, M., Bhatti, H., Halton, M., Grassi, L., Johansen, C., & Meader, N. (2011). Prevalence of depression, anxiety, and adjustment disorder in oncological, haematological, and palliative-care settings: a meta-analysis of 94 interview-based studies. *The lancet oncology*, 12(2), 160-174.
- Moreno V, Bosch FX, Munoz N, Meijer CJ, Shah KV, Walboomers JM, Herrero R, Franceschi S. (2002). Effect of oral contraceptives on risk of cervical

cancer in women with human papillomavirus infection: the IARC multicentric case-control study. *Lancet* 2002; 359(9312):1085–1092.

National Cancer Action Team. Quality in Nursing Clinical Nurse Specialists in Cancer Care; Provision, Proportion and Performance A census of the cancer specialist nurse workforce in England 2010.

Noble, E.J, Harris,R , Hosie,K.B, Thomas, S & Lewis, S.J. 2009. *Gum Chewing Reduces Postoperative Ileus? A Systematic Review and Meta-analysis*. International Journal of Surgery 7 (2009) 100–105.

Nuranna L. 2005, Penanggulangan Kanker Serviks Yang Sahih dan Andal Dengan Model Proaktif-VO (Proaktif, Koordinatif Dengan Skrining IVA dan Terapi Krio). [Disertasi]. Program Pasca Sarjana FKUI. Jakarta,

Oncology Nursing Society. 2008. Oncology Clinical Nurse Specialist Competencies. <https://www.ons.org/sites/default/files/cnscomps.pdf>

Papaconstantinou, et al. (2005). *Chewing gum accelerate discharge of patient from hospital after colon resection*. Diakses dari <http://www.facs.org>

Pathak, P., Mahal, R., Kohli, A., & Nimbran, V. (2013). Progressive muscle relaxation: an adjuvant therapy for reducing pain and fatigue among hospitalized cancer patients receiving radiotherapy. *International journal of advanced nursing studies*, 2 (2) (2013), 2 (2), 58-65.

Peiretti, M., Zapardiel, I., Zanagnolo, V., Landoni, F., Morrow, C. P., & Maggioni, A. (2012). Management of recurrent cervical cancer: a review of the literature. *Surgical oncology*, 21(2), e59-e66.

Peters, W. A., Liu, P. Y., Barrett, R. J., Stock, R. J., Monk, B. J., Berek, J. S., ... & Alberts, D. S. (2000). Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early-stage cancer of the cervix. *Journal of Clinical Oncology*, 18(8), 1606-1613. <http://jco.ascopubs.org/content/18/8/1606.short>

Piura, B., Rabinovich, A., & Friger, M.(2007). Recurrent cervical carcinoma after radical hysterectomy and pelvic lymph node dissection: a study of 32 cases. *European journal of gynaecological oncology*, 29(1), 32-36. <http://web.a.ebschost.com/ehost/detail/detail?sid>.

Promotion; 2011. <http://www.cdc.gov/cancer/cervical/> [accessed January 19, 2012]

Qiu, J. T., Abdullah, N. A., Chou, H. H., Lin, C. T., Jung, S. M., Wang, C. C., ... & Lai, C. H. (2012). Outcomes and prognosis of patients with recurrent cervical cancer after radical hysterectomy. *Gynecologic oncology*, 127(3),

472-477.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0090825812006932>.

Quah HM, Samad A, Neathay AJ, Hay DJ, Maw A. Does gum chewing reduce postoperative ileus following open colectomy for left-sided colon and rectal cancer? A prospective randomized controlled trial. *Colorectal Dis*. 2006;8(1):64-70

Ramondetta L. (2013). What is the appropriate approach to treating women with incurable cervical cancer?. *J Natl Compr Canc Netw*. Mar 1 2013; 11(3):348-55. (Medline)

Rasjidi, I. (2009). Epidemiologi Kanker Serviks. *Indonesian Journal of Cancer*,3. <http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=kanker+servik+di+dunia&btnG=>

Rees, E.,Hardy, J.,Broadley,K.,&A'Hern, R. (1998). The use of the Edmonton symptom assesment scale (ESAS) within a palliative care unit in the UK. *Palliative medicine*, 12(2),75-82.

Rena, R. A., Suega, K., & Bakta, I. (2010). Pola kepekaan bakteri pada pasien keganasan hematologi di RSUP Sanglah Denpasar. *journal of internal medicine*,11(2).
<http://ojs.unud.ac.id/index.php/jim/article/viewFile/3951/2943>

Richardson, L.A., & Jones, G.W. (2009) A review of the reliability and validity of Romli, M. I., & Sukarya, W. S. (2011). Hubungan Antara Perempuan Perokok Pasif dengan Gambaran Hasil Pemeriksaan Pap Smear Di Yayasan Kanker Indonesia, Jawa Barat, Periode April-Mei 2011. *Prosiding SNaPP: Sains, Teknologi, dan Kesehatan*, 2(1), 33-40.
http://scholar.google.co.id/scholar?q=penurunan+imunitas+pada+pasien+kanker&btnG=&hl=en&as_sdt=0,5&as_ylo=2009&as_yhi=2015

Santesso, N., Schünemann, H., Blumenthal, P., De Vuyst, H., Gage, J., Garcia, F., ... & World health Organization Steering Committee for the Recommendations on the Use of Cryotherapy for Cervical Cancer Prevention. (2012). World Health Organization Guidelines: Use of cryotherapy for cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*,118(2), 97-102.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729212002147>

Satij Bela, Cohen StephenA. Evaluation of gum chewing on the return of bowel function in cesarean-delivery patients. *Obstet Gynecol*. 2006;107(4):10S.

Sauvaget, C., Muwonge, R., & Sankaranarayanan, R. (2013). Meta-analysis of the effectiveness of cryotherapy in the treatment of cervical intraepithelial neoplasia. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 120(3), 218-223.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020729212005917>

- Schmeler, K. M., Frumovitz, M., & Ramirez, P. T. (2011). Conservative management of early stage cervical cancer: is there a role for less radical surgery? *Gynecologic Oncology*, 120(3), 321-325.
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S009082581001259X>
- Schneider, A., Erdemoglu, E., Chiantera, V., Reed, N., Morice, P., Rodolakis, A., ... & Kesic, V. (2012). Clinical recommendation radical trachelectomy for fertility preservation in patients with early-stage cervical cancer. *International Journal of Gynecological Cancer*, 22(4), 659-666.
http://journals.lww.com/ijgc/Abstract/2012/05000/Clinical_Recommendation_Radical_Trachelectomy_for.22.aspx
- Schober, M., & Affara, F. (2009). *International Council of Nurses: advanced nursing practice*. John Wiley & Sons.
<http://scholar.google.co.id/scholar?hl=en&q=International+Council+of+Nurses:+advanced+nursing+practice.+John+Wiley+%26+Sons.&btnG=>
- Senagore, A.J. (2010). *Pathogenesis And Clinical And Economic Consequences Of Postoperative Ileus*. *Clinical and Experimental Gastroenterology*, 3, 87-89.
- Shi R, Devarakonda S, Liu L, Taylor H, Mills G. Factors associated with genital human papillomavirus infection among adult females in the United States, NHANES 2007-2010. *Biomed Central Research Notes* 2014; 7:544. [PubMed Abstract]
- Siddiqi, A, Zainab, M, Qadri, I, Bhatti, M F & Parish, J.L. 2014. Prevalence and Genotyping of High Risk Human Papillomavirus in Cervical Cancer Samples from Punjab, Pakistan. Article. *Viruses* 2014, 6, 27622777;doi:10.3390/v6072762.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4113792/pdf/viruses-06-02762.pdf>
- Sjamsurihidayat & Jong. (2005). *Buku ajar ilmu bedah*. Jakarta: EGC.
- Smeltzer, S.C., & Bare, B.G. (2002). *Buku ajar keperawatan medikal bedah*. Jakarta: EGC.
- Synder, M. & Lindquist, R. (2009). *Complementary/Alternative Therapies In Nursing*, (4th ed). New York : Springer Publishing Company.
- Taylor, E. J. (2003). Spiritual needs of patients with cancer and family caregivers. *Cancer nursing*, 26(4), 260-266.
http://journals.lww.com/cancernursingonline/Abstract/2003/08000/Spiritual_Needs_of_Patients_With_Cancer_and_Family.2.aspx.
- Taylor, E. J. (2006, July). Prevalence and associated factors of spiritual needs among patients with cancer and family caregivers. In *Oncology nursing forum*(Vol. 33, No. 4, pp. 729-735).
<http://europepmc.org/abstract/med/16858453>
- Thanagumtorn, K. (2012). Survival rate of recurrent cervical carcinoma. *Journal of the medical association of Thailand = chotmaihet thangphaet (J med*

Assoc Thai) 2012 Mar;Vol. 95 Suppl 3, pp. S125-30.
web.a.ebschost.com/ehost/detail/detail?sid.

the Edmonton Symptom Assessment System. *Current Oncology*, volume 16, number 1: Multimed Inc.

Van Genderen, M. E., Van Bommel, J., & Lima, A. (2012). Monitoring peripheral perfusion in critically ill patients at the bedside. *Current opinion in critical care*, 18(3), 273-279.
http://journals.lww.com/cocriticalcare/Abstract/2012/06000/Monitoring_peripheral_perfusion_in_critically_ill.11.aspx.

Varaei, S., Salsali, M., Cheraghi, M. A., Tehrani, M. R. M., & Heshmat, R. (2013). Education and implementing evidence-based nursing practice for diabetic patients. *Iranian journal of nursing and midwifery research*, 18(3), 251.
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748547/>

Vásquez, W., Hernández, A.V., & Garcia-Sabrido, J.L. (2009). Is gum chewing useful for ileus after elective colorectal surgery? A systematic review and meta-analysis of randomized clinical trials. *J Gastrointest Surg*, 13, 649–656.

Viswanathan, A. N., Beriwal, S., Jennifer, F., Demanes, D. J., Gaffney, D., Hansen, J., ... & Erickson, B. (2012). American Brachytherapy Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. Part II: High-dose-rate brachytherapy. *Brachytherapy*, 11(1), 47-52
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1538472111003515>

Viswanathan, A. N., Thomadsen, B., & American Brachytherapy Society Cervical Cancer Recommendations Committee. (2012). American Brachytherapy Society consensus guidelines for locally advanced carcinoma of the cervix. Part I: General principles. *Brachytherapy*, 11(1), 34-3
[http://www.brachyjournal.com/article/S1538-4721\(11\)00352-7/abstract](http://www.brachyjournal.com/article/S1538-4721(11)00352-7/abstract)

Waggoner, S. E. (2003). Cervical cancer. *The Lancet*, 361(9376), 2217-2225.

Walton, L.M., Reeve, J., Brown, P.M., & Farquhar, C. M. (2009). Gynaecologic cancer patients needs and experiences of supportive health services in New Zealand. *Psycho-Oncology*, 19(2), 201-208.
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.1553/abstract>

WHO. 2010. *Cancer*, (online), (<http://www.who.int/cancer/en/>), diakses 7 Februari 2015).

Wilkinson, J.M (2007). Buku saku diagnosis keperawatan dengan intervensi NIC dan kriteria Hasil NOC. (Widyawati...et al. Penerjemah). Jakarta : EGC.

- Winer RL, Hughes JP, Feng Q, O'Reilly S, Kiviat NB, Holmes KK, & Koutsky LA. (2006). Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women. *New England Journal of Medicine* 2006; 354(25):2645–2654. [PubMed Abstract]
- Yarbro, C.H., Wujick, D., Gobel, B.H, (2011). *Cancer Nursing, Principles and practice*. 6 Ed. Canada. Jones and Bartlett Publisher.
- Yuruk, K., Bartels, S. A., Milstein, D. M., Bezemer, R., Biemond, B. J., & Ince, C. (2012). Red blood cell transfusions and tissue oxygenation in anemic hematology outpatients. *Transfusion*, 52(3), 641-646. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1537-2995.2011.03312.x/full>



RESUME 30 KASUS KELOLAAN PADA PASIEN KANKER DENGAN PENDEKATAN *PEACEFULL END OF LIFE*

NO	Data umum dan Diagnosa medis	DESKRIPSI KASUS DAN ASUHAN KEPERAWATAN DENGAN PENDEKATAN <i>PEACEFULL END OF LIFE</i>
1	Tn. M, umur 22 Tahun, islam, pendidikan mahasiswa, diagnosa medis AML	Pasien di rawat di RIIM hari rawat ke 32. Pasien mengeluhkan nyeri dada, nyeri pada kepala dengan ESAS 3, dada berdebar-debar, badan terasa lemas, nyeri pada perut tidak ada, mual dan muntah tidak ada. Pasien mengeluhkan demam, pasien pucat, mukosa bibir kering, intake makan habis. Dari pemeriksaan laboratorium didapatkan hasil HB: 10,0 gr/dl, Leukosit = 0,98 10/ml, trombosit =24.000 10/ml. pasien post kemoterapi LAM XII dengan protocol Doxorubicin, Etoposide dan alexan. Pasien sebelumnya sudah menjalani kemoterapi di RSCM sebanyak 2 kali dengan Induksi LAM-6 dan FLAG. Hasil BMP Gagal induksi LAM-6 dan Gagal Reinduksi FLAG. TD : 110/70, nadi : 86x/I, suhu : 37, dan RR : 18x/i. Pasien mengatakan semoga bisa cepat pulih dengan keadaannya, dan pasien bisa melanjutkan kuliah, walaupun sering keluar rumah sakit dan di ruangan RIIM pasien menjalani pengobatan dengan ikhlas, orang tua selalu mendampingi keluarga selama pengobatan. Terapi : cetirizine 2x1, Rhinofed 2x1 (Bila pilek), PCT 500mg k/p, leukogen ekstra 1x1, neurocal 2x1, zitanid 2x1, ketoprofen 2x50 mg k/p, cedocard 1x2,5mg, amikasin 1x100mg, tazocyn 3x4,5mg, mycamin 1x100mg, prosogan/OMZ 2x1, ondansetron 1x1, ciprofloxacin 2x500mg. Diagnosa keperawatan 1: nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis: penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Diagnosa keperawatan 3: Resiko perdarahan (00206) berhubungan dengan trombositopenia Tujuan (NOC): Blood coagulation (0409) dan intervensi (NIC): bleeding precaution (4010) Evaluasi: setelah dilakukan perawatan selama 8 hari, masalah nyeri teratasi sebagian, intervensi dilanjutkan dengan tujuan pain control. Masalah resiko infeksi teratasi sebagian lanjutkan intervensi perlindungan infeksi dan masalah resiko perdarahan teratasi sebagian lanjutkan intervensi bleeding precaution.

2	Ny R umur 49 tahun, agama Kristen, pendidikan SLTP, pekerjaan IRT. Diagnosa medis : Ca Mamae St IV Meta Paru dan meta tulang	Pasien mengeluhkan nyeri pada payudara, terasa seperti ditusuk-tusuk, nyeri datang tiba-tiba. Skala nyeri 5-6. Pasien mengeluhkan sesak nafas, sesak nafas seperti rasa tenggelam, nafas cuping hidung, retraksi dinding dada, terpasang oksigen 3 lpm , batuk (+), sputum (+), warna kehijauan , ESAS sesak 7-8. Hasil USG thorak tanggal 21/10/2014 dengan kesan: tampak efusi pleura inferior kanan dengan volume 1864 ml. Pasien terpasang WSD di dinding dada sebelah kanan, cairan WSD berwarna kemerahan produksi lebih kurang 250 cc. hasil bone scan terlihat aktifitas patologis pada vertebrae Th-5, kaput femur kanan dan costae kanan. Tidak tampak aktivitas patologis pada tulang lain. Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nd 98x/I, RR 32x/I. Mual muntah tidak ada, nafsu makan baik. Pasien didampingi oleh suaminya selama perawatan. Pasien mengatakan cemas dengan keadaan penyakitnya, tanpa gejala yang berat. Terapi: ceftriaxone 2x1 gr, nebulizer bisolvon + Ventolin 3x1, tramadol 3x100mg, methylprednisolon 2x12,5mg, ranitidine 3x1. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan pola nafas (00032) berhubungan dengan ketidakadekuatan ventilasi dan penurunan kapasitas pembawa oksigen, penumpukan cairan di pleura Tujuan: respiration status air way patency (0410) dan intervensi (NIC): airway management (3140), terapi oksigen (3320) Diagnosa keperawatan 2: nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker pada jaringan lunak sekitarnya. Tujuan (NOC): pain level (2012) intervensi : pain management (1400) Diagnosa keperawatan 3: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC: cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evalusi: setelah dilakukan keperawatan selama 5 hari, ketidakefektifan pola nafas teratasi sebagian pasien terpasang WSD, lanjutkan intervensi airway management, nyeri teratasi sebagian lanjutkan pain managemen dan kontrol nyeri dan cemas teratasi sebagian. Pasien direncanakan kemoterapi.
3	Tn M, umur 61 tahun, MR: 175125, pensiunan, Islam. Diagnosa Medik : Ca Hepar St IIb	Pasien dengan keluhan perut membuncit semenjak 1 tahun yang lalu, 6 bulan terakhir semakin tambah membesar, dilakukan pemeriksaan FNAB di RS Pontianak dengan Kesan keganasan pada hepar stadium IIb. Pasien riwayat DM sekitar 10 tahun yang lalu, terkontrol. Pasien mengeluhkan nyeri pada bagian perut, perut membuncit dengan LP 128 cm, dan kadang-kadang terasa sesak nafas, terpasang oksigen. TD: 140/90 mmHg, Nd: 98x/I, suhu: 37, RR : 18x/I. nafsu makan turun, pasien mengatakan mual dan merasa begah, massa (+), asites (+), shifting dullness (+), asites (+). Aktivitas dibantu pasien bedrest, tidak bisa beraktivitas, edema pada kaki derajat 2. Kekuatan otot 4444. Pasien dilakukan pemeriksaan MSCT scan abdomen 19/11/2014 dengan kesan: Massa dengan area nekrotik, pada mesenterial

		perioduedenal, suspek massa stromal, asites subdiafragma. Tidak tampak kelainan pada organ intra abdominal lainnya. Pasien dipersiapkan untuk dilakukan laparotomy untuk biopsy. Pasien berharap segera bisa dioperasi, selama sakit pasien ditemani oleh anak dan istrinya. Hasil laboratorium: protein total 5,7 mg/dl, albumin 2,6 mg/dl, globulin 3,1 gr/dl, SGOT 74 gr/dl dan SGPT 72 gr/dl. Hb ; 10,9 g/dl, L: 6,35 10/ml, Tr 191 10/ml, Er : 3,59 10/ml dan Ht : 32,2 %. Na : 140, K: 5,7, Cl: 101, Ca : 7,6, Mg : 1,9. Terapi : Ceftazidime 2x1 gr, Vit K 3x100mg, kalnex 3x250 gr, Vit C 1x1 gr, Ranitidine 2x 50 mg, Nasfor 3x4 mg, adona + Ns 3x1, Fentanyl 200mg/ 24 jam.. IVFD RD 1000cc/24 jam, Tutofusin 1000/24 jam. Diagnosa keperawatan 1: intorelansi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC): Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 2: nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat. Tujuan (NOC): Food and fluid intake (1008), intervensi (NIC) : management nutrisi (1100) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari, intoleransi aktivitas teratasi sebagian energy management, nyeri teratasi sebagian pain manajemen dilanjutkan, nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi sebagian, manajemen nutrisi dilanjutkan.
4	Ny M. 32 tahun, 158269, Islam, Tamat PT, IRT. Diagnosa medis : Ca Mamae st IV T3N0M1 meta Brain, paru, hepar dan tulang.	Pasien punya riwayat menggunakan kontrasepsi oral selama 2 tahun. Pasien terbaring, pasien mengeluhkan nyeri pada kepala dan punggung, nyeri hilang timbul, nyeri seperti ditusuk-tusuk, dan nyeri pada tulang belakang terasa menyebar, pasien mengatakan nyeri terasa apabila pasien bergerak. ESAS nyeri 7. Keluhan sesak nafas dengan nilai ESAS 6-7, terpasang oksigen 3lpm, pasien terpasang WSD di dinding dada sebelah kanan, nafas cuping hidung, batuk (+), retraksi dinding dada (+). Suara nafas tambahan ronchi +/+. Tekanan darah: 130/90 mmHg, Nadi: 96x/I, RR: 23x/I, suhu 37. Pasien terbaring aktivitas dibantu dengan nilai ECOG 4 (ketidakmampuan secara total, tidak dapat melakukan perawatan diri sendiri total berada ditempat tidur), skala braden scale 13 (resiko sedang). Kekuatan otot 4/4 Ekstremitas udm derajat 1. Pasien sudah menjalani radiasi kepala sebanyak 10 kali. Hasil bone scan tanggal 19/9/2014 kesan: terdapat aktivitas patologis pada vertebra servikal, thorakal, lumbal, cranium dan femur kiri. Spot foto: lesi metastase pada vertebrae cervical 6-7 dan cranium suspek lesi metastase pada femur proksimal kiri. Pasien kontrol tiap bulan. Pemeriksaan USG Abdomen pelvis dengan kesan:

		lesi metastase pada hepar tidak terdapat kelainan pada organ-organ lainnya. Hasil foto thorak : kesan : terdapat efusi pleura kanan fraktur kompresi vertebrae thorakal 6-7. Pasien mengatakan selama dirawat selalu ditemani ibu dan saudara nya karena suami nya sudah meninggal. Pasien berharap bisa pulih dan bisa merawat anak-anak nya. Pasien merasa cemas dengan keadaan sekarang semakin hari semakin bertambah keluhan sedangkan pasien selalu berobat. Pada saat ini pasien mendapatkan terapi morfin 5 mg (6x/hari), amoxilin 3x500mg, ranitidine 2x1, ultracet 2x1, ceftriaxone 2x1 gr, ketorolac 3x1 + NS 100ml. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan pola nafas (00032) berhubungan dengan ketidakadekuatan ventilasi dan penurunan kapasitas pembawa oksigen, penumpukan cairan di pleura Tujuan : respiration status airway patency (0410) dan intervensi (NIC): air way management (3140), terapi oksigen (). Diagnosa keperawatan 2: nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: intorelansi aktivitas (1005) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC): Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 4: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, ketidakefektifan pola nafas sebagian teratasi dengan kontrol airway management, nyeri teratasi sebagian kontrol dengan analgetik, intoleransi aktivitas teratasi sebagian dan cemas teratasi sebagian.
5	Tn A, usia 43 tahun, islam, pekerjaan swasta Diagnosa medis : Osteosarcoma tibia kanan post amputasi	Pasien post amputasi tibia kanan, sebelum nya pasien di diagnosis dengan osteomilitis kronis tibia fibula, dan dianjurkan untuk kemoterapi akan tetapi pasien menolak. Post operasi pasien tidak konsul. Datang ke IGD dengan keluhan nyeri pada kaki sebelah kanan, nyeri terasa menusuk-nusuk, nyeri berlangsung lebih 15 menit, nyeri datang tiba-tiba, ESAS nyeri 8. Pasien mengeluhkan sesak nafas, terpasang oksigen 3 lpm, nafas cuping hidung, retraksi dinding dada. Terdapat luka di daerah bekas amputasi, luka mudah berdarah apabila perban di buka, berbau, pus (+), terbalut perban, aktivitas dibantu dengan status ECOG 4. Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 19/11/2014 Hb: 9,7 gr/dl, leukosit $19,4 \times 10^3/\text{dl}$, trombosit $625 \times 10^3/\text{dl}$ eritrosit $3,71 \times 10^3/\text{dl}$, Ht 27,2%. Elektrolit Na : 128, K : 4,6, Cl: 96, Ca : 8,5, Mg : 2,5. Terpasang IVFD Ns 0,9 %/ 8 jam. Tekanan darah: 120/80 mmHg, Nadi 98x/I, RR: 28x/I, suhu: 37,8. Pasien mengatakan tidak berdaya dengan kondisinya sekarang, pasien merasa cemas dengan keadaannya

		kemana-mana harus di bantu dan merepotkan kakaknya. Terapi injeksi Metyl prednisolone 1x12,5 mg, injeksi ranitidine 1x 50mg, injeksi ketorolac + NS 100cc, duogesic path 12,5 mg/3hr. terapi oral ketorolac 2x1 dan ranitidine 2x1. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan pola nafas (00032) berhubungan dengan ketidakadekuatan ventilasi dan penurunan kapasitas pembawa oksigen, efusi pleura. Tujuan : respiration status airway patency (0410) dan intervensi (NIC): airway management (3140), terapi oksigen (3320) Diagnosa keperawatan 2: Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC: cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Diagnosa keperawatan 4: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550) dan perawatan luka (3660) Evaluasi: setelah diberikan intervensi keperawatan selama 2 hari, ketidakefektifan pola nafas sebagian teratasi dengan kontrol airway management, nyeri teratasi sebagian kontrol dengan analgetik, intoleransi aktivitas teratasi sebagian cemas teratasi sebagian dan resiko infeksi teratasi sebagian. Pasien pindah keruangan
6	Ny B, umur 39 tahun, tamat SLTA, Kristen, MR : 175389. Diagnosa Medis Tumor Otak	Pasien post operasi craniotomy + VP shunt hari ke 8. Pasien terpasang drain di kepala, produksi drain 30cc, terpasang perban di kepala. Pasien mengeluh kan nyeri pada luka bekas operasi, nyeri sperti di tusuk-tusuk, nyeri terasa pada saat pasien bergerak, ESAS 3-4. Pasien mengeluhkan kepala terasa pusing apabila bangkit dari tidur ke duduk, pasien tidak bisa melihat. Aktivitas dibantu saudara. Tekanan darah : 150/100 mmHg, nadi 100x/I, RR: 20 x/I, dan suhu 36. Pasien mengatakan cemas dengan kondisi sekarang untuk tindakan selanjutnya, pasien tidak bisa melihat. Hasil MRI brain : kesan massa meningeal pada area perisinus kavernosus dan lobus temporalis kanan cenderung merupakan meningioma hydrocephalus obstruksi setinggi foramen moonro. Pasien post op untuk intervensi selanjutnya, hasil PA (-). Therapy oral inspepsa syr 3x1, nonflamin 3x1, cefixime 2x200gr, ranitidine 2x1, ikaneuro 3x1, ultracet 3x1, parenteral: claforan 3x1 gr, ikaphen 3x100mg +NS 100ml, Vit K 3x100mg + NS, transamin 3x500mg, dycinon 1x250, Vit C 1x1gr, tamolic 3x1gr, ranitidine 2x50 mg, mersitropil 2x3gr.

		Diagnosa keperawatan 1: Gangguan perfusi jaringan serebral (00201) berhubungan dengan gangguan aliran arteri dan vena Tujuan (NOC): Tissue perfusion (0406), intervensi (NIC) : intracranial pressure monitoring (2590) Diagnosa keperawatan 2: gangguan persepsi sensori : penglihatan () berhubungan dengan perubahan persepsi transmisi/integrasi sensori : penekanan massa tumor Tujuan (NOC): status penglihatan () dan intervensi (NIC): manajemen lingkungan (). Diagnosa keperawatan 3 : nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Evaluasi; setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari, gangguan perfusi jaringan perifer sebagian teratasi, gangguan persepsi sensori teratasi sebagian, dan nyeri teratasi sebagian, pasien pulang rencana kontrol 1 minggu kedepan.
7.	Ny S, 60 tahun, islam, MR : 153735. IRT, status marital : janda Diagnosa medis : suspek limfoma maligna metastatik onkologi kemoterapi I	Pasien post op kemoterapi I dengan protocol CVP (siklofosfamid, vincristine dan prednisone), pasien mengeluhkan terasa nyeri pada perut dan leher, di leher terdapat massa, keluarga mengatakan kalau nyeri nya datang pasien terlihat meringis dan kadang-kadang menangis, nyeri terasa menyebar. Pasien terlihat banyak tidur apabila tidak nyeri. Nyeri dirasakan yang berat akhir-akhir ini. Kadang-kadang terbangun gara-gara nyeri, ESAS nyeri 9. Pada saat pengkajian pasien terlihat sesak nafas, RR 28x/I, nadi 102x/I, TD : 130/90 mmHg, suhu 37,4. Batuk (-), suara nafas tambahan (-) ESAS (6). Pasien tampak kurus, bibir kering, bising usus (+), pasien tidak bisa intake oral terdapat pembengkakan di leher, penurunan BB 10-15 kg selama sakit, BB 36,5 Kg, dan TB 149 cm (IMT: 16,4 = gizi kurang). Terpasang TPN klinimik 1000cc/24jam. Pasien terbaring Udema pada kedua kaki derajat 2. Ekstremitas bawah lemah, semenjak sakit diperut pasien tidak sanggup jalan karena nyeri yang dirasakan kalaiberaktivitas, aktivitas pasien dibantu, kekuatan otot ekstremitas bawah 2/2. Pasien mengatakan merasa cepat lelah, ESAS 7-8. Pasien terlihat pasrah dengan kondisinya. Pasien ditemani oleh ponakan. Hasil pemeriksaan Bone scan : adanya aktifitas patologis vertebra pada servikal, torakal, lumbal, sacrum, pelvis, costae, scapula, humerus kanan. Hasil spot foto : metastase vertebra C5, acetabulum kiri, sacrum, dan humerus kanan, suspect lesi metastase pada vertebrae th 9 dan L4. MSCT abdomen : hepatomegali dengan multiple lesi noduler pada kedua lobus hepar, suatu gambaran lesi sekunder, limfadenopati para aorta dan aortacaval dan parailiaka, lesi metastase pada vertebra. Hasil lab : Hb : 10,5, Leukosit 13,21, Tr 194, Er 4,78, Ht 30,8%. Ureum 24, Cr : 0,34, eGFR 216,62. APTT p ; 40,6, protein total 6,1, albumin 2,5, globulin 3,6. Terapi parenteral : IVFD asering 1000 cc/24 jam, klinimik 1000cc/24 jam, heparin 10.000unit/24 jam. Oral terapi : coditon 3x1, neurobion 1x5000, gabapentin 3x300, lasoprazol 2x1, amptripilin 1x1/2, ketorolac 3x1 + Ns 100ml .

		Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan pola nafas berhubungan (00032) dengan penurunan energy/kelelahan, nyeri cidera tulang belakang (metastase). Tujuan (NOC): status respirasi : ventilasi, intervensi (NIC) : pemantauan pernafasan () Diagnosa keperawatan 2: Nyeri kronis () berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh () berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan () intervensi (NIC) manajemen nutrisi dan terapi nutrisi () Diagnosa keperawatan 4: Intorelansi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC): Energy management (0108). Evaluasi: intervensi keperawatan selama 5 hari, ketidakefektifan pola nafas sebagian teratasi dengan kontrol airway management, nyeri teratasi sebagian kontrol dengan analgetik, intoleransi aktivitas teratasi sebagian dan nutrisi sebagian teratasi dengan pemantauan pemberian TPN.
8.	Tn N, 60 tahun, pensiunan, tamat PT. MR : 173738. Islam. Ruang rawat : Rawat singkat. Diagnosa medis Limfoma non hodgkin	Pasien prokemoterapi I dengan protocol RCHOP. Pasien persiapan kemoterapi. keluhan nyeri pada daerah leher ada pembengkakan teraba keras, nyeri hilang timbul apabila batuk terasa nyeri. Nyeri seperti ditusuk-tusuk, ESAS nyeri 4-5. TD :150/ 90 mmHg, nadi : 100x/I, rr : 14 x/i. dan suhu 36,5. Mual muntah (-). Pasien kemoterapi pertama, pasien terlihat cemas dan banyak bertanya, ESAS 5-6. Pasien ditemani oleh istri, anak sreta kakaknya. Pasien berharap dapat pulih. Diagnosa keperawatan 1 : cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Diagnosa keperawatan3 : nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012)dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Evaluasi: setelah dilakukan keperawatan selama kemoterapi di rawat jalan, pasien dengan diagnosa keperawatan cemas teratasi sebagian dan nyeri teratasi sebagian.
9	Ny C, umur 40 tahun, Kristen, IRT, MR:	Pasien dirawat di RIIM hari rawat ke 13. Pasien on kemoterapi. dengan hasil BMP : limfoblast 26%, prolilimfosit 2%, dan limfosit 61%. Kesan acute lymphoplastic leukemia. Kemoterapi induksi ALL 4 dengan protocol: Daorobicin, cychlophospamide, vincristine, dan MTX. Pasien tidak mengeluhkan nyeri,

	173421. Ruang rawat : RIIM Diagnosa medis : ALL on kemoterapi	sesak nafas tidak ada, nafsu makan baik, porsi yang disediakan habis, aktivitas dilakukan sendiri minimal bantuan. Pasien mengeluhkan sedikit pusing, terpasang CVC pada dada sebelah kiri, TD : 100/70, nadi 80x/I, suhu 36. RR: 20 kali. Pasien mengeluhkan dingin, hb : 10 gr/dl, trombo : 130.000, ht : 27,4%, L=0,32, E= 3,49. Pasien dijadwal untuk pemebrian MTX. Pasien mengatakan segera cepat pulang. Selama sakit pasien ditemani oleh suami. Hasil kultur swab tenggorokan coccus gram (+) staphylococcus haemolyticus. Therapy : pantazol 2x20mg, cliad smg 2x1, polycard 3x1, femara 1x2,5 mg, ondansetron 3x 8 mg, granocyte 2x1, leukogen 2x1, Bactrim forte 2x500mg, kotrimoxazole 2x2 tab, acyclovir 3x4, lactulose syr 3x1, disflatyl 3x1, neurobion 5000 ui 1x1 dan enzymplek 3x1. Diagnosa keperawatan 1: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Diagnosa keperawatan 2: Resiko perdarahan (00206) berhubungan dengan trombositopenia Tujuan (NOC): Blood coagulation (0409) dan intervensi (NIC): bleeding precaution (4010) Diagnosa keperawatan 3 : konstipasi (00015) berhubungan dengan perubahan lingkungan Tujuan (NOC) : defekasi (0501) dengan intervensi (NIC) : constipasi management (0450) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 4 hari, resiko infeksi teratasi sebagian dan masalah resiko perdarahan teratasi sebagian serta masalah konstipasi teratasi.
10	Ny F, 49 tahun, IRT, SLTA, islam, Islam. Ruang rawat teratai. Diagnosa Ca Recti pro kemoterapi	Pasien mengeluh nyeri pada anus dan perut, nyeri akan bertambah jika pasien mencoba duduk lama, nyeri seperti didiris dan berlangsung selam 5-10 menit. ESAS 7. Pasien saat ini terpasang kolostomi pada perut kiri, sebelumnya pasien sudah dioperasi dan rencana untuk kemoterapi sekarang sedang perbaikan keadaan umum. Dari pengkajian pasien suka makan fast food, suka sayur, pasien punya riwayat keluarga dengan kanker adik kandung pasien kanker kelenjar getah bening. Status ECOG 3, dengan ESAS kelelahan 8 mual dan nafsu makan menurun perut terasa begah, tampak perut membuncit LP : 68 cm, status Antropometri BB 40 kg TB 160 Cm IMT 16,3+ gizi kurang, BU (+), produksi colostomy (+), asupan makan via oral, bibir terlihat kering. Penurunan bb >20% selama 6 bulan terakhir. Turgor kulit kering. TD : 110/70 mmHg. Nadi 78 x/I, RR : 16x/I, dan suhu 36,5. Pasien mengatakan selama sakit suami selalu menemani, walaupun harus cuti dan hanya mengambil absensi ke kantor, suami pasien TNI dan pimpinan kantor suami memberi kelonggaran terhadap suami untuk mendampingi pasien selama perawatan. Terapi : MO 10 mg/24 jam, amiparen + tramal 300mg/24 jam. Lanzoperazole 2x1, ranitidine 2x1, ondansetron 3x1 serta aminofluid 500cc/12 jam.

		Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan (1008), intervensi (NIC) manajemen nutrisi (1100) dan terapi nutrisi () Diagnosa keperawatan 3: Intoleransi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intoleransi (1005) dan intervensi (NIC) : Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 4 : kerusakan integritas jaringan (00044) berhubungan dengan kolostomy Tujuan (NOC): tissue integritas skin and mucous membrane (1101), intervensi (NIC) : ostomy care (0480), wound care (3660). Evaluasi: intervensi keperawatan selama 7 hari, nyeri teratasi sebagian, nutrisi kurang dari kebutuhan teratasi sebagian nutrisi belum adekuat pemantauan pemberian TPN dan intoleransi aktivitas teratasi sebagian dan integritas jaringan teratasi sebagian.
11	Ny S, 67 tahun, islam, IRT, 173525. Teratai. Diagnosa medis Melanoma maligna + calcaneus T4bN2M1 unresectable	Pasien dengan keluhan bengkak pada paha sebelah kanan, bengkak berwarna hitam, seperti agar-agar, bengkak terfiksasi, tidak berbau, resiko perdarahan, bengkak cenderung berair, terbalut perban, basah, rembesan berwarna merah. Pembengkakan di inguinal. Pasien mengatakan kaki sebelah kanan nyeri apabila di gerakkan, pasien terlihat meringgis saat kaki kanan dibantu untuk di gerakkan, nyeri seperti di Tarik ke arah perut apabila di gerakkan, pasien terlihat banyak diam. ESAS nyeri 6-7. Pada saat pengkajian pasien terlihat tidak sesak nafas, pasien terlihat pucat, CRT <3 detik, tampak sedikit sesak nafas, mual dan muntah tidak ada, intake makan via oral. Terdapat luka pada bagian selangkangan dan punggung karena rembesan dari luka bagian paha. Derajat 1. Pasien mengatakan nyeri pada selangkangan serta di daerah punggung. Terlihat bengkak pada kedua kaki dan tangan, asites (+), shifting dullness (+), intake: 4000cc/24 jam, output: 2500, BC : + 1500cc. aktivitas pasien dibantu anaknya, ECOG 3. Pasien mengatakan tidak bisa beraktifitas karena kaki terasa berat, dan mencoba untuk miring kiri dan kanan terasa sesak. Pasien merasa cemas karena sudah beberapa kali menjalani operasi, penyakit tidak berkurang malahan bertambah besar yang awalnya hanya kecil. Pasien post biopsi ulang di RSKD, dan telah dilakukan MRI Pelvis dengan kesan : massa jaringan lunak dengan focus hemoragic pada kutis dan subkutis dengan infiltrasi ke rektus femoralis kanan, M. Vastus medialis, M. Sartorius, M. adductor

	magmus.M.semifandinosus, dan M. semi membranosa, tidak tampak kelainan pada OS femur, dan arteri dan vena femoralis kanan limfanodenopati inguinal kanan, tidak tampak kelainan pada organ intra pelvik lainnya. TD : 110/70 mmHg, nadi 96x/I, RR : 20x/I, suhu : 36,2. Hasil pemeriksaan laboratorium 25/19/2014. Protein total 3,7, albumin 2,3, globulin 1,4, HB: 6,5, leukosit : 14,11, trombo: 181, erit : 2,98, Ht : 23,7. D-dimer 4000, Na: 130, Ca: 7,9, Cl: 99, K: 2,5, mg: 1,8 Terapy oral : antasida 3x1, simarcr 1x1. Perenteral : cefriaxon 2x1 gr, ketorolac 3x1 +Ns 100cc, ca glukonas 3x1 + Ns 100cc, metocloparamide 3x1, ranitidine 2x1. IVFD : dektrose 10 %, NaCl 0,9%, PAG perbandingan 2:1:1 /24 jam. Heparin 10.000 ui/24 jam. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204) berhubungan dengan penurunan konsentrasi Hb dalam darah Tujuan (NOC): perfusi jaringan , intervensi (NIC): perawatn sirkulasi (4066) dan manajemen senssari perifer Diagnosa keperawatan 2: nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: kelebihan volume cairan (00026) berhubungan dengan ketidakmampuan protein sekunder akibat penurunan asupan atau peningkatan kehilangan Tujuan (NOC): keseimbangan cairan () dan intervensi (NIC): pemantauan elektrolit () dan manajemen cairan () Diagnosa keperawatan 4: Intorelansi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC) : Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 5: kerusakan integritas kulit (0046) berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan) Tujuan (NOC): integritas jaringan: kulit (), intervensi (NIC) : wound care (3660). Evaluasi : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, perfusi jaringan cukup adekuat dengan perawatan sirkulasi, nyeri teratasi sebagian intervensi manajemen pain dilanjutkan, kelebihan volume cairan teratasi sebagian pemantauan elektrolit dan manajemen cairan, intoleransi aktivitas teratasi sebagian, dan kerusakan integritas jaringan teratasi sebagian dengan intervensi woundcare dilakukan sesuai keadaan luka dan pasien dan program miring kiri dan kanan saban 2 jam.
--	--

12	Ny N. 36 tahun, islam petani, 173859, cempaka. Diagnosa medis: ca mammae st IV meta tulang	Pasien dengan keluhan sesak nafas dan nyeri pada pasien payudara kiri dan tulang punggung. Pasien rencana kemoterapi dan radiasi sedang perbaikan KU. Sebelumnya pasien sudah di biopsy di rumah sakit Bengkulu dengan diagnosa kanker payudara dan dianjurkan untuk kemoterapi akan tetapi karena pertimbangan biaya kemoterapi di tunda. Pasien datang rujukan dari rs Bengkulu untuk pengobatan lebih lanjut. Pasien mengatakan nyeri pada payudara kiri dan tulang belakang, nyeri terasa seakan-akan pasien tidak bisa bernafas. Nyeri menyebar dari arah depan sampai ke bagian punggung. Nyeri berlangsung selama 10-15 menit. ESAS: 9. Pasien terlihat sesak nafas, nafas cuping hidung, terpasang oksigen 3lpm, retraksi dinding dada, suara nafas tambahan rhonki halus pada paru kanan. TD : 80/50, nadi : 112x/I, RR: 32x/I, suhu : 37,5. Pasien mengatakan intake makan sedikit, nafsu makan menurun karena sesak, porsi makan yang disediakan habis 1-3 sendok, Makanan Lunak. Pasien mengatakan tidak ada tenaga untuk bergerak, ESAS 7, aktivitas dibantu suami ECOG 4. Terdapat luka pada payudara kiri, perban rembesan berwarna kekuningan, bau khas. Pasien selama sakit ditemani oleh suaminya, pasien mengatakan ingin cepat pulang dan bertemu dengan anak-anaknya. Hasil foto thorak tgl 10/10/2014 kesan efusi pleura kiri dan bronkopneumonia kanan. Bone scan 03/10/2014 kes: terdapat aktivitas patologis pada vertebrae L3 dan cruris distal. Core biopsy 3/11/2014 kesan : invasive carcinoma of no special type (NST) grade III. Tidak terdapat emboli limfovaskuler. Imunohistokimia tgl 10/11/2014: ER (-), PR (-), Cerb B2 (-), K167 (+). Hasil pemeriksaan laboratorium tanggal 1/12/2014 : Hb: 8,9 gr/dl, leukosit : 12,49, tr : 249, Er : 2,89 dan Ht : 26,2%. Na : 117, K: 4,9, Cl: 87, dan Ca : 6,8. Hasil EKG : sinus tacikardi, low voltage QRS, cannot rule out anterior infarct, age undetermined, abnormal EKG. Echo : EF 62%, efusi pleura sinistra moderate. Terapi oral : gabapentin 3x300mg, amitripylin 1x12,5mg, parenteral : dexametason 2x5 mg, ranitidine 2x50 mg, ca glukonas 2x1 gr + Ns 100 cc. IVFD NS 3%, Mo 10 mg /24 jam, ekstra MO 1,5 mg IV bolus tiap 2 jam jika ada renjatan nyeri, max 10x /24 jam. Dobutamin 5-10 mikro/kgbb/menit dalam 50 cc Ns, dopamine 3 mikro/kgbb/menit. Diagnosa keperawatan 1 : penurunan curah jantung (00029) berhubungan dengan gangguan irama jantung Tujuan (NOC) : status sirkulasi intervensi (NIC): regulasi hemodinamik Diagnosa keperawatan 2: Ketidakefektifan pola nafas (00032) berhubungan dengan penurunan energy/kelelahan, nyeri cedera tulang belakang (metastase). Tujuan (NOC): status respirasi : ventilasi, intervensi (NIC) : pemantauan pernafasan Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : kanker payudara Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400) dan pemberian analgetik ()
----	--	--

		Diagnosa keperawatan 4: kelebihan volume cairan (00026) berhubungan dengan Tujuan (NOC): keseimbangan cairan () dan intervensi (NIC): pemantauan elektrolit () dan manajemen cairan (). Diagnosa keperawatan 5: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan (1008), intervensi (NIC) manajemen nutrisi (1100) dan terapi nutrisi (1120) Diagnosa keperawatan 6: kerusakan integritas jaringan (00044) berhubungan dengan faktor mekanik (penekanan) Tujuan (NOC): integritas jaringan (), intervensi (NIC): wound care (3660). Evaluasi : setelah diberikan intervensi keperawatan selama 3 hari, penurunan curah jantung teratasi sebagian dengan pemantauan regulasi hemodinamik, ketidakefektifan pola nafas sebagian teratasi dengan kontrol airway management, nyeri teratasi sebagian kontrol dengan analgetik, intoleransi aktivitas teratasi sebagian intoleransi aktivitas teratasi sebagian dan kerusakan integritas kulit teratasi sebagian dengan perawatan luka.
13	Ny U, 43 tahun. islam, IRT, tulip. Diagnosa medis : karsinoma ovarium stadium IIIB.	Pasien post operasi laparotomy + HR. Pasien mengeluh nyeri pada bagian perut dengan skala nyeri 7, nyeri tidak hilang dengan istirahat. Tidak ada sesak nafas, pasien mengeluhkan tidak nafsu makan ESAS 4, mual ESAS 3, Muntah ESAS 2. Pasien merasa cemas dengan kondisi penyakitnya ESAS 5. Pasien cemas dengan takut dan cemas dengan kematian yang akan datang. Pasien belum siap untuk mati ESAS 6. Pasien mengharapkan motivasi dan dampingan keluarga untuk selama perawatan. Aktivitas sebagian dibantu dengan ECOG 2. Hasil laboratorium: albumin 2,9, protein total 5,8. Terapi cefriaxon 2x1 gr inj. Ondansetron 2x8 mg inj. Ranitidine 2x1 inj. Tramadol 3x50 mg. Diagnosa keperawatan 1 : nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera fisik: pasca operasi Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (mual dan muntah) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan (1008), intervensi (NIC) manajemen nutrisi (1100)

		Diagnosa keperawatan 3: cemas(00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari, nyeri teratasi sebagian dengan manajemen nyeri, intake nutrisi cukup adekuat dan cemas teratasi, pasien direncanakan pulang dan kontrol ke poli onkologi minggu depan.
14	Ny A, 37 tahun, Islam 174279, IRT, cempaka. Diagnosa medis : KSS lidah kemoterapi I.	Pasien post kemoterapi I hari ke 9, pasien dirawat dengan perbaikan keadaan umum, pasien mengeluhkan nyeri pada leher, nyeri hilang timbul, dan muncul apabila pasien bergerak dan berkurang jika pasien istirahat, ESAS 4-5. Pasien mengeluhkan sesak nafas dengan ESAS 3, pasien mengatakan sesak apabila sputum banyak dan susah dikeluarkan, rhonki di paru kanan, pasien terpasang trakeostomi. TD : 130/90, nd 110x/I, P: 24x /I, suhu : 36,3. Hb : 8,7, Ht : 25,2%. Hasil foto thorak kesan bronkopneumonia basal paru kanan. Pasien mengatakan nafsu makan ada tapi tidak bisa intake oral, mual dan muntah tidak ada, terpasang NGT, makan 3x1 sehari bubur saring 1800 kalori + ekstra jus. Terdapat luka pada leher, trakeostomy, luka terbalut perban, rembesan dari trakeostomy, dasar luka kehitaman, daerah sekitar luka berwarna agak kecoklatan, pada leher terdapat benjolan kiri dan kanan. Luka berukuran 10x6 cm, eksudat minimal, bau khas, serosa. Perdarahan minimal. Pasien berbicara dengan Bahasa isyarat dan dengan menggunakan tulisan dibuku. Pasien merasa tidak nyaman dengan kondisinya yang sekarang, pasien mengatakan ingin cepat sembuh dan berkumpul dengan anak-anak, selama sakit pasien ditemani ibunya. Ibu pasien mengatakan pasien cemas dengan kondisinya dan bertanya bisa sembuh. Pasien mengatakan sudah berobat kemana-mana tapi tidak ada perbaikan. Terapi parenteral : ceftriaxone 1x2gr, OMZ 2x40 mg, kalnek 3x150, ketorolac 2x1 +NS 100cc, Neurobion 2x1 +Ns 100cc dan Ondansetron 3x4 mg. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan bersihan jalan nafas (00031) berhubungan dengan obstruksi jalan nafas : adanya jalan nafas buatan : penumpukan sputum Tujuan (NOC) : pembersihan jalan nafas efektif (0410) dan intervensi (NIC) : manajemen jalan nafas (3140) dan suctioning () Diagnosa keperawatan 2: nyeri akut (00132)berhubungan dengan agen cedera fisik: pasca operasi Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3 : hambatan komunikasi verbal (00051) berhubungan dengan hambatan fisik (takeostomy) Tujuan (NOC) : komunikasi, intervensi (NIC) mendengar aktif

		Diagnosa keperawatan 4: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Diagnosa keperawatan 5: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keperawatan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Dan perawatan luka (3660) Evaluasi : setelah dilakukan perawatan selama 10 hari, bersihan jalan nafas teratasi dengan manajemen jalan nafas dan suction, nyeri teratasi sebagian, hambatan komunikasi verbal teratasi sebagian, cemas teratasi sebagian dan resiko infeksi teratasi sebagian. Pasien rencana untuk kemoterapi yang kedua ada minggu ini. Persiapan untuk kemoterapi.
15	Tn B, 34 tahun, Islam, Buruh Lepas, Ruang rawat Cempaka. Diagnosa medis : karsinoma nasofaring st IVB	Pasien dengan riwayat mengkonsumsi ikan asin, saat ini pasien mengeluhkan nyeri pada daerah bengkak, nyeri terasa hilang timbul, biasanya kalau nyeri muncul pasien membawa istirahat, ESAS : 4. Keluhan sesak nafas tidak ada ada. Keluhan susah menelan, dan nafsu makan menurun (ESAS :4). Pasien mengatakan cemas dengan keadaannya sekarang, dimana pasien sebagai tulang punggung keluarga, semenjak sakit pasien tidak bisa memenuhi kebutuhan keluarga, untuk saat ini pasien dibantu oleh saudara-saudaranya dalam pengobatan ESAS 5. Pasien juga tidak tahu tentang penyakitnya (ECOG 2), mengatakan bahwa penyakitnya sekedar ada benjolan saja. Pasien mengatakan takut akan mati. Hasil biopsy karsinoma nasofaring tidak berkeratin dengan derajat keganasan menengah. Pada saat ini pasien menjalani kemoterapi siklus pertama dengan protocol Cisplatin. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat: kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi Diagnosa keperawatan 3: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evaluasi : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, masalah nyeri teratasi sebagian dengan manajemen nyeri dipertahankan, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian dan cemas

		teratasi sebagian.
16	Ny E, umur 33 tahun, Islam, pegawai swasta, MR : Cempaka. Diagnosa medis : Karsinoma Serviks IIB post HR meta paru.	Pasien dengan perbaikan keadaan umum, sudah menjalani kemoterapi 4 kali dengan protokol paxus dengan jadwal 3 minggu sekali dan sudah dilakukan radiasi sebanyak 16 kali dengan 6000cyg. Pasien dirawat dengan keluhan nyeri pada daerah punggung daerah pemasangan nefrostomy dan daerah ulu hati, nyeri datang tiba-tiba, terasa seperti ditusuk-tusuk dengan ESAS 5-6. Pasien mengatakan nafas terasa sesak, nafas cuping hidung, retraksi dinding dada, batuk, sputum kental dan susah dikeluarkan, ESAS 6-7. Hasil thorak foto : suspek LVH dengan bendungan paru. Pasien mengatakan nafsu makan menurun karena keluhan sesak, pasien hanya menghabiskan porsi yang disediakan 2-4 sendok, diit makanan lunak. Bibir terlihat kering, terdapat mukositis derajat 2, penurunan BB selama sakit sekitar 10 kg dengan status gizi BB 40 kg, TB 156 dengan IMT 17,6 kategori gizi kurang, dengan Albumin : 2,4 GDS 123gr/dl. Terdapat luka pada punggung decubitus grade 1 dan terdapat luka pemasangan nefrostomy yang cenderung basah. Dengan leukosit 40,84, trombosit : 525. Aktivitas pasien dibantu oleh ibu dan suami. Keluarga berharap pasien cepat pulih tidak sakit seperti ini lagi. Pasien mengatakan tidak berdaya, semua aktivitas harus dibantu ESAS 7. Therapy oral : OBH syr 3x1, nebulizer 3x1 (B+V). parenteral : ceppferazone 2x1, metyl prednisolone 3x12,5 gr, ranitidine 2x1, kutoin 3x100+Ns, levofloxacin 1x750, aminofilin drip 1 ½ ampul / 12 jam. IVFD asering 500 cc/12 jam. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan bersihan jalan nafas (00031) berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret Tujuan (NOC) : pembersihan jalan nafas efektif (0410) dan intervensi (NIC) : manajemen jalan nafas (3140) Diagnosa keperawatan 2: nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera fisik: pasca operasi Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat: kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi dan terapi nutrisi (1100). Diagnosa keperawatan 4: Intorelansi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC) : Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 5: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Dan perawatan

		luka (3660) Evaluasi : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, bersihan jalan nafas teratasi sebagian intervensi manajemen jalan nafas, nyeri teratasi sebagian dengan manajemen nyeri dan kontrol nyeri dengan pemberian analgetik tramadol 3x100mg, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian intervensi manajemen nutrisi dipertahankan dan pertahankan TPN, torelanis aktivitas teratasi sebagian, dan resiko infeksi teratasi sebagian dengan pertahankan pengontrolan infeksi.
17.	Ny Kasmah, 60 tahun, Islam, IRT, tamat SD, MR 170748. Cempaka Diagnosa Medis : sarcoma lengan kanan kemoterapi ke III (Ifosfamid + doxorubicin)	Pasien rencana kemoterapi siklus ke 4, akan tetapi karena kondisi yang tidak stabil, pasien mual muntah dan demam, kemoterapi di tunda. Tidak ada keluhan nyeri, sesak nafas tidak ada, pasien mengeluhkan nafsu makan menurun, mual (+), muntah (+), perut terasa begah, rongga mulut kering, stomatitis tidak ada, oral hygiene buruk, caries pada gigi, perdarahan gusi tidak ada, intake nutrisi via oral dengan status nutrisi TB : 150 cm, BB: 48 kg dengan IMT : 19,8 kategori gizi sedang. Dengan laboratorium albumin : 2,3. Globulin : 2,7 dan GDS : 127. Pasien mengeluhkan demam, suhu 39. TD : 120/80, nadi : 86x/I, rr : 14 x/i. laboratorium 9,49, trombosit 100. Pasien selama sakit ditemani oleh anaknya. Aktivitas minimal dapat dilakukan pasien mengatakan merasa lelah dengan ESAS 4. Tangan sebelah kanan tidak bisa terlalu banyak digerakan. MRI ekstremitas kanan atas kesan : massa residif pada M tricep brachii kanan curiga nodul residif pada perisikatrik dekat A/V brakialis kanan. Tak tampak infiltrasi massa ke A/V brakialis kanan dan os humerus kanan. Terapi : ondansentron 3x1, omeperazole 2x1, PCT ekstra. Ceftazidime 2x1 + Ns drip, PCT drip 3x1, levofloxacin 1x500, diit MTKP. IVFD Nacl 0,9% /12 jam, clinimik /24 jam. Diagnosa keperawatan 1 : ketidakefetifan termoregulasi (00008) berhubungan dengan penyakit Tujuan (NOC) : termoregulasi dengan intervensi (NIC) : regulasi suhu dan fever treatment Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, inetrvensi (NIC) manajemen nutrisi () Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, termoregulasi teratasi, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian intervensi manajemen nutrisi dilanjutkan. Pasien dipersiapkan untuk kemoterapi ke 4.
18	Tn K, 56 tahun, PNS, Islam, MR : 178746 Cempaka.	Pasien rencana pemeriksaan dan pengobatan selanjutnya, keluhan nyeri tidak ada. Pasien mengeluhkan batuk, dahak kental susah di keluarkan kadang-kadang pasien sampai sesak nafas apabila sudah batuk, dahak kental. Riwayat merokok sekitar 15 tahun. pasien mengatakan nafsu makan turun, mengeluhkan

	Diagnosa medis tumor paru	mual, asupan makan sedikit pasien hanya menghasilkan 1/3 dari porsi yang disediakan, tidak ada stomatitis, rongga mulut lembab, status gizi BB: 43kg, TB : 160 cm, IMT : 18,7 (gizi sedang), aktivitas mandiri minimal ECOG 1, kehilangan berat badan 6 bulan terakhir 5-10 kg, makan 3x sehari, diit MTKP. Asites (-), albumin 2,5, GDS : 120. Hasil laboratorium HB 10gr/dl, leukosit : 20,42, trombosit 419 eritrosit 3,56 dan Ht 29,6%. Hasil foto thorak/; kolap paru curiga ec obstruksi massa pada bronkus primer kiri DD bronkoalveolar carcinoma. TD : 110/70 mmHg, nadi : 86x/I, suhu 36,5, RR: 24 x/i. terapi : bisolvon + Ventolin 3x1, ceftriaxone 2x1, OMZ 2x40 gr, Vit K 2x 600mg, Vit C 1x 600. IVFD D5% 500cc/12 jam, kabiven 500/12jam. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan bersihan jalan nafas (00031) berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengeluarkan sekret Tujuan (NOC) : pembersihan jalan nafas efektif (0410) dan intervensi (NIC) : manajemen jalan nafas (3140) dan pengefektifan batuk Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi dan terapi nutrisi. Diagnosa keperawatan 3: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550) Evaluasi: etelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, ketidakefektifan bersihan pola nafas teratasi sebagian dengan manajemen jalan nafas dan pengefektifan batu, nutrisi kurang drai kebutuhan tubuh teratasi sebagian dan resiko infeksi teratasi sebagian.
19	Ny J, 47 tahun, islam, IRT, MR : cempaka. Diagnosa medis : Ca Recti Pre Op laparotomy + colonostomy	Pasien Pre op dengan diagnosa Ca recti. Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah anus dan perut bagian bawah dan pada pinggang, nyeri dirasakan semenjak keluhan diare sekitar lebih dari 6 bulan terakhir, nyeri terasa bertambah apabila bergerak, pasien terlihat banyak istirahat jarang duduk. Pasien mengatakan nyeri hilang timbul, nyeri terasa seperti di tusuk-tusuk, dan kadang menjalar kebagian perut, kadang merasakan semua bagian perut bawah terasa nyeri. ESAS nyeri 6-7. Sesak nafas tidak ada, mual dan muntah tidak ada, luka tidak ada. Pasien selama sakit ditemani oleh anak dan suaminya, pasien persiapan operasi terlihat cemas dan sering bertanya tentang operasi dan merasa cemas, karena diagnosa awalnya adalah diare dan ternyata sampai harus dioperasi. TD : 150/90mmHg, Nadi 100x/I, suhu : 36, RR : 16X/i. hasil biopsy dari tindakana kolonoscopy adalah : adenocarcinoma berdeferensiasi sedang,

		emboli limfavaskuler tak ditemukan. Foto thorak: lesi meta paru, MSCT scan abdomen : massa pada rectum bagian distal dengan infiltrasi ke perirectal, para iliaka kanan dan kiri, para aorta dan inguinal kiri, lesi metastasis pada paru dan hepar. Tidak tampak kelainan pada organ intra abdomen dan pelvik lainnya. Tumor marker CEA 327, 77 dan CRP 7,00. Pasien alergi dengan sangobion. Therapy : ceftriaxone 2x1 gr, metronidazole 3x500mg, OMZ 1x40 gr, Vit C 1x600 mg dan kalnek 3x 500. Diagnosa keperawatan 1: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Diagnosa keperawatan 2 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari, cemas teratasi, dan nyeri teratasi sebagian pasien post operasi laparotomy + kolostomy, intervensi management nyeri dilanjutkan pasien rencana pulang dan kontrol ke poli.
20	Tn MZ, 48 tahun, Islam, pegawai honorer, 181130. Cempaka. Karcinoma Caput pankreas	Pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen pada daerah ulu hati, nyeri seperti ditusuk,tusuk, nyeri muncul tiba-tiba, pasien mengatakan kalau nyeri muncul pasien akan istirahat. ESAS 4-5. Pasien mengeluhkan gatal-gatal da nada bentol-bentol hitam sejalan dengan muncul warna kuning dikulit pasien, gatal terasa sangat mengganggu. Keluhan mual dan muntah tidak ada, pasien mengatakan selama sakit ditemani oleh kakaknya, sedangkan istrinya mengurus anaknya yang bayi di rumah, pasien mengatakan cemas dengan kondisi yang tiba-tiba muncul gejala kuning pada mata dan badannya da ternyata harus di rawat dan dilakukan tindakan operasi ESAS cemas 5-6. Aktivitas dilakukan mandiri. Pemeriksaan TTD: TD : 120/80 mmHg, Nadi : 78x/I, suhu 36, rr 14x/i. laboratorium : bilirubin total 26,55, bil indirek : 2,38, bil direk 23,97. SGOT : 75, SGPT 52,3. Therapy : obat oral : urdalfak 3x1, CTM 2x1, parenteral : OMZ 1x40 mg, cefoperazon sulbactam 2x1, ketorolac k/p, neurobion 1x 5000, VIt K 3x1 +NS 100cc, VIt C 1x600. Diagnosa keperawatan 1: Cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Diagnosa keperawatan 2 : Nyeri akut (00132)berhubungan dengan agen cedera biologi : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400).

		Diagnosa keperawatan 3: kerusakan integritas kulit (00046) berhubungan dengan gangguan kondisi metabolic Tujuan (NOC): tissue integrity : skin (), intervensi (NIC) : skin surveillance (). Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, cemas teratasi sebagian, nyeri teratasi sebagian dan integritas kulit teratasi sebagian, pasien rencana operasi persiapan sudah ada.
21	Tn L, 66 tahun, Kristen, pensiunan, HCU, Diagnosa medis: Ca Recti	Pasien post op relaparotomy dekompresi, ileostomy. Pasien sebelumnya dilakukan operasi LAR setelah di rawat di HCU dan rawat inap day 12 post op, BAB (-), Flatus (-), distensi abdomen (+), kembung (+) sehingga dilakukan relaparotomy. Pasien dirawat di HCU post op hari ke 5, keluhan nyeri pada bekas luka operasi, nyeri seperti ditusuk-tusuk, meningkat bila pasien bergerak, jadi pasien banyak istirahat dibandingkan mobilisasi, luka post op terbalut perban, rembesan (-), terpasang drain produksi ada warna serous produksi 75 cc, terpasang ileostomy produksi warna kehijauan. Keluhan sesak tidak ada, TD : 190/87 mmHg, Nd : 94x/l, CRT <3 detik, RR : 12x /l, dan suhu 36,5. Suara nafas vesikuler, tidak ada suara nafas tambahan. Ektremitas bawah odema, derajat 1, intake : , output: , BC: . Pasien post op hari kelima, masih dipuaskan, mual tidak ada, muntah tidak ada, pasien terpasang NGT dialirkan, rongga mulut kering, perdarahan gusi tidak ada, intake nutrisi via TPN, Aminofluid 1000cc/24 jam, renxamin 500cc/12 jam. Status gizi BB 60 kg, TB : 169 cm, IMT (21,4 = gizi sedang), Albumin 25. Terdapat luka pada abdomen, kulit kering, decubitus tidak ada, warna drain serous, tidak ada rembesan (-), leukosit 17,13. Pasien selama sakit tidak bisa menjalankan aktivitas, pasien setelah pensiun, buka usaha sendiri, selama sakit usaha gak bisa dijalankan. Pasien ditemani oleh isti selama sakit, aktivitas dibantu perawat, ECOG 3. Hasil laboratorium : HB : 10,9, L: 17,13, Tr : 318, Er : 3,98, Ht : 32,3%, Ca: 7,4, K: 3,3 Na: 134, cl: 101, ur : 50, Cr: 1,53, protein total : 5,1. Albumin : 2,5, globulin : 2,6. Terapy : meropenem (d6) 3x1gr, metronidazole 3x500mg, Vit C : 1x 600mg, vit K 3x10 mg, ranitidine 2x50mg, PCT 3x1gr, tramadol 3x100mg. Diagnosa keperawatan 1: nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera fisik: pasca operasi Tujuan (NOC): pain level (2012)dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002)berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) terapi nutrisi. Diagnosa keperawatan 3: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan

		sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550) Evaluasi : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 3 hari, nyeri teratasi sebagian, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, intake oral adekuat, dan resiko infeksi teratasi sebagian. Pasien pindah keruangan intervensi dilanjutkan.
22	Ny R, 55 tahun, islam, petani, MR : 170829. Cempaka. Diagnosa medis : Ca tyroid + metastase tulang	Pasien sebelumnya di pasang pen di daerah panggul 1 tahun yang lalu dengan diagnosa spondylitis lumbal 5 dan HNP. Keluhan nyeri pada bagian panggul tempat pemasangan pen, nyeri sudah 1 tahun dirasakan, nyeri dirasakan bila duduk dan dipaksakan untuk duduk akan terasa mual dan berkeringat dingin, pasien merasa nyaman apabila bagian pinggul diganjal dalam posisi telentang ESAS 8-10. Keluhan sesak tidak ada, mulut terasa pahit, mual (+), muntah (+) 2kali, intake via oral, porsi yang disediakan habis ½ porsi, diet MB MTKP, minum 1500cc/hr, GDS : 112 mg/dl. Kulit lembab, kering dan keriput, udem (-), luka pada bagian lumbal diameter 1 cm, keluar cairan eksudat serous (+), minimal pus (-), luka tampak merah, pada kulit punggung pada daerah yang tertekan tidak tampak decubitus. Aktivitas pasien dibantu ECOG 4, pasien tidak bisa berjalan karena keluhan nyeri yang dirasakan, otot ekstremitas bawah terasa lemah, massa otot kurang padat. Kekuatan otot ekstermitas bawah 222/222. Pasien mengatakan terganggu dengan nyeri yang ada dipunggung yang membuat pasien tidak bisa beraktivitas. Pasien berharap nyeri bisa berkurang sehingga dapat beraktivitas, selama sakit pasien ditemani oleh anak dan suaminya. Hasil laboratorium : HB : 9,8, L : 10, Tr : 194, Er : 3,37, Ht : 27,9%. Ur : 15, Cr : 0,69, as urat : 6,2. Fibrinogen : 551, d dimer : 5010, protein : 6,8, albumin : 3,3. Globulin : 3,5, T3: 5,34, T4 : 0,44, TSH : 0,522, tiroglobulin : 112,400. Pasien dilakukan total tirodektomy. IVFD Ns 0,9%/24 jam. Clinimik 1000 cc/24 jam. Terapy : ranitidine 2x1, opigram, laxadin syr 3x1, gabapentin 3x300mg, tofranil 2x12,5mg, vometa 2x1. Parenteral : biorazon 2x1, tramadol 3x100 mg +NS. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi. Diagnosa keperawatan 3 : hambatan mobilitas fisik (00085) berhubungan dengan ketidaknyamanan, hilangnya integritas struktur tulang Tujuan (NOC) : tingkat mobilisasi dan intervensi (NIC): exercise promotion : strength training dan

		exercise therapy : ambulation Diagnosa keperawatan 4: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi selama 5 hari, nyeri teratasi sebagian, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian dan resiko infeksi teratasi sebagian, pasien post operasi tyroidektomy.
23	Ny T, 32 tahun, islam, IRT, MR : 177355, HCU. Diagnosa medis : Ca Paru meta hepar kemoterapi I (brexel dan cisplatin)	Pasien dirawat di HCU pada hari 2 post kemoterapi I, pasien pidnah rawat dengan keluhan nyeri dada, mual dan muntah serta hemodinamik tidak stabil, hasil EKG :ST dan VES. Keluhan nyeri pada daerah ulu hati, perut terasa begah, kalau diisi makan terasa nyeri. Nyeri dirasakan tiba-tiba di picu dengan pergerakan, apabila nyeri biasanya pasien diam dan sambil dzikir. ESAS 4-5. Pasien kontrol nyeri dengan MO MST 2x1. Pasien mengatakan sesak nafas ESAS 4-5, sesak nafas kadang-kadang, batuk (+), produksi sputum (-). TD : 147/60mmHg, nadi : 120x/I, RR: 28x?i, suhu : 37,8. CRT < 3 dtk, irama nafas vesikuler, suara nafas tambahan ronkhi halus pada basal paru. EKG, kesan ST dan VES. Pasien mengeluhkan susah intake makan karena perut terasa begah, mual (+), muntah (1 kali), post kemoterapi. ferekuensi makan 3x1 diit TKTP dengan makan 1800 kalori jenis makan : makan lunak porsi yang disediakan habis ½ porsi, tidak ada stomatitis, status gizi kategori sedang. Tidak terdapat luka, decubitus tidak ada. Selama sakit pasien ditemani oleh suami dan ibunya. Pasien merasa ikhlas dengan kondisi nya sekarang, yang penting adalah melakukan yang terbaik seperti menjalani pengobatan dan selalu berdoa. Hasil laboratorium : Na : 126, K : 2,9, cl: 7,7, cl: 82, Mg: 1,4. Terapi oral : HP pro 3x1 caps, laxadin syr 2x1, Mo MST 2x10, cardaron 1x1 tab. Parenteral : meropenem 3x1 gr, ciprofloxacin 2x400mg, mycamin 1x800gram, OMZ 2x40 mg, ondansetron 3x8mg, ca glukonas 2x1 amp. IVFD : Nacl 0,9 % + KCL 25 meg / 24 jam, cordaron 150 mg/24 jam, Mo 12mg/24 jam. Diagnosa keperawatan 1: penurunan curah jantung (00029) berhubungan dengan perubahan denyut jantung/irama jantung Tujuan (NOC) : dengan intervensi (NIC) : perawatan jantung Diagnosa keperawatan 2: Nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang

		tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi. Diagnosa keperawatan 4: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keperawatan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 7 hari, penurunan curah jantung teratasi dengan intervensi perawatan jantung, nyeri teratasi sebagian, nutrisi teratasi sebagian, intervensi manajemen nutrisi dipertahankan, resiko infeksi teratasi sebagian. Pasien pindah keruangan.
24	Ny. T, 51 tahun, IRT, Kristen, teratai kamar 604, MR : 31406300. Diagnose Medis: Ca Gaster	Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah ulu hati dan kaki sebelah kiri. Nyeri dirasakan mendadak dan hilang timbul, nyeri di ulu hati kadang- kadang dirasakan dan nyeri pada kaki kiri yang sering dirasakan. Nyeri terasa pada saat pasien bergerak, dan terasa menyebar ke daerah pinggul, pasien mengatakan kalau nyeri terasa maka akan diam saja terlihat memejamkan mata, dan apabila tidak tahan maka akan memanggil anaknya untuk mengusap bagian ulu hati dan pada bagian paha, sambil berdoa dan berusaha untuk tidak menggerakkan kakinya, nyeri yang dirasakan pada ulu hati seperti menyebar dan pada kaki terasa seperti ditusuk-tusuk benda tajam, ESAS : 5-6 (nyeri sedang). Keluhan sesak kadang- ada tapi tidak terlalu sesak dengan ESAS: 2. TD 120/80 mmHg, suhu 37, nadi 102x/menit, dan pernafasan 16x/menit, CRT < 3 detik, irama nafas teratur, pengembangan paru simetris kiri dan kanan edema pada kaki kiri. Pasien mengeluhkan mual dan terasa begah, pasien dipuaskan. Pasien tampak kurus, bibir kering, bising usus (+). Terpasang NGT dialirkan dengan produksi (+) warna kecoklatan, minum ± 1000cc/hari. Diit TPN clinimix 1000cc/24 jam dan aminofluid 500cc/24 jam, status fungsional sangat tergantung kepada orang lain, kehilangan BB 5-10% dalam 6 bulan terakhir. Asites (-). Laboratorium : Albumin =2,4 g/dl, dan GDS tanggal 23/9/2014 =148 mg/dl. Tidak terdapat benjolan dan luka, Tingkat kesadaran compos mentis GCS 15. Orientasi baik, mobilitas berbaring dibantu sepenuhnya oleh anak, ekstremitas bawah lemah, tidak bisa digerakkan karena nyeri pada kaki kiri dan udema pada kaki kiri dan kanan, kaki teraba padat kekuatan otot : status ECOG = 4. Pasien mengatakan sedih dan cemas dengan kondisinya yaag sekarang, dahulunya pasien dapat bekerja untuk menjaga anak-anaknya akan tetapi sekarang pasien yang harus dijaga anak-anaknya, dan pasien juga merasakan belum sembuh padahal

	sudah berobat kemana-mana baik ke RS, alternative dan sampai RS di Malaysia. Hubungan pasien dengan keluarga, teman-teman dilingkungan RS baik, dimana pada saat sakit pasien terlihat dikunjungi oleh teman-temannya. Pasien selama sakit dirawat oleh anaknya. MSCT scan abdomen pelvis, kesan: tampak penebalan dinding korpus gaster hingga area pilorikum disertai tanda penyempitan lumen gaster, ketebalan 4,4 cm, permukaan irregular, meninfiltrasi jaringan lemak perivesika. Tampak asites pada seluruh kuadran abdomen, terdapat dilatasi pelvioka ginjal kanan dan kiri tebal korteks kanan 1,3 cm dan kiri 1,8 cm. Hasil laboratorium tgl 18/09/2014 : HB = 10 gr/dl, Leukosit = 5,5, Trombosit = 3,70, Ht = 29,1%, Protein total =4,4, Albumin = 2,4, Bilirubin total = 0,43, Bil direk =0,25, Bil indirek = 0,18. Ureum = 19, Kreatinin = 0,16, E GFR = 514,90, Natrium = 131, Kalium = 3,3 , Clorida = 90, Kalsium = 7,3. Parenteral Clinimix 1000cc/24 jam, Aminofluid 500cc/24 jam , Heparin 10.000 ui dalam NS 50cc, OMZ 2x1mg, Cefotaxim 3x1 gr, Vit c 3x1, Vit k 3x1, Ikaneuron 2x1. Diagnosa keperawatan 1: Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi dan terapi nutrisi. Diagnosa keperawatan 2 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: Intorelansi aktivitas (00092) berhubungan dengan peningkatan metabolisme tubuh Tujuan (NOC): activity intorelan (1005) dan intervensi (NIC) : Energy management (0108). Diagnosa keperawatan 4: Cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evaluasi: etelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 minggu, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian dengan pemantauan pemberian TPN dan intake nutrisi via jejenustomy, nyeri teratasi sebagian, intoleransi terasi sebagian dan kecemasan teratasi, pasien post op jejenustomy.
--	---

25	Tn. S, 73 tahun, Kristen, Pensiunan, MR: 153489, Cempaka. Diagnosa medis : Ca Prostat	Pasien masuk dengan keluhan perdarahan gusi 3 hari sebelum masuk rumah sakit. keluhan nyeri tidak ada, TD : 110/70 mmHg, Nadi : 86x/I, RR : 22 x/I, suhu : 36,5. Pasien post transfusi TC 5 kantong. Hasil laboratorium post transfusi : Hb : 8,9 , Tr: 12.000, Leukosit : 4,93, Er : 2,79. Ht : 23,7%. Pasien terlihat ada perdarahan dibawah kulit pada tangan dan pada kaki, pasien berkeringat dingin. Keluhan mual dan muntah tidak ada, intake nutrisi via oral, status gizi dengan IMT 22,97 kg/m2 (gizi baik). Tidak ada decubitus, luka tidak ada. Pasien terlihat pusat, CRT < 3 detik, Perdarahan gusi tidak ada, pasien terbaring di tempat tidur, aktifitas dibantu keluarga, ECOG 3, pasien mengatakan merasa lelah dengan ESAS 6-7. Pasien dengan ca prostat sudah menjalani kemoterapi 1 kali dan radiasi 60 kali tahun 2014. Post radiasi pasien kontrol teratur setiap 1 bulan sekali, pasien sedang dalam program zoladek. Pasien mengatakan cemas dengan kondisinya, trombosit yang belum naik sudah dilakukan transfusi dan belum ada perbaikan, sedangkan untuk program TC yang diminta adalah TC apheresis. Selama sakit pasien ditemani oleh istri dan anaknya. Aktivitas dibantu keluarga. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah Tujuan : intervensi (NIC) : perawatan sirkulasi Diagnosa keperawatan 2 : resiko perdarahan (00209) berhubungan dengan Tujuan : intervensi (NIC) : pencegahan perdarahan () Diagnosa keperawatan 3 : resiko jatuh (00155) berhubungan dengan Tujuan : intervensi (NIC) : pencegahan jatuh Diagnosa keperawatan 3: resiko cedera (00035) berhubungan dengan profil darah abnormal Setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 1 minggu, perfusi jaringan perifer belum teratasi, intervensi dilanjutkan , resiko perdarahan teratasi sebagian dan resiko jatuh dan cedera teratasi sebagian.
26	Ny SN, 49 tahun, PNS, MR: 167923. Teratai. Diagnosa medis :	Pasien post radiasi dengan keluhan BAK tidak keluar, keluar sedikit dan disertai darah yang banyak, serta terasa nyeri pada abdomen bagian bawah, dan terasa sakit pada saat BAK. Pasien post operasi cystoscopy hari ke 4. Pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen bagian bawah, nyeri hilang timbul, nyeri muncul tiba-tiba tanpa di picu pergerakan, akan tetapi meningkat apabila selang spooling ada bekuan darah. Nyeri terasa menusuk-nusuk dan kadang-kadang menyebar pada daerah perut bagian bawah

	Ca Buli Post Radiasi.	dengan ESAS : 6-7. Keluhan sesak nafas tidak ada. Keluhan mual dan muntah tidak ada, intake via oral status gizi : status gizi baik, pasien terlihat pucat, CRT < 3 detik. Hasil laboratorium : Hb : 5,6 gr/dl, L: 6,00, Tr : 217, Er: 2,26, Ht : 17,3%. Aktivitas dibantu sebagian. Pasien merasa cemas dengan kondisi yang tiba-tiba terjadi perdarahan dan harus di operasi sito dan terpasang selang untuk mengeluarkan BAK. Selama sakit pasien di jaga oleh suami. Hasil MRI Abdomen pelvis kesan : terdapat massa pada dinding buli-buli, tak tampak infiltrasi pada perivesika kedua ginjal, tidak tampak kelainan uterus dan pra uteri, tidak tampak kelainan cholecystitis kronis dan cholelitis. Tidak tampak kelainan pada organ intraabdominal lainnya. Therapy : cefepime 2x1, fentanyl 2x1, transamin 3x1, Vit K 3x1 dan adon 3x1. IVFD : D5% : Ns 0,9 % / 8 jam, 2: 1. Diagnosa keperawatan 1: Nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2 : Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204)berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah Tujuan : intervensi (NIC) : perawatan sirkulasi Diagnosa keperawatan 3: Cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 5 hari, nyeri akut teratasi sebagian, ketidakefektifan perfusi jaringan perifer teratasi sebagian dan cemas teratasi sebagian, pasien post op pemasangan cystoscopy cyto.
27.	Tn D, 63 tahun, Islam, wiraswasta, MR : 176872, Cempaka. Diagnosa Medis : Suspek Ca Laring + trakeostomy	Pasien suspek Ca Laring terpasang trakeostomy, pasien bicara dengan Bahasa isyarat, batuk (+), terpasang trakeostomy dan tampak luka di daerah kanul/ trakeostomy. Pasien rencana cryotherapy + biopsy. Pasien mengeluhkan nyeri pada daerah leher tempat terpasang trakeostomy dengan karakteristik nyeri hilang timbul dan muncul bila pasien batuk dan pada saat luka dibersihkan. Nyeri didaerah luka saja, nyeri terasa berdenyut dengan ESAS : 3-4. Keluhan sesak tidak ada, batuk (+), sputum (+) kadang-kadang pasien terbangun tidur gara-gara batuk, dahak susah di keluarkan. TD : 120/80 mmHg, Nadi : 76x/I, RR: 16x/I, suhu : 37. Irama nafar regular, tidak ada suara nafas tambahan. Hasil foto thorak : bronkopneumonia kiri. Keluhan mual dan muntah tidak ada, kesulitan menelan tidak ada, makan biasa 3x1 status gizi : gizi baik. Terdapat luka dileher didaerah pemasangan trakeostomy. Warna dasar luka merah, dengan minimal pus, terdapat jaringan nekrotik disekitar luka, perdarahan minimal. Pasien

		aktivitas minimal dibantu keluarga, selama sakit pasien ditemani oleh istri dan anak nya. Diagnosa keperawatan 1: ketidakefektifan bersihan jalan nafas (00031) berhubungan dengan obstruksi jalan nafas : adanya jalan nafas buatan : penumpukan sputum Tujuan (NOC) : pembersihan jalan nafas efektif (0410) dan intervensi (NIC) : manajemen jalan nafas (3140) Diagnosa keperawatan 2: nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera fisik: pasca operasi Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 3: hambatan komunikasi verbal (00051) berhubungan dengan hambatan fisik (tracheostomy) Tujuan (NOC) : komunikasi, intervensi (NIC) mendengar aktif Diagnosa keperawatan 4: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keperawatan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Dan perawatan luka (3660) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 hari, bersihan jalan nafas teratasi sebagian, nyeri teratasi sebagian dan hambatan komunikasi verbal teratasi sebagian dan resiko infeksi teratasi sebagian.
28	Tn S, 49 tahun, islam, pegawai honorer, MR : 137996, Cempaka. Diagnosa medis : KNF	Pasien mengeluhkan nyeri di daerah pinggang dan menjalar ke kaki, serasa kesemutan, karakteristik nyeri hilang timbul, kadang dipicu oleh pergerakan menjalar ke arah kaki. ESAS : 4. Tidak ada keluhan sesak nafas, batuk (-), sputum (-). TD : 120/80 mmHg, Nd : 83x/I, RR: 20 x/I, dan suhu 36. Tidak ada keluhan mual dan muntah, nafsu makan baik, pasien mengatakan agak kesulitan menelan, air liur tidak ada. Rongga mulut kering, mukositis derajat 3. Pasien post radiasi setahun yll. Aktivitas di bantu keluarga. Pasien terdapat mukositis dengan OMAS III tidak terdapat luka dan benjolan. Tingkat kesadaran CM, orientasi baik thd waktu, orang dan tempat baik. Pasien aktivitas dibantu, ECOG 4, terdapat kelemahan pada ekstremitas bawah dengan kekuatan otot 1/11. Pasien mengatakan tidak bisa menggerakkan kedua kaki nya. Pasien berharap bisa bekerja seperti biasa dan berharap segera sembuh dengan pengobatan sekarang, dukungan keluarga dan teman tempat bekerja pasien baik ditandai dengan pasien sering dibantu oleh teman di tempat kerja. Selama sakit pasien di temani oleh istrinya. Hasil MRI

		Thorako-lumbal kesan : status Ca Nasoparing post radiasi dengan kesan : fraktur kompresi vertebra th 5 disertai lesi metastase multiple vertebra th 1-6, c 5-7 dan L 4-55, stenosis canalis medulla spinalis setinggi vertebra c 6-7 dan th 5. Pemeriksaan laboratorium : Hb : 12,5 gr/dl, L : 23,56, Tr : 693, Er : 4,79, Ht : 36,4 , Ur : 51, Cr : 0,57, dan e GFR : 165. Terapy : metylprednisolon 2x125 mg tap off, ranitidine 2x1, cefotaxim 3x1 gr, lanabal 2x500, kalmeco, kandistatin. IVFD : Ns 0,9% / 8 jam Diagnosa keperawatan 1: hambatan mobilitas fisik (00085) berhubungan dengan ketidaknyamanan, hilangnya integritas stuktur tulang Tujuan (NOC) : tingkat mobilisasi dan intervensi (NIC): bedrest care (0740) dan positioning (0840) Diagnosa keperawatan 2: kerusakan membrane mukosa oral (00045) berhubungan dengan efek samping obat : radiasi, penurunan saliva Tujuan (NOC): hygiene oral () dan intervensi (NIC): perawatan / pemeliharaan oral (1710). Diagnosa keperawatan 3: Nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologis : penyakit kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 8 hari, hambatan mobilitas fisik teratasi sebagian, kerusakan membrane mukosa oral teratasi sebagian dan nyeri teratasi sebagian.
29	Ny P , umur 48 tahun, Islam, IRT, Cempaka. Diagnosa medis Karsinoma Servik	Pasien mengatakan terasa nyeri pada perut bagian bawah, dan pada benjolan, nyeri hilang timbul terasa menyebar, meningkat apabila pasien banyak bergerak, pasien mengatakan kalau nyeri terasa maka akan diam saja terlihat memejamkan mata, nyeri muncul sejak setelah operasi kira2 semenjak 6 bulan yang lalu, intensitas nyeri yaitu 4-5 (nyeri sedang). pasien tidak mengeluhkan sesak nafas, akan tetapi kadang-kadang pasien mengatakan agak sesak, jantung berdebar-debar (-), cegukan (-), TD 120/80 mmHg, suhu 37, nadi 102x/menit, dan pernafsan 16x/menit, CRT < 3 detik, irama nafas teratur, pengembangan paru simetris kiri dan kanan edema pada kaki kiri bunyi nafas vesikuler, suara nafas tambahan. Hasil laboratorium, HB=6,1 gr/dl, Eritrosit = 2,23, Pasien mengeluhkan mual dan muntah, intake via oral, pemasukan << porsi yang disediakan habis 2-3 sendok. Pasien tampak lemah, bibir kering, bising usus (+). Frekuensi makan 3xi makan lunak diit rendah protein, perut terasa enek, tidak ada stomatitis, perdarahan gusi tidak ada, BB 54 kg , TB 155vdengan IMT 22,5 kg/m2 kategori gizi sedang dengan nilai Ur : 106 dan Cr: 7,56, kehilangan BB <20% dalam 6 bulan terakhir, GDS : 85. Terdapat benjolan pada perut bagian bawah dan luka. Kulit pasien teraba hangat, decubitus (-), turgor kulit menurun, warna kulit pucat, udema (-), perdarahan pervaginam (+), lebih kurang 100 cc/ 24 jam, warna kehitaman bau khas.

	Pasien terpasang nefrostomy bilateral, produksi nefrostomy kanan ada warna urin kemerahan, jumlah 3300cc/ 24 jam dan nefrostomy kiri produksi minimal. selama di rawat pasien BAB 2x, sedikit keras. Intake = 3000 cc/hr (NaCl 0.9%/ 8 jam dan Air putih 1500cc/24 jam), output =3800 cc/hr, balance cairan =- 1700cc/hr. Pasien mengatakan nyaman dirawat di rumah sakit karena pelayanan baik dari dokter dan perawat yang merawat pasien. Pada saat penjelasan dari dokter terhadap keadaan penyakit yang sudah metastase, pasien berharap bisa cepat pulang dan berkumpul dengan keluarga di rumah. Pasien ingin diakhir kehidupan berada di tengah-tengah keluarga. USG Ginjal kesan : hidronefrosis bilateral, hasil VT : teraba massa di servix rapuh, mudah berdarah s/d 1/3 dinding vagina distal. Pasien juga dilakukan MSCT abdomen pelvis, kesan : massa residif pada punctum serviks dengan perlengketan ke posterior ke buli-buli dan anterior rectosigmoid. Masaa residif pada area sikatrik dinding abdomen, asites, limfadenopati aortacaval, para iliaka ka-kiri, hidronefrosis kanan kiri, tidak tampak kelainan pada organ intraabdominal pelvik lainnya. pemeriksaan lab dengan hasil hb: 6,1, L: 26,1o0, tr : 454, er: 2,23, ht : 16,8%, Ur: 105, Cr : 6,25, eGFR : 7,59. Terapi : Parenteral, NaCl 0,9% 1500cc/24 jam, Cefoperazone 1x1 gr , Transamin 3 X 250 mg, Ondansetron 1 X 8 mg drip NaCl 100cc, OMZ 2 X 40 mg. Diagnosa keperawatan 1: Ketidakefektifan perfusi jaringan perifer (00204) berhubungan dengan penurunan konsentrasi hemoglobin dalam darah Tujuan : intervensi (NIC) : perawatan sirkulasi Diagnosa keperawatan 2: Nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh (00002) berhubungan dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi Diagnosa keperawatan 3 : Nyeri kronis (00133) berhubungan dengan proses perkembangan penyakit akibat infiltrasi sel kanker Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 4: Resiko infeksi (00004) berhubungan dengan penurunan atau pertahanan sekunder tidak adekuat. Tujuan: Keparahan infeksi (0703) dan intervensi (NIC): perlindungan infeksi (6550). Dan perawatan luka (3660) Evaluasi: setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 minggu, ketidakefektifan perfusi jaringan
--	---

		perifer teratasi sebagian, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian, nyeri teratasi sebagian, resiko infeksi teratasi sebagian, penjelasan pada keluarga pasien perawatan paliatif dan keluarga minta pulang.
30	Ny. N, 39 tahun, Islam, PNS, HCU. diagnosa Medis : Ca Cervix st IIB + CKD	Pasien persiapan kemoradiasi. Pasien datang dengan keluhan tidak bisa BAK, dibawa ke UGD dipasang kateter urin keluar sedikit dilakukan pemeriksaan ureum kreatinin didapatkan hasil ureum : 139 dan Cr: 12,24, e GFR :12,24. Pasien dilakukan nefrostomy cito. Pasien post nefrostomy, produksi kiri kanan normal. Pasien mengeluhkan nyeri pada abdomen bagian bawah, nyeri terasa seperti ditusuk-tusuk dan menyebar ke pinggang, mengatakan kalau nyeri pasien biasanya sambil dzikir. (ESAS 5). Keluhan sesak nafas tidak ada, TD : 162/96mmHg, HR : 80 x/I, RR : 18 x /I, dan suhu 37,8. Pasien mengatakan nafsu makan menurun semenjak beberapa bulan, penurunan berat badan 5-10 kg dalam 3 bulan terakhir nilai lab Hb : 8,7. Pasien terlihat pucat, mual ada, muntah tidak ada. Porsi yang disediakan habis ½ porsi. Pasien terlihat pucat. Pasien mengatakan badan terasa lelah ESAS 5. Pasien mengatakan cemas dengan kondisi yang tiba-tiba tidak bisa buang air kecil padahal pasien siap-siap untuk dilakukan tindakan kemoradiasi ESAS 6. Hasil PA : karsinoma sel skuamosa tidak berkeratin berdeferensiasi sedang. Dan hasil RVT: teraba masa di serviks dengan ukuran 6x6 cm, parametrium kanan 2/3, parametrium kiri berhubungan dengan dinding panggul. Dan hasil USG kesan : kedua ginjal terlihat bengkak dan vesikaurinaria kosong. Therapy parenteral : cefoperazone 2x1 dan tramadol 3x1, herbaser 5 mikro/kgbb, peridipine 0,5 gr, dan IVFD NaCl 0,9% 500cc/24 jam. Diagnosa keperawatan 1 : Nyeri akut (00132) berhubungan dengan agen cedera biologi : kanker serviks Tujuan (NOC): pain level (2012) dan intervensi (NIC): Pain management (1400). Diagnosa keperawatan 2: nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan (00002) dengan intake yang tidak adekuat (intake yang tidak adekuat: kemampuan menelan) Tujuan (NOC): status gizi: asupan makanan dan cairan, intervensi (NIC) manajemen nutrisi Diagnosa keperawatan 3: cemas (00146) berhubungan dengan perubahan status kesehatan. Tujuan NOC : cemas terkontrol (1402) intervensi (NIC): anxiety reduction (5820). Evaluasi : setelah dilakukan intervensi keperawatan selama 2 hari, nyeri teratasi sebagian, nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh teratasi sebagian dan cemas teratasi sebagian, pasien di rawat HCU dan rencana pindah ruangan setelah pemasangan nefrostomy.



FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
PEMINATAN KEPERAWATAN ONKOLOGI

PENJELASAN PELAKSANAAN EBN

PENGARUH MENGUNYAH PERMEN KARET TERHADAP PEMULIHAN MOTILITAS USUS PADA PASIEN KANKER GINEKOLOGI YANG MENJALANI OPERASI DI RUMAH SAKIT KANKER DHARMAIS JAKARTA

Responden yang kami hormati, berdasarkan hal tersebut di atas, kami sebagai mahasiswa residensi keperawatan medikal bedah memohon kesediaan Anda secara sukarela untuk berpartisipasi dalam pelaksanaan penerapan *evidence-based nursing practice* (EBN) ini. Kami menjamin bahwa tindakan ini tidak akan berdampak negatif terhadap status kesehatan Anda. Kami sangat mengutamakan keamanan dan kenyamanan Anda selama berpartisipasi dalam kegiatan ini. Adapun tujuan, manfaat dan prosedur dari pelaksanaan penerapan EBN ini adalah sebagai berikut:

1. Tujuan penerapan EBN untuk mengatasi postoperasi ileus obstruksi pasca operasi. Kondisi postoperasi ileus obstruksi merupakan gambaran ketidaknyamanan karena pemulihan usus pada post operasi yang dapat berdampak pada kenyamanan pasien, dan hari rawat. Oleh karena itu dengan menggunakan Chewing-gum atau permen karet sangat bermanfaat dalam membantu mengurangi atau mengatasi masalah postoperasi ileus obstruksi.
2. Hasil dari tindakan ini diharapkan dapat dijadikan kebijakan berupa protokol tindakan *postoperasi* dalam mengatasi Postoperative ginekologi bagi pelayanan kesehatan di RSKD Jakarta.
3. Penerapan EBN ini dilaksanakan setelah Anda menjalani tindakan operasi ginekologi.
4. Dalam penerapan EBN ini, kami menggunakan chewing gum atau permen karet dan lembar observasi untuk dokumentasi pelaksanaan EBN.
5. Penerapan EBN ini dilaksanakan mulai hari pertama postoperasi dengan frekuensi 3 kali sehari dengan mengunyah permen karet selama masing-masing selama 30 menit, namun kami berupaya untuk tetap mengutamakan kenyamanan Anda.

6. Jika ada hal yang belum dimengerti atau belum disampaikan, anda dapat menanyakan langsung kepada kami.
7. Demikian penjelasan singkat tentang pelaksanaan EBN ini, jika anda sudah memahami dan bersedia untuk dilibatkan/berpartisipasi dalam kegiatan ini, maka kami akan melampirkan lembar persetujuan menjadi responden pada kegiatan ini.

Demikian penjelasan singkat tentang pelaksanaan penelitian ini, jika anda sudah memahami dan bersedia untuk menjadi partisipan dalam EBN ini, maka anda disilahkan untuk menandatangani lembar persetujuan menjadi partisipan. Kami ucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya atas kesediaan anda sebagai partisipan dalam penelitian ini.

Jakarta,

2015

Mahasiswa Residen Keperawatan Onkologi

(Ayuro Cumayunaro)

NPM 1206302945

	FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN PROGRAM SPESIALIS KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH UNIVERSITAS INDONESIA PEMINATAN KEPERAWATAN ONKOLOGI
---	---

LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI RESPONDEN PENERAPAN EBN

(Informed Consent)

Kode responden

Yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama :

Umur :

Alamat:

Berdasarkan penjelasan tentang tujuan, manfaat, dan prosedur pelaksanaan penerapan EBN-Practice (mengunyah permen karet) yang telah kami terima dari mahasiswa residensi keperawatan medical bedah pendidikan spesialis keperawatan onkologi FIK-UI, maka dengan ini kami menyatakan bersedia ikut serta secara sukarela untuk menjadi responden dalam kegiatan ini.

Demikian pernyataan ini kami buat dengan sesungguhnya tanpa ada paksaan dari pihak mana pun.

Jakarta,

2015

()

[illegible]

ESAS Screening Tool and Canadian Problem Checklist*Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)*

Date of Completion: _____ Time: _____

Please circle the number that best describes:

No pain	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible pain
Not tired	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible tiredness
Not nauseated	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible nausea
Not depressed	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible depression
Not anxious	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible anxiety
Not drowsy	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible drowsiness
Best appetite	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible appetite
Best feeling of wellbeing	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible feeling of wellbeing
No shortness of breath	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Worst possible shortness of breath
Other problem	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	

Completed by:

- ☐ Patient
☐ Health Professional
 ☐ Family
☐ Assisted by family or health professional

Canadian Problem Checklist

Please check all of the following items that have been a concern or problem for you in the past week including today:

Practical:

- ☐ Work/School
☐ Finances
☐ Getting to and from appointments
☐ Accommodation

Emotional:

- ☐ Fears/Worries
☐ Sadness
☐ Frustration/Anger
☐ Changes in appearance
☐ Intimacy/Sexuality

Spiritual:

- ☐ Meaning/Purpose of Life
☐ Faith

Social/Family:

- ☐ Feeling a burden to others
☐ Worry about family/friends
☐ Feeling alone

Informational:

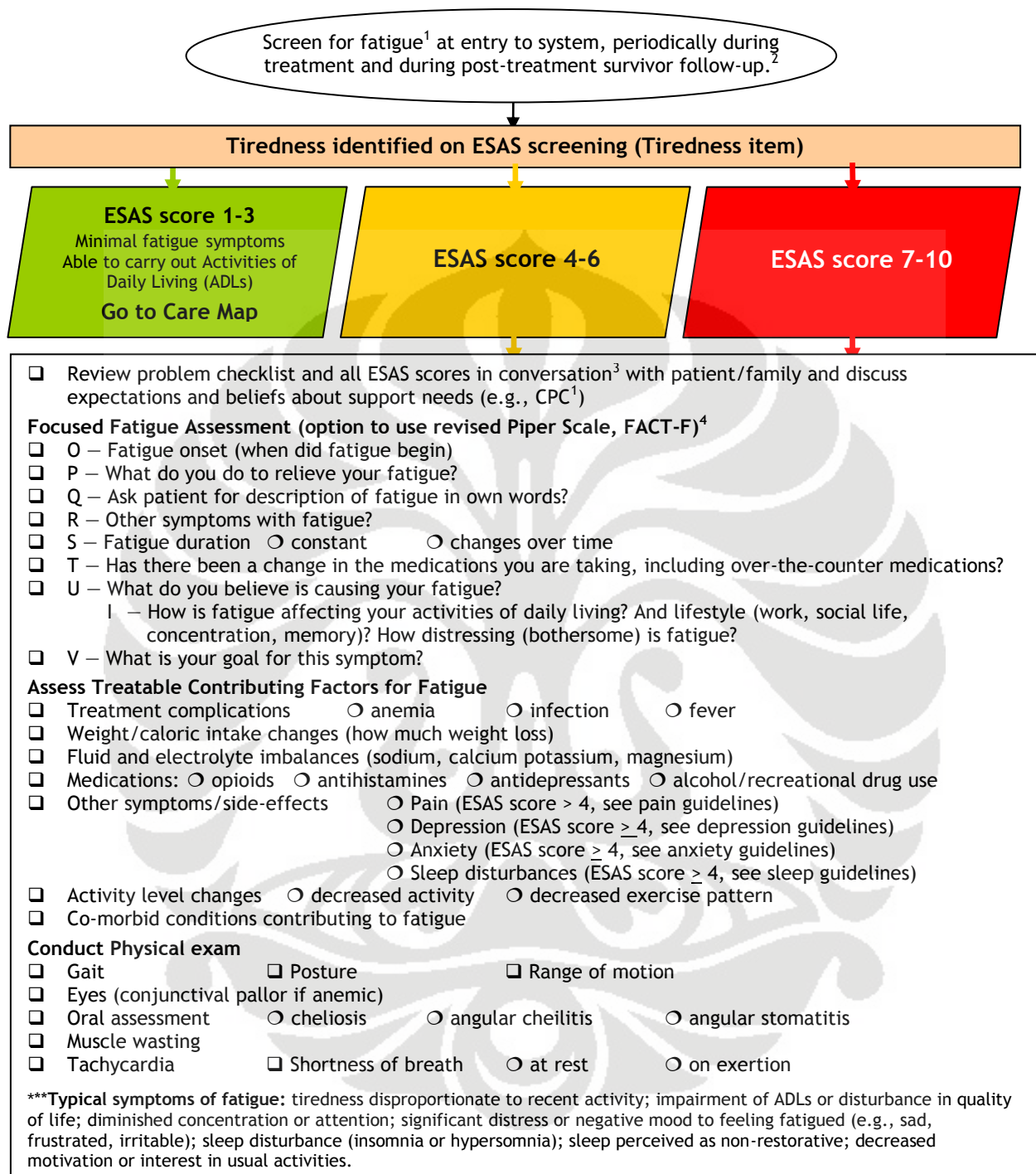
- ☐ Understanding my illness and/or treatment
☐ Talking with the health care team
☐ Making treatment decisions
☐ Knowing about available resources

Physical:

- ☐ Concentration/Memory
☐ Sleep
☐ Weight



Screening and Assessment - Cancer-Related Fatigue in Adults with Cancer*



* Please see the full guideline for a description of the acronyms used, as well as the copyright and disclaimer prior to use.

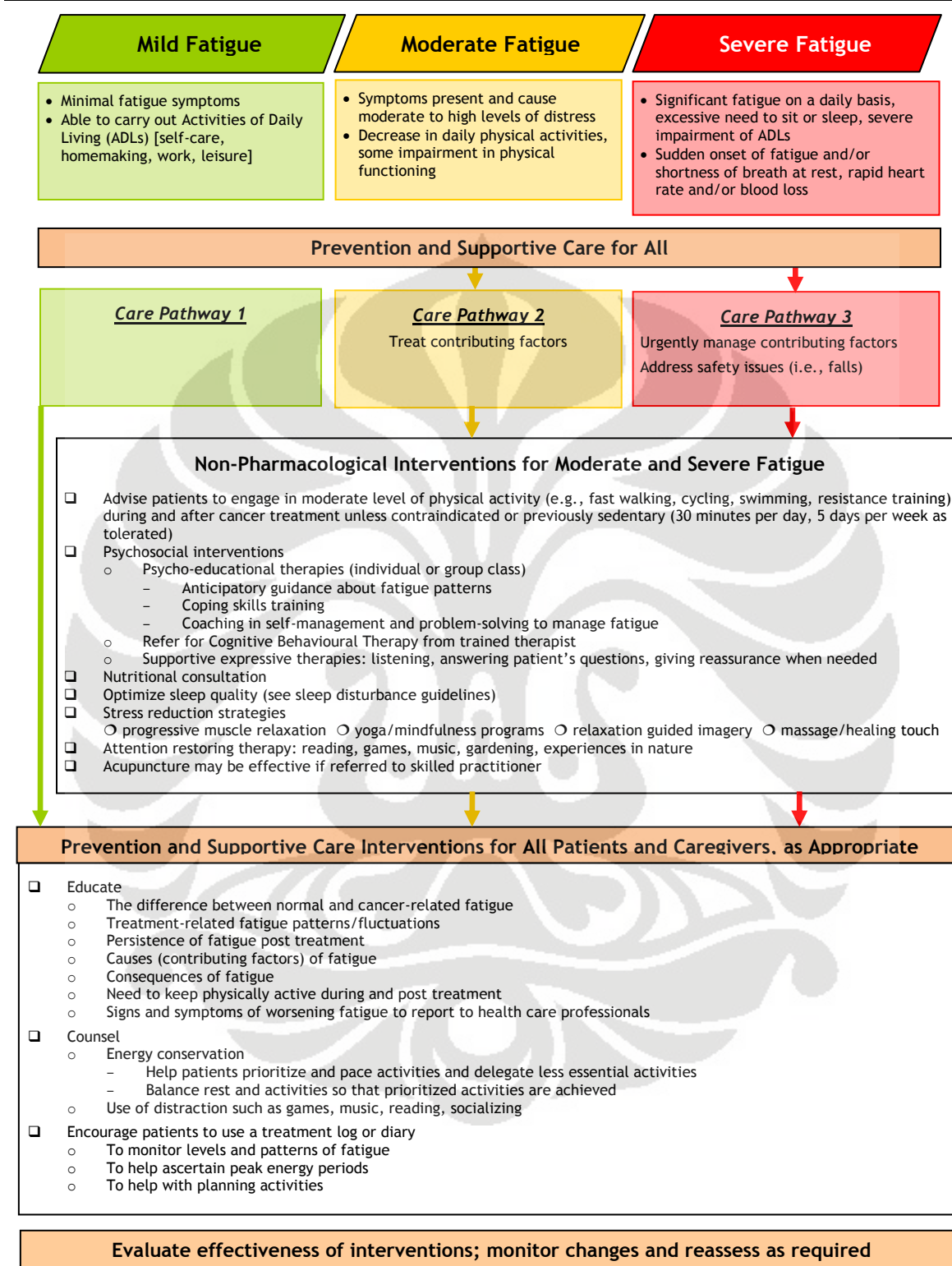
1 Use Screening for Distress Tool (SDT), which includes Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Canadian Problem Checklist (CPC).

2 At initial diagnosis, start of treatment, regular intervals during treatment, end of treatment, post-treatment or at transition to survivorship, at recurrence or progression, advanced disease, when dying, and during times of personal transition or re-appraisal such as family crisis, during survivorship, when approaching death.

3 The health care team for cancer patients may include surgeons, oncologists, family physicians, nurses, social workers, psychologists, patient navigators and other health care professionals

4 OPQRSTU(I)V Acronym: O = Onset; P = Provoking/Palliating; Q = Quality; R = Region or Radiating; S = Severity & Duration; T = Treatment; U = Understanding/I=Impact; V = Values

Care Map - Cancer-Related Fatigue in Adults with Cancer*



* Please see the full guideline for a description of suggested interventions, as well as the copyright and disclaimer prior to use.

Screening and Assessment - Sleep Disturbance in Adults with Cancer*

Screen for sleep-wake disturbances¹ at start of treatment, periodically during treatment and periodically during post-treatment survivor follow-up care.²

- Review all ESAS or ESAS-r scores and problem checklist in conversation³ with patient/family and discuss expectations and beliefs about support needs (e.g., Canadian Problem Checklist⁴).
- Sleep problems are identified by patient endorsement of a sleep problem on the Canadian Problem Checklist (checked yes for sleep problem) or as an "other" item on the ESAS scale with any score >"0" (sleep severity is an imprecise measure of sleep problems). Indicates occurrence of a sleep problem.
- Occurrence of a sleep problem should prompt two additional screening questions to identify sleep-wake disturbance:
1) Do you have problems with sleep for three or more nights/week? 2) If yes, does this sleep problem interfere with daytime functioning? If answer is yes to one or both: focused assessment needed.

Step 1: Identify need for **immediate** referral to a sleep specialist.

Assess for symptoms of sleep apnea: loud chronic snoring, choking or gasping during sleep, witnessed periods of apnea during sleep, excessive daytime sleepiness (can use Epworth Sleepiness Scale to assess), morning headaches, poor concentration and/or memory problems.

Referral is also required if patient complains of restless leg/movement disorders.

Immediate referral to a sleep clinic or sleep specialist for sleep study work-up and a polysomnogram.

Step 2: Focused Assessment (clarify nature/extent of sleep-wake disturbance)

- O** - When did it start? How many nights is sleep disturbed? Number and duration of night waking? Early morning waking? Non-restorative sleep?
- P - Pre-sleep activities (before bed and in bed); bedroom environment; precipitating factors (stress, pain); sleep-wake schedule and regularity of following this? Medications used for sleep (which can aggravate sleep problems)?
- Q - Assess sleep quality. Non-restorative sleep. Consider daily sleep logs over a two-week period (i.e., Consensus Sleep Diary).
- R - In what ways does it affect you day-to-day (e.g., daily tasks, daytime somnolence, emotional distress, attention and memory impairment, slow response time, adverse effects on work, social life and family)?
- S - How bothered are you by your sleep problem?
- T - What do you do to manage your sleep problem? How effective are your efforts? Assess use of sleep hygiene strategies.
- U - What do you believe is causing your sleep problems? What about it concerns you the most?
 - I - What is the effect on daily function and other aspects of life?
- V - What is your goal for this symptom? What is your comfort goal or acceptable level for this symptom (able to work, attend leisure activities, etc.)?

PROMIS-short form sleep or Insomnia Severity Index can be used for systematic assessment.

Insomnia Symptoms: Non-restorative; difficulty falling asleep (>30 minutes); early waking; night waking (30 minutes) more than 3 nights/week; significant distress or negative mood due to sleep disturbance; diminished concentration or attention; slow response time; impairment of ADLs; rumination about sleep problems.⁵

Identify Pertinent History: Specific Risk Factors for Sleep-Wake Disturbances

- History of sleep-related problems, depression, other pre-existing mental health problems
- Stressors (e.g., life events; disease status: diagnosis, recurrence, advanced or progressive disease [i.e., vulnerable points])
- Current or recent change in medications associated with depression (can cause insomnia) or sedating medications
- Cancer treatment modalities (e.g., treatment with chemotherapy, other agents such as steroids that can impact sleep)
- Assess for specific contributing factors that should be treated based on other guidelines (e.g., pain, fatigue, depression). Sleep problems often occur as part of symptom cluster of sleep, pain and fatigue.

Mild Sleep Disturbance

Transient Insomnia Symptoms

Insomnia Syndrome

* Refer to the full technical guideline document for the disclaimer statement on the Canadian Association of Psychosocial Oncology website (www.capo.ca).

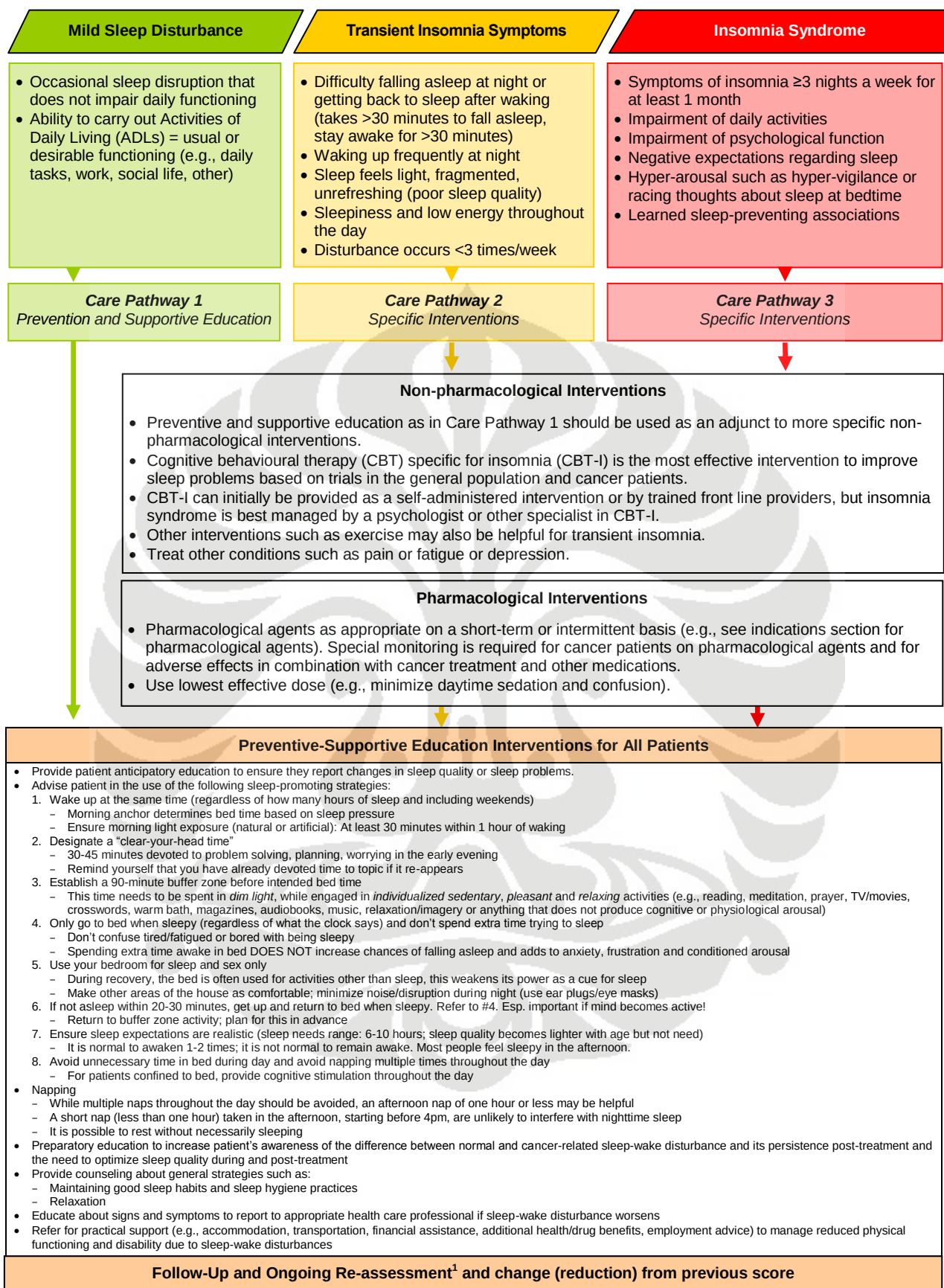
1 Use Screening for Distress Tool (SDT), which includes Edmonton Symptom Assessment System (ESAS-r) and Canadian Problem Checklist (CPC).

2 At initial diagnosis, start of treatment, regular intervals during treatment, end of treatment, post-treatment or at transition to survivorship, at recurrence or progression, advanced disease, when dying, and during times of personal transition or re-appraisal such as family crisis, during survivorship, when approaching death (CAPO/CPAC guideline: "Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient" by Howell et al., 2009).

3 The health care team for cancer patients may include surgeons, oncologists, family physicians, nurses, social workers, psychologists, radiation therapists, patient navigators and other health care professionals (HCPs).

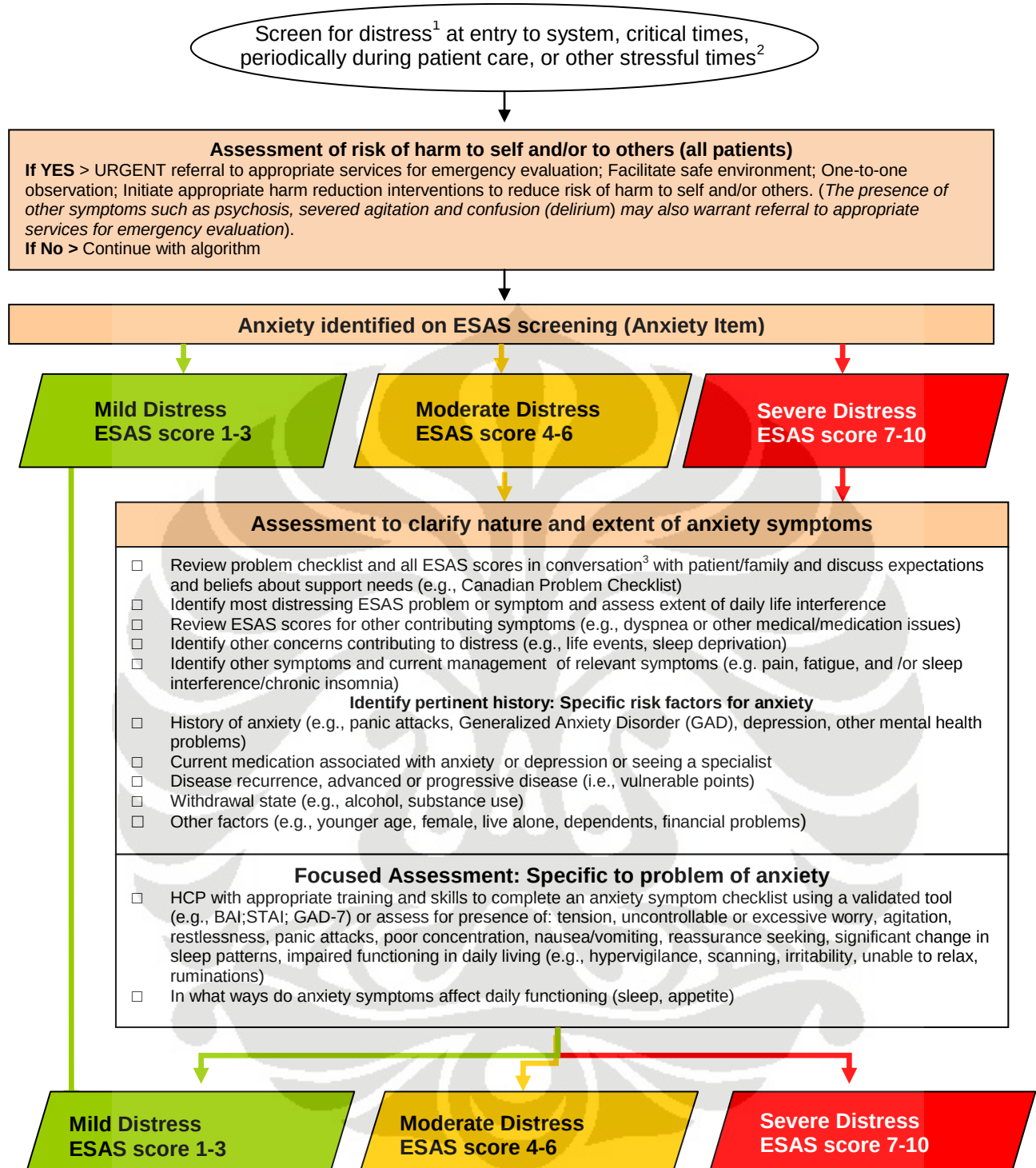
** Fraser Health Symptom Assessment Acronym OPQRSTU(I)V: O = Onset; P = Provoking/Palliating; Q = Quality; R = Region or Radiating; S = Severity and Duration; T = Treatment; U = Understanding/I=Impact; V = Values

Care Map: Sleep-Wake Disturbances in Adults with Cancer*



* Refer to the full technical guideline document for the disclaimer statement on the Canadian Association of Psychosocial Oncology website (www.capo.ca)
 Authors: Howell D, Oliver T, Keller-Olaman S, Davidson J, Garland S, Samuels C, Savard J, Harris CA, Aubin M, Olson K, Sussman J, Taylor C

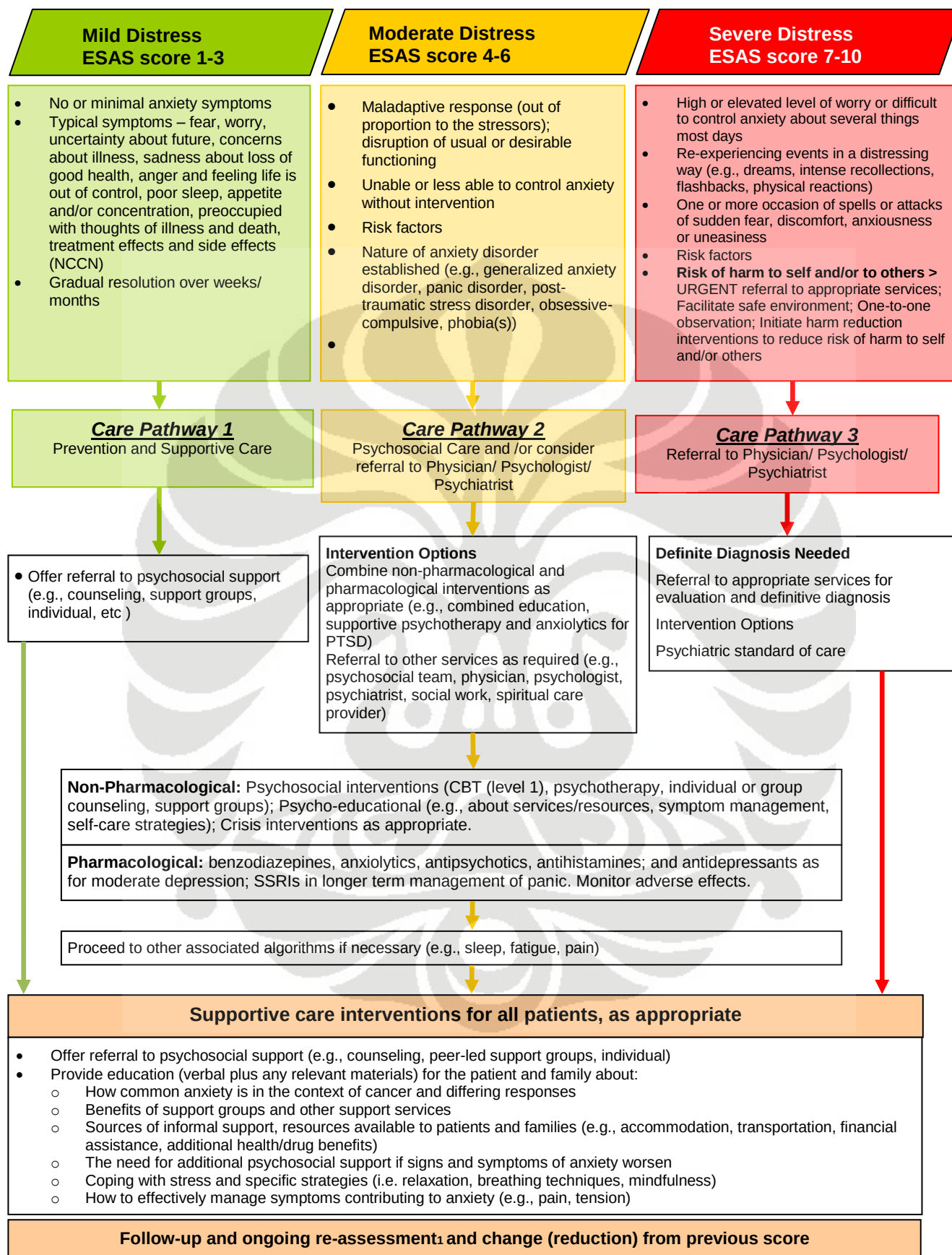
Screening and Assessment – Anxiety* in Adults with Cancer



*In this algorithm the use of the word anxiety refers to the ESAS screening scale and not to a clinical diagnosis

1. Use Screening for Distress Tool (SDT), which includes Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Canadian Problem Checklist (CPC).
2. At initial diagnosis, start of treatment, regular intervals during treatment, end of treatment, post-treatment or at transition to survivorship, at recurrence or progression, advanced disease, when dying, and during times of personal transition or re-appraisal such as family crisis, during post-treatment survivorship and when approaching death. (CAPO guideline: "Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient" by Howell et al, 2009; Cancer Care Nova Scotia Distress Management Pathways, draft 2010).
3. The health care team for cancer patients may include surgeons, oncologists, family physicians, nurses, social workers, psychologists, patient navigators and other health care professionals (HCPs)

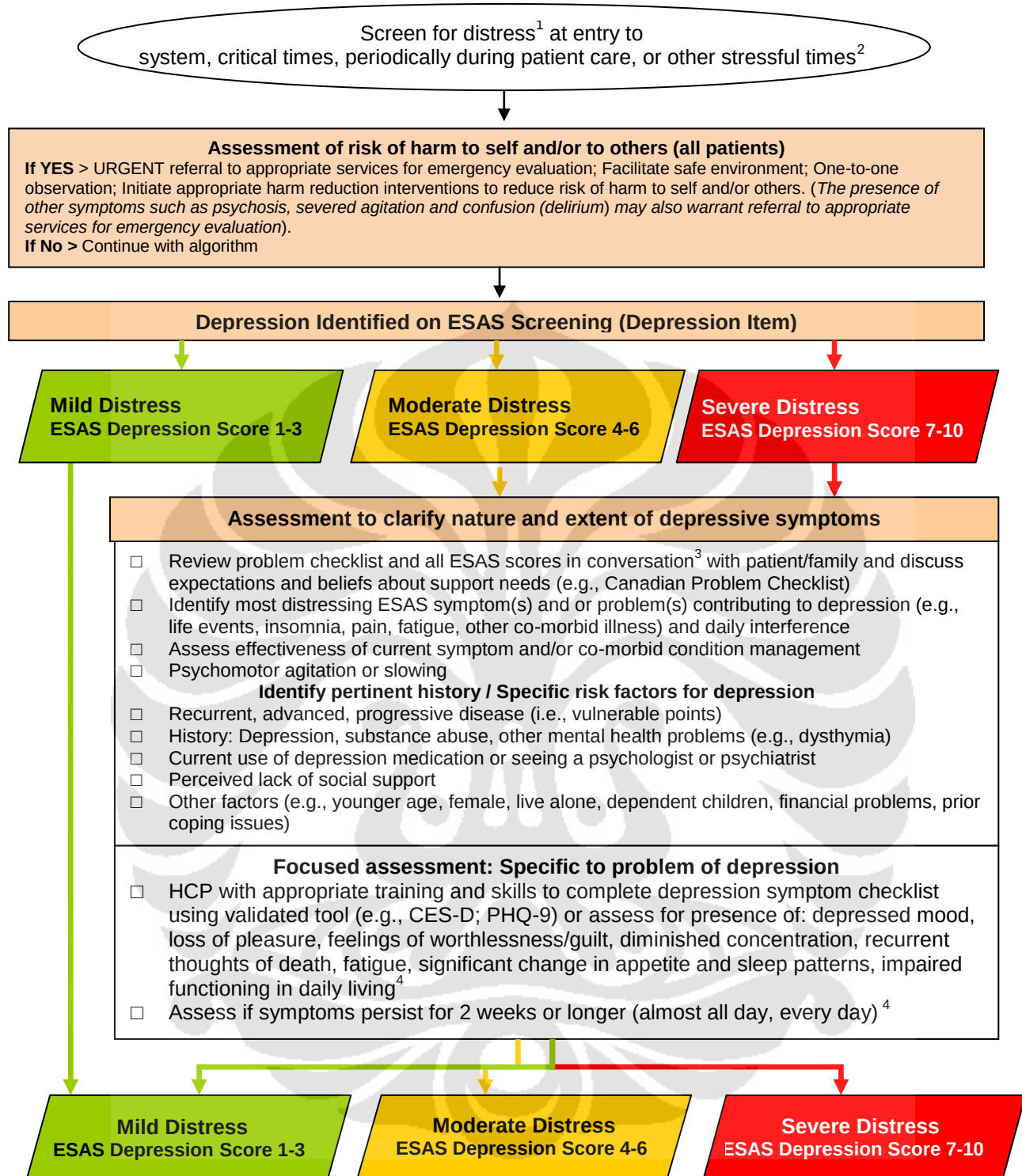
Care Map – Anxiety* in Adults with Cancer



*Refer to the full technical guideline document for the evidentiary support for this algorithm.

Disclaimer: Care has been taken in the preparation of the information contained in this practice guideline document. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the practice guideline is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified clinician. The Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO) make no representation or warranties of any kind whatsoever regarding the content, use or application of this practice guideline and disclaim any responsibility for their application or use in any way.

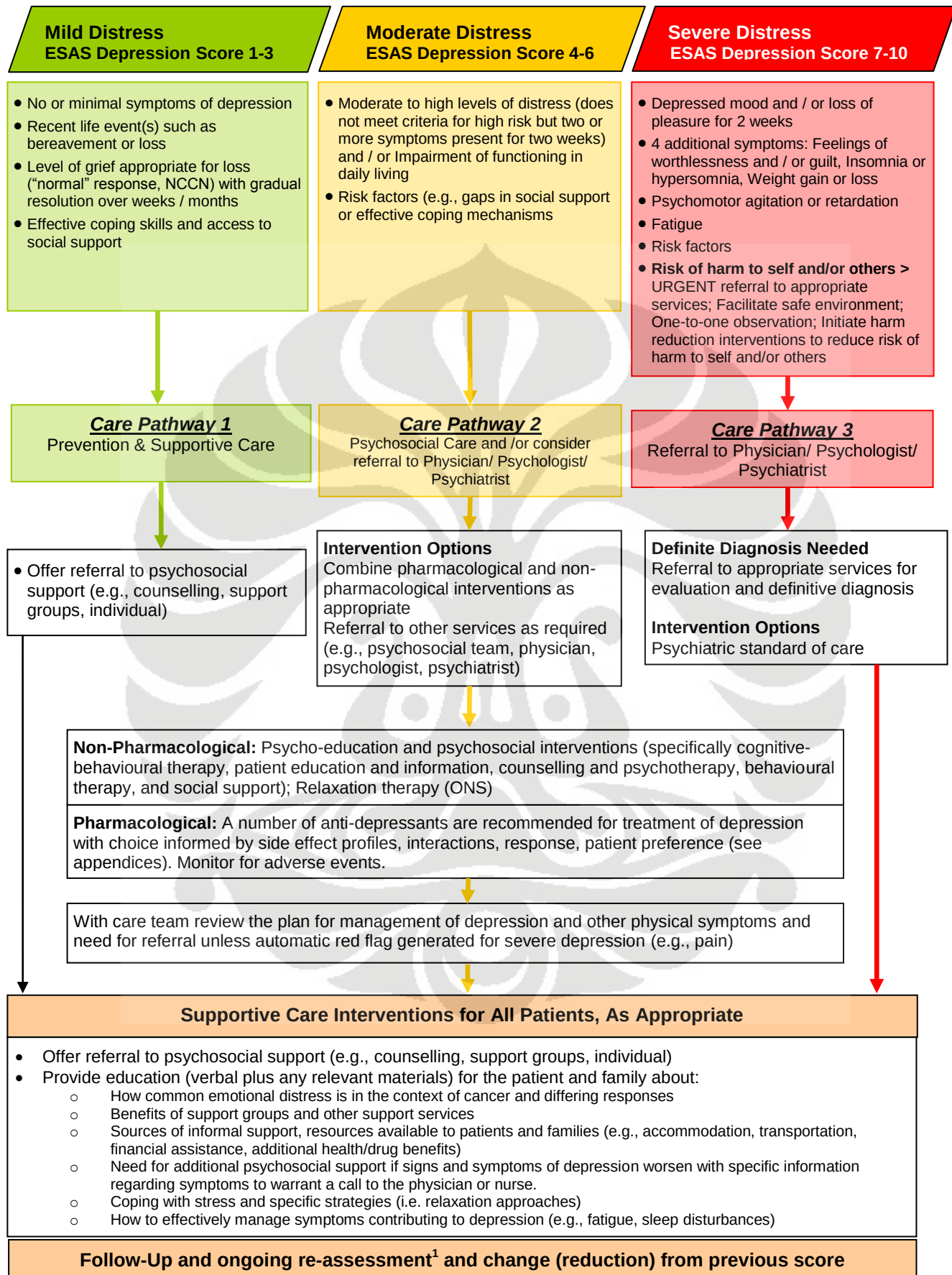
Screening and Assessment – Depression* in Adults with Cancer



*In this algorithm the use of the word depression refers to the ESAS screening scale and not to a clinical diagnosis

1. Use Screening for Distress Tool (SDT), which includes Edmonton Symptom Assessment System (ESAS) and Canadian Problem Checklist (CPC).
2. At initial diagnosis, start of treatment, regular intervals during treatment, end of treatment, post-treatment or at transition to survivorship, at recurrence or progression, advanced disease, when dying, and during times of personal transition or re-appraisal such as family crisis, during post-treatment survivorship and when approaching death. (CAPO guideline: "Assessment of Psychosocial Health Care Needs of the Adult Cancer Patient" by Howell et al, 2009; Cancer Care Nova Scotia Distress Management Pathways, draft 2010).
3. The health care team for cancer patients may include surgeons, oncologists, family physicians, nurses, social workers, psychologists, patient navigators and other health care professionals (HCPs).
4. DSM-IV criteria – The DSM-IV criteria can be used by a range of health care professionals, with specific training and skills.

Care Map – Depression* in Adults with Cancer



*Refer to the full technical guideline document for the evidentiary support for this algorithm.

Disclaimer: Care has been taken in the preparation of the information contained in this practice guideline document. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the practice guideline is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified clinician. The Canadian Partnership Against Cancer and the Canadian Association of Psychosocial Oncology (CAPO) make no representation or warranties of any kind whatsoever regarding the content, use or application of this practice guideline and disclaim any responsibility for their application or use in any way.

Pain in Adults with Cancer: Screening and Assessment

Screen for pain using ESAS at each visit

ESAS score 1 to 3

ESAS score 4 to 6

ESAS score 7 to 10

Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V (adapted from Fraser Health)

Onset	When did it begin? How long does it last? How often does it occur?
Provoking/Palliating	What brings it on? What makes it better? What makes it worse?
Quality	What does it feel like? Can you describe it?
Region / Radiation	Where is it? Does it spread anywhere?
Severity	What is the intensity of this symptom (On a scale of 0 to 10, with 0 being none and 10 being worst possible)? Right Now? At Best? At Worst? On Average? How bothered are you by this symptom? Are there any other symptom(s) that accompany this symptom?
Treatment	What medications or treatments are you currently using? How effective are these? Do you have any side effects from the medications/treatments? What medications/treatments have you used in the past?
Understanding / Impact on You	What do you believe is causing this symptom? How is this symptom affecting you and/or your family?
Values	What is your goal for this symptom? What is your comfort goal or acceptable level for this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Are there any other views or feelings about this symptom that are important to you or your family?

* Physical Assessment (focus on area of pain to determine cause and type of pain); Pertinent History (risk factors); Assess risks for addiction; Associated symptoms: e.g. nausea, vomiting, constipation, numbness, tingling, urinary retention.

Mild Pain

- Patient not using analgesia effectively
- Mild pain not interfering with ADL's

Moderate Pain

- Pain or analgesics interfering with function and ADL's
- Patient states he/she cannot manage pain with present treatment regime

Severe Pain

- Patient in acute distress/ discomfort
- Pain onset is sudden and acute
- Acute exacerbation of previous levels
- Has developed a new site for pain
- Associated motor weakness
- Analgesics interfering with ADL's

Interventions for all patients, as appropriate

NON-PHARMACOLOGICAL

- Psycho-social-spiritual interventions (patient education, counseling, recreational activities, relaxation therapy imagery, social interaction, spiritual counselling).
- Other therapies (physiotherapy, occupational therapy, massage, aromatherapy, music therapy, acupuncture, transcutaneous electrical nerve stimulation, reflexology, Reiki, hypnotherapy).
- Other interventions such as radiation therapy, vertebroplasty, surgery and anesthetic interventions should be considered in patients with difficult to control pain.

Patient Education

- Taking routine and breakthrough analgesics, adverse effect management, non pharmacologic measures that can be used in conjunction with pharmacologic treatment.

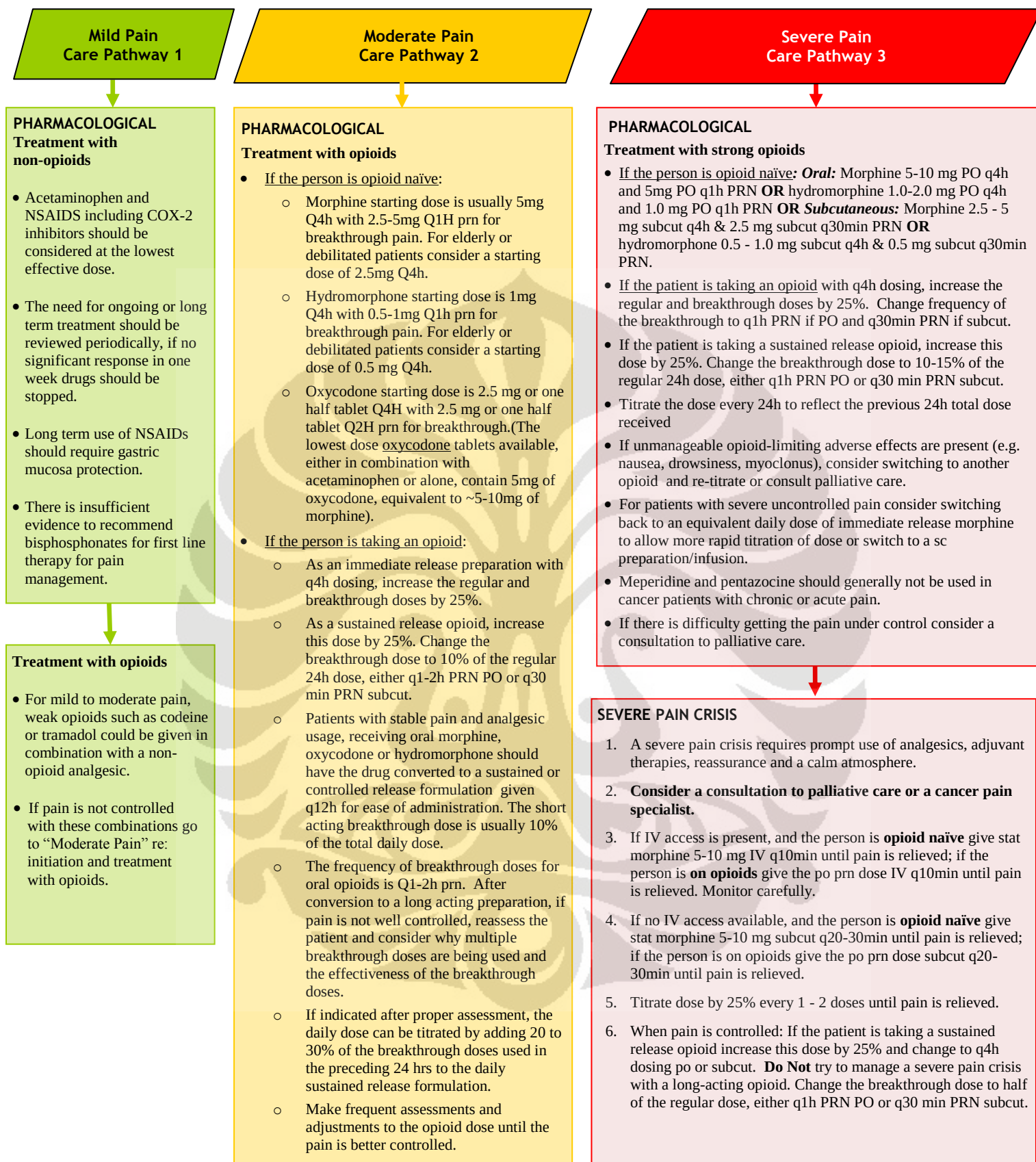
PHARMACOLOGICAL

- The severity of pain determines the strength of analgesic required specified by the World Health Organization (WHO) Analgesic Ladder.
- The type and cause of the pain will influence the choice of adjuvant analgesic (e.g. nociceptive, neuropathic, bone metastases).
- In the presence of reduced kidney function all opioids should be used with caution and at reduced doses and/or frequency.
- Fentanyl, methadone and oxycodone are the safest opioids of choice in patients with chronic kidney disease.
- Methadone requires an experienced prescriber, check for significant drug interactions before prescribing any drug to a patient on methadone.
- When using a transmucosal fentanyl formulation for breakthrough pain the effective dose should be found by upward titration independent of the regular opioid dose.
- For those with stabilized severe pain and on a stable opioid dose or those with swallowing difficulties or intractable nausea and vomiting, fentanyl transdermal patches may be appropriate, provided the pain is stable.
- Classify the pain – nociceptive, neuropathic or mixed?
- The type and cause of the pain will influence the choice of adjuvant analgesic (e.g. nociceptive, neuropathic, bone metastases).
- The choice of antidepressant or anticonvulsant should be based on concomitant disease, drug therapy and drug side effects and interactions experienced.
- There is insufficient evidence to support a recommendation for topical opioids.
- There is insufficient evidence to support first or second line therapy of cancer pain with cannabinoids but they may have a role in refractory pain, particularly refractory neuropathic pain.
- Transdermal fentanyl should not be used in opioid naïve patients.
- Specialist palliative care advice should be considered for the appropriate choice, dosage and route of opioid in patients with reduced kidney function or in patients with difficult to control pain.

ADVERSE EFFECTS OF OPIOIDS

- Many opioid-naïve patients will develop nausea or vomiting when starting opioids, tolerance usually occurs within 5-10 days. Patients commencing an opioid for moderate to severe pain should have access to an antiemetic to be taken if required.
- The majority of patients taking opioids for moderate to severe pain will develop constipation. Little or no tolerance develops. The commonest prophylactic treatment for preventing opioid-induced constipation is a combination of a stimulant (senna or bisacodyl) and osmotic laxative (lactulose or PEG 3350).

Pain in Adults with Cancer: Care Map



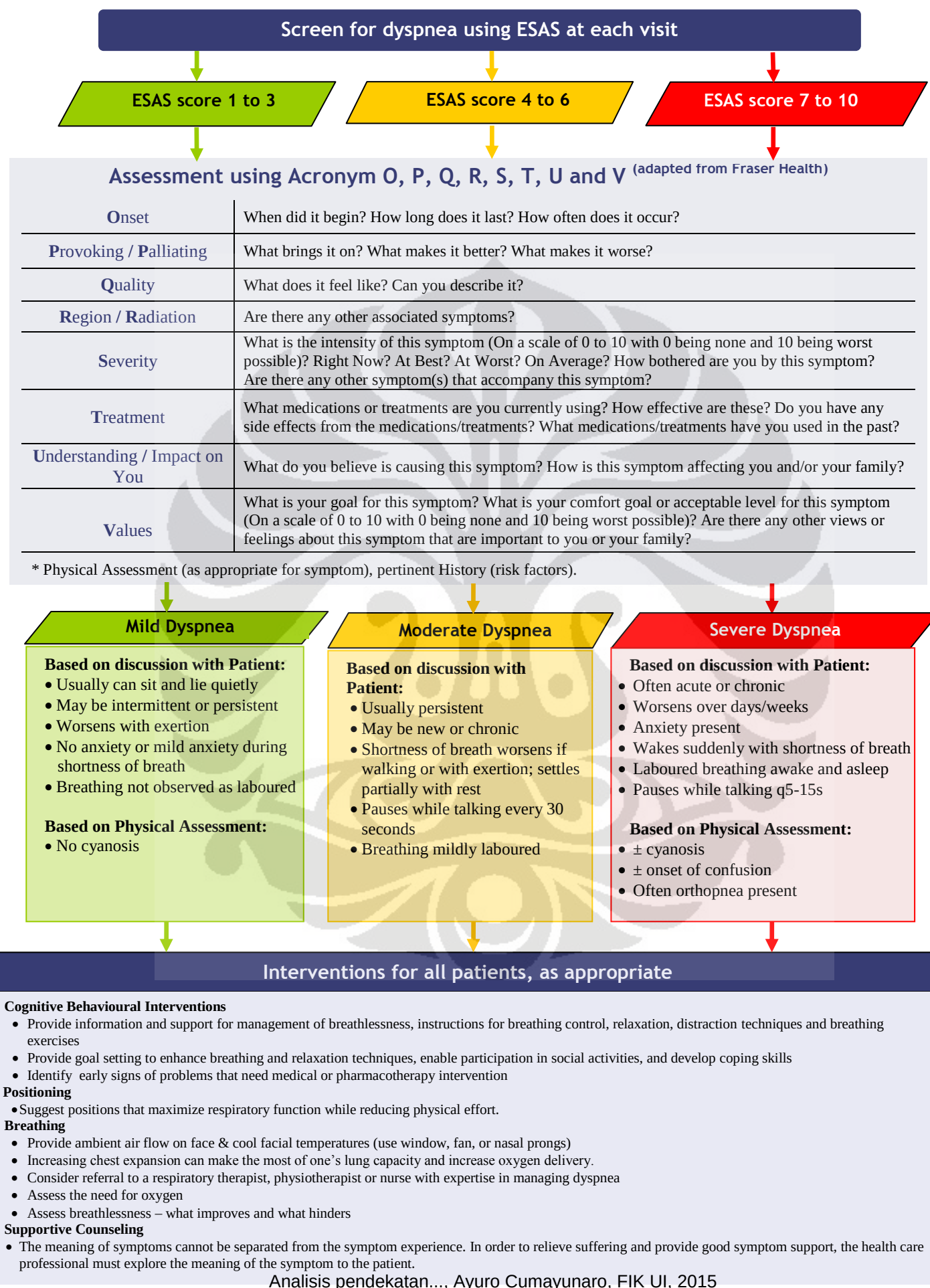
Follow-Up and ongoing Monitoring

If pain remains unrelieved despite the approaches outlined above, request the assistance of a palliative care consultation team.

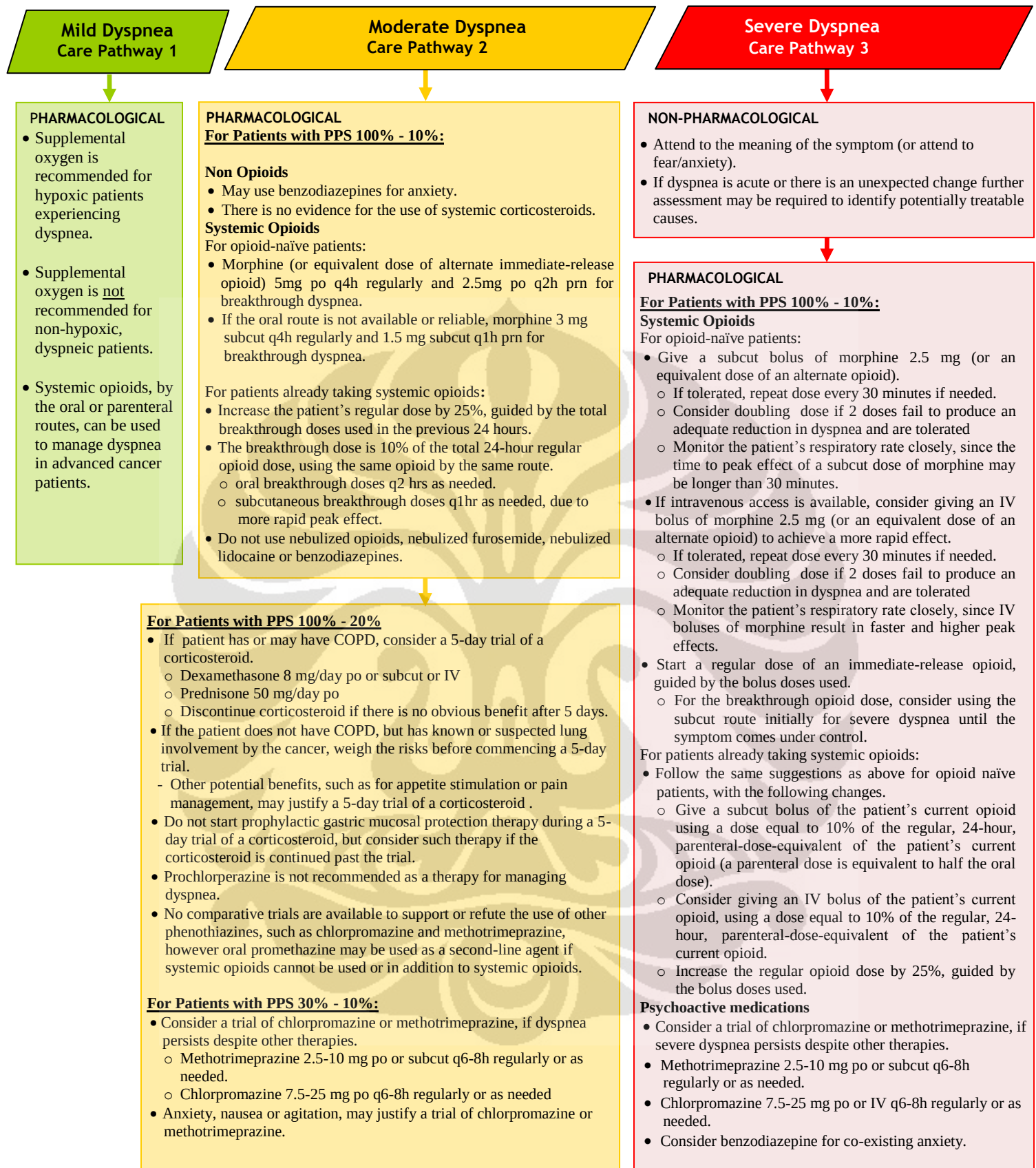
For full references and more information please refer to [CCO's Symptom Management Guide-to-Practice: Pain](#) document.

Disclaimer: Care has been taken by Cancer Care Ontario's Algorithm Development Group in the preparation of the information contained in this Algorithm. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the guidance for practice document is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified specialist clinician. CCO makes no representation or warranties of any kind whatsoever regarding their content or use or application and

Dyspnea in Adults with Cancer: Screening and Assessment



Dyspnea in Adults with Cancer: Care Map



Follow-Up and Ongoing Monitoring

If dyspnea remains unrelieved despite the approaches outlined above, request the assistance of a palliative care consultation team.

For full references and more information please refer to [CCO's Symptom Management Guide-to-Practice: Dyspnea](#) document.

Disclaimer: Care has been taken by Cancer Care Ontario's Algorithm Development group in the preparation of the information contained in this Guide-to-Practice document. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the Guide-to-Practice document is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified specialist clinician. CCO makes no representation or warranties of any kind whatsoever regarding their content or use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.

ALGORITHM

Nausea and Vomiting in Adults with Cancer: Screening and Assessment

August 2010

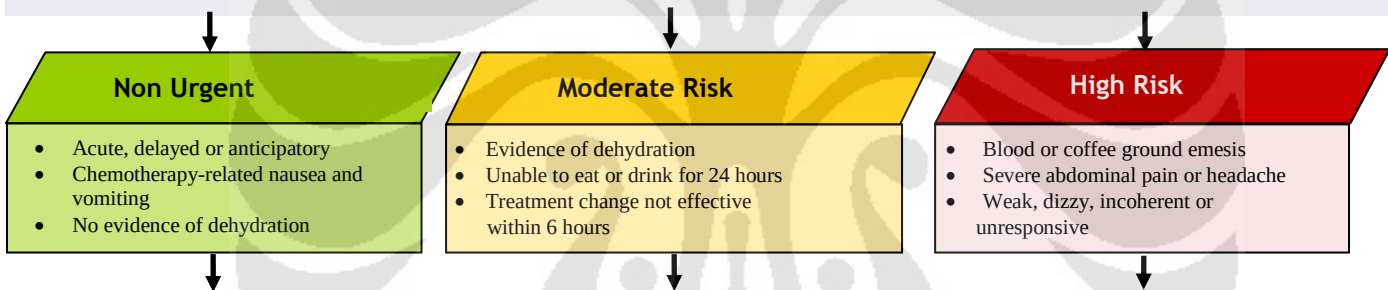
Screen for nausea and vomiting at each visit

Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V (adapted from Fraser Health)

Onset	When did it begin? How long does it last? How often does it occur? Is it there all the time?
Provoking/Palliating	What brings it on? What makes it better? What makes it worse?
Quality	What does it feel like? Can you describe it?
Region / Radiation	Do you have nausea with or without vomiting?
Severity	What is the intensity of this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Right Now? At Best? At Worst? On Average? How bothered are you by this symptom? Are there any other symptom(s) that accompany this symptom?
Treatment	What medications or treatments are you currently using? How effective are these? Do you have any side effects from the medications/treatments? What medications/treatments have you used in the past?
Understanding / Impact on You	What do you believe is causing this symptom? How is this symptom affecting you and/or your family?
Values	What is your goal for this symptom? What is your comfort goal or acceptable level for this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Are there any other views or feelings about this symptom that are important to you or your family?

*** Physical Assessment:** vital signs; hydration status (e.g. decreased urine output, thirst, dry mouth, dizziness, muscle cramps); the abdomen (inspection, palpation, percussion and auscultation); the oropharynx / mucous membranes; the rectum to assess for obstruction /impaction/ constipation; other regions as appropriate, based on information from the interview (e.g. CNS exam or digital rectal examination (DRE) as appropriate).

*** Pertinent History** risk factors, date of last bowel movement. ***If vomiting present:** Assess frequency, amount, colour.



Interventions for all patients, as appropriate

- Consult with the inter-professional team members.
- Provide education to the patient and family.
- Provide instructions on how to take antiemetics, including dose and schedule.
- Ensure that constipation and bowel obstruction are ruled out.

Consult with a Clinical Dietitian and have them provide dietary/nutritional advice

- Limit spicy, fatty and excessively salty or sweet foods, foods with strong odours and foods not well tolerated.
- Use small, frequent, bland meals and snacks throughout the day. Suggest small amounts of food every few hours.
- Hunger can make feelings of nausea stronger.
- Sip water and other fluids (juice, flat pop, sports drinks, broth, herbal teas such as ginger tea) and suck on ice chips, popsicles or frozen fruit.
- Reduce meal size when gastric distension is a factor.
- Ingest liquids and solids separately.
- Consume food/liquids cold or at room temperature to decrease odours.
- Sit upright or recline with head elevated for 30-60 minutes after meals.
- If vomiting, limit all food and drink until vomiting stops; wait 30-60 minutes after vomiting then initiate sips of clear fluid.
- When clear fluids are tolerated, add dry starchy foods (crackers, dry toast, dry cereal, pretzels).
- When starch is tolerated increase diet to include protein rich foods (eggs, chicken and finally dairy products).

Environmental modification (where possible)

- Eliminate strong smells and sights.
- Optimize oral hygiene, especially after episodes of vomiting. Rinse with ½ tsp baking soda, ½ tsp salt in 2 cups of water.
- Try rinsing mouth before eating to remove thick oral mucus and help clean and moisten mouth.
- Wear loose clothing.

Complementary Therapies

- Acupuncture or acupressure points. Visualization, hypnosis, distraction.

PHARMACOLOGICAL

- Any unnecessary medications that may be contributing to nausea and vomiting should be discontinued.
- All medications need to be individually titrated to the smallest effective dose or until undesirable side effects occur.
- Choose antiemetics based on the most likely neurotransmitter and emetogenic pathways involved.

Nausea and Vomiting in Adults with Cancer: Care Map

Step 1

NON-PHARMACOLOGICAL

- Fluid and electrolyte replacement as appropriate
- Nutritional advice – consider making patient NPO if obstructed or until emesis has resolved for several hours; if not obstructed, change diet as appropriate, depending on the cause of nausea.

PHARMACOLOGICAL

- For delayed gastric emptying or abdominal causes:
 - Metoclopramide 5-20 mg po/subcut/IV q6h (or tid AC meals plus qhs); may be used q4h if needed; 40-100 mg/24 h subcut/IV continuous infusion
 - Alternative (if metoclopramide is not well tolerated): domperidone 5-20 mg po q6h (or tid AC meals plus qhs); causes less extrapyramidal side effects than metoclopramide.
- For patients treated with palliative radiotherapy:
 - For symptoms that occur within 24 hours of administration of radiotherapy: ondansetron 8 mg po/subcut/IV q8 – 24h; granisetron 1 mg po bid or 1 mg IV once daily
 - For anticipatory nausea or vomiting: lorazepam 1-2 mg po/sl/IV/subcut
 - The above agents are also best given prior to radiation for optimal effect.
- For opioid-induced nausea:
 - Metoclopramide 10-20 mg po/subcut/IV q6h
 - Alternative: Haloperidol 0.5-2.5 mg po/subcut q12h
- For other chemical/metabolic causes:
 - Haloperidol 0.5-2.5 mg po/subcut q12h
 - Alternative: Metoclopramide 10-20 mg po/subcut/IV q6h
- For brain metastases or for leptomeningeal carcinomatosis: dexamethasone 4-8 mg po/subcut/IV bid (0800 and 1300 h); if poor response to dexamethasone then consider adding haloperidol 1-2 mg po/subcut q12h
- For vestibular causes:
 - Scopolamine (transdermal patch) one or two 1.5 mg patches q72h
 - Alternate: Dimenhydrinate 25-50 mg po/ subcut/IV q4h
- If psychogenic factors play a role:
 - Oxazepam 10 mg po tid or lorazepam 1-2 mg po/sl/subcut/IV tid
 - Psychological techniques (particularly for chemotherapy-induced nausea and vomiting)

Step 2

NON-PHARMACOLOGICAL

- If nausea is not controlled with a specific antiemetic, add another antiemetic from another group, but do not stop the initial agent
- Consider combinations but monitor overlapping toxicities
- Treat gastrointestinal obstruction (may need to consider interventions such as nasogastric tube (NGT), venting gastrostomy tube (PEG), stents, ostomies, possible surgical resection)

PHARMACOLOGICAL

- Metoclopramide is recommended as the drug of first choice for chronic nausea/vomiting in patients with advanced cancer
- Titrate metoclopramide to maximum benefit and tolerance. If not effective add/switch to another dopamine antagonist (e.g. haloperidol).
- Domperidone may be substituted for patients who can swallow medications and who have difficulties with extrapyramidal reactions.
- Titrate antiemetics to their full dose, until patient develops undesirable side effects, before adding another drug
- For persistent nausea and/or vomiting antiemetics should be prescribed on a regular dosing schedule with a breakthrough dose available.
- Give antiemetics prophylactically to prevent nausea with high dose opioids and chemotherapeutic agents
- For delayed gastric emptying or abdominal causes (excluding bowel obstruction, see above):
 - Metoclopramide 5-20 mg po/subcut/IV q6h (or tid AC meals plus qhs); may be used q4h if needed; 40-100 mg/24 h subcut/IV continuous infusion
 - Alternative (if metoclopramide is not well tolerated): domperidone 5-20 mg po q6h (or tid AC meals plus qhs); causes less extrapyramidal side effects than metoclopramide
- A combination of different antiemetics is required in approximately 30% of cases. Combination therapy is only beneficial if different neurotransmitters are targeted. If the response to monotherapy is inadequate, the following combinations may be considered:
 - Metoclopramide po/subcut/IV + dexamethasone po/subcut/IV
 - Haloperidol po/subcut + dexamethasone po/subcut/IV

Step 3

PHARMACOLOGICAL

- Ondansetron, although useful for chemotherapy induced nausea, is considered as a fourth line therapy for chronic nausea in Palliative Care.
- Ondansetron is useful for radiation therapy induced nausea.
- Dexamethasone is recommended for nausea and vomiting in the advanced cancer population
- If dexamethasone combined with either metoclopramide or haloperidol yields insufficient results, the following approaches may be considered:
 - Serotonin (5HT3) antagonists (ondansetron 4 - 8 mg po/subcut/IV bid; granisetron 1 mg po bid/ 1mg IV once daily; or dolasetron 100 mg po/IV once daily); in principle, combine with dexamethasone 4 mg po/subcut/IV once daily. Disadvantages of the serotonin antagonists: high costs; side effects include constipation, headaches
 - Methotrimprazine monotherapy using a starting dose of 5 – 10 mg po tid prn or 6.25-12.5 mg subcut q8h prn. Increase as needed to maximum of 25 mg per dose.
 - Olanzapine monotherapy 2.5 – 5 mg po/sl/subcut once daily or bid
- Diphenhydramine may be used for the treatment of akathesis secondary to increased doses of metoclopramide.

Follow-Up and Ongoing Monitoring

If nausea and vomiting remains unrelieved despite the approaches outlined above, request the assistance of a palliative care consultation team.

For full references and more information please refer to [CCO's Symptom Management Guide-to-Practice: Nausea & Vomiting](#) document.

Disclaimer: Care has been taken in the preparation of the information contained in this guide to practice document. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the guidance for practice document is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified specialist clinician. Cancer Care Ontario makes no representation or warranties of any kind whatsoever regarding their content or use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.

Loss of Appetite in Adults with Cancer: Screening and Assessment

Screen for loss of appetite at each visit and validate ESAS score.

ESAS Score 1-3

ESAS Score 4-6

ESAS Score 7-10

To support the diagnosis of anorexia vs. stage of cachexia recommend use of the following evidence-based assessment tools:

- Malnutrition Screening Tool
- Patient Generated Subjective Global Assessment
- Diet history, Physical Assessment and Laboratory investigations to support diagnosis of anorexia vs. stage of cachexia.
- Percentage of weight loss over time evaluates malnutrition

Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U, V and W (adapted from Fraser Health)

Onset	When did you notice your lack of appetite? Is it there all the time?
Provoking / Palliating	Is there a time of day when your appetite is better/worse? What do you think may cause your lack of appetite? Have you had any recent surgery or treatment that you think is affecting your ability or desire to eat? Are you taking any medications that are affecting your ability to eat?
Quality/Quantity	Compared to your normal food intake, are you eating the same amount? More than usual? Less than usual? Are you drinking enough fluid?
Related Symptoms	Are there other symptoms that affect your ability to eat? (e.g. nausea/vomiting, constipation/diarrhea, sore or dry mouth, taste changes, bothersome food odours, problems swallowing, early feelings of fullness, pain, shortness of breath, depression)
Severity	How much is the lack of appetite affecting your activities of daily living or ability to function?
Treatment	Are you doing anything to help manage your loss of appetite (e.g. any physical activity, medications, or changes to your diet)? Is it working?
Understanding / Impact on You	How is the lack of appetite affecting you and/or your family? Do you feel distressed about your inability to eat? Have you experienced feelings of pressure, guilt or relational stress with regard to food intake and weight loss?
Values	Are there any other views or feelings about this symptom that are important to you or your family?
Weight	Have you lost weight recently without trying? If yes, how much? What was the time frame? Have you been eating poorly because of a decreased appetite?

**Mild Loss of Appetite
Anorexia or Pre-Cachexia**

- Weight loss <5% in past 6 months
- Treatment/medication related anorexia and/or weight loss
- No subjective report of dehydration

**Moderate Loss of Appetite
Anorexia or Cachexia**

- Weight loss >5% in past 6 months
- Tumour/treatment/medication related
- C-Reactive Protein value indicating inflammation

**Severe Loss of Appetite
Refractory Cachexia**

- Extreme sarcopenia
- Advanced disease, progressive loss of muscle mass with functional impairment (low Palliative Performance Score)

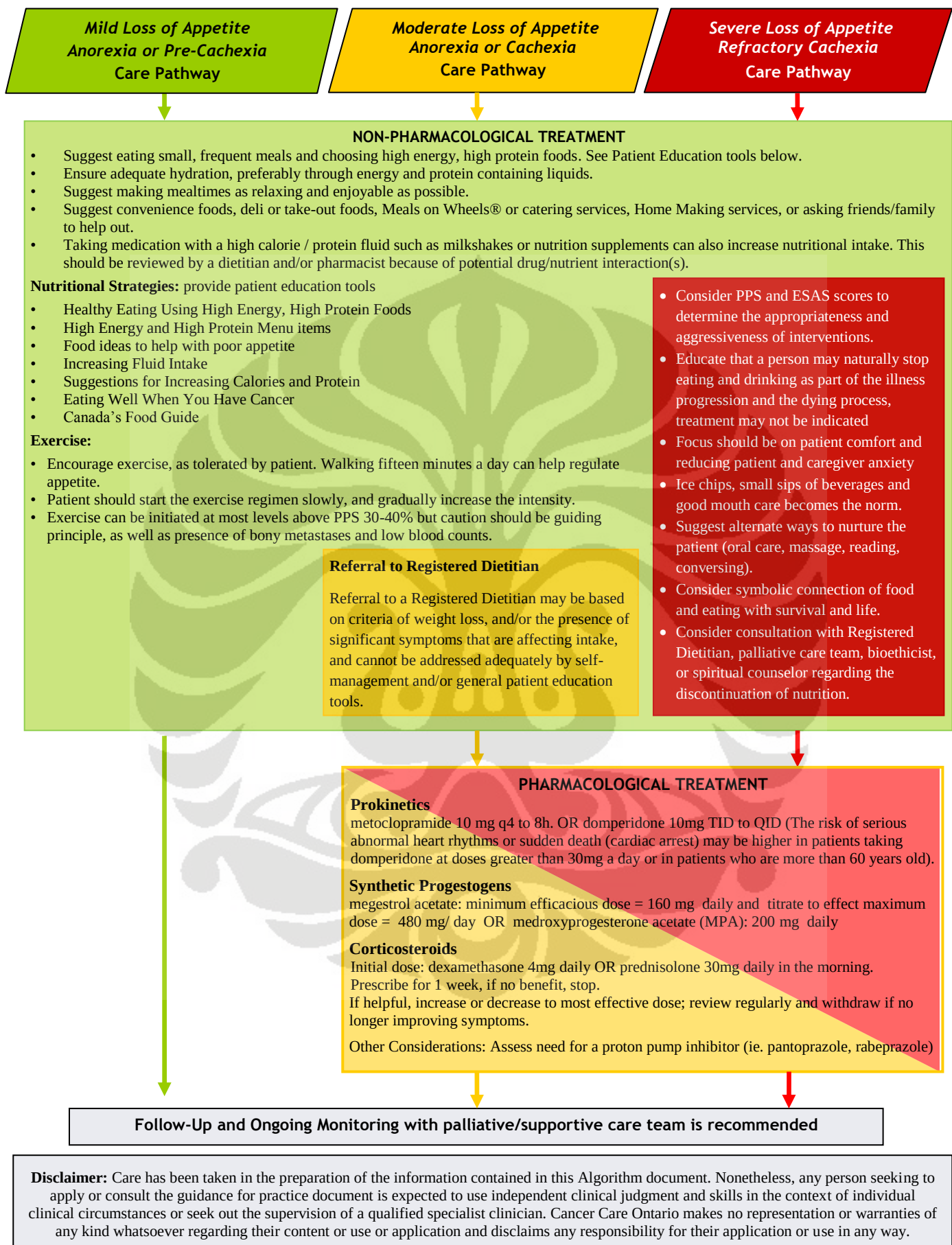
Interventions for all patients, as appropriate

- Early consultation with the palliative or supportive care team should be considered
- Screen, assess and manage potential causes of secondary cachexia (anti-cancer treatment, other medication and psychosocial factors).
- Consider stage of disease, progression of disease and Palliative Performance Scale (PPS), or functional status when determining goals of care and treatment plans.
- Provide emotional support to patient and family.
- Consider importance of food in the social context and impact on quality of life, cultural issues, patient's accessibility to food.
- Referral to other health care professionals where appropriate.

For full references, links to tools and more information please refer to

CCO's Symptom Management Guide to Practice: Loss of Appetite document (www.cancercare.on.ca/symptools).

Loss of Appetite in Adults with Cancer: Care Map



For full references, links to tools and more information please refer to

CCO's Symptom Management Guide to Practice: Loss of Appetite document (www.cancercare.on.ca/symptools).

Nausea and Vomiting in Adults with Cancer: Screening and Assessment

Screen for nausea and vomiting at each visit

Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V (adapted from Fraser Health)

Onset	When did it begin? How long does it last? How often does it occur? Is it there all the time?
Provoking/Palliating	What brings it on? What makes it better? What makes it worse?
Quality	What does it feel like? Can you describe it?
Region / Radiation	Do you have nausea with or without vomiting?
Severity	What is the intensity of this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Right Now? At Best? At Worst? On Average? How bothered are you by this symptom? Are there any other symptom(s) that accompany this symptom?
Treatment	What medications or treatments are you currently using? How effective are these? Do you have any side effects from the medications/treatments? What medications/treatments have you used in the past?
Understanding / Impact on You	What do you believe is causing this symptom? How is this symptom affecting you and/or your family?
Values	What is your goal for this symptom? What is your comfort goal or acceptable level for this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Are there any other views or feelings about this symptom that are important to you or your family?

* **Physical Assessment:** vital signs; hydration status (e.g. decreased urine output, thirst, dry mouth, dizziness, muscle cramps); the abdomen (inspection, palpation, percussion and auscultation); the oropharynx / mucous membranes; the rectum to assess for obstruction /impaction/ constipation; other regions as appropriate, based on information from the interview (e.g. CNS exam or digital rectal examination (DRE) as appropriate).

* **Pertinent History** risk factors, date of last bowel movement. ***If vomiting present:** Assess frequency, amount, colour.

Non Urgent

- Acute, delayed or anticipatory
- Chemotherapy-related nausea and vomiting
- No evidence of dehydration

Moderate Risk

- Evidence of dehydration
- Unable to eat or drink for 24 hours
- Treatment change not effective within 6 hours

High Risk

- Blood or coffee ground emesis
- Severe abdominal pain or headache
- Weak, dizzy, incoherent or unresponsive

Interventions for all patients, as appropriate

- Consult with the inter-professional team members.
- Provide education to the patient and family.
- Provide instructions on how to take antiemetics, including dose and schedule.
- Ensure that constipation and bowel obstruction are ruled out.

Consult with a Clinical Dietitian and have them provide dietary/nutritional advice

- Limit spicy, fatty and excessively salty or sweet foods, foods with strong odours and foods not well tolerated.
- Use small, frequent, bland meals and snacks throughout the day. Suggest small amounts of food every few hours
- Hunger can make feelings of nausea stronger.
- Sip water and other fluids (juice, flat pop, sports drinks, broth, herbal teas such as ginger tea) and suck on ice chips, popsicles or frozen fruit.
- Reduce meal size when gastric distension is a factor.
- Ingest liquids and solids separately.
- Consume food/liquids cold or at room temperature to decrease odours.
- Sit upright or recline with head elevated for 30-60 minutes after meals.
- If vomiting, limit all food and drink until vomiting stops; wait 30-60 minutes after vomiting then initiate sips of clear fluid.
- When clear fluids are tolerated, add dry starchy foods (crackers, dry toast, dry cereal, pretzels).
- When starch is tolerated increase diet to include protein rich foods (eggs, chicken and finally dairy products).

Environmental modification (where possible)

- Eliminate strong smells and sights.
- Optimize oral hygiene, especially after episodes of vomiting. Rinse with ½ tsp baking soda, ½ tsp salt in 2 cups of water.
- Try rinsing mouth before eating to remove thick oral mucus and help clean and moisten mouth.
- Wear loose clothing.

Complementary Therapies

- Acupuncture or acupressure points. Visualization, hypnosis, distraction.

PHARMACOLOGICAL

- Any unnecessary medications that may be contributing to nausea and vomiting should be discontinued.
- All medications need to be individually titrated to the smallest effective dose or until undesirable side effects occur.
- Choose antiemetics based on the most likely neurotransmitter and emetogenic pathways involved.

Nausea and Vomiting in Adults with Cancer: Care Map

Step 1

NON-PHARMACOLOGICAL

- Fluid and electrolyte replacement as appropriate
- Nutritional advice – consider making patient NPO if obstructed or until emesis has resolved for several hours; if not obstructed, change diet as appropriate, depending on the cause of nausea.

PHARMACOLOGICAL

- For delayed gastric emptying or abdominal causes:
 - Metoclopramide 5-20 mg po/subcut/IV q6h (or tid AC meals plus qhs); may be used q4h if needed; 40-100 mg/24 h subcut/IV continuous infusion
 - Alternative (if metoclopramide is not well tolerated): domperidone 10mg TID to QID (Note: risk of serious abnormal heart rhythms or sudden death (cardiac arrest) may be higher in patients taking domperidone at doses greater than 30mg a day or in patients who are more than 60 years old)
- For patients treated with palliative radiotherapy:
 - For symptoms that occur within 24 hours of administration of radiotherapy: ondansetron 8 mg po/subcut/IV q8 – 24h; granisetron 1 mg po bid or 1 mg IV once daily
 - For anticipatory nausea or vomiting: lorazepam 1-2 mg po/sl/IV/subcut
 - The above agents are also best given prior to radiation for optimal effect.
- For opioid-induced nausea:
 - Metoclopramide 10-20 mg po/subcut/IV q6h
 - Alternative: Haloperidol 0.5-2.5 mg po/subcut q12h
- For other chemical/metabolic causes:
 - Haloperidol 0.5-2.5 mg po/subcut q12h
 - Alternative: Metoclopramide 10-20 mg po/subcut/IV q6h
- For brain metastases or for leptomeningeal carcinomatosis: dexamethasone 4-8 mg po/subcut/IV bid (0800 and 1300 h); if poor response to dexamethasone then consider adding haloperidol 1-2 mg po/subcut q12h
- For vestibular causes:
 - Scopolamine (transdermal patch) one or two 1.5 mg patches q72h
 - Alternate: Dimenhydrinate 25-50 mg po/ subcut/IV q4h
- If psychogenic factors play a role:
 - Oxazepam 10 mg po tid or lorazepam 1-2 mg po/sl/subcut/IV tid
 - Psychological techniques (particularly for chemotherapy-induced nausea and vomiting)

Step 2

NON-PHARMACOLOGICAL

- If nausea is not controlled with a specific antiemetic, add another antiemetic from another group, but do not stop the initial agent
- Consider combinations but monitor overlapping toxicities
- Treat gastrointestinal obstruction (may need to consider interventions such as nasogastric tube (NGT), venting gastrostomy tube (PEG), stents, ostomies, possible surgical resection)

PHARMACOLOGICAL

- Metoclopramide is recommended as the drug of first choice for chronic nausea/vomiting in patients with advanced cancer
- Titrate metoclopramide to maximum benefit and tolerance. If not effective add/switch to another dopamine antagonist (e.g. haloperidol).
- Domperidone may be substituted for patients who can swallow medications and who have difficulties with extrapyramidal reactions.
- Titrate antiemetics to their full dose, until patient develops undesirable side effects, before adding another drug
- For persistent nausea and/or vomiting antiemetics should be prescribed on a regular dosing schedule with a breakthrough dose available.
- Give antiemetics prophylactically to prevent nausea with high dose opioids and chemotherapeutic agents
- For delayed gastric emptying or abdominal causes (excluding bowel obstruction, see above):
 - Metoclopramide 5-20 mg po/subcut/IV q6h (or tid AC meals plus qhs); may be used q4h if needed; 40-100 mg/24 h subcut/IV continuous infusion
 - Alternative (if metoclopramide is not well tolerated): domperidone 5-20 mg po q6h (or tid AC meals plus qhs); causes less extrapyramidal side effects than metoclopramide
- A combination of different antiemetics is required in approximately 30% of cases. Combination therapy is only beneficial if different neurotransmitters are targeted. If the response to monotherapy is inadequate, the following combinations may be considered:
 - Metoclopramide po/subcut/IV + dexamethasone po/subcut/IV
 - Haloperidol po/subcut + dexamethasone po/subcut/IV

Step 3

PHARMACOLOGICAL

- Ondansetron, although useful for chemotherapy induced nausea, is considered as a fourth line therapy for chronic nausea in Palliative Care.
- Ondansetron is useful for radiation therapy induced nausea.
- Dexamethasone is recommended for nausea and vomiting in the advanced cancer population
- If dexamethasone combined with either metoclopramide or haloperidol yields insufficient results, the following approaches may be considered:
 - Serotonin (5HT3) antagonists (ondansetron 4 - 8 mg po/subcut/IV bid; granisetron 1 mg po bid/ 1mg IV once daily; or dolasetron 100 mg po/IV once daily); in principle, combine with dexamethasone 4 mg po/subcut/IV once daily. Disadvantages of the serotonin antagonists: high costs; side effects include constipation, headaches
 - Methotrimeprazine monotherapy using a starting dose of 5 – 10 mg po tid prn or 6.25-12.5 mg subcut q8h prn. Increase as needed to maximum of 25 mg per dose.
 - Olanzapine monotherapy 2.5 – 5 mg po/sl/subcut once daily or bid
- Diphenhydramine may be used for the treatment of akathesis secondary to increased doses of metoclopramide.

Follow-Up and Ongoing Monitoring

If nausea and vomiting remains unrelieved despite the approaches outlined above, request the assistance of a palliative care consultation team.

For full references and more information please refer to [CCO's Symptom Management Guide-to-Practice: Nausea & Vomiting](#) document.

Disclaimer: Care has been taken in the preparation of the information contained in this guide to practice document. Nonetheless, any person seeking to apply or consult the guidance for practice document is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified specialist clinician. Cancer Care Ontario makes no representation or warranties of any kind whatsoever regarding their content or use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.

ALGORITHM

Mucositis in Adults with Cancer: Screening and Assessment

Screen for mucositis at each visit

Assessment using Acronym O, P, Q, R, S, T, U and V (adapted from Fraser Health)

Onset	When did the symptoms begin? How often do they occur? How long do they last?
Provoking / Palliating	What makes it better? What makes it worse? What do you think may be causing the symptom? What are the aggravating or alleviating factors (e.g., medications, active treatment, dietary changes)?
Quality	Do you have a dry mouth? (e.g., decrease in amount or consistency of saliva). Do you have any redness, blisters, ulcers, cracks, or white patchy areas? If so, are they isolated, generalized, clustered or patchy?
Region / Radiation	Where are your symptoms? (e.g., on lips, tongue, mouth). Does your pain radiate anywhere? Do you have any other related or associated symptoms?
Severity	What is the intensity of this symptom (On a scale of 0 to 10 with 0 being none and 10 being worst possible)? Right Now? At Best? At Worst? On Average?
Treatment	<i>If dry mouth:</i> Fluid intake? Are you using any oral rinses? What type? Are they effective? Are you using any saliva substitutes or stimulants? What type? Are they effective? <i>If pain in mouth:</i> Are you using any pain medications? What type – topical/local, oral/injection? Are they effective? Are there any other treatments that you are using to help with pain? Alteration in diet texture? <i>If bleeding from mouth:</i> Does it occur spontaneously? Where is it located? What aggravates it? What treatments have been recommended and have been used? <i>What is your current oral care routine?</i> How effective is it? Have you had oral infections? What treatments have you used? How effective have they been? Do you have any side effects from the medications/treatments you have used for any of the above? What tests have you had for your oral symptoms, if any?
Understanding / Impact on You	How bothered are you by this symptom? Is your ability to eat or drink affected? By how much? Are you having difficulty swallowing or chewing? Is it for solids and/or liquids? Do you have any weight loss? How much? Over what time frame? Do you have taste changes (dysgeusia)? Do you have difficulty speaking? Are you able to wear dentures? Do any of your symptoms interfere with other normal daily activities? How does this symptom affect your day to day life?
Values	What is an acceptable level of severity for this symptom (0 – 10 scale)? What does this symptom mean to you? How has it affected you and your family and/or caregiver?

Note: Where a patient is not able to complete an assessment by self-reporting, then the health professional and/or the caregiver may act as a surrogate. Physical assessment should include vital signs and an oral examination including a dental assessment.

Considerations for all patients

- Significant risk factors for the development of oral complications include the type of cancer, type of cancer treatments, cumulative doses of chemotherapy or radiation treatment, method of delivery and duration of treatment.
- Predisposing medical, dental, and lifestyle factors may increase the severity of the complications.
- Oral complications can significantly affect the patient's morbidity, ability to tolerate treatment, and overall quality of life.
- Rigorous assessment, diagnosis and early intervention are important in preventing and decreasing oral complications; this includes the assessment of nutritional status and adequacy of oral intake.
- Good oral care is important to prevent and decrease oral complications, to maintain normal function of the oral tissues, to maintain comfort, and to reduce the risk of local and systemic infection. (See [Table 5 in Oral Care Guide](#) for the basic oral care plan).
- A large variety of medications may cause oral complications. Consultation with a pharmacist is strongly recommended.

For full references and more information please refer to [CCO's Symptom Management Guide-to-Practice: Oral Care](#)

Disclaimer: Care has been taken in the preparation of the information contained in this Algorithm. Nonetheless, any person seeking to apply or consult this document is expected to use independent clinical judgment and skills in the context of individual clinical circumstances or seek out the supervision of a qualified specialist clinician. Cancer Care Ontario makes no representation or warranties of any kind whatsoever regarding their content or use or application and disclaims any responsibility for their application or use in any way.

Mucositis in Adults with Cancer: Care Map

