

NEOPLASMS

KCA
ka
616.992
Tej.
f-1

PAMERAN

01 NOV 1999

FALSAFAH DAN PENGELOLAAN

NYERI KANKER

SELESAI



NETTY R.H. TEJAWINATA DSAK

3000 533 953211

**KELOMPOK PERAWATAN PALIATIF
FK UNAIR / RSUD Dr. SOETOMO
SURABAYA**

**MILIK
PERPUSTAKAAN
"UNIVERSITAS AIRLANGGA"
SURABAYA**

JADWAL ANGKATAN I

PELATIHAN PALIATIF KANKER BAGI DOKTER DAN PARAMEDIS PUSKESMAS SEWILAYAH KMS

HARI/TGL/JAM	TOPIC/MATERI/KEGIATAN	PEMBICARA	TEMPAT
SENIN, 2 DESEMBER 1996			
07.15 - 07.45	REGISTRASI PESERTA	Panitia / KARJONO, SKM.	Ruang Pertemuan RSUD.
08.00 - 09.00	PEMBUKAAN 1. Laporan Ketua Panitia Pelaksana 2. Sambutan Ka. Dinkes Kotamadya SBY, 3. Sambutan Direktur RSUD. 4. Sambutan Ketua Tim Penggerak PKK Kota Madya Dati II Surabaya	MC.: dr. Boediwarsono, DSPD. dr. Made Putra Sedana, DSPD. Kepala DKK-KMS. dr. H.M. Dikman Anggar, DSOG. Ibu SUNARTO S.	Dr. Soetomo, [Lantai II]
09.00 - 09.30	REHAT KOPI / RAMAH TAMAH		
	SESSION I		
	Ketua Sidang : dr. Sunaryadi T., DSTHT.		
	Sekretaris Sidang : dr. Suci Ernawati		
09.30 - 10.00	Falsafah Dan Pengelolaan Nyeri Kanker	Prof. dr. Netty R.H.T., DSAK.	
10.00 - 10.30	Perawatan Paliatif Diluar Nyeri Pada Penderita Kanker	dr. Boediwarsono, DSPD.	
10.30 - 11.00	Petunjuk Penggunaan Morphin Oral	Dra. Irmawati, Apt, SFRS.	
11.00 - 11.15	DISKUSI PANEL		
	SESSION II		
	Ketua Sidang : dr. Abdurrahman, DSBO.		
	Sekretaris Sidang : Dra. Lely Martitik, Apt		
11.15 - 11.45	Aspek Psikososial Penderita Kanker	dr. Marlina Mahajudin, DSJ.	
11.45 - 12.15	Home Care Penderita Kanker	dr. Muhlae Udin [DKK]	
12.15 - 12.45	Pengalaman Kader PKK dalam memberikan perawatan di Rumah	Ibu FAKIH Kader PKK Kec. Tegalsari	
SELASA, 3 DESEMBER 1996			
08.30 - 09.30	Simulasi Penderita PALIATIF	dr. Suci Ernawati	Ruang Pertemuan RSUD.
09.30 - 10.15	DEMO Tatalaksana Morphin Oral	Dra. Lely Martitik Y., Apt	Dr. Soetomo, [Lantai II]
10.15 - 11.00	PRESENTASI KASUS PALIATIF	dr. Suhatno, DSOG.	
11.00 - 11.30	REHAT KOPI		
11.30 - 13.00	DISKUSI KELOMPOK dan PRESENTASI	Peserta Pelatihan Pemandu Diskusi :	
13.00 - 14.00	DISKUSI KELAS dengan Para NARASUMBER (+ Tim Paliatif)	Dr. SUHATNO, DSOG. Narasumber	
14.00 - 14.30	RANGKUMAN	dr. Sunaryadi T., DSTHT.	

IR - PERPUSTAKAAN UNIVERSITAS AIRLANGGA
**FALSAFAH DAN PENGELOLAAN
NYERI KANKER**

Netty R.H. Tejawinata

**Kelompok Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri
Tim Penanggulangan Kanker
FK. Unair/RSUD Dr. Soetomo
Surabaya**

PENDAHULUAN

Dalam Pembangunan Jangka Panjang II (PJP II) telah terjadi transisi epidemiologi, terjadi perubahan pola penyakit, dari penyakit infeksi beralih ke penyakit degeneratif dan cedera. Kita ketahui bahwa salah satu perubahan itu ialah makin meningkatnya angka kesakitan dan kematian yang disebabkan oleh penyakit kanker. Dari Survey Kesehatan Rumah Tangga (SKRT) terlihat proporsi kematian karena penyakit kanker 1,3% pada tahun 1972, 3,4% pada tahun 1980, meningkat menjadi 4,3% pada tahun 1986. Menurut data dari DEPKES RI. (1989) kanker di Indonesia merupakan penyebab kematian ke 6, tetapi kalau kita tidak waspada tidak lama lagi, kanker dapat menjadi penyebab kematian ke 2 bahkan mungkin pertama.

Laporan WHO (1989) menyatakan setiap tahun ditemukan 7,2 juta penderita kanker baru, dan separohnya ditemukan di negara yang sedang berkembang. Diantaranya 4,9 juta meninggal karena kanker, dan ini merupakan 10% dari seluruh kematian. Penderita kanker 45 - 100% mengalami nyeri sedang sampai berat, 80 - 90% nyeri ini dapat ditanggulangi bila kita mengikuti "Analgesic Ladder" dari WHO.

John J. Bonica (1990) mengatakan bahwa nyeri kanker adalah terpenting diantara sindroma nyeri akut dan kronik. Nyeri kanker mempunyai arti tersendiri bagi penderita dan keluarganya. Telah dikumpulkan 54 laporan dari 15 negara, diantara 9.007 penderita kanker ternyata 7.067 (74%) menderita nyeri.

Di Indonesia jumlah penderita kanker baru diperkirakan 100 - 180 penderita per 100.000 penduduk per tahun. Dengan penduduk 190 juta, maka jumlah penderita kanker baru per tahun diperkirakan 190.000 - 342.000.

FALNYE/NRHT/NOP.1996.

1



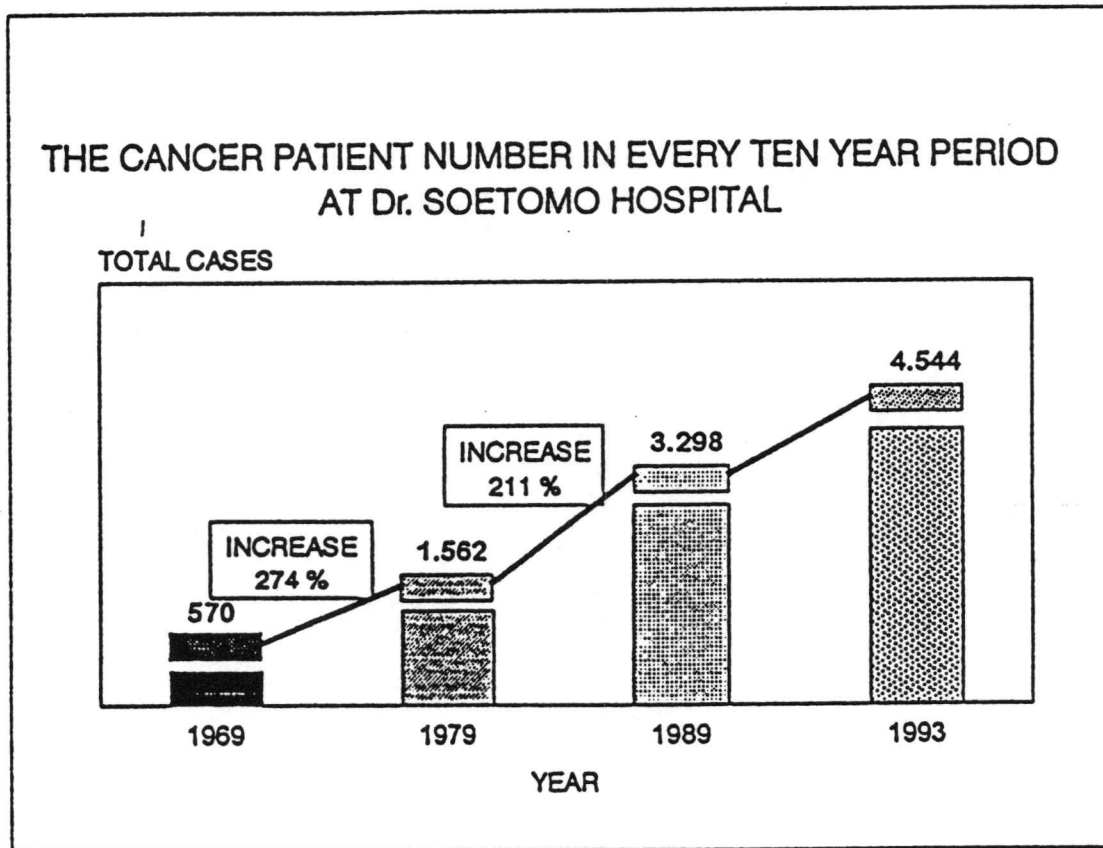
Di RSUD Dr. Soetomo jumlah penderita kanker yang dirawat adalah:

Th. 1969 570 orang
 Th. 1979 1.562 orang

Kenaikan 274% dalam 10 tahun

Th. 1979 1.562 orang
 Th. 1987 3.298 orang

Kenaikan 211% dalam 10 tahun



Tiap 10 tahun penderita kanker yang dirawat di RSUD Dr. Soetomo naik 2 - 3 kali lipat. Sebagian besar penderita datang pada stadium lanjut, sehingga usaha untuk penyembuhan tidak dapat dilaksanakan, dan bahkan kadang-kadang nyeri kanker adalah satu-satunya keluhan yang membawa penderita datang berobat. Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri adalah upaya yang sangat bermanfaat, realistis dan manusiawi, terutama bagi mereka yang sudah tidak dapat disembuhkan, sayangnya mereka belum mendapat cukup perhatian dan bahkan kadang-kadang terabaikan.

LATAR BELAKANG

Pembangunan membawa perubahan disegala bidang. Perubahan-perubahan ini berakibat berubahnya pola penyakit. Perubahan pola penyakit itu perlu dikenal sebaik mungkin dan diantisipasi sedini mungkin. Perubahan lain yaitu di bidang ekonomi, perubahan sosial budaya dan perubahan demografi (susunan penduduk) yang juga memberi andil meningkatnya penderita kanker. Umur harapan hidup yang lebih panjang dari 61,04 tahun pada laki-laki dan 64,70 pada wanita yang lahir pada tahun 1985-1990, menjadi 62,90 tahun pada laki-laki dan 66,70 pada wanita yang lahir pada tahun 1990-1995. Sedangkan pertambahan penduduk golongan umur 65 tahun keatas dalam 10 tahun rata-rata lebih kurang 13% per tahun. Hal ini berarti jumlah penduduk dengan resiko tinggi menderita kanker akan bertambah.

Seperti telah disebutkan diatas dengan diperkirakannya jumlah penderita kanker baru 190.000 - 342.000, dan berdasarkan penelitian John J. Bonica (1980) bahwa nyeri sedang sampai berat diderita 40% pada penderita kanker tahap tengah, dan 60 - 80% pada kanker tahap lanjut. Dengan demikian penderita kanker di Indonesia yang membutuhkan pertolongan Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri adalah sekitar 76.000 - 273.000 orang (lebih dari 1/4 juta) per tahun, hal ini tidak boleh diabaikan dan perlu diantisipasi secepatnya.

PERAWATAN PALIATIF

DEFINISI

Perawatan paliatif ialah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita kanker yang tidak dapat disembuhkan.

Dikatakan terutama yang tidak dapat disembuhkan, karena tindakan ini tidak hanya dilakukan pada penderita-penderita yang tidak dapat disembuhkan, tetapi dikerjakan juga bagi mereka yang masih mempunyai harapan untuk sembuh bersama-sama dengan tindakan-tindakan atau pengobatan kuratif.

TUJUAN

Meringankan atau menghilangkan rasa nyeri dan keluhan-keluhan lain, perbaikan dalam aspek psikologis, sosial dan spiritual, yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup yang semaksimal mungkin bagi penderita dan keluarganya.

PELAKSANAAN

Dalam melaksanakan perawatan paliatif beberapa persyaratan harus dipenuhi:

- * Holistik (bio-psiko-sosio-spiritual)
- * Multidisiplin (berbagai bidang keahlian)
- * Lintas sektoral (pemerintah, LSM seperti YKI, PKK dll)
- * Terpadu dan berkesinambungan (dimungkinkan rujukan bertingkat dari masyarakat, ke Puskesmas, ke Rumah Sakit dan sebaliknya).

Perawatan paliatif kadang-kadang memerlukan tindakan pemberian radiasi, kemoterapi serta pembedahan yang bertujuan bukan untuk pengobatan kuratif, melainkan untuk meringankan keluhan penderita. Dengan adanya wakil dari berbagai keahlian akan memudahkan pelaksanaannya. Perawatan paliatif hendaknya hindari semua pemeriksaan yang berlebih, tetapi lakukanlah seminimal mungkin, sehingga tidak akan menambah beban penderita.

POLA DASAR PEMIKIRAN PERAWATAN PALIATIF

1. Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap bahwa kematian adalah proses yang normal.
2. Tidak mempercepat atau menunda kematian
3. Menghilangkan rasa nyeri dan keluhan lain yang mengganggu
4. Menjaga keseimbangan psikologik dan keseimbangan spiritual
5. Berusaha agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya
6. Berusaha membantu duka cita pada keluarganya.

KUALITAS HIDUP

Kualitas atau mutu hidup dari manusia yang terdiri dari jasmani dan rokhani yang tak terpisahkan, berarti pula kualitas atau mutu dari jasmani dan rokhaninya. Tentunya kualitas itu dikatakan baik bila manusia itu dapat berfungsi dengan baik sebagai makhluk bio-psiko-sosio-spiritual.

Penyakit yang menyerang jasmaninya juga akan menyebabkan perubahan-perubahan dalam aspek psiko-sosio-spiritualnya. Demikianlah bedanya kanker dan penyakit-penyakit lain, bahkan mungkin akan memberikan dampak yang negatif lebih dalam.

Nyeri merupakan penderitaan yang hampir selalu dialami oleh penderita-penderita penyakit kanker stadium lanjut disamping gejala-gejala dan keluhan lain yang juga memerlukan perhatian kita. Karenanya usaha-usaha bebas nyeri (pain relief) dan perawatan paliatif (paliative care) merupakan usaha-usaha yang positif, realistik dan

manusiawi untuk meningkatkan kualitas hidup penderita, tanpa tujuan memperpanjang atau memperpendek hidupnya.

Skala status kualitas hidup yang digunakan di Poliklinik Perawatan Paliatif adalah sebagai berikut:

SKALA STATUS PENAMPILAN KARNOFSKY

A. Mampu melaksanakan aktifitas normal, tidak perlu perawatan khusus.	100	normal tanpa keluhan, tidak ada kelainan					
	90	mampu melaksanakan kegiatan normal, keluhan dan gejala minimal.					
	80	Melaksanakan kegiatan normal dengan bantuan, dijumpai beberapa gejala dan tanda-tanda penyakit.					
B. Tidak mampu bekerja tetapi dapat tinggal di rumah, memerlukan berbagai tingkat bantuan.	70	Mampu merawat diri sendiri, tak mampu melaksanakan kegiatan normal/bekerja.					
	60	memerlukan bantuan khusus, tapi masih sanggup memenuhi kebutuhan pokok untuk dirinya sendiri.					
	50	memerlukan bantuan dan pengobatan medis.					
C. Tidak mampu merawat diri sendiri, baik di institusi maupun di rumah sakit, penyakit dapat dengan cepat menjadi progresif.	40	memerlukan bantuan sosial dan medis.					
	30	memerlukan perawatan di rumah sakit, meskipun kematian belum mengancam.					
	20	harus dirawat di rumah sakit, diperlukan pengobatan suportif.					
	10	moribund penyakit menjadi progresif dengan cepat dan fatal.					
	0	meninggal dunia.					

PENGELOLAAN NYERI KANKER DI RSUD Dr. SOETOMO

Pengobatan nyeri kanker menganut buku Pedoman Pengelolaan Nyeri Kanker RSUD Dr. Soetomo/FK. Unair. Dalam memilih analgesik untuk penderita nyeri kanker adalah dengan memadukan antara safety dan efficacy. Pendekatan terapi pada penderita nyeri kanker secara rasional merupakan pendekatan yang memenuhi kriteria WHO sbb:

1. Tepat Indikasi
2. Tepat Obat
3. Tepat Dosis
4. Tepat Cara Pemberian
5. Tepat Pemantauan Efek Samping

Pedoman Umum Pengelolaan Nyeri Kanker:

- *. Batasan Nyeri Kanker
- *. Penyebab Nyeri Kanker
- *. Jenis Kanker
- *. Sifat Kanker
- *. Derajat Nyeri

BATASAN NYERI KANKER

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang dihubungkan dengan jaringan yang rusak, cenderung rusak, atau segala keadaan yang menunjukkan adanya kerusakan jaringan.

PENYEBAB NYERI KANKER**A. Faktor Jasmani****1. Akibat Tumor**

Nyeri akibat tumor terjadi pada 70% penderita kanker yang disertai rasa nyeri dan keadaan ini dapat diterangkan melalui berbagai mekanisme keadaan sbb:

1. Infiltrasi tumor ke tulang
2. Infiltrasi atau penekanan terhadap jaringan syaraf
3. Pengaruh langsung terhadap organ yang terkena
4. Pengaruh langsung terhadap jaringan lunak yang terkena
5. Ulserasi jaringan
6. Peningkatan tekanan intrakranial.

2. Berhubungan Dengan Tumor

Nyeri yang terjadi pada penderita kanker dan berhubungan dengan tumor dapat

diterangkan melalui mekanisme keadaan sebagai berikut:

1. Kejang otot
2. Dekubitus
3. Infeksi dengan jamur Kandida
4. Trombosis vena dalam
5. Sembelit
6. Sembab akibat sumbatan pembuluh limfe
7. Neuralgia pasca infeksi herpes Zooster
8. Emboli Paru

3. Akibat Pengobatan Tumor

Nyeri yang terjadi akibat pengobatan tumor dapat terjadi pada 20% penderita Kanker yang disertai rasa nyeri dan dapat diterangkan melalui mekanisme keadaan sebagai berikut:

1. Akibat pembedahan
 - a. Pasca bedah leher radikal
 - b. Pasca mastektomi
 - c. Pasca torakotomi
 - d. Pasca nefrektomi
 - e. Pasca amputasi anggota gerak
2. Akibat Kemoterapi
 - a. Neuropati perifer
 - b. Pseudorematik steroid (penghentian steroid mendadak)
 - c. Nekrosis tulang aseptik
 - d. Neuralgia pasca infeksi Herpes Zoster
3. Akibat Radiasi
 - a. Fibrosis pleksus brakhialis
 - b. Fibrosis pleksus Lumbosakral
 - c. Mielopati radiasi
 - d. Tumor saraf perifer akibat radiasi
4. Tidak Akibat Tumor Atau pun Pengobatan Nyeri yang tidak langsung akibat tumor ataupun pengobatannya terjadi pada 10% penderita kanker yang disertai rasa nyeri dan dapat diterangkan melalui mekanisme-keadaan sbb:
 - a. Nyeri otot dan tulang
 - b. Sakit kepala atau migrain yang terjadi akibat ketegangan jaringan otot
 - c. Artritis
 - d. Nyeri akibat kelainan kardiovaskuler
 - e. Neuropati

B. Faktor Kejiwaan

1. Marah

Nyeri yang terjadi akibat rasa marah dapat diterangkan melalui keadaan berikut:

- a. Marah pada sistem birokrasi yang menghambat
- b. Marah pada teman yang tidak mau menjenguk
- c. Marah pada prosedur diagnostik yang lama, dokter tak ada ditempat, pengobatan yang dirasakan gagal tersebut.

2. Cemas

Nyeri yang terjadi akibat rasa cemas yang dapat diterangkan melalui keadaan-keadaan berikut:

- a. Takut pada Rumah Sakit, Dokter dan Perawat
- b. Khawatir nasib keluarga
- c. Takut sakit dan mati
- d. Khawatir masalah finansial
- e. Takut kehilangan masa depan dan sebagainya.

3. Depresi

Nyeri yang terjadi akibat depresi dapat diterangkan melalui keadaan-keadaan berikut:

- a. Kehilangan kedudukan sosial
- b. Kehilangan pekerjaan, penghasilan dan harga diri
- c. Kehilangan peran dalam keluarga
- d. Lelah yang berkepanjangan dan insomnia
- e. Tidak punya harapan
- f. Bentuk badan abnormal

JENIS NYERI KANKER

1. Nyeri Nosiseptif

Nyeri nosiseptif adalah nyeri yang timbul akibat rangsangan pada aferen serta saraf perifer. Nyeri terjadi akibat pengaruh Prostaglandin E₂ sehingga nosiseptor serat saraf perifer menjadi lebih peka terhadap bahan mediator penyebab nyeri.

2. Nyeri Neurogenik

Nyeri neurogenik adalah nyeri yang terjadi akibat kerusakan saraf perifer.

Kerusakan ini bisa terjadi akibat:

- a. Terpotongnya serat saraf, misalnya saraf interkostal akibat mastektomi atau torakotomi.
- b. Tekanan kronis pada saraf-saraf perifer misalnya inasi tumor yang menekan pleksus brakhialis atau lumbosakralis.

3. Nyeri Psikogenik

Nyeri psikogenik terjadi akibat faktor non-fisik atau lazim disebut faktor kejiwaan. Faktor kejiwaan dapat mempengaruhi hebatnya nyeri, terutama pada kanker yang lanjut. Nyeri psikogenik dapat timbul akibat:

- a. Marah (anger)
- b. Cemas (anxiety)
- c. Depresi

SIFAT NYERI KANKER

1. Akut

Nyeri akut timbul secara mendadak dan segera lenyap bila penyebabnya hilang.

Nyeri akut ditandai oleh:

- a. Aktifitas sistem saraf otonom berupa takikardia, hipertensi, hiperhidrosis, midriasis dan pucat.
- b. Terdapat perubahan pada wajah seperti menyeringai, cemas menangis dan sebagainya.

2. Kronik

Nyeri kronis terjadi berkepanjangan hingga dapat berlangsung berbulan-bulan, penyebabnya sulit dijelaskan dan gejala obyektif tidak jelas.

DERAJAT NYERI KANKER

Derajat nyeri kanker dapat digolongkan menjadi tiga ialah:

1. Ringan: - tidak mengganggu kegiatan sehari-hari
- penderita dapat tidur.
2. Sedang: - mengganggu kegiatan sehari-hari
- penderita dapat tidur.
3. Berat: - mengganggu kegiatan sehari-hari
- penderita tidak dapat tidur.

PENGELOLAAN NYERI KANKER

A. Pedoman Umum

1. Pengertian Nyeri Kanker

- Nyeri kanker merupakan keluhan subyektif
- Makin progressif pertumbuhan kanker makin hebat nyeri yang ditimbulkannya
- Makin kronik keadaan, nyeri kanker makin kabur penyebabnya
- Nyeri kanker sering mempunyai beberapa penyebab (multi faktorial)

- Penyebab, jenis, sifat, dan derajat nyeri pada seseorang penderita dapat berubah
- Penderita yang tidak mengeluh tentang nyeri, tidak berarti "tidak ada nyeri"
- Nyeri kanker harus dikelola dengan benar hingga dapat dicapai keadaan bebas nyeri

2. Petugas Kesehatan

- Memahami batasan penyebab, jenis, sifat dan derajat nyeri kanker
- Mendengar keluhan penderita secara seksama dengan penuh perhatian
- Mempercayai setiap keluhan nyeri yang diungkapkan oleh penderita sebagai bahan penilaian.
- Bersedia meluangkan waktu untuk memberikan keterangan secara jelas namun bijaksana mengenai segala segi nyeri kanker kepada penderita serta keluarganya.
- Mampu dan bersedia mengelola nyeri kanker dengan pendekatan muldi disipliner
- Memahami alternatif pengelolaan nyeri kanker
- Memahami dasar-dasar umum pengelolaan nyeri kanker dengan menggunakan obat-obat analgesik dan ajuvan.
- Menyadari kemungkinan timbulnya efek samping obat dan mampu menanggulangi jika keadaan ini terjadi.
- Memahami alternatif tambahan pengelolaan nyeri kanker dengan cara: pembedahan, radiasi, kemoterapi, hormonal terapi, rehabilitasi medik dan pengobatan anestetisi.

3. Penderita dan Keluarganya

- Memperoleh informasi mengenai masalah nyeri kanker yang diderita
- Memperoleh informasi mengenai alternatif pengelolaan nyeri kanker, memahami tujuan dan efek samping yang mungkin dialami serta bersedia memberikan persetujuan tertulis ("informed Consent").
- Keluarga penderita berperan serta aktif sebagai penunjang pelaksanaan terapi
- Keluarga memerlukan penjelasan, bimbingan, serta bantuan agar penderita dan keluarganya dapat bersama-sama menghadapi kenyataan dengan tenang.

Penjelasan hendaknya diberikan dalam bahasa yang mudah dimengerti dan meliputi hal-hal berikut:

- kanker tidak selalu menimbulkan rasa nyeri
- penyebabnya rasa nyeri
- nyeri kanker dapat diatasi
- obat-obatan mempunyai peranan penting dalam mengatasi nyeri kanker
- obat anti nyeri kanker dapat digunakan dalam jangka waktu yang lama tanpa pengu-rangan khasiat.
- bilamana perlu dapat digunakan obat golongan opiat. Kemungkinan ketergantungan terhadap obat ini pada pengobatan nyeri kanker dengan cara yang benar tidak lazim terjadi.
- hubungan yang baik antara petugas kesehatan dengan penderita dan keluarga sangat penting agar tercapai hasil pengobatan yang optimal. Tanpa penjelasan yang baik

dapat terjadi ketegangan yang menyulitkan pengelolaan.

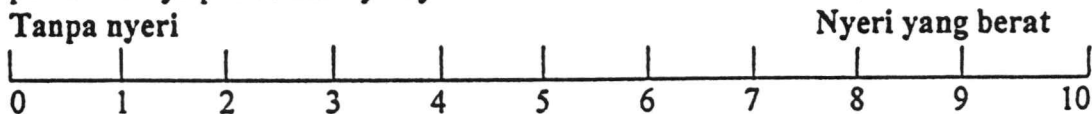
- jangan memberikan informasi kepada keluarga tentang sesuatu yang krena alasan tertentu tidak diberitahukan kepada penderita, sebab keadaan seperti ini dapat menimbulkan kesenjangan hubungan antara penderita dengan keluarga.

4. Penilaian

PERCAYALAH AKAN NYERI YANG DIDERITANYA

Untuk mendapatkan penilaian yang tepat perlu dijalin suatu hubungan yang baik antara dokter dan penderita sehingga penderita memiliki kepercayaan dalam bahwa dokter dapat menghilangkan nyeri yang dideritanya. Meskipun demikian anamnesa dan pemeriksaan yang teliti harus dilaksanakan.

1. Percayalah laporan nyeri penderita karena nyeri adalah suatu fenomena yang subjektif. Tanda-tanda obyektif dapat kita gunakan untuk mendapat suatu penilaian yang tepat; antara lain takikardia, berkeringat, pucat dan menyeringai.
2. Persilahkan duduk, tenangkan dan dengarkan keluhan penderita, yakinkan dia bahwa nyerinya dapat diobati.
3. Riwayat nyeri: tanyakan lokasi, lama, dan frekuensi nyeri, apakah nyeri menyebabkan tidur dan makan tidak enak, dan dapatkah menggerakkan anggota tubuh dengan baik.
4. Obat-obatan: tanyakan macam analgesik yang pernah didapat, dosis, cara dan lama pemberiannya pada skala nyeri yaitu:



5. Lakukan pemeriksaan fisik dan neurologik yang teliti
6. Telitilah faktor kejiwaan atau sosial yang dapat memperberat nyeri
7. Pemeriksaan laboratorium dan radiologi: lakukan yang benar-benar diperlukan dan menunjang terapi.
8. Tentukan penyebab nyeri berdasarkan jenis, sifat dan derajat
9. Berikan pengobatan nyeri sementara sambil melengkapi pemeriksaan diagnosa.

Anak-anak

Kemampuan anak untuk mengadakan komunikasi yang baik sangat tergantung pada umur dan pengertiannya. berdasarkan usia anak-anak dapat dibagi dalam beberapa kelompok, yaitu:

Bayi (mulai lahir hingga 1 tahun)

Untuk menafsirkan seorang bayi betul-betul nyeri, tidak selalu mudah. Sangat perlu bantuan orang tuanya untuk menentukan apakah itu betul-betul nyeri, sehingga pengobatan kita dapat tepat.

Pra-sekolah (1-5 tahun)

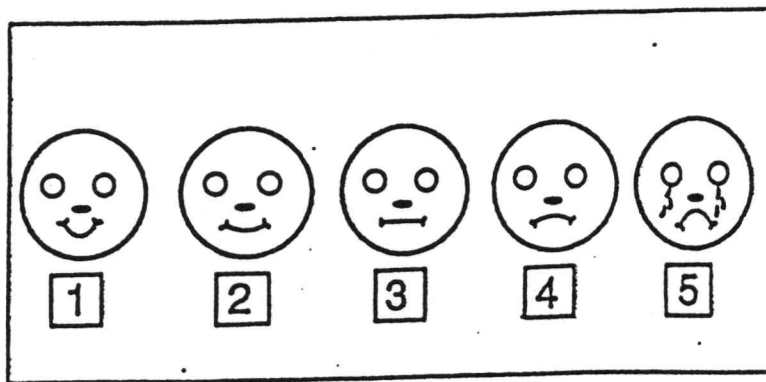
Pada usia ini peranan orang tua sangat penting karena mereka belum dapat melukiskan berapa berat nyeri yang diderita. Anak seusia ini sering takut dan tidak mau menjawab pertanyaan dokter, bahkan kadang-kadang hanya mau berkomunikasi dengan orang tuanya, sehingga orang tua menjadi perantara kita.

Anak sekolah

Kelompok ini biasanya lebih mudah diajak berkomunikasi

Remaja

Pada usia ini penilaian nyeri lebih mudah karena anak sudah bisa berkomunikasi dengan baik. Skala nyeri yang dapat digunakan untuk menilai derajat nyeri pada anak-anak adalah "Smiley Analogue Scale"

**5. Reevaluasi**

Bila pemberian opiat kuat tetap tidak berhasil mengatasi keluhan nyeri, perlu dilakukan evaluasi ulang untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan berikut:

- apakah penyebab nyeri kanker sudah ditetapkan secara benar ?
- apakah timbul nyeri lain yang memerlukan terapi yang berbeda ?
- apakah pemberian analgesik sudah tepat ?
- apakah prinsip dasar pengelolaan nyeri sudah dijalankan sesuai ketentuan ?
- apakah pemberian analgesik sudah sesuai prinsip "step ladder" ?
- apakah penderita patuh menggunakan obat ?
- apakah ajuran analgesik sudah digunakan ?
- apakah penderita dalam keadaan marah, emas atau depresi ?

6. Obat Analgesik

Pemberian obat analgesik memiliki peran yang utama dalam penanggulangan nyeri kanker. Dengan penggunaan analgesik yang tepat, penderita dapat terbebas dari nyeri.

1. Dasar pengobatan analgesik

- Mencegah timbulkan nyeri dan bukan menghilangkan nyeri yang telah ada, sebab rasa takut akan nyeri dapat menaikkan dosis analgesik. Karena itu pemberian analgesik harus teratur, sesuai jadwal ("by the clock" dan bukan "PRN").
- Pilih obat yang tidak menurunkan kesadaran, sebab kemampuan penderita untuk berkomunikasi dengan sekitarnya merupakan hal penting yang harus dipertahankan selama mungkin.
- Kombinasi obat hanya untuk meningkatkan efek analgesik atau mengurangi efek samping obat.
- Tidak dibenarkan menggunakan plasebo untuk menilai nyeri
- Dosis ditentukan secara individual. Pada usis lanjut dan anak perlu disesuaikan
- Pemberian sedapat mungkin secara oral. Jika tidak mungkin dapat perrektal. Hindari pemberian parenteral, kecuali dalam keadaan terpaksa. Biasanya menjelang ajal terpaksa diberikan parenteral.
- Menggunakan cara "Analgesic Ladder" sesuai pedoman WHO.



Sumber : Cancer Pain Relief,
WHO, Geneva, 1986.

2. Langkah-langkah pengobatan analgesik ("Analgesik Ladder")

Berikan analgesik Non Opiat dengan dosis penuh. Bila nyeri masih ada, secara bertahap dosis dinaikkan sampai dosis maksimal, ditambah ajuvan analgesik, opiat lemah.

3. Cara lain

- Perlu revaluasi, konsultasi, atau merujuk bila nyeri tidak berhasil diatasi
- Perlu disadari bahwa dalam usaha pengelolaan kasus-kus tertentu memiliki keterbatasan dan perlu kebijaksanaan.

PEDOMAN KHUSUS

1. Obat Analgesik

Analgesik yang digunakan untuk pengobatan nyeri kanker:

- a. Golongan Non Opiat
- b. Golongan Opiat
- c. Golongan Ajuvan.

2. Obat Analgesik Ajuvan

- Antidepresant trisiklik misalnya: Amitriptilin, Imipramin, Desipramin dapat meningkatkan khasiat analgesik dari obat analgesik pada terapi nyeri akibat kerusakan atau penekanan saraf. Dosis: 25 - 150 mg per hari, terbagi **DALAM TIGA DOSIS ATAU SATU DOSIS MALAM HARI.**
- Antihistamin misalnya: Hydroxyzine
Mempunyai efek antihistamin, juga mempunyai efek analgesik, anti muntah dan sedatif. Dapat memperbesar efek analgesik opiat.
- Kafein: dapat meningkatkan efek analgesik dari Asam Asetil Salisilat atau Opiat
- Steroid: dapat mengurangi nyeri pada infiltrasi tumor dalam saraf dan tulang. Juga dapat mengurangi nyeri akibat tekanan intrakranial yang meningkat. Dapat menaikkan berat badan dan menimbulkan perasaan nyaman yang biasa digunakan ialah Dexamethasone 4 - 16 mg atau Prednison 20 - 80 mg per hari.
- Phenothiazine, Mis: Methotrimeprazine, Chlorpromazine dan Prochlorperazine dapat mencegah rasa mual akibat opiat. Methotrimeprazine mempunyai efek analgesik kurang menimbulkan obstipasi, kurang mengadakan depresi pernafasan. Obat ini dapat digunakan untuk mengobati nyeri kanker pada penderita yang mengalami toleransi terhadap opiat.
- Antikonvulsan antara lain phenytoin, carbamazepine, clonazepan, sodium valproate
Dapat menghilangkan rasa nyeri deafferentasi yang bersifat menusuk, misalnya pada neuralgia pasca trauma. Dosis Carbamazepine dimulai dengan dosis 100 mg sehari, ditingkatkan pelan-pelan sampai 400-800 mg, terbagi atas 2 - 4 dosis sehari.
Phenytoin: 200 - 500 mg, terbagi atas 2 dosis sehari.

3. Obat Untuk Mengatasi Efek Samping Opiat

- Antiemetik: digunakan untuk mengatasi efek samping opiat
Prochlorperasin 10 - 25 mg p.o. atau (per rektal) 4 kali sehari
Trietilperasin 10 mg p.o. atau p.r. 3 kali sehari
Metoklopramid 10 mg p.o. 4 kali sehari
Haloperidol 0.5 - 2 mg p.o. 3 kali sehari.
- Laksansia: untuk mengatasi konstipasi yang merupakan efek samping yang lazim pada penggunaan opiat. Preparat yang digunakan adalah:
Milk of Magnesia 20 - 60 ml tiap 4 jam
Senna, Metamucil, Bisakodil 10 - 15 mg p.o. atau 10 mg p.r. atau
Laktulosa 30 - 60 ml 2 kali sehari.

- Stimulansia: Efek samping mengantuk tidak selalu terjadi, dan sering hanya sementara (terjadi toleransi). Bila perlu untuk mengatasi problem ini dapat diberikan Amfetamin.

4. Terapi Non Farmakologis

Rehabilitasi Medik, Radioterapi, Kemoterapi, Terapi hormonal, Tindakan Anestesi dan Bedah.

**POLIKLINIK PERAWATAN PALIATIF DAN BEBAS NYERI
RSUD Dr. SOETOMO**

1. Nama :
 2. Umur :
 3. Kelamin : Laki () Perempuan ()
 4. Agama :
 5. Alamat :
 6. Pekerjaan :
 7. Pendidikan : () Tidak () SD () SLTP () SLTA () PT
 8. Status Perkawinan : () kawin () tidak kawin () cerai () duda/janda
 9. Rawat Jalan : () Rawat inap () No. Register :
 10. Dirujuk oleh :
 11. Diagnosa rujukan :
-

12. Keluhan Utama :
13. Anamnesa :

14. Nyeri () Tidak
() Ya sejak () terus menerus () kadang-kadang
derajat: - tidur () tidak terganggu
() tidak dapat tidur
- kegiatan sehari-hari
() tidak terganggu
() terganggu

15. Skala Nyeri :
tidak nyeri 0 --- 1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8 --- 9 --- 10 nyeri sangat hebat
Dalam 1 minggu terakhir, nyeri paling ringan :
nyeri paling hebat :
nyeri rata-rata :
nyeri saat ini :

16. Pengobatan () tidak () dapat, sebutkan:
a. Nama Dosis sejak Hasil
b. Nama Dosis sejak Hasil
Pengobatan lain:
() Operasi, hasil
() Radioterapi, hasil
() Rehabilitasi Medik/Fisioterapi

17. Keluhan lain :

- a.
b.

18. Pemeriksaan Fisik

Anemia ()	Asites ()	Udem ()	Sesak ()
Tensi	Nadi	Respirasi	Suhu
Jantung		Paru-paru	
Hati		Limpa	
Refleks fisiologis			
Refleks patologis			
Kekuatan otot			
Luas gerak sendi			

19. NYERI:

lokasi
penjalaran
kualitas

tumor
luka
infiltrasi lokal

20. Skala nyeri saat ini menurut pengamatan dokter:

21. Status psikologis:

Emosi: () marah () cemas () depresi () euphor () normal

22. Pemeriksaan tambahan yang relevan:

Laboratorium

Radiologi

Patologi Anatomi

23. Diagnosa utama:

24. Staging : T N M

25. Diagnosa paliatif:

- a. Nyeri : jenis : nosiseptif somatik tulang
 nosiseptif somatik bukan tulang
 nosiseptif viseral
 deaferentasi, terus-menerus
 intermitten

- sifat : akut kronis
derajat : ringan sedang berat
penyebab : akibat tumor
 akibat pengobatan tumor
 lain

b. Selain nyeri:

26. Rencana terapi:

27. Rencana pemeriksaan lanjutan:

28. Rencana edukasi:

29. Rencana evaluasi:

**POLIKLINIK PERAWATAN PALIATIF DAN BEBAS NYERI
RSUD Dr. SOETOMO
JADWAL PEMBERIAN OBAT**

OBAT HARAP DIBERIKAN SESUAI JADWAL DAN TEPAT WAKTU

Tanggal	Waktu Pemberian					
	06.00	10.00	14.00	18.00	22.00	02.00

DAFTAR PUSTAKA

1. Boediwarsono. Pengelolaan Nyeri Kanker. Majalah Paliatif Kanker. ISSN No. 0854-8811 Vol. 2 No. 1, Edisi khusus, Mei 1996.
2. Bonica J.J. : The management of pain. 2nd Edit. Pennsylvania, USA 1990
3. Cancer Pain Relief and Palliative Care, report of a WHO expert Committee. WHO, Geneva 1990.
4. Cancer Pain Relief, a state of the art concensus report on the management of Cancer Pain. WHO, Geneva 1986.
5. Cancer Pain, The Medical Clinics of North America Vol.71 No. 2, 1087.
6. Jan Stjernward, Noreen Teoh. The Scope of Cancer Pain Problem, WHO 1990.
7. Karjadi Wirjoatmodjo. Penanggulangan Kanker Terpadu Paripurna, bersumber daya masyarakat (PKTP BBM). Lokakarya Nasional PKTP BBM, Surabaya, 14-16 Pebruari 1994.
8. Komite Nasional Penanggulangan Penyakit Kanker : Plan of Action Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia, 1990.
9. Maelina Soemarjanto Mahajudin. Aspek Psikososial Penyakit Kanker. Majalah Paliatif Kanker. ISSN No. 0854-8811 Vol. 1 No. 2, Mei 1995.
10. National cancer control programmes. Policies and managerial guidelines. World Health Organization Global Programme for Cancer Control, 1993.
11. Netty R.H. Tejawinata. Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri pada Anak. Bulletin Ilmu Kesehatan Anak, ISSN 0854-090X, Thn. XXII No.2 Oktober 1993.
12. Pokok-pokok kegiatan penanggulangan penyakit kanker di Indonesia. Departement Kesehatan Republik Indonesia 1989.
13. Sistem Kesehatan Nasional. Departemen Kesehatan Republik Indonesia . Cetakan kedua, Jakarta 2 Maret 1982.
14. Sunaryadi Tejawinata. Perawatan Paliatif Kanker di Rumah. Majalah Kanker Paliatif. ISSN No. 0854-8811 Vol. 1 No. 3 Desember 1995.
15. Weissman DE. et al. Hand Book of Cancer Pain Management, 3rd Edit. Wisconsin Cancer Pain Initiative, Madison, Wisconsin, 1993.

