

DASAR - DASAR PERAWATAN PALIATIF PADA KANKER MULUT RAHIM



SELESA
PAMERAN

16 FEB 1997

R. Sunaryadi Tejawinata

Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri
Tim Penanggulangan Kanker
RSUD Dr. Soetomo - FK UNAIR
SURABAYA
1995

CERVIX

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA

KKU
KK

616.994 66

Tej
d-1

DASAR - DASAR PERAWATAN PALIATIF PADA KANKER MULUT RAHIM

3001590963111-3

MILIK
PERPUSTAKAAN
UNIVERSITAS AIRLANGGA
SURABAYA



R. Sunaryadi Tejawinata

Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri
Tim Penanggulangan Kanker
RSUD Dr. Soetomo - FK UNAIR
SURABAYA
1995

DASAR - DASAR

PERAWATAN PALIATIF PADA KANKER MULUT RAHIM

R. Sunaryadi Tejawinata
Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri
Tim Penanggulangan Penyakit Kanker
RSUD Dr. Soetomo / FK Unair
Surabaya

3001590963111



Dipresentasikan di Sidoarjo, 17 Mei 1994,
dalam rangka Pertemuan Orientasi Penang-
gulangan Penyakit Kanker Terpadu oleh Ma-
syarakat.

R.Sunaryadi Tejawinata
Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri
Tim Penanggulangan Penyakit Kanker
RSUD Dr.Soetomo / FK Unair
Surabaya

Pendahuluan

Naluri dan usaha-usaha untuk mengurangi penderitaan sesama mahluk sudah tampak awal kehidupan di dunia. Setelah itu, selama berabad-abad tampak pula usaha-usaha untuk menyembuhkan sesama dari penyakit-penyakit yang menyebabkan penderitaan, sehingga terciptalah cara-cara penyembuhan dengan obat-obatan ataupun dengan cara pembedahan. Kami yakin kita ingat nama Hippokrates, yang hidup di Yunani pada abad ke 5 sebelum Masehi, yang dikenal sebagai seorang dokter yang cemerlang pada zaman itu. Dia pula yang menganjurkan cara pengobatan empiema dengan menikamkan pisau diantara tulang rusuk. Sumpah Hippokrates menjadi dasar dari sumpah jabatan dokter di Indonesia. Setelah itu kita juga mengenal nama Galen, pada abad ke 2, adalah dokter yang paling berpengaruh diantara dokter-dokter pada zamannya. Ia telah menulis karangan-karangan yang jumlahnya lebih dari 300 dan menjadi "alkitab" bagi para dokter selama 1.400 tahun sesudahnya. Aesculapius, seorang Yunani Kuno yang dikisahkan sebagai penyembuh yang demikian pandainya sehingga ia didewakan. Tongkatnya yang berbelit ular masih menjadi lambang dokter sampai sekarang.

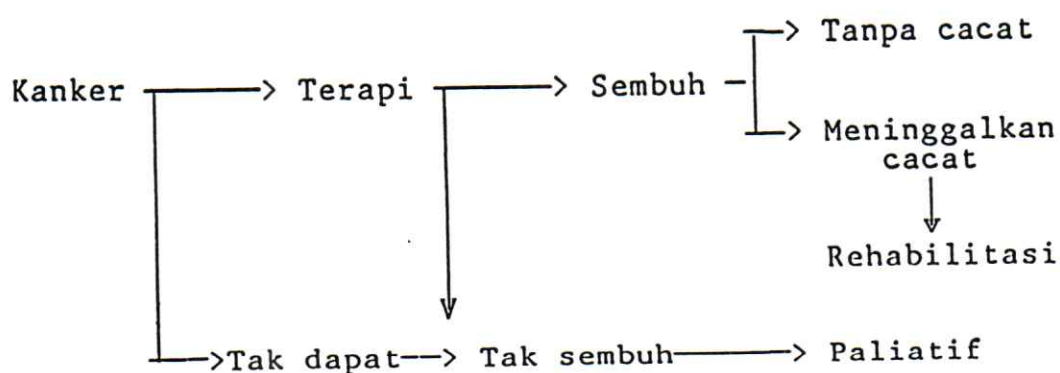
Banyak penelitian-penelitian telah dilakukan dan banyak pula penemuan-penemuan diperoleh dalam cara pengobatan maupun teknologi kedokteran. Dengan demikian kemampuan diagnostik meningkat dan lebih banyak penyakit yang terobati. Tetapi kenyataan yang kita hadapi membuktikan belum semua penyakit dapat disembuhkan sekalipun sudah terlahirnya berbagai disiplin dan subdisiplin yang mendalami bidangnya dalam lingkup yang lebih sempit. Pada abad ke 16 ada penulis yang mengatakan mengenai tugas dokter adalah:

To cure sometimes
To relieve often
To comfort always.

Penderita kanker sebagai sasaran perawatan paliatif

Kanker dengan segala permasalahannya, makin mendapat perhatian para pakar di dunia, juga di Indonesia. Usaha-usaha pencegahan dan deteksi dini telah banyak dilakukan, sekalipun belum pada semua jenis kanker. Terapi telah lebih dulu dilaksanakan dan dengan berbagai penelitian telah pula tampak kemajuan-kemajuan yang tidak sedikit. Tetapi masih banyak kanker yang tidak disembuhkan, yang disebabkan oleh berbagai hal, antara lain jenis kankernya dan stadiumnya. Yang sembuh dapat tanpa meninggalkan cacat yang dapat menyebabkan gangguan fungsional. Akan tetapi tidak jarang terapi yang dilakukan untuk menyembuhkan itu justru akan meninggalkan cacat dan mengakibatkan gangguan fungsional sehingga membutuhkan tindakan-tindakan rehabilitatif. Bagi mereka yang tidak dapat disembuhkan, hanyalah penderitaan yang makin hari makin berat dan yang terhampar di depan mereka dalam perjalanan akhir hidupnya. Mereka seperti halnya kita, manusia hidup yang berhak mendapat pertolongan. Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri inilah yang akan sangat bermanfaat, realistis dan manusiawi bagi mereka ini dan juga bagi mereka yang masih mempunyai harapan untuk sembuh. Tetapi tindakan perawatan ini masih belum mendapat cukup perhatian bahkan boleh dikatakan masih terabaikan.

Terapi pada kanker



Definisi Perawatan Paliatif

Perawatan Paliatif ialah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker terutama yang tidak mungkin disembuhkan.

Dikatakan terutama pada yang tidak mungkin disembuhkan, karena tindakan ini tidak hanya dilakukan pada penderita-penderita yang tidak bisa disembuhkan, tetapi dikerjakan juga pada penderita yang masih mempunyai harapan untuk sembuh bersama-sama dengan tindakan-tindakan atau pengobatan kuratif, dengan maksud untuk meringankan atau menghilangkan gejala-gejala yang mengganggu atau bahkan memperberat penderitaan penderita.

Tindakan aktif yang dimaksud ialah antara lain menghilangkan rasa nyeri dan keluhan-keluhan lain, perbaikan dalam aspek psikologis, sosial dan spiritual. Semua ini bertujuan meningkatkan kualitas hidup yang maksimal bagi penderita dan keluarganya.

Kualitas hidup

Kualitas hidup dikatakan baik bila manusia itu dapat berfungsi dengan baik sebagai makhluk bio-sosio-psiko-spiritual.

Latar belakang kegiatan paliatif

1. Masalah kanker seperti yang dilaporkan oleh beberapa sumber di berbagai negara.
2. Masalah kanker di Indonesia.
3. Perspektif.

Masalah kanker seperti yang dilaporkan oleh beberapa sumber di berbagai negara.

Masalah penyakit kanker dewasa ini dirasakan makin menonjol bila dibandingkan dengan 20 tahun yang lalu. WHO melaporkan

bahwa pada tahun 1989 terdapat lebih kurang 7 juta penderita baru setiap tahunnya; 5 juta diantaranya meninggal, dan ini diperkirakan merupakan 10% dari seluruh kematian.

Data dari WHO menyatakan lebih dari .50% penderita-penderita kanker terdapat di negara-negara sedang berkembang dan sebagian besar dari penderita-penderita ini datang dalam stadium lanjut sehingga tindakan/pengobatan kuratif tidak dapat dilakuka.

Dalam perjalanan penyakitnya, 45-100% penderita mengalami nyeri yang sedang samapi yang berat, dan 80-90% rasanyeri itu dapat ditanggulangi dengan pengelolaan nyeri kanker yang tepat sesuai dengan pedoman dari WHO.

John J. Bonica (1990) dalam bukunya mengatakan: Nyeri kanker merupakan salah satu yang terpenting di antara sindroma nyeri akut maupun yang kronik. Nyeri kanker mempunyai arti tersendiri khususnya bagi penderita dan keluarganya. 1,1 juta penderita di Amerika Serikat dan diperkirakan 9 juta penderita di dunia, tiap tahunnya menderita nyeri kanker dan sering belum mendapat penanganan yang adekuat. Ini mengakibatkan banyak penderita berminggu-minggu, berbulan-bulan bahkan bertahun-tahun menjelang akhir hidupnya berada dalam penderitaan dan ketidakmampuan. Dari 54 laporan yang berasal dari 15 negara (Amerika Serikat, Australia, Perancis, Jepang, Israel, Inggris, Belgia, Taiwan, Jerman Barat, Brazil, Finlan, Belanda, Kanada dan Austria) ia menemukan dari 9.007 penderita dengan berbagai jenis kanker, 7.067 (74%) menderita nyeri.

Jan Stjernsward dan Noreen Teoh dalam makalahnya yang berjudul "The scope of the cancer pain problem" (1990) mengatakan: dari 8 jenis kanker yang terbanyak diketemukan:

- 3 dapat dilakukan pencegahan (paru, mulut/faring, hati)
- 3 dapat dilakukan deteksi dini (payu dara, mulut rahim, mulut/faring)
- 3 dapat dilakukan terapi dengan efektif bila ditemukan dalam stadium dini (payu dara, mulut rahim, mulut/faring).

Perawatan paliatif dan bebas nyeri dapat dilakukan secara efektif pada kedelapan jenis kanker tersebut.

PRIORITIES AND STRATEGIES FOR CANCER CONTROL

Tumor	Primary prevent	Early Diagnos	Curative Therapy	Pain Relief
Stomach	+	-	-	++
Lung	++	-	-	++
Breast	-	++	++	++
Colon/rectum	+	+	+	++
Cervix	+	++	++	++
Mouth/pharynx	++	++	++	++
Esophagus	-	-	-	++
Liver	++	-	-	++

- * Listed in order of the eight most common tumors globally.
- * Curative for majority of cases with realistic opportunity of finding them early.
- * ++ effective. + partly effective. - not effective.

WHO.1990

Masalah kanker di Indonesia

a. Prevalensi.

Data yang pasti mengenai kanker di Indonesia pada saat ini memang belum didapatkan. Dari laporan-laporan yang ada dapat diperkirakan di Indonesia terdapat 100 penderita baru untuk setiap 100.000 penduduk setiap tahun. Diperkirakan prevalensi penderita penyakit kanker akan meningkat dari tahun ke tahun, akibat harapan hidup yang lebih meningkat, keadaan sosial ekonomi yang makin baik dan perubahan pola penyakit menular/infeksi ke arah penyakit degeneratif, neoplasma dan cedera.

b. Kematian.

Angka kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker menduduki urutan ke 6 dari seluruh kematian pada tahun 1989.

c. Golongan umur penderita.

Data Departemen Kesehatan R.I. menunjukkan penderita-penderita kanker terbanyak termasuk golongan umur 40-49 tahun, kemudian golongan umur 50-59 tahun dan golongan umur 30-39 tahun.

d. Penderita-penderita penyakit kanker di rumah sakit.

Diperkirakan hanya 33.000 dari 177.000 penderita baru setiap tahun yang dirawat di rumah sakit. Lebih dari 50% datang dalam stadium yang lanjut. Penanganan penderita kanker lanjut khususnya masalah nyeri, diperkirakan 80% belum mendapat pengelolaan yang memadai.

Perspektif

a. Kependudukan.

Jumlah penduduk meningkat dari 177,42 juta pada tahun 1988 menjadi 231,41 juta pada tahun 2005. Harapan hidup dari 61,04 tahun pada laki-laki dan 64,70 tahun pada wanita yang lahir pada tahun 1985-1990 menjadi 62,9 tahun pada laki-laki dan 66,70 tahun pada wanita yang lahir pada tahun 1990-1995. Sedangkan pertambahan penduduk golongan umur 65 tahun keatas dalam waktu 10 tahun rata-rata lebih kurang 13% per tahun. Hal ini berarti jumlah penduduk dengan resiko menderita kanker akan bertambah.

b. Pendidikan.

Dalam hal pendidikan akan tampak peningkatan jumlah penduduk yang dapat menamatkan pendidikan yang lebih tinggi pada masa yang akan datang. Pada tahun 1987 jumlah penduduk dengan pendidikan SD s/d Perguruan Tinggi mencapai 18,54%. Dengan demikian dapat diperkirakan kesadaran penduduk terhadap masalah kesehatan akan bertambah, sehingga penderita-penderita penyakit kanker yang terlepas dari pelayanan medik akan berkurang.

c. Gaya hidup.

Sebagai akibat lain dari pembangunan umumnya serta perkembangan bidang teknologi terjadi perubahan pola dan gaya hidup masyarakat, yang tidak jarang menambah faktor-faktor yang mempermudah terjadinya kanker.

Langkah-langkah Departemen Kesehatan R.I. dalam peningkatan penanganan penderita-penderita penyakit kanker secara holistik.

Sehubungan dengan hal-hal yang telah diuraikan diatas, maka pemerintah telah lebih menaruh perhatian kepada masalah kanker, dan telah mengambil langkah-langkah sbb.:

- * Seminar Nasional Manajemen Kanker.
Ciawi, 7-10 Nopember 1988.
- * Penetapan Pokok-pokok Kegiatan Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia.
SK Men.Kes. No: 604/MENKES/SK/IX/1989.
- * Pembentukan Kelompok Kerja Penyusunan Program Lima Tahun Penanggulangan Kanker di Indonesia.
SK Men.Kes. No.: 042/MENKES/SK/I/1990.
- * Pembentukan Komite Nasional Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia.
SK Men.Kes. No.: 155/MENKES/SK/III/1990.
- * Lokakarya Penyusunan Rencana Kerja (P.O.A.) Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia.
Dengan luaran: Rencana Kerja Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia. Tahun 1990.
- * Lokakarya Implementasi Penanggulangan Kanker di Indonesia.
Ciawi, 2-6 Agustus 1992.
- * Semiloka Nasional Penanggulangan Nyeri Kanker.
RSUD Dr.Soetomo, Surabaya, 18-21 Oktober 1992.

- * Penunjukan RSUP Dr.Cipto Mangunkusumo, Jakarta dan RSUD Dr.Soetomo, Surabaya, sebagai tempat kegiatan Proyek Panduan Pelaksanaan Pelayanan Paliatif dan Bebas Nyeri Kanker di Indonesia.
SK Men.Kes. No.: 0588/YM/RSKS/VI/1992.

Pola dasar pemikiran perawatan paliatif.

- a. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap bahwa kematian adalah proses yang normal.
- b. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
- c. Menghilangkan rasa nyeri dan keluhan lain yang mengganggu.
- d. Menjaga keseimbangan Psikologik dan Spiritual.
- e. Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya.
- f. Berusaha membantu duka cita pada keluarga.

Dalam perawatan paliatif kadang-kadang diperlukan tindakan pemberian radiasi, kemoterapi serta pembedahan yang tujuannya bukan untuk pengobatan kuratif melainkan untuk meringankan keluhan penderita. Dalam usaha perawatan paliatif hendaknya dihindari semua pemeriksaan yang berlebih tetapi lakukanlah seminimal mungkin, sehingga tidak akan menambah beban penderitaan. Di negara maju seperti Australia, Kana, Inggris, perawatan paliatif telah begitu dikenal sehingga merupakan cabang spesialisasi ilmu tersendiri.

Hambatan pelaksanaan

Usaha perbaikan kualitas hidup bagi penderita dan keluarga akan lebih efektif apabila para petugas kesehatan menguasai pengetahuan tentang bagaimana menghilangkan rasa nyeri serta keluhan lain. Di beberapa usaha tersebut dicapai dengan melalui:

1. Pengembangan Pusat Kegiatan Paliatif.
2. Pengertian yang mendalam tentang penggunaan analgetika.
3. Pengertian tentang kebutuhan dari penderita dan keluarga dalam usaha mengatasi keluhan.
4. Kesepakatan bahwa menghilangkan gejala untuk mencapai kualitas hidup yang baik adalah hal penting pada penderita stadium lanjut.

Adapun hambatan yang sering dijumpai dalam pelaksanaan kegiatan paliatif ini ialah :

1. Tidak adanya kebijakan dari Pemerintah tentang kegiatan paliatif dan bebas nyeri dalam suatu negara.
2. Tidak adanya pendidikan untuk petugas kesehatan, penentu kebijakan, administrator serta masyarakat sehubungan dengan kegiatan paliatif.
3. Penyalahgunaan obat bius menyebabkan pengawasan yang ketat akan penggunaan obat tersebut.
4. Jumlah obat yang sangat terbatas terutama di negara yang sedang berkembang (analgetika).
5. Kurangnya pengetahuan dari petugas kesehatan tentang obat analgetika.
6. Kurangnya dana untuk penelitian dan pengembangan kegiatan paliatif.

Penerapan Perawatan Paliatif

Dari gambar dihalaman berikut menunjukkan penerapan pengobatan kanker yang dahulu ialah pada saat diagnosa ditegakkan segera diberi pengobatan anti kanker dan pada akhir hayatnya baru diberikan tindakan paliatif (1). Di negara maju begitu diagnosa ditegakkan diberikan pengobatan anti kanker dalam proporsi yang besar, yang makin mengecil makin mendekati ajal (2). Sedang di negara sedang berkembang, porsi perawatan paliatif pada awal pengobatan dibandingkan dengan di negara maju mendapat proporsi yang lebih besar dan makin membesar makin mendekati ajal.

PENERAPAN PENGOBATAN KANKER

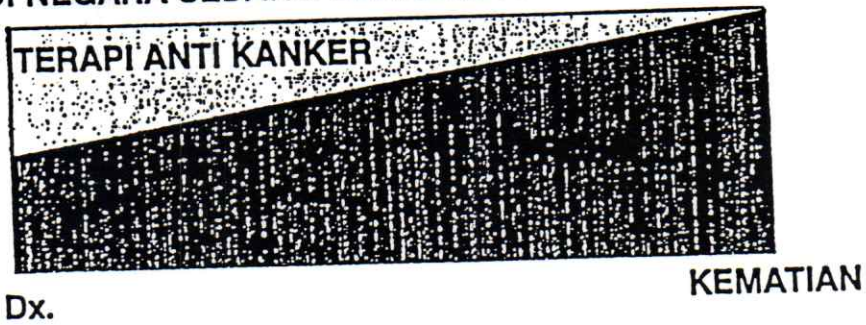
MASA LALU



DI NEGARA MAJU



DI NEGARA SEDANG BERKEMBANG



DI INDONESIA



Organisasi Perawatan Paliatif

Program Perawatan Paliatif meliputi beberapa komponen sebagai berikut :

1. Perawatan di rumah.
2. Pelayanan konsultasi.
3. Pelayanan harian.
4. Rawat inap hanya untuk perawatan khusus.
5. Perawatan paliatif seyogyanya murah, mudah dilaksanakan dan dapat dikerjakan di rumah.

Pada dasarnya perawatan paliatif harus dilakukan dengan prinsip "Caring with competence and compassion". Kompetensi dapat diperoleh dengan latihan-latihan, sehingga diperoleh ke-trampilan dalam memberikan pertolongan berdasarkan kaidah-kaidah medis. Compassion, dengan sentuhan kasih sayang melaksanakan perawatan penderita dan dapat mengerti kebutuhan sosio-psiko-spiritual dari penderita dan keluarganya.

PERAWATAN PALIATIF PADA KANKER MULUT RAHIMPendahuluan

Kanker mulut rahim, seperti juga kanker di bagian tubuh yang lain akan memberikan keluhan-keluhan dan gejala-gejala yang dapat menyebabkan penderita lebih menderita, baik dalam aspek biologis, sosial, psikologis dan spiritual. Lebih-lebih lagi bila kanker itu menyerang ulut rahim yang merupakan segaian dari rahim, organ yang memberikan kekhususan bagi wanita.

Gejala dan keluhan

Gejala-gejala dan keluhan-keluhan pada penderita kanker mulut rahim dapat terjadi karena:

1. Penyakitnya sendiri (kankernya).
2. Pengobatan yang diberikan, baik dengan pembedahan, radiasi ataupun kemoterapi.
3. Hal-hal yang ada kaitannya dengan kankernya.
4. Hal-hal yang tidak ada kaitannya dengan kakernya ataupun dengan pengobatannya.
5. Kombinasi dari hal-hal yang tersebut diatas.

Gejala-gejala dan keluhan-keluhan tersebut umumnya dapat ditanggulangi atau setidaknya dapat diringankan dengan usaha-usaha perawatan paliatif.

Dalam makalah ini hanya akan diuraikan secara singkat gejala dan keluhan yang paling sering didapatkan.

1. Nyeri.
2. Masalah-masalah sexual.
3. Gangguan saluran cerna.
4. Gangguan saluran napas.
5. Gangguan saluran kencing.
6. Pembengkakan.
7. Kelemahan badan.
8. Masalah-masalah psikologis.



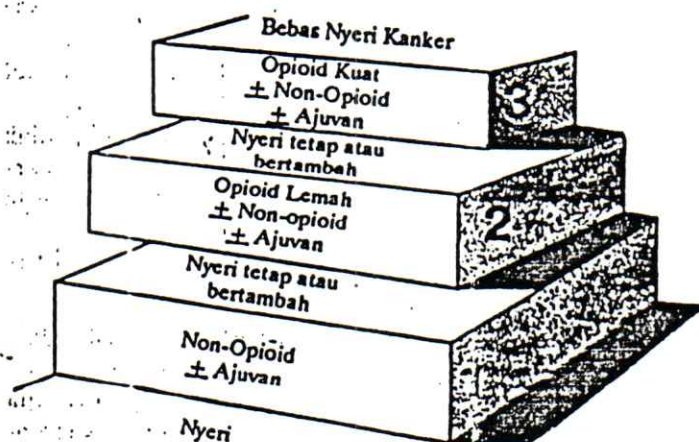
N y e r i

Seperti pada penderita-penderita penyakit kanker lainnya, nyeri juga diderita oleh sebagian besar penderita-penderita kanker mulut rahim. Nyeri ini dapat disebabkan oleh berbagai sebab:

1. Disebabkan langsung oleh kanker, baik yang primer ataupun metastasis.
 - Infiltrasi kanker ke tulang.
 - Infiltrasi atau penekanan kanker pada serat syaraf.
 - Pembuntuan dari saluran atau rongga dari organ-organ lain.
 - Penekanan yang menyebabkan pembuntuan dari pembuluh darah arteri atau vena.
 - Teregangnya periosteum atau fascia.
 - Infiltrasi kanker ke jaringan lunak.
 - Tekanan intra cranial yang meningkat.
2. Nyeri yang berhubungan dengan terapi kanker.
 - Nyeri yang timbul setelah pembedahan.
 - Nyeri yang timbul setelah radiasi.
 - Nyeri yang timbul setelah kemoterapi.
3. Nyeri yang tidak berhubungan dengan kanker ataupun terapi terhadap kanker, tetapi mungkin bertambah dengan adanya kanker.
 - Neuropati.
 - Rheumatoid arthritis.
 - Osteoporosis difus.
 - Kelainan postur setelah pembedahan.
 - Sindroma myofacial.
 - Nyeri kepala.
4. Nyeri yang timbul karena pengaruh faktor psikologis.
 - Cemas.
 - Marah.
 - Dipresi.

Untuk menanggulangi nyeri ini World Health Organization telah menganjurkan "Three Step Analgesic Ladder". Dengan cara ini telah terbukti dapat menanggulangi nyeri kanker lebih dari 80%.

The World Health Organization's
Analgesic Ladder for Cancer Pain Management



Sumber: Cancer Pain Relief, World Health Organization, Geneva, 1986

Disamping menanggulangi dengan dengan obat-obatan dengan cara seperti tsb. diatas, yang diberikan "aroud the clock" dan selalu diusahakan pemberiannya per oral, didapatkan juga cara-cara:

Electrical stimulation

1. TENS (transcutaneous nerve stimulation)
2. Acupuncture.
3. Dorsal column stimulation.

Neural block

1. Local anesthesia.
2. Anatomy of neural blockade.
3. Somatic blockade.
4. Sympathetic blockade.
5. Central neural blockade.

Neurodestructive procedures

1. Neurolytic agents.
2. Specific technique.
3. Neurosurgical technique.

Masalah-masalah seksual

Untuk dapat mengerti permasalahan seksual yang dapat timbul pada penderita kanker mulut rahim, marilah kita melihat kembali fungsi seksual pada wanita yang sehat. Secara konseptual termasuk fungsi seksual:

- * Sexual behaviour.
- * Sexual response cycle.
- * Sexual dysfunction.

Banyak faktor yang dapat mempengaruhi fungsi seksual, antara lain: keadaan kesehatan umumnya dari wanita dan/atau partner-nya, stres baik yang terjadi dalam pekerjaan maupun dalam keluarga, pindah rumah ataupun pekerjaan, kematian keluarga dan lain sebagainya.

Pada penderita kanker mulut rahim, ada beberapa hal yang paling sering menyebabkan masalah seksual:

1. Bentuk anatomi.

Pada operasi radikal sepertiga dari vagina diangkat. Karenanya vagina menjadi lebih pendek. Radiasi dapat mengakibatkan stenosis, vagina jadi kering dan dyspareunia.

2. Perubahan hormonal.

Pengangkatan ovarium pada pembedahan ataupun radiatanpa proteksi ovarium dapat menyebabkan defisiensi estrigen.

3. Psikologis.

Rasa ketakutan terhadap penyakitnya, perdarahan yang terjadi, penyebaran kankernya, bau yang busuk dan lain sebagainya.

Gangguan-gangguan saluran cerna

Gangguan pada saluran cerna yang paling sering dapat disebabkan oleh: pembedahan, radiasi, kemoterapi dan juga oleh perkembangan penyakitnya. Gangguan ini berupa: Mual, muntah, dan obstipasi (sembelit). Untuk menanggulangnya, membutuhkan penilaian dan diagnosa yang tepat, sehingga bisa diberikan pengobatan serasional mungkin.

Mual dengan atau tanpa muntah dipengaruhi oleh pusat muntah yang terletak pada formatio reticulare dari medulla oblongata, suatu area yang mengandung banyak reseptor histamin. Selain itu pusat muntah ini dapat dipengaruhi oleh saluran-saluran (pathway) yang mempunyai hubungan dengan pusat tsb:

1. Cortical pathway. (anxiety condition respons)
2. Vestibular center. Rich in histamine receptors. (morphine induced nausea, occasionally cerebral metastasis).
3. Chemosensitive trigger zone (CTS) dopamine receptors. (Induced by some drugs, chemotherapy, uraemia, hypercalcaemia).
4. Alimentary. (gastric stasis, interstitial obstruction, fecal impaction, abnormal gut motility).

Pemilihan obat yang akan dipakai tergantung pada penyebab dari mual dan muntahnya, haloperidol, metoclopramide, anti-histamine, ondansetron, corticosteroid, B6. Pada kasus-kasus yang berat kadang-kadang diperlukan nasogastric tube dan suction, keseimbangan cairan dan elektrolit.

Selain gejala-gejala alimenter yang tsb. diatas, dapat pula terjadi gejala-gejala lain yang mengganggu bahkan dapat menambah penderitaan penderita. Kelainan-kelainan pada usus halus maupun usus besar dapat terjadi baik karena pembedahan, radiasi ataupun penyakitnya sendiri. Dalam hal ini sering diperlukan colostomy. Rectovaginal fistula dapat terjadi yang hampir selalu menyebabkan psikologis yang lebih berat. Dalam kasus ini sangatlah penting perawatan vagina agar dapat tetap bersih dan psycho-spiritual support. Antibiotika dan metronidazole yang diberikan secara lokal ataupun sistemik sering dapat membantu menghilang bau yang busuk yang disebabkan oleh jaringan nekrotis.

Gangguan-gangguan saluran napas

Sesak napas (dyspnoe) dapat terjadi karena: pleural effusion, mediastinal obstruction, brochial obstruction, metastasis pada paru, gerakan diafragma yang terganggu karena adanya ascites, infeksi saluran napas. Dalam hal ini perlu dibedakan sebab-sebab yang menyebabkan gangguan pernapasan, agar dapat diberikan pengobatan atau tindakan yang benar.

Gangguan-gangguan saluran kencing

Banyak gejala-gejala yang dapat timbul akibat pengobatan pada kanker mulut rahim. Yang paling sering:

1. Penylulit pembedahan, terutama pada operasi yang radikal.

Atonia dari kandung seni, terkenanya kandung seni atau ureter, cystitis pasca bedah.

2. Radiasi.

Radiocystitis, haematuria, vesicovaginal fistula.

3. Kanker mulut rahim yang telah lanjut.

Hydronephrosis, hydroureter, obstructive uropathy, vesico vaginal fistula.

Pembengkakan

Pembengkakan pada tungkai dapat dapat sangat mengganggu dan mencemaskan penderita. Ini dapat terjadi karena obstruksi saluran limfe atau vena.

Penanggulangan: diuretika dan massage yang dilakuka dengan berhati-hati sering dapat menolong. Kadang-kadang dapat dipakai: pump devices atau intermittens compression apparatus. Pembalutan tungkai yang dilakukan oleh perawat yang trampil dan dilakukan dengan hati-hati sering dapat menolong dan menyamankan penderita dengan pembengkakan yang ringan.

Kelemahan badan

Kelemahan badan dapat merupakan gejala yang menonjol pada penderita-penderita dengan tumor yang besar. Hal ini dapat disebabkan oleh: defisiensi nutrisi, hipotensi, hipokaliemia, hipo atau hiperglikemia, hipoadrenalism, hiperkalsemia, infeksi dan anemia yang berat.

Masalah-masalah psikologis

Pada umumnya seseorang yang terserang penyakit kanker akan dihadapkan kepada masalah-masalah fisik dan psikologis yang lebih dalam dari padai penyakit-penyakit lain. Elizabeth Kubler Ross dalam bukunya "On Death and Dying" mengatakan ada lima tahapan sikap yang akan dilaluinya dalam menuju ke kematian:

1. Denial and isolation.
2. Anger.
3. Bargaining.
4. Depression.
5. Acceptance.

Hal ini kiranya akan lebih nyata lagi pada penderita kanker mulut rahim, karena organ yang terserang mempunyai arti tersendiri bagi seorang wanita dalam aspek bio-psiko-sosio-spiritual.

Daftar pustaka

1. Bonica J.J.: The Management of Pain. 2nd Ed. Pennsylvania, U.S.A. 1990.
2. Cancer Pain Relief and Palliative Care. Report of WHO. Geneva. 1990.
3. Cancer Pain Relief. A State of Art Concensus Report on the Management of Cancer Pain. WHO. Geneva. 1986.
4. Fallon M.T. and Hanks G.W.: Control of Common Symptoms in Advanced Cancer. Annals Academy of Medicine Singapore. 23 : 171 - 177, 1994.
5. Hanks G.W.C. : Oxford Textbook of Palliative Medicine. Oxford Medical Publication. 1993.
6. Jeff Asks About Cancer Pain. Wisconsin Cancer Pain Initiative. Wisconsin University Publication. 1990.
7. Komite Nasional Penanggulangan Penyakit Kanker. Plan of Action Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia. 1990.
8. Lee V.R.: Dokter. Pustaka Ilmu Life. Tira Pustaka Jakarta. 1973.
9. Suhatno : Palliative Care in Cervical Cancer. Dutch Foundation Post Graduate Courses in Indonesia. School of Medicine Airlangga University Dr. Soetomo Hospital Surabaya. 104 -114. 1993.
10. Weissman D.E. et al : Handbook of Pain Management. 3rd Ed. Wisconsin Cancer Initiative. Madison. USA. 1992.



