KEMENTERIAN
KESEHATAN
REPUBLIK
INDONESIA

MODUL
TOT PALIATIF KANKER BAGI TENAGA KESEHATAN

KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT
DIREKTORAT PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT TIDAK MENULAR
2016

DIT.P2PTM

SAMBUTAN
DIREKTUR JENDERAL PENCEGAHAN DAN PENGENDALIAN PENYAKIT

Puji dan syukur kepada Allah SWT atas bimbingan, petunjuk dan kekuatanNya kepada kita, sehingga Modul Paliatif Kanker ini dapat disusun. Modul ini disusun berdasarkan kenyataan bahwa pasien kanker mengalami penderitaan yang belum tertangani dengan semesti-nya sehingga pasien memiliki kualitas hidup yang tidak baik, serta keluarga mengalami kesulitan-kesulitan yang diakibatkannya.

Mengintegrasikan perawatan paliatif sejak awal diagnosis dapat mem-bantu pasien dan keluarga melalui periode sulit untuk merencanakan dan mempersiapkan perawatan berkelanjutan agar efektif dan efisien.
Melalui program paliatif ini diharapkan dapat meningkatkan kualitas hidup pasien serta mengoptimalkan pembiayaan kesehatan dan mening-katkan kepuasan dalam penatalaksanaan di bidang onkologi.

Modul ini dapat menjadi acuan kegiatan sehingga pengelola program dapat merencanakan kebutuhan program paliatif Kanker termasuk pelatihan program paliatif.
Semoga buku ini dapat digunakan dengan sebaik-baiknya dan memberi manfaat sebesar-besarnya dalam mendukung pengendalian kanker di Indonesia.

Jakarta, April 2016
Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit

dr. H.Mohamad Subuh, MPPM

NIP 196201191989021001

DIT.P2PTM

KATA PENGANTAR

Dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker di Indonesia, maka kebutuhan akan program paliatif tidak dapat dihindari. Dengan telah dituangkannya program pelayanan paliatif ke dalam Sistem Kesehatan Nasional, program paliatif kini menjadi bagian dari tata laksana penyakit kanker di Indonesia yang perlu terus dikembangkan.

Program paliatif terus menunjukkan perkembangannya di Indonesia disamping tuntutan adanya perbaikan kualitas hidup individu pasien kanker. Buku ini diharapkan dapat dipergunakan untuk membantu pengelola program dan tenaga kesehatan untuk memahami program dan pelayanan paliatif.

Untuk melaksanakan program paliatif dipelukan modul paliatif kanker yang dapat dipahami dengan lebih mudah oleh semua pihak sehingga dapat diimplementasikan di lapangan. Saya harapkan melalui buku ini, menjadi acuan tim paliatif kanker untuk menjalankan peran masing-masing pada tingkat pelayanan.

Modul pelatihan ini merupakan cetakan pertama, sehingga masih jauh dari kesempurnaan, oleh karena itu kami sangat mengharapkan bantuan dan partisipasi semua pihak untuk memberikan masukan dan saran guna memperkaya buku tersebut.

Modul ini diharapkan dapat bermanfaat bagi tenaga kesehatan yang bekerja di bidang kanker dan tentunya bagi pasien berikut keluarga yang membutuhkannya.

Jakarta, April 2016
Direktur Pencegahan dan Pengendalian Penyakit Tidak Menular

dr. Lily S. Sulistyowati, MM

NIP 195801131988032001

DIT.P2PTM

DAFTAR ISI

SAMBUTAN i
PENGANTAR iii
DAFTAR ISI v

MATERI DASAR I KEBIJAKAN PROGRAM PALIATIF KANKER
I. Deskripsi Singkat 1
II. Tujuan Pembelajaran 1
III. Pokok Bahasan 2
IV. Bahan Belajar 2
V. Langkah-langkah Pembelajaran 2
VI. Uraian Materi 5

MATERI DASAR 2 PRINSIP DAN ETIKA DALAM PELAYANAN PALIATIF
I. Deskripsi Singkat 17
II. Tujuan Pembelajaran 17
III. Pokok Bahasan 17
IV. Bahan Belajar 18
V. Langkah-langkah Pembelajaran 18
VI. Uraian Materi 20

MATERI INTI I KOMUNIKASI
I. Deskripsi Singkat 25
II. Tujuan Pembelajaran 25
III. Pokok Bahasan 25
IV. Bahan Belajar 26
V. Langkah-langkah Pembelajaran 26
VI. Uraian Materi 28

MATERI DASAR I KEBIJAKAN PROGRAM PALIATIF KANKER
I. Deskripsi Singkat 41
II. Tujuan Pembelajaran 41
III. Pokok Bahasan 41
IV. Bahan Belajar 42
V. Langkah-langkah Pembelajaran 42
VI. Uraian Materi 44

MATERI INTI 4 PEMBERIAN DUKUNGAN PSIKOLOGI, SOSIAL DAN SPIRITUAL
I. Deskripsi Singkat 117
II. Tujuan Pembelajaran 117
III. Pokok Bahasan 117
IV. Bahan Belajar 117
V. Langkah-langkah Pembelajaran 118
VI. Uraian Materi 120

MATERI INTI 5 TATA LAKSANA NUTRISI
I. Deskripsi Singkat 129

DIT.P2PTM

II. Tujuan Pembelajaran 129
III. Pokok Bahasan 129
IV. Bahan Belajar 129
V. Langkah-langkah Pembelajaran 129
VI. Uraian Materi 132

MATERI INTI 6 TATA LAKSANA AKHIR KEHIDUPAN
I. Deskripsi Singkat 147
II. Tujuan Pembelajaran 147
III. Pokok Bahasan 147
IV. Bahan Belajar 147
V. Langkah-langkah Pembelajaran 147
VI. Uraian Materi 150

MATERI INTI 7 PEMBERIAN DUKUNGAN DI MASA DUKA CITA
I. Deskripsi Singkat 157
II. Tujuan Pembelajaran 157
III. Pokok Bahasan 157
IV. Bahan Belajar 157
V. Langkah-langkah Pembelajaran 157
VI. Uraian Materi 160

MATERI INTI 8 PENCATATAN DAN PELAPORAN
I. Deskripsi Singkat 165
II. Tujuan Pembelajaran 165
III. Pokok Bahasan 165
IV. Bahan Belajar 165
V. Langkah-langkah Pembelajaran 166
VI. Uraian Materi 168

MATERI PENUNJANG 1 MEMBANGUN KOMITMEN PEMBELAJARAN (*BUILDING LEARNING COMMITMENT*)
I. Deskripsi Singkat 173
II. Tujuan Pembelajaran 173
III. Pokok Bahasan 174
IV. Langkah-langkah Pembelajaran 174
V. Uraian Materi 175

MATERI PENUNJANG 2 RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)
I. Deskripsi Singkat 181
II. Tujuan Pembelajaran 181
III. Pokok Bahasan 181
IV. Bahan Belajar 181
V. Langkah-langkah Pembelajaran 181
VI. Uraian Materi 182

PENYUSUN 185
DAFTAR PUSTAKA 187

DIT P2PTM

MATERI DASAR I
KEBIJAKAN PROGRAM PALIATIF KANKER

I. DESKRIPSI SINGKAT

Program Paliatif pasien kanker adalah pendekatan terintegrasi oleh tim paliatif untuk mencapai kualitas hidup pasien dan kematian yang bermartabat serta memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama, serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002).

Program Paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan, proses menjalani terapi bahkan hingga proses masa berkabung yang dihadapi oleh keluarga. Paliatif dapat berperan pada penanganan nyeri atau keluhan fisik lainnya yang belum dapat diatasi, gangguan psikologis terkait dengan diagnosis atau terapi kanker, penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya, terkait permasalahan dalam pengambilan keputusann tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan serta penanganan pasien kanker stadi-um lanjut yang tidak memberikan respon dengan terapi yang diberi-kan.

Modul ini akan membahas mengenai kebijakan dalam program paliatif kanker yang meliputi definisi program paliatif, landasan hukum program paliatif, prinsip program paliatif, indikasi pelayanan paliatif, tim dan tempat pelayanan paliatif, sasaran program dan pengorganisasian serta mekanisme penganggaran.

1. TUJUAN PEMBELAJARAN

- Tujuan Pembelajaran Umum
  Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu memahami kebijakan program paliatif kanker.
- Tujuan Pembelajaran Khusus
  Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menjelaskan program paliatif kanker.

- **POKOK BAHASAN**

  Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

  Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

  1. Definisi program paliatif
  2. Landasan hukum program paliatif
  3. Prinsip program paliatif
  4. Indikasi pelayanan paliatif
  5. Tim dan tempat pelayanan paliatif
  6. Sasaran program paliatif
  7. Pengorganisasian program paliatif
  8. Penganggaran program paliatif

IV. BAHAN BELAJAR

a. Pedoman Program Paliatif Kanker
b. Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Dewasa
c. Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Pada Anak

DIT.P2PTM

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

- Kegiatan Fasilitator
  1) Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
  2) Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
  3) Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
  4) Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
  5) Menyampaikan definisi, tujuan dari materi dan aneka sumber belajar serta cara memanfaatkannya.

a) Kegiatan Peserta
   - Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   - Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   - Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   - Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

- **Langkah 2 :** Review pokok bahasan
  1. Kegiatan Fasilitator
     a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan secara garis besar dalam waktu yang singkat
     b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
     c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
  2. Kegiatan Peserta
     a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
     b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
     c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

- **Langkah 3 :** Pendalaman pokok bahasan
  1. Kegiatan Fasilitator
     a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
     b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
     c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
     d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
  2. Kegiatan Peserta
     a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
     b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.

DIT.P2PTM

c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

a. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi
2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

b. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima

VI. URAIAN MATERI

A. DEFINISI PROGRAM PALIATIF

Program Paliatif pasien kanker adalah pendekatan terintegrasi oleh tim paliatif untuk mencapai kualitas hidup pasien dan kematian yang bermartabat serta memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama, serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002).

B. LANDASAN HUKUM PROGRAM PALIATIF

1. Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial;
2. Undang-undang nomor 35 tahun 2009 tentang Narkotika;
3. Undang-undang nomor 36 tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 144 tahun 2009, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia nomor 5063) ;
4. Undang-undang nomor 44 tahun 2009, tentang Rumah Sakit ;
5. Undang-undang nomor 29 tahun 2004, tentang Praktik Kedokteran ;
6. Undang-undang nomor 20 tahun 2003, tentang Sistem Pendidikan ;
7. Undang-undang nomor 23 tahun 2002, tentang Perlindungan Anak ;
8. Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012 tentang Sistem Kese-hatan Nasional;
9. Peraturan Presiden nomor 5 tahun 2010 tentang Rencana Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional Tahun 2010-2014;
10. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 1144/ Menkes/Per/VIII/2010 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan ;
11. Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK 03.01/160/I/2010 tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan Tahun 2010 – 2014;
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker;

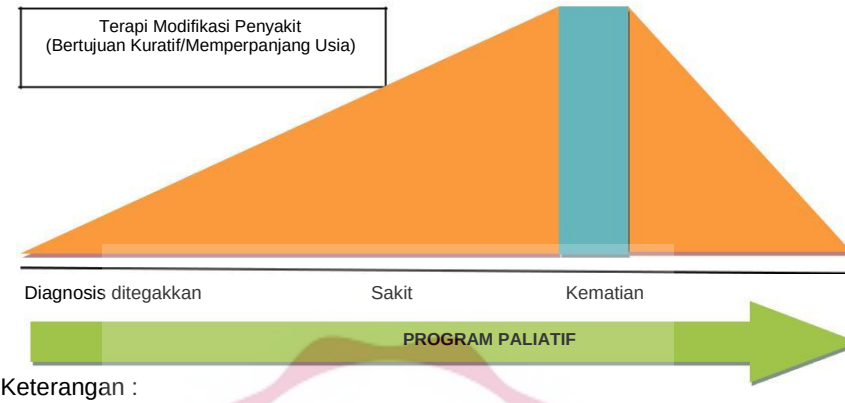
13. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif;
14. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1116/Menkes/SK/VIII/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Kesehatan;
15. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 1479/Menkes/SK/X/2003 tentang Pedoman Penyelenggaraan Sistem Surveilans Epidemiologi Penyakit Menular dan Penyakit Tidak Menular Terpadu ;
16. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 604/Menkes/SK/IX/1989 tentang Pokok-Pokok Penanggulangan Penyakit Kanker di Indonesia;

1) PRINSIP PROGRAM PALIATIF

Prinsip tersebut di bawah ini merupakan acuan dalam melaksanakan program paliatif pasien kanker (Adaptasi WHO, 2007):

A. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain.
B. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal.
C. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian.
D. Mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.
E. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin.
F. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita.
G. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya.
H. Menghindari tindakan yang sia sia.
I. Bersifat individual tergantung kebutuhan pasien.

Gambar 1. Program Paliatif



Keterangan :
Modifikasi dari *American Association Institute for Medical Ethics (1999). EPEC = Education For Physician On End Of Life Care.*

1) INDIKASI PELAYANAN PALIATIF

Program Paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan serta bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

1. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang belum dapat diatasi.
2. Gangguan psikologis terkait dengan diagnosis atau terapi kanker.
3. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibat-kannya.
4. Permasalahan dalam pengambilan keputusann tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan.
5. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif (sesuai dengan prosedur rujukan).
6. Angka harapan hidup < 12 bulan (ECOG> 3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, sindrom vena cava superior, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan, yaitu kompresi tulang belakang, bilirubin ≥2,5 mg/dl, kreatinin ≥3 mg/dl) *.
7. Pasien kanker stadium lanjut yang tidak memberikan respon dengan terapi yang diberikan.

Langkah-langkah dalam Program Paliatif:*)

- Melakukan penilaian aspek fisik, psikologis, sosial dan kultural, dan spiritual.
- Menentukan pengertian dan harapan pasien dan keluarga.
- Menentukan tujuan perawatan pasien.
- Informasi dan edukasi perawatan pasien.
- Tata laksana gejala, dukungan psikologis, sosialdan kultural, dan spiritual.
- Respon pada stadium terminal: memberikan tindakan sesuai keputusan keluarga, misalnya penghentian pengobatan atau tindakan seperti resusitasi, ventilator, cairan, dan lain-lain.
- Membantu pasien dalam membuat *Advanced Care Planning* (wasiat atau keingingan terakhir).
- Pelayanan terhadap pasien pada stadium terminal.

*) Tidak berlaku pada pasien kanker anak.

- **TIM DAN TEMPAT PELAYANAN PALIATIF**

1. Tim Paliatif

Tim paliatif dibentuk berdasarkan ketersediaan sumber daya pada tempat layanan paliatif. Dalam mencapai tujuan program paliatif pasien kanker, yaitu mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu, yang juga melibatkan keluarga. Menggunakan prinsip *inter-disipliner* (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis bersama pasien dan keluarga untuk membuat tujuan dan rencana Program Paliatif pasien kanker serta melakukan monitoring dan tindak lanjut.

Kepemimpinan yang kuat dan manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer lokal dan penyedia layanan kesehatan bekerja sebagai tim interdisiplin dalam sistem kesehatan dan mengkoordinasikan erat dengan

tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini untuk mencapai tujuan bersama.

Komposisi tim paliatif terdiri :

1) Dokter
   1) Dokter umum
      Dokter umum memiliki peranan penting terutama pada perawatan pasien terminal di tingkat layanan primer yaitu di puskesmas dan di rumah pasien. Sehingga tata laksana gejala fisik dan kebutuhan psikososial dan spiritual dapat berjalan baik.
   2) Dokter Paliatif
   3) Dokter Spesialis

2) Perawat
   Perawat tersebut harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat yang bekerja di program paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif serta supervisi terhadap pelaku rawat dan mengontrol kondisi pasien secara periodik.

3) Pelaku rawat (*caregiver*)
   - Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari hari (memandikan, memberi makan, beraktifitas sesuai kemampuan pasien, dll)
   - Memberikan obat sesuai anjuran dokter
   - Melaporkan kondisi pasien kepada perawat
   - Mengidentifikasi, mencatat dan melaporkan gejala fisik serta gejala lain kepada perawat.

2) Apoteker
   Terapi obat merupakan komponen utama dari manajemen gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian

apoteker dibutuhkan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping dan interaksi obat-obatan kanker, morfin dan anti nyeri lainnya yang diberikan kepada pasien untuk menjalani terapi paliatif-nya.

e. Pekerja sosial

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial, penyakit dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional/konseling selama perkembangan penyakit dan proses berkabung. Masalah pribadi biasanya akibat disfungsi keuangan, terutama karena keluarga mulai merencanakan masa depan.

Pekerja Sosial Medik

1) Menerima dan menganalisa masalah sosial ekonomi pasien dan keluarga
2) Melaksanakan program sosial medis seperti bimbingan sosial (misalnya masalah pendidikan dan masalah di tempat kerja) dan memberikan alternatif pemecahan sosial ekonomi
3) Menjembatani dalam persiapan kelengkapan administra-si untuk klaim asuransi
4) Bekerjasama dengan perusahaan atau badan sosial untuk memecahkan masalah yang dihadapi pasien dan keluarga
5) Reevaluasi program yang telah dilaksanakan dan melaporkan perkembangan pasien, serta mengusulkan program baru bila diperlukan

2. Psikolog

Peran psikolog :

1. Menerima permintaan penanganan psikologi
2. Menganalisa dan menegakkan diagnosa gangguan psikologi
3. Melakukan pendekatan psikologi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga

- Melakukan evaluasi pendekatan yang telah diberikan
- berkoordinasi dengan anggota tim paliatif

2. Rohaniwan

   Rohaniwan seharusnya terampil dan bukan sebagai pende-ngar yang menghakimi, mampu mengatasi pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Dengan berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lainnya, diharapkan mampu menganalisa kebutuhan rohani dan keagamaan bagi pasien dan keluarga serta memberikan dukungan dalam tradisi keagamaan, mengorganisir ritual keagamaan dan sakra-men. Hal tersebut sangat berarti bagi pasien kanker dan keluarganya.

3. Terapis
   - Melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik
   - Berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan anggota tim paliatif lainnya

4. Relawan

   Melibatkan relawan dalam tim paliatif berarti terdapat du-kungan masyarakat dan menunjukkan bahwa masyarakat itu mampu berperan serta.

   Peran relawan dalam paliatif:
   - Relawan yang terlibat dalam rumah sakit dan tim pela-yanan paliatif membantu profesional kesehatan untuk memberikan pendampingan bagi pasien dan keluarga.
   - Relawan berasal dari semua lini masyarakat, dan dapat menjembatani antara institusi layanan kesehatan dan pasien.
   - Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberi-

kan pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, serta membantu rehabilitasi pasien.

2. **Tempat Pelayanan Paliatif**

   Tempat pelayanan paliatif ini dimaksudkan indikasi pelayanan paliatif untuk pasien.

   a. Rumah Sakit

   Indikasi pelayanan paliatif di rumah sakit :

   1) Pasien dengan gejala dan tanda yang belum teratasi.
   2) Pasien yang dalam stadium terminal dan keluarga meng-inginkan perawatan terminalnya di rumah sakit.
   3) Pasien kanker dengan pelayanan paliatif yang memerlu-kan tindakan medis seperti pungsi peritoneum ataupun pungsi pleura.
   4) Pasien yang memerlukan perawatan respite karena keluarga tidak sanggup (kelelahan) melakukan pera-watan di rumah dalam jangka waktu tertentu (1-3 hari).
   5) Pasien dengan krisis psikososial yang harus segera dita-ngani.
   6) Pasien yang dirujuk ke Unit Paliatif atas persetujuan Dokter Penanggung Jawab Pasien (spesialis terkait) untuk persiapan perawatan di rumah.

   b. Masyarakat

   Termasuk perawatan pasien di rumah dan hospis.

- **SASARAN PROGRAM PALIATIF :**
  1. Pasien
  2. Keluarga pasien
  3. Lingkungan/ keluarga terkait pasien

- **PENGORGANIAN PROGRAM PALIATIF :**

Tabel 1. Pengorganisasian Program Paliatif

	BIDANG MANAJERIAL	BIDANG TEKNIS
PUSAT		
Ditjen PP dan PL	Penanggung jawab program paliatif tingkat pusat.	
Ditjen BUK	Penanggung jawab fasyankes tingkat pusat.	
Ditjen Bina Kefarmarsian dan Alat Kesehatan	Penanggung jawab sarana kesehatan dan penyediaan obat-obatan paliatif.	
Badan PPSDM Kesehatan	Penanggung jawab pengembangan SDM dan kompetensi tenaga paliatif.	
Pusat Promosi Kesehatan	Penanggung jawab promosi program paliatif kanker.	
DINAS KESEHATAN PROVINSI	Penanggung jawab dan pelaksana program paliatif di tingkat provinsi dibantu kelompok pengendalian kanker terpadu.	Penanggungjawab surveilans epidemiologi/ registri kanker dan mengumpulkan dan menganalisa data yang didapat dari puskesmas dan rumah sakit yang berada di wilayah provinsi.
DINAS KESEHATAN KABUPATEN/ KOTA	Penanggung jawab dan pelaksana upaya paliatif di tingkat kabupaten/kota.	Penanggungjawab surveilans epidemiologi/ registri kanker dan mengumpulkan dan menganalisa data yang didapat dari puskesmas dan rumah sakit yang berada di wilayah kabupaten/ kota.
UNIT PELAYANAN KESEHATAN	1. Puskesmas Bertangungjawab terhadap upaya paliatif yang dilaksanakan di wilayah kerjanya, termasuk *homecare* dan *hospis*. Dalam pengelolaan pencatatan dan pelaporan kegiatan paliatif, puskesmas berkoordinasi dengan dinas kesehatan kabupaten/kota. Tugas puskesmas : - Melaksanakan komunikasi, informasi dan edukasi dengan berbagai metode dan media penyuluhan - Melaksanakan surveilans di masyakat dan melaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota melalui sistem pelaporan yang ada - Membentuk tim paliatif di wilayah kerjanya	1. Puskesmas Melakukan Program Paliatif bagi masyarakat di wilayahnya baik di dalam gedung maupun luar gedung. Program Paliatif di masyarakat dilaksanakan dalam supervisi puskesmas dan atau rumah sakit. Diperlukan kerjasama yang baik antara tim paliatif di rumah sakit maupun di masyarakat untuk mewujudkan pelayanan yang holistik. Program Paliatif di masyarakat dapat meliputi pelayanan *homecare* oleh tim puskesmas dan swasta serta institusi hospis dan *hospice home care.*

PIT PDPTM

	2. Rumah sakit - Melaksanakan pelayanan paliatif sesuai dengan standar profesi dan fasilitas yang dimiliki. Dapat mengembalikan pasien kanker ke puskesmas dengan memberikan kartu umpan balik untuk mendapatkan pelayanan paliatif di puskesmas, *homecare*, maupun *hospis*. - Melaksanakan surveilans kasus dan kematian melalui registri kanker, dan dilaporkan ke dinas kesehatan kabupaten/kota sebagai koordinator di wilayahnya.	2. RS Tipe D dan C Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh tim paliatif. Tim ini juga akan bertindak sebagai supervisor dan pelatih tingkat kabupaten. 3. RS tipe B dan Khusus Kanker (Unit Paliatif) Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh tim paliatif. Tim ini juga akan bertindak sebagai supervisor dan pelatih tingkat provinsi . 4. Tingkat RS tipe A (Instalasi Paliatif) Pelayanan paliatif di RS tipe ini dilakukan oleh dokter spesialis paliatif, perawat paliatif, spesialis lain (konsultan), dokter dan perawat yang terlatih di bidang paliatif , dokter penanggungjawab pasien, tim penanganan nyeri kanker, dokter spesialis anak, psiko-onkologis, penyedia layanan kesehatan, terapis rekreasi, ahli gizi, terapi okupasi, fisioterapis, rohaniawan, guru dan relawan.
PROFESI	Organisasi profesi yang terkait diharapkan ikut berperan serta dalam seluruh kegiatan paliatif sesuai kompetensinya.	
AKADEMI/ PERGURUAN TINGGI	Diharapkan turut serta mendukung upaya paliatif dengan melakukan penelitian, seminar ilmiah, memasukkan paliatif dalam kurikulum. Seminar dapat dilakukan untuk orang awam sehingga dapat meningkatkan pengetahuan dan kesadaran dalam upaya paliatif.	
LEMBAGA SWADAYA MASYARAKAT (LSM)	Berperan dalam mensosialisaikan dan memberdayakan masyarakat untuk peduli dan berperan serta aktif dalam upaya paliatif kanker.	

DIT.P2PTM

1) PENGANGGARAN

Sistem pembiayaan pelayanan paliatif mencakup besaran tarif pelayanan paliatif, alokasi dan sumber dana, serta tatalaksana pertanggungjawaban dana dengan mengutamakan aspek kemandirian dan sumber lain yang tidak mengikat.

1. Besaran tarif pelayanan paliatif

   Pelayanan paliatif ditetapkan berdasarkan tarif perawatan, obat-obatan.

2. Alokasi dan sumber dana

   Sumber pembiayaan untuk pelayanan paliatif bersumber dari pemerintah dan swasta.

DIT.P2PTM

DIT.P2PTM

MATERI DASAR 2
PRINSIP DAN ETIKA DALAM PELAYANAN PALIATIF

I. DESKRIPSI SINGKAT

Etika diperlukan untuk menghormati martabat setiap pasien dalam situasi apapun termasuk kondisi akhir kehidupan serta dapat membantu pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait penyakit yang dideritanya.

Prinsip-prinsip umum yang berlaku untuk semua situasi medis yang disepakati dan perlu diketahui dalam pelayanan paliatif meliputi *autonomy*, *beneficience*, *non-maleficience*, dan *justice* yang harus diterapkan sebelum melanjutkan terapi.

Modul ini akan membahas tentang penyampaian informasi, kepatutan terapi, (*to withold and withdraw*) cara menahan dan menghentikan terapi medik serta kematian sebagai proses alamiah.

I. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu memahami prinsip dan etika dalam pelayanan paliatif.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu menjelaskan dan mengaplikasikan prinsip dan etika dalam pelayanan paliatif.

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

A. Prinsip dan etika paliatif
B. Kepatutan terapi
C. Kematian sebagai proses alamiah (*Allow Natural Death*).
D. Menahan dan menghentikan terapi medik
E. Penyampaian informasi

DIT. P2PTM

IV. BAHAN BELAJAR

A. Pedoman Program Paliatif Kanker
B. Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Dewasa
C. Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
   e. Menyampaikan definisi, tujuan dari materi dan aneka sumber belajar serta cara memanfaatkannya.
2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   1. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan secara garis besar dalam waktu yang singkat
   2. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   3. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta

2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
   c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

2. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   A. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   B. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   C. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   D. Merangkum hasil diskusi

DIT.P2PTM

2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

C. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima

DIT.P2PTM

VI.URAIAN MATERI

A PRINSIP DAN ETIKA PALIATIF

Prinsip paliatif merupakan acuan dalam melaksanakan program paliatif pasien kanker (Adaptasi WHO, 2007):

1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain.
2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal.
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian.
4. Mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.
5. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin.
6. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita.

7. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya.
8. Menghindari tindakan yang sia sia.
9. Bersifat individual tergantung kebutuhan pasien.

Etika berasal dari kata yunani kuno, yaitu *ethikos* yang berarti timbul dari kebiasaan. Oleh karena itu, etika dapat diartikan sebagai prinsip nilai-nilai luhur yang dipegang sebagai komitmen bersama. Etika diperlukan untuk menghormati martabat setiap pasien dalam situasi apapun termasuk kondisi akhir kehidupan serta dapat membantu pasien dan keluaga dalam mengambil keputusan dalam menghadapi penyakit yang dideritanya. Prinsip etika pada anak tidak berbeda dengan yang diterapkan pada orang dewasa.

Prinsip-prinsip umum yang berlaku untuk semua situasi medis yang disepakati dan perlu diketahui dalam pelayanan paliatif meliputi:

1. *Autonomy (freedom of self determination)*
   Hak individu dalam membuat keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan atau tidak dilakukan setelah mendapatkan informasi dari dokter serta memahami informasi tersebut secara jelas. Pada pasien anak, autonomy yaitu menentukan pilihan yang dapat mempengaruhi hidupnya. Jika usia anak belum cukup maka keputusan tersebut diberikan kepada orang tua atau walinya.
2. *Beneficence (doing good)*
   Tindakan yang dilakukan harus memberikan manfaat bagi pasien dengan memperhatikan kenyamanan, kemandirian, kesejahteraan pasien dan keluarga, serta sesuai keyakinan dan kepercayaannya.
3. *Non-maleficence (doing no harm)*
   Tindakan yang dilakukan harus bertujuan untuk tidak mencede-rai atau memperburuk keadaan kondisi yang ada.
4. *Justice (fairness)*
   Memperlakukan semua pasien sama tanpa diskriminasi (tidak membedakan ras, suku, agama, gender, dan status ekonomi).

DIT.P2PTM

Keempat prinsip tersebut harus diterapkan pada saat melakukan *"inform consent"* sebelum melanjuntukan terapi. Demikian pula dengan prinsip etika pada anak tidak berbeda dengan yang diterapkan pada orang dewasa.

B. PENYAMPAIAN INFORMASI (*DISCLOSURE*)

Penyampaian informasi merupakan pemberian informasi dari petugas kesehatan yang berwenang kepada pasien dan keluarga tentang kondisi medis pasien. Penyampaian tersebut diberikan dengan mempertimbangkan hal-hal sebagai berikut :

1. Keinginan pasien untuk mengetahui atau tidak mengetahui kondisi sebenarnya.
2. Sejauh mana pasien ingin mengetahui kondisi yang sebenarnya.
3. Kesiapan pasien untuk menerima informasi berkaitan dengan kondisi yang sebenarnya.

Dalam hal pasien tidak menginginkan untuk mengetahui kondisi yang sebenarnya, perlu menunjuk wakil dirinya yang dapat menerima informasi tersebut. Dalam hal ini wakil yang ditunjuk dapat berasal dari keluarga maupun orang terdekat pasien yang dapat mengambil keputusan untuk pasien jika diperlukan.

Pada beberapa kasus seringkali ada dilema etika dalam hal penyampaian informasi kepada pasien. Tidak memberitahu pasien berarti memenuhi keinginan keluarga yang takut pasien tidak dapat menerima kondisinya (*do good*) atau menghalangi pasien untuk mengetahui kondisi sebenarnya dan untuk dapat membuat persiapan dalam menghadapi kondisi tersebut (*do harm*). Hal ini sering dihadapi di lapangan, bagaimanapun tim paliatif harus menghargai keputusan dari keluarga pasien.

C. KEPATUTAN TERAPI

Yang dimaksud kepatutan terapi pada pasien paliatif kanker adalah suatu pertimbangan medis dan efisiensi biaya (*cost effective*) terutama pada penyakit yang terminal. Terapi berlebihan yang bertujuan memperpanjang hidup secara progresif tidak mem-

berikan manfaat berarti justru menambah penderitaan pasien. Pertimbangan ini tergantung pada situasi klinis medis, kompleks dan sulitnya masalah, serta penilaian yang dilakukan berulang.

D. MENAHAN DAN MENGHENTIKAN TERAPI MEDIK *(TO WITH HOLD AND WITHDRAW = CURING VERSUS CARING)*

Setiap pasien memiliki kekhususan dalam menerima upaya perawatan paliatif. Penilaian dan keputusan harus dilakukan secara seksama dan individual. Oleh karena itu perlu dinilai kondisi pasien berdasarkan :

- Kondisi fisiologi sistem organ
- Ketergantungan pada terapi
- Derajat kesadaran
- Pilihan untuk sedasi dan analgesi
- Keterlibatan keluarga dan orang-orang yang dicintai.

Dalam kondisi khusus di rumah sakit pada pasien dengan kondisi terminal yang menggunakan alat bantu napas, diharapkan tim medis dapat menjelaskan manfaat dan kerugian melanjutkan penggunaan alat bantu napas pada kondisi tersebut. Bila keluarga memilih untuk menghentikan alat bantu tersebut, maka persetu-juan tertulis (*formulir inform concent*) dan pelepasan alat dilakukan oleh petugas medis dengan didampingi keluarga. Selain itu, perlu dilakukan penilaian obat-obat yang digunakan pasien secara berkala berdasarkan kebutuhan pasien.

1) KEMATIAN SEBAGAI PROSES ALAMIAH *(ALLOW NATURAL DEATH)*

Bila tim paliatif dan keluarga bersepakat bahwa kematian adalah proses alamiah, maka tindakan medis diberikan secara proporsional yaitu hanya tindakan yang bertujuan untuk mencapai kondisi terbebas dari penderitaan, damai dan bermartabat (*com-fort, peace and dignity*). Misalnya dengan tidak melakukan resusi-tasi jantung paru (RJP) dan tindakan invasif lainnya seperti pemakaian alat bantu pernapasan pada pasien kanker di masa

akhir kehidupannya dengan risiko yang telah dijelaskan sebelumnya. Hal ini tentunya diputuskan setelah dilakukan diskusi dengan keluarga dan pasien ketika masih memiliki kemampuan kognitif untuk mengambil keputusan.

DIT.P2PTM

MATERI INTI I
KOMUNIKASI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Komunikasi adalah proses dua arah dalam memberi dan menerima pesan. Tujuan komunikasi adalah tercapainya pengertian yang sama. Peran komunikasi sangatlah penting untuk mencari solusi dari suatu masalah namun sekaligus dapat berpotensi untuk menjadi sulit jika tidak dilakukan dengan benar.

Modul ini membahas tentang dasar-dasar komunikasi, strategi membina komunikasi, penyampaian berita buruk, penyampaian keinginan/ wasiat pasien dan keluarga, serta pembuatan keputusan.

1) TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan terampil dalam berkomunikasi dengan penderita kanker dan keluarga serta pelaku rawat.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

1. Menjelaskan dasar-dasar komunikasi
2. Melakukan komunikasi terapetik
3. Melakukan penyampaian berita buruk kepada pasien dan keluarga

3. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

A. Dasar-dasar komunikasi
B. Komunikasi dalam:
   1. *Breaking bad news*
   2. Mempertahankan harapan
   3. Menghadapi pasien dalam fase *denial, anger, bargaining, depression, acceptance*

IV. BAHAN BELAJAR

1. Buku Pedoman Program Paliatif Kanker
2. Buku Petunjuk Teknis Program paliatif Kanker Dewasa
3. Buku Petunjuk Teknis Program paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (*apersepsi*) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
   e. Menyampaikan definisi, tujuan dari materi dan aneka sumber belajar serta cara memanfaatkannya.
2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : *Review* pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta

2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
   c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   - Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   - Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   - Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

a. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi

DIT.P2PTM

b. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima.

VI.URAIAN MATERI

a. DEWASA

DASAR-DASAR KOMUNIKASI

Komunikasi adalah proses dua arah dalam memberi dan menerima pesan. Tujuan komunikasi adalah tercapainya pengertian yang sama. Peran komunikasi sangatlah penting dan kompleks sekaligus berpotensi untuk menjadi sulit (diskusi). Komunika-si juga berperan sebagai alat diagnostik dan terapetik. Untuk itu diperlukan keterampilan dan dapat dipelajari.

Komunikasi yang baik :

- Membina hubungan yang baik
- Memberikan value bagi orang lain
- Mengurangi rasa terisolasi
- Memberikan/ mengumpulkan informasi

- Mengekspresikan perasaan
- Mengurangi ketidakpastian
- Mendiskusikan permasalahan

Komunikasi terapetik adalah komunikasi yang dapat memberikan perubahan perilaku. Seorang pendengar aktif (*Active listening*) tidak sekedar hadir saat seseorang berbicara melainkan mendengarkan secara aktif dengan bahasa non-verbal.

Dalam komunikasi terapetik sangat penting adanya bahasa tubuh (*body language*). Dapat membaca bahasa tubuh adalah salah satu hal yang terpenting dalam good listening. Komunikasi verbal memberikan dampak persepsi yang sama sekitar 7%,; intonasi, kecepatan dan volume suara berdampak 38%; sehingga bahasa tubuh memberikan dampak sebesar 55%.

Strategi untuk membina komunikasi yang baik dengan pasien atau keluarga :

1) Mempersiapkan lokasi dan situasi untuk berdiskusi Persiapan diskusi :
   - Memastikan bahwa pasien dan keluarga dalam kondisi yang baik dan tim medis siap untuk menyampaikan informasi.
   - Tunjukkan rasa empati dan peduli dalam diskusi
   - Pertahankan kontak mata dengan pasien dan keluarga
   - Berikan bahasa tubuh yang baik

2) Melibatkan orang-orang terdekat pasien, terutama pengambil keputusan. Hal ini dapat dilakukan dengan :
   - Mengembangkan hubungan yang baik (*rapport*) dengan pasien dan keluarga.
   - Menunjukkan empati dan perhatian selama berlangsung masa konsultasi.
   - Arahkan topik pembicaraan sesuai dengan kultur pasien dan sikap yang positif.
   - Pertahankan kontak mata dengan pasien dan keluarga, duduk dekat pasien, gunakan bahasa tubuh yang sesuai dan berikan jeda waktu bagi pasien mengungkapkan apa yang dirasakannya.

3) Menggali informasi dari pasien dan pelaku rawat.
   - Jelaskan maksud dan tujuan diadakannya diskusi dan tanya-kan harapan dari pasien
   - Tinjau kembali pengertian dari pasien terhadap penjelasan mengenai situasi yang mereka hadapi dan berikan kesempatan untuk bertanya secara detil apa yang ingin mereka ketahui

4) Memberikan informasi sesuai kebutuhan pasien dan keluarga.
   - Berikan pasien kesempatan untuk membahas harapan-harapannya, atau disisi lain menghargai untuk tidak membahasnya jika pasien tidak menginginkannya.
   - Berikan informasi secara bertahap sesuai yang diinginkan pasien.
   - Gunakan bahasa yang jelas dan mudah dimengerti serta menghindari penggunaan istilah-istilah medis.
   - Menjadi pendengar yang baik dan tanyakan kembali untuk memperjelas maksud pernyataannya.
   - Jelaskan mengenai ketidakpastian dan keterbatasan dari prognosis dan masa akhir kehidupan.
   - Hindari memberikan batasan waktu kecuali kondisi pasien sudah terminal
   - Perhatikan juga hal-hal yang diperlukan oleh pelaku rawat. Pertimbangkan pertemuan terpisah antara pasien dengan pelaku rawat bila dibutuhkan.
   - Berikan informasi dan pendekatan yang konsisten kepada setiap anggota keluarga pasien, pasien dan tim paliatif yang merawat.
   - Minimalkan penggunaan kata-kata *'meninggal'* dan *'sekarat'* dalam diskusi.

5) Menghargai pertimbangan dan emosi pasien
   - Ketahui rasa takut, kekhawatiran dan reaksi emosional dari pasien dan pelaku rawatnya.
   - Bersikap aktif untuk memulai diskusi mengenai rencana selanjutnya dan masa menjelang akhir kehidupan.

- Berikan respon terhadap kesedihan dan kesulitan pasien setelah diskusi.

- Memberikan harapan yang realistis dan tidak berlebihan.
  - Bersikap jujur tetapi tidak memberikan informasi yang berlebihan dari yang diinginkan pasien.
  - Jangan memberikan informasi negatif untuk memberikan harapan palsu kepada pasien.
  - Yakinkan pasien bahwa tetap akan diberikan dukungan dan terapi untuk nyeri dan gejala lainnya.
  - Tanyakan dan berikan dukungan terhadap rencana dan keinginan pasien yang realistis dan dalam menjalani hari-harinya.

- Memberikan kesempatan untuk pasien dan keluarga untuk bertanya dan berdiskusi.
  - Berikan kesempatan pasien untuk bertanya untuk mengklarifikasi informasi, dan bersiap untuk menjelaskan kembali informasi bila diperlukan.
  - Buka peluang bagi pasien dan pelaku rawat untuk bertanya dilain waktu.

- Mendokumentasikan komunikasi tersebut.
  - Membuat ringkasan hasil diskusi di catatan medis pasien.
  - Sampaikan hasil diskusi kepada anggota tim paliatif yang merawat pasien untuk diketahui bersama.

- **Penyampaian berita buruk (*Breaking bad news*).**

  Apakah perlu memberitahu pasien tentang penyakit apa yang dideritanya ? Ada banyak pro dan kontra mengenai hal ini, tetapi perlu disadari bahwa hal ini sejalan dengan prinsip autonomy. Pasien berhak mengetahui penyakit yang dideritanya sejauh yang diinginkannya. Adalah kewajiban kita sebagai dokter untuk memberikan informasi tersebut. Dengan demikian maka hubungan dokter dan pasien dapat ditingkatkan dan pasien dapat diajak untuk bekerjasama dalam upaya pengobat-an/ perawatannya.

Sebagian besar pasien ingin mengetahui tentang penyakit yang dideritanya, sehingga bersama keluarga dapat merencanakan tindakan selanjutnya. Namun, pada beberapa kasus, keluarga meminta dokter dan tenaga medis lainnya untuk tidak memberitahu kondisi penyakitnya sehingga seringkali menimbulkan kesulitan bagi tim paliatif dalam menghadapi pasien. Perlu ditanyakan kekhawatiran apa yang menjadi penyebab sehingga keluarga ingin merahasiakan penyakit yang diderita pasien dan jelaskan keuntungan dan kerugian dari hal terse-but. Hal ini sangat penting sehingga hubungan antara tim palia-tif dengan pasien dan keluarganya tetap terjaga dengan baik.

Penyampaian informasi kepada pasien harus dilakukan secara hati-hati, dengan persiapan yang baik. *American Medical Association* pada tahun 1999 membentuk sebuah tim yang diberi tugas untuk menyusun proyek tentang *Education for Physician on End of Life Care (EPEC Project)* dan mereka mengajukan protokol 6 langkah sebagai berikut :

a. Persiapan
b. Menggali apa yang sudah diketahui penderita
c. Hal-hal apa yang masih ingin diketahuinya
d. Berbagi informasi
e. Menyikapi reaksi emosional pasien dan keluarganya
f. Melakukan perencanaan dan pemantauan lebih lanjut

Hal yang perlu disampaikan meliputi semua fakta medis mengenai penyakit yang dideritanya sejauh yang ingin diketahuinya. Sebaiknya penyampaian informasi dilakukan sedini mungkin agar pasien masih memiliki kapasitas untuk membuat keputusan dan tidak menunda-nunda hingga kondisinya memburuk. Dengan demikian pasien dan keluarga dapat merencanakan penanganan terhadap penyakitnya dan mengantisipa-si segala kemungkinan termasuk yang terburuk sekalipun.

Seringkali timbul pertanyaan mengenai siapa yang harus menyampaikan berita buruk tersebut. Sebaiknya dokter penanggungjawab pasien yang melakukan hal tersebut karena telah terjalin komunikasi dengan pasien dan keluarganya.

DIT.P2PTM

Namun seringkali timbul hambatan sehingga pasien dibiarkan dalam ketidakpastian dalam waktu yang lama. Hambatan-ham-batan yang sering terjadi adalah persepsi dokter sendiri tentang kematian, atau ketidaksiapan dokter untuk menyampai-kan serta kekhawatiran akan timbulnya reaksi emosional yang hebat sehingga akan merusak relasi terapetik yang selama ini sudah terjalin.

Dokter juga harus siap untuk menghadapi gejolak emosio-nal yang mungkin timbul akibat penyampaian berita buruk ini. Reaksi emosional yang timbul dapat bervariasi dalam berbagai bentuk, antara lain respon afektif, kognitif atau respon fisiologik dasar seperti *fight* atau *flight*. Dalam situasi yang demikian, pasien perlu diberikan waktu untuk mencurahkan emosinya dan dokter hendaknya bertindak selaku pendengar yang setia dan mempergunakan ketrampilannya dalam berkomunikasi khususnya komunikasi non-verbal. Pendampingan yang efektif di saat-saat sulit seprti ini akan makin menumbuhkan keper-cayaan pasien terhadap dokternya dan karena itu harus diman-faatkan sebaik mungkin.

Penyampaian mengenai prognosis merupakan suatu masa-lah tersendiri, karena tidak semua pasien memiliki latar belakang yang sama. Beberapa penderita yang termasuk dalam kelompok yang terbiasa merencanakan masa depannya akan cenderung meminta lebih bayak informasi sementara yang lain lebih suka mendapatkan penjaminan akan kese-lamatan dirinya. Karena itu setiap pasien harus dihadapi sesuai dengan ciri-ciri khas serta kebutuhannya. Tidak ada satu ahli pun yang dapat memperkirakan akhir hidup seseorang. Karena itu hindarilah memberikan batasan waktu secara detil melain-kan menggunakan perkiraan yang didasarkan dari data statis-tik. Oleh karena itu kita harus selalu berharap untuk yang terbaik, tetapi kita juga harus siap untuk menghadapi yang terburuk. Dengan demikian kita tidak mematikan harapan sese-orang dan juga tidak memberikan harapan yang palsu.

KOMUNIKASI DENGAN PELAKU RAWAT (*CARE GIVERS*)

Pelaku rawat adalah orang-orang yang berada di lini terdepan dalam perawatan pasien kanker. Kualitas perawatan sangat ditentukan oleh pelaku rawat, sehingga komunikasi dengan mereka perlu senanitasa dibina. Untuk menjamin hal tersebut hendaknya disediakan *log-book* yang memuat catatan mengenai tujuan perawatan, pilihan pengobatan, tindakan – tindakan awal di situasi darurat, hal-hal yang boleh dan tidak boleh dilakukan oleh dan terhadap pasien serta cara-cara mengubungi dokter. Perlu diperhatikan bahwa pelaku rawat dapat mengalami kejenuhan yang berakibat menurunnya mutu perawatan, sehingga sebaiknya mereka sebaiknya dibekali dengan manajemen stress untuk membantu mereka meng-hadapi pasien.

a. Penyampaian keinginan/ wasiat pasien dan keluarga (*advanced directives*).

Komunikasi antara dokter dan petugas kesehatan lain dengan pasien dan keluarga serta antara pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dalam perawatan paliatif. Pasien adalah pribadi yang harus dihargai haknya untuk mengetahui atau tidak mengatahui kondisi penyakitnya. Pasien juga merupakan individu yang berhak menentukan tindakan yang akan dilakukan terhadapnya jika pasien masih memilki kompetensi untuk membuat keputusan. Pada fase akhir kehidupan banyak pasien yang tidak lagi mampu membuat keputusan, sehingga pembicaraan tentang apa yang akan atau tidak dilakukan sebai-knya diputuskan pada saat pasien masih memiliki kesadaran penuh. Walaupun demikian keluarga tetap dapat dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Dalam menyampaikan *BERITA BURUK*, hal-hal berikut ini harus diperhatikan: Apa, sejauh mana, kapan, dengan siapa dan bagaimana cara menyampai-kan berita tersebut.

Dalam hal ini, dokter dan petugas kesehatan lain harus memperhatikan kultur yang dianut pasien dan keluarga.

E. Pembuatan Keputusan

Pasien kanker khususnya pada stadium lanjut seringkali dihadapkan pada pilihan yang sulit dalam menjalani terapi penyakitnya. Hal ini menjadi masalah ketika pasien tidak mampu membuat keputusan. Pasien adalah pribadi yang paling berhak untuk menentukan tindakan yang akan dilakukan atau tidak akan dilakukan terhadap dirinya.

Ketika pasien tidak mampu untuk membuat keputusan, misalnya karena gangguan kognitif pada stadium terminal, hal ini akan beralih kepada keluarga pasien. Seringkali keluarga juga menghadapi masalah yang sama karena takut membuat keputusan yang salah atau tidak sesuai dengan kehendak pasien yang dapat berujung pada perselisihan.

Syarat untuk pembuatan keputusan adalah kompeten dan menghendaki. Untuk membuat keputusan pasien dan atau keluarga harus memahami kondisi saat ini dan memahami tindakan yang akan dilakukan. Hal ini meliputi tujuan dilakukan-nya tindakan, efek samping, konsekuensi bila tidak dilakukan dan pilihan tindakan alternatif lainnya.

Pada kondisi dimana pasien tidak menginginkan untuk mengambil keputusan bagi dirinya, harus dipertimbangkan pengalihan kepada pihak keluarga yang ditunjuk oleh pasien. Hal ini dapat dilakukan melalui pertemuan keluarga ataupun *advanced directives* (pembuatan wasiat).

Advanced directives biasanya meliputi tindakan-tindakan yang dikehendaki dan tidak dikehendaki oleh pasien serta pesan-pesan penting lainnya. Hal ini dilakukan pada saat kondisi pasien masih kompeten, tidak tergesa-gesa dan dapat berubah sewaktu-waktu jika dikehendaki.

Manfaat *advanced directives* :

1. Pasien dapat menyampaikan apa yang dikehendaki dan tidak dikehendakinya
2. Keluarga dapat mengetahui apa yang dikehendaki dan tidak dikehendaki oleh pasien
3. Menghormati hak pasien untuk mengontrol sisa hidupnya

a. Membantu pasien mencapai tujuan prioritas
b. Mengurangi beban keluarga dan menghindari rasa bersalah
c. Menghindari perselisihan dalam keluarga.

B. ANAK

- **DASAR-DASAR KOMUNIKASI**
  - Komunikasi dan Pembuatan Keputusan pada Anak dan Orangtua

    Komunikasi sangat penting dan menyangkut semua aspek yang meliputi pemahaman anak akan penyakitnya, prognosis, serta perasaan anak dan keluarga. Prinsip penting dari komunikasi yang baik adalah memberikan informasi dan bersikap empati kepada pasien dan keluarga.

    Terdapat tiga elemen penting menurut *Street* (1991) mengenai komunikasi antara tim paliatif, anak dan orang tua, yaitu:

    1) Keinformatifan : kualitas dan kuantitas informasi medis dari tim paliatif
    2) Sensitifitas interpersonal : sikap afektif yang mencerminkan minat dan atensi dari tim paliatif dalam menghadapi kekhawatiran dari anak dan orang tua.
    3) Membangun kemitraan dengan menggali lebih dalam mengenai hal-hal yang menjadi kekhawatiran, rencana ke depan dan memberikan saran untuk mengatasinya.

    Orangtua mengalami kesulitan berbicara dengan anaknya mengenai kondisi penyakit, khususnya mengenai kema-tian. Anak diberikan infomasi tentang penyakitnya dengan mempertimbangkan usia. Anak dengan kanker pada umum-nya dapat memahami tentang kondisi penyakitnya. Mereka dapat menerima informasi dengan lebih baik berbeda dari yang diperkirakan orangtua.

    Faktor-faktor yang mempersulit komunikasi, yaitu:

    1) Adanya pemahaman dan kesalahpahaman.
    2) Mekanisme koping emosi (kemampuan mengatasi emosi).

1. Adanya perbedaan informasi yang diberikan dengan penerimaan informasi.
2. Kesulitan dalam mengingat informasi.
3. Kultur dan budaya dari keluarga pasien

Sehubungan dengan hal tesebut, maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi, tentang:
1. Kondisi mereka yang sebenarnya
2. Kemungkinan yang akan terjadi
3. Ungkapan perasaan mereka dan apa yang dikhawatirkan
4. Pilihan perawatan yang akan diberikan dan membantu anak dan keluarga untuk memutuskan.

Komunikasi harus disesuaikan dengan usia anak:
1. Bayi - 3 tahun
2. Usia >3-6 tahun
3. Usia >6-9 tahun
4. Usia >9-13 tahun
5. Usia >13-18 tahun

Menjelang akhir kehidupan, biasanya anak akan mengungkapkan perasaan dan emosi mereka, seperti:
1. Rasa marah kepada penyakitnya dan mengapa dia mendapatkan penyakit ini.
2. Rasa kecewa kepada orangtua karena mereka dianggap tidak dapat menghilangkan penyakitnya.
3. Rasa takut akan kehilangan fungsi tubuh, seperti berjalan dan bermain.
4. Rasa bersalah karena kondisinya membuat keluarga bersedih.
5. Rasa malu atas kondisi fisiknya.
6. Rasa takut akan munculnya rasa nyeri.

Saran untuk orangtua dalam menghadapi munculnya perasaan atau emosi tersebut:
1) Jujur kepada anak.

A. Luangkan waktu untuk bersama anak.
B. Mempersiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak.
C. Dapat mengupayakan kualitas hidup anak yang baik.
D. Dapat menjaga harapan, yaitu bukan harapan akan kesembuhan tetapi harapan akan hidup yang berkualitas dan kematian yang baik.
E. Menjaga kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu berubah, seperti menonton televisi bersama atau makan malam bersama di meja makan.
F. Menghormati hal-hal yang pribadi, seperti anak remaja yang sudah memiliki pacar atau teman dekat.

KOMUNIKASI DALAM:

1. Penyampaian berita buruk (*Breaking bad news*).

Diskusi mengenai penyampaian berita buruk sebaiknya dimulai dengan terlebih dahulu mengetahui sudut pandang masalah dari sisi pasien dan keluarganya. Secepatnya temui-lah orang tua atau keluarga untuk memberitahukan bahwa anaknya akan atau sudah meninggal. Jangan memakai ung-kapan-ungkapan, contohnya : anak anda telah pergi.

Peran petugas kesehatan adalah membantu orang tua dengan menunjukkan kepedulian kita serta memberi informasi yang jelas dan jujur. Tunjukkan simpati dan meninggalnya anak bukan karena kesalahan orang tua.

2. Pengambilan keputusan

Anak tidak dapat mengambil keputusan bagi dirinya dan tidak dapat mengkomunikasikan keinginannya. Orang tua dianggap sebagai wali pengambil keputusan terbaik bagi anak-nya. Agar kedua orang tua dapat mengambil keputusan dengan penuh tanggung jawab, diperlukan informasi yang relevan berdasarkan data yang ada, akurat dan jujur mengenai kerugian dan keuntungan setiap tindakan. Berikan waktu yang cukup kepada orang tua untuk menanyakan semua hal yang

belum jelas atau mungkin mau mencari pendapat lain atau perlu waktu untuk mempertimbangkan semua kemungkinan.

1. Mempertahankan harapan.
    1. Berpikiran positif.
    2. Menjaga emosi dalam menghadapi anak.
    3. Mempererat ikatan orangtua dengan anak.
    4. Memberikan dukungan emosi dan psikologis.

DIT.P2PTM

DIT.P2PTM

MATERI INTI 2
TATA LAKSANA GEJALA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Prinsip tata laksana gejala pada pasien kanker meliputi tahap identifikasi dan evaluasi, penjelasan, diskusi, pengelolaan secara individu, perhatian khusus serta pengawasan.

Modul ini membahas mengenai tata laksana gejala fisik yang dialami oleh pasien dewasa dan anak dengan kanker yang meliputi tata laksana medis dan non medikamentosa.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu melakukan penatalaksanaan gejala

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

1. Mengidentifikasi gejala dan tanda melalui pemeriksaan klinis dan alat penunjang
2. Melakukan penatalaksanaan gejala
3. Melakukan rujukan
4. Melakukan evaluasi hasil tatalaksana gejala

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

1. Identifikasi gejala dan tanda melalui pemeriksaan klinis dan alat penunjang
2. Penatalaksanaan gejala
3. Rujukan atas indikasi
4. Evaluasi hasil tatalaksana gejala

IV. BAHAN BELAJAR

1. Bahan WHO : *Palliative Care : Symptom Management and End of Life Care* (2004)
2. Buku Pedoman Program Paliatif Kanker
3. Buku Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Dewasa
4. Buku Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Pada Anak

VII. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

1) Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

c. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
   e. Menyampaikan definisi, tujuan dari materi dan aneka sumber belajar serta cara memanfaatkannya.

d. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

2) Langkah 2 : Review pokok bahasan

c. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan secara garis besar dalam waktu yang singkat

b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas
c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta

3. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
   c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

c. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.

2) Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

d. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempresentasikan hasil diskusi

DIT.P2PTM

b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
d. Merangkum hasil diskusi

2. Kegiatan Peserta
   - Mengikuti proses penyajian kelas
   - Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   - Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima.

1) URAIAN MATERI

A. DEWASA

Prinsip tata laksananya adalah sebagai berikut:

1. IDENTIFIKASI DAN EVALUASI:

a. Identifikasi dan evaluasi terhadap gejala dan tanda penyakit yang ada:
   - Identifikasi gejala dan tanda, karakteristik, lamanya terjadi
   - Apa penyebab gejala tersebut (kanker, anti kanker dan pengobatan lain, tirah baring, kelainan yang menyertai)

- Mekanisme apa yang mendasari gejala yang muncul? (misalnya: muntah karena tekanan intrakranial yang meningkat berlainan dengan muntah karena obstruksi gastrointestinal)
- Adakah hal yang memperberat gejala yang ada (cemas, depresi, insomnia, kelelahan)
- Apakah dampak yang muncul akibat gejala tersebut? (misalnya: tidak bisa tidur, tidak nafsu makan, tidak dapat beraktifitas)
- Pengobatan atau tindakan apa yang telah diberikan? Mana yang tidak bermanfaat?
- Tindakan apa saja yang dapat dilakukan untuk mengatasi penyebabnya?

b. Evaluasi terhadap pasien:
- Seberapa jauh progresifitas penyakit ? Apakah gejala yang ada merupakan gejala terminal atau sesuatu yang bersifat reversible?
- Apa pendapat pasien terhadap gejala tersebut?
- Bagaimana respon pasien?
- Bagaimana fungsi tubuh? (Gunakan KARNOFSKY RATING SCALE)

2) PENJELASAN:

Penjelasan terhadap penyebab keluhan yang muncul sangat bermanfaat untuk mengurangi kecemasan pasien. Jika dokter tidak menjelaskan, mungkin pasien bertambah cemas karena menganggap dokter tidak tahu apa yang telah terjadi dalam dirinya.

3. DISKUSI

Diskusikan dengan pasien pilihan pengobatan yang ada, hasil yang dapat dicapai dengan pilihan yang tersedia, pemerik-saan yang diperlukan, dan apa yang akan terjadi jika tidak dilakukan pengobatan.

4. PENGELOLAAN SECARA INDIVIDU

Pengobatan bersifat individual, tergantung pada pilihan

yang tersedia, manfaat dan kerugian pada masing masing pasien dan keinginan pasien dan keluarga.

Pengobatan yang diberikan terdiri dari:

1) Atasi masalah berdasarkan penyebab dasar : atasi penyebabnya bila memungkinkan (Pasien dengan nyeri tulang karena metastase, lakukan radiasi bila memungkinkan. Pasien dengan sesak nafas karena spasme bronkus, berikan bronkodilator)
2) Prinsip pengobatan: berikan tatalaksana yang bermanfaat dan mencegah tindakan yang merugikan pasien. Pada pemberian analgesik opioid (beri peroral bila memungkinkan, setiap obat opioid dimulai dengan dosis terendah, kemudian lakukan titrasi, untuk mendapatkan efek yang optimal, berikan secara periodik).
3) Terapi fisik dan rehabilitasi: selain dengan obat, modalitas lain diperlukan untuk mengatasi gejala misalnya relaksasi, pengaturan posisi, penyesuaian lingkungan, menggunakan alat bantu fisik.

5. PERHATIAN KHUSUS

Walaupun gejala yang ada tidak dapat diatasi penyebabnya, mengatasi keluhan secara simtomatis dengan memperha-tikan hal-hal kecil sangat bermanfaat (misalnya jika operasi, kemoterapi atau radiasi pada kanker esofagus tidak dapat lagi diberikan, maka pengobatan kebersihan mulut untuk masalah jamur di mulut akan bermafaat bagi pasien). Gunakan kata tanya “Mengapa” untuk dapat mengatasi mencari penyebab gejala. (misalnya: seorang pasien kanker paru muntah. Pasien tidak hiperkalsemia atau tidak menggunakan dengan opioid mengapa pasien muntah?). Berikan perhatian pada setiap keluhan, walaupun keluhan itu kadang tidak sesuai dengan kelainan fisik, karena keluhan timbul bukan hanya akibat masa-lah fisik tetapi juga psikis.

6. PENGAWASAN

Pengawasan terhadap pasien, gejala yang ada dan dampak

pengobatan yang diberikan sangat diperlukan karena pada stadium lanjut, karena keadaan tersebut dapat berubah dengan cepat.

Gejala fisik dan tanda keluhan penyakit yang muncul pada pasien sesuai dengan stadium penyakit :

1. NYERI

Nyeri adalah keluhan yang paling banyak dijumpai pada pasien kanker stadium lanjut. Nyeri juga merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga. 95% nyeri kanker dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial, dan spiritual.

Tabel 2. Jenis Nyeri

DIT.P2PTM

	NOSISEPTIK			NEUROPATIK
	Somatik superfisial	Somatik dalam	Viseral	
Asal rangsanga	Kulit, subkutan, mukosa mulut, hidung, sinus, uretra, anus	Tulang, sendi, otot, tendon, ligament	Organ tubuh, masa tumor dan kelenjar getah bening yang dalam	Kerusakan pada saraf nosiseptik
Sifat	Panas,tajam,menyenga	Tumpul, berdenyut,	Tumpul, dalam, kram	Disestesia, alodinia,
Lokasi	Sangat terlokalisir	Terlokalisir	Sukar ditentukan	phantom, kebas
Penjalaran	Tidak	Tidak/ya	Ya	Sesuai dermatom
Efek gerakan	Tidak	Memperburuk	Mungkin meringankan	Ya
Nyeri tekan	Ya	Ya	Mungkin	Traksi memperburuk
Efek otonom	Tidak	Mungkin	Mual, muntah, berkeringat, tekanan darah, nadi	Tidak stabil: hangat/dingin, berkeringat, sianosis, pucat

Penilaian nyeri: Gunakan formulir untuk penilaian nyeri terlampir.

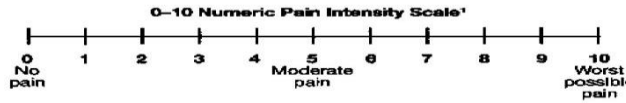
Tabel 3. Skrining Nyeri

Dokter layanan primer dan Rumah Sakit		Rumah Sakit
Nyeri +	**Nyeri -**	**Antisipasi Nyeri**
1. Ukur skala nyeri 24 jam terahir dan saat ini, saat istirahat dan bergerak* 2. Karakteristik nyeri 3. Lokasi nyeri 4. Penjalaran/ reffered 5. Menetap/intermitten 6. Onset dan durasi 7. Faktor yang memperberat/memperingan 8. Dampak terhadap aktivitas, kemampuan berjalan, pekerjaan, nafsu makan, tidur, mood dan hubungan dengan orang lain 2) Gejala lain yang menyertai 3) Obat dan dosis dan intervensi yang telah dilakukan 4) Respon dan efek samping terhadap obat atau intervensi tersebut 5) Riwayat kanker dan pengobatannya 6) Pemeriksaan fisik 7) Laboratorium penunjang 8) Aspek lain: • Arti dan akibat nyeri bagi pasien dan keluarga • Pengetahuan dan kepercayaan tentang nyeri • Kultur terhadap nyeri • Faktor Spiritual dan keyakinan/agama terhadap nyeri • Tujuan dan harapan tata laksana nyeri • Kondisi psikologis pasien • Dukungan keluarga • Gangguan psikiatri • Faktor resiko adanya ketidak taatan berobat 9) Tentukan etiologi (kanker, terapi kanker atau prosedurnya, non kanker, debilitas) 10) Penyakit komorbid yang menyertai	Skrining pada kunjungan berikutnya	1. Berikan analgesi dosis renjatan sebelum prosedur dilakukan 2. Berikan ansiolitik bila diperlukan 3. Anestesi topikal 4. Lidocain subkutaneus

DIT.P2PTM

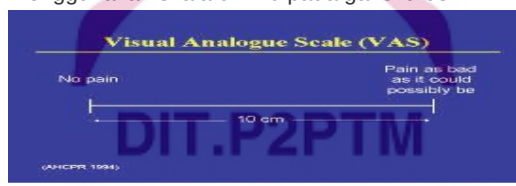
PENILAIAN NYERI BERDASARKAN VISUAL VERBAL (*lihat panduan tata laksana nyeri)

2) Skala Angka (*Numeric Rating Scale*)
Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0-10 0 berarti tidak nyeri dan 10 sangat nyeri



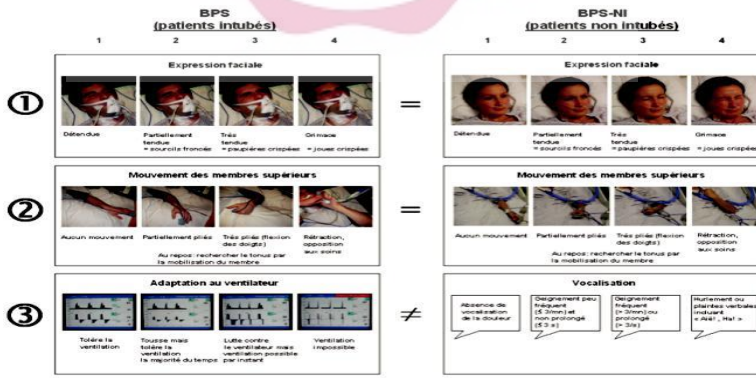
3) Skala Kategori
Dibagi atas : nyeri ringan – nyeri sedang – nyeri berat

4) *Visual Analog Scale*
Menggunakan skala 0 – 10 pada garis lurus



DIT.P2PTM

5) *Behaviour Pain Scale* (Payen JF et al. Crit Care Med, 2001)
Digunakan pada pasien yang tidak dapat berkomunikasi atau menggunakan ventilator



Behavior Pain Scale (BPS) untuk pasien dewasa dengan penurunan kesadaran dengan ventilator : (mengacu pada gambar diatas → sebelah kiri)

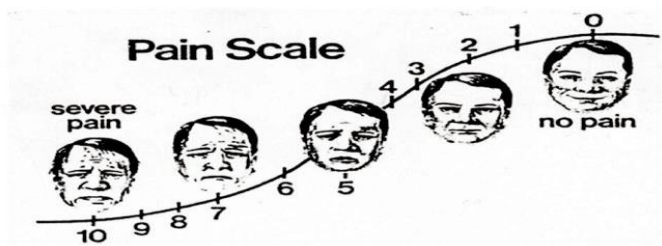
Keterangan :

Ekspresi Wajah	
Tenang	1
Sebagian Muka menegang (dahi mengerenyit)	2
Seluruh muka menegang (kelopak mata menutup)	3
Wajah menyeringai	4
Pergerakan atau posisi ekstremitas atas	
Tenang	1
Menekuk sebagian di daerah siku	2
Menekuk total dengan disertai jari-jari mengepal	3
Menekuk total secara terus-menerus	4
Toleransi terhadap ventilasi mekanik	
Dapat mengikuti pola ventilasi	1
Batuk tetapi masih dapat mengikuti pola ventilasi	2
Melawan pola ventilasi	3
Pola ventilasi tidak ditoleransi	4

DIT.P2PTM

Nilai < 5 berarti pasien bebas nyeri
Nilai > 5 berarti pasien mengalami nyeri yang perlu diterapi

e. Skala Wajah (*Wong-Baker Scale*)



Gambar 2. *Wong-Baker Scale*

TATA LAKSANA NYERI:

Sesuai dengan penyebab yang ada dan prinsip tata laksana yang digunakan di perawatan paliatif, modalitas yang dapat digunakan adalah sbb:

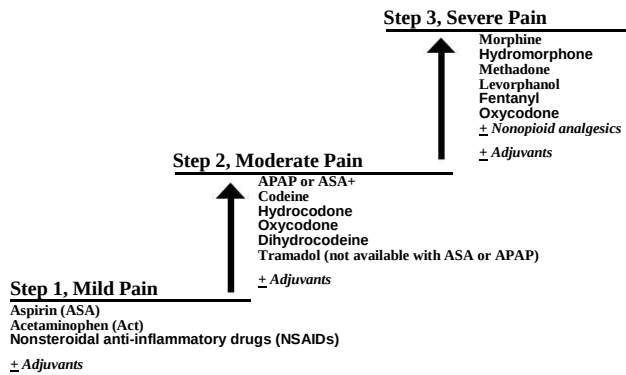
1) Medikamentosa :
   Analgesik: NSAID, Non opioid, Opioid; Adjuvant (kortikos-teroid, antidepresan, anti epilepsi, relaksan otot, antispasmodik)
2) Non - Medikamentosa
   - Modifikasi lingkungan dan gaya hidup: hindari aktifitas yang memacu atau memperberat nyeri, immobilisasi bagian yang sakit dengan alat, gunakan alat bantu untuk jalan atau kursi roda
   - Fisik: kompres hangat, TENS
   - Psikoterapi : *cognitive-behavioural terapy, psychody namic therapy*
   - Relaksasi misalnya dengan berdoa, meditasi, dan pemijatan

c. Prosedur/tindakan misalnya anestesi, neurolisis, akupunktur, radioterapi dan pembedahan.

Penggunaan obat

Penggunaan analgesik dan obat adjuvant sangat penting. Digunakan pedoman *WHO STEP LADDER* sebagai dasar pemberian obat (WHO Geneva, 1986 disesuaikan dengan obat yang tersedia di Indonesia)

Gambar 3. *WHO Step Ladder*



Tabel 4. Penggunaan analgesik untuk tatalaksana nyeri

		ANALGESIK	OBAT PILIHAN	OBAT LAIN
STEP 1 Ringan 1 - 3	Nyeri	Non Opioid Adjuvan	NSAID	Parasetamol
STEP 2	Nyeri menetap	Opioid lemah	Kodein	Tramadol
Sedang 4 - 6	atau meningkat	Non opioid Adjuvan		
STEP 3 Berat 7 - 10	Nyeri menetap atau meningkat	Opioid kuat Non opioid Adjuvan	Morfin	Fentanil

NON OPIOID

PARASETAMOL:

1) Digunakan untuk nyeri ringan, terutama untuk jaringan lunak dan muskuloskeletal serta penurun panas
2) Sebagai suplemen opioid sehingga memungkinkan dosis opioid yang lebih kecil.
3) Dosis parasetamol adalah 500 mg – 1000 mg per 4 jam. Dosis maksimal adalah 3 gram perhari.

NSAID *(Non Steroid Anti Inflamatory Drug)*

NSAID sangat efektif untuk menangani nyeri tulang. Selain itu, dipakai pada nyeri akibat inflamasi dan kerusakan jaringan, nyeri karena metastase tulang, demam neoplastik dan nyeri post operasi.

Tabel 5. Dosis NSAID

Golongan NSAID, dosis dewasa, interval dan dosis maksimum.

Obat	Dosis dewasa (mg)	Interval (jam)	Dosis maksimum (mg/hr)
ORAL			
Celecoxib	100 – 200	12 – 24	400
Diclofenak	25 - 50	8 – 12	150
Ibuprofen	200 - 400	6 – 8	2400
Ketoprofen	50 - 100	6 – 12	200
Ketorolac (max. hari)	10	4 – 6	40
< 65 th	10	6 – 8	30 – 40
>65 th	500	8	1500
Asam Mefenamat	7.5 – 15	24	15
Meloxicam	10 – 20	24	20
Piroxicam			
PARENTERAL	10 – 30	4 – 6	90
Ketorolac	10 – 15	4 – 6	60
< 65 tahun			
>65 tahun			

OPIOID UNTUK NYERI SEDANG/ NYERI RINGAN YANG TIDAK RESPON TERAPI SEBELUMNYA

KODEIN:

- Digunakan untuk nyeri sedang, dapat diberikan secara oral.
  - Dosis: 0,5- 1 mg/kg (max 60 mg/dosis)
  - Efek samping: sedasi, konfusi, hipotensi, mual, muntah dan konstipasi

3) Efek samping berupa konstipasi memerlukan laksatif secara rutin

TRAMADOL:

- Dosis: 2 mg/kg dosis maksimal (iv) 600 mg/ 24 jam dan dosis maksimal (po) 8 mg/kg/hari.
- Tramadol memiliki efek samping yang minimal terhadap sedasi, depresi pernafasan dan gastrointestinal , efek samping lain: mual, muntah, gangguan sistem kardio-vaskular dan pernafasan (efek minimal)

OPIOID UNTUK NYERI BERAT/ NYERI SEDANG YANG TIDAK RESPON TERHADAP TERAPI SEBELUMNYA

MORFIN ORAL

- Morfin adalah jenis obat lini pertama jika ada indikasi pemberian opioid
- Mulai dengan dosis kecil immediate release (IR) p.o : 2,5 – 5 mg tiap 4 jam kemudian lakukan titrasi sampai dosis yang diperlukan. Bila tidak ada morfin IR, dapat diberikan morfin MST peroral tiap 12 jam. Gantikan IR morfin dengan sustained release (SR) morfin segera setelah dosis yang diperlukan tercapai: dosis 24 jam immediate release dibagi 2 untuk diberikan 2x sehari.
- SR morfin mempunyai kelebihan seperti tidak perlu minum di tengah malam, efek samping mengantuk dan mual lebih ringan, dan rasa yang lebih dapat diterima.
- Berikan dosis SR pertama bersamaan dengan dosis IR terakhir.

6) Tablet SR jangan digerus, jangan dikunyah, harus ditelan utuh agar memiliki efek kerja dan durasi yang diinginkan.
7) Tetap gunakan IR morfin untuk nyeri renjatan dan nyeri insiden dengan dosis 1/6 - 1/10 total dosis 24 jam.
8) Jika nyeri renjatan atau insiden terjadi, dosis harian (dosis dasar) tetap diberikan sesuai jadwal.
9) Dosis morfin perlu dinaikkan 30% – 50% jika efek morfin hanya sebagian atau durasinya sebentar.
10) Dosis morfin perlu diturunkan 30% - 50% jika efek sam-ping yang muncul persisten.
11) Dosis harian perlu dinaikkan, bila renjatan nyeri terjadi 3x atau lebih dalam sehari, dengan menjumlahkan dosis harian dan jumlah dosis renjatan untuk hari berikutnya
12) Bila pasien tidak dapat menelan, tablet dapat diberikan per rektal dengan dosis yang sama.

MORFIN PARENTERAL

13) Pemberian morfin secara parenteral diperlukan jika pasien tidak dapat menelan, mual muntah hebat atau ada obstruksi usus, kesadaran yang menurun, kebutuhan dosis yang tinggi, nyeri harus segera diatasi dan pada pasien yang tidak patuh untuk minum obat.
14) Pemberian morfin parenteral sebaiknya diberikan secara subkutaneus (SK) atau intravena (IV). Pemberian intramuskuler sebaiknya dihindari karena absorbsi yang tidak teratur dan nyeri pada saat penyuntikan.
15) Dosis morfin parenteral adalah 1/3 dosis oral.
16) Dosis morfin parenteral 24 jam adalah jumlah dosis oral
24 jam dibagi 3. (dosis dasar + dosis renjatan, tidak termasuk dosis untuk nyeri insiden)
17) Pemberian morfin SK atau IV dimulai dengan 1/3 dosis oral.
18) Pemberian morfin secara intermiten dengan dosis 1/6 dosis 24 jam, diberikan tiap 4 jam.
19) Pemberian SK atau IV secara kontinyu dimulai dengan pemberian dosis loading 1/6 dosis 24 jam.

DIT P2PTM

DIT.P2PTM

FENTANIL

- Fentanil tidak memiliki bentuk aktif metabolit. Efek samping terhadap susunan saraf pusat lebih sedikit dibanding dengan morfin. Efek konstipasi juga lebih ringan.
- Pemberian dapat melalui transdermal atau parenteral. Pemberian IV atau SK memiliki durasi singkat sehingga dapat digunakan untuk nyeri renjatan, insiden atau prose-dur.
- Kekurangan fentanil adalah tidak memiliki bentuk oral, dosis yang besar tidak dapat diberikan melalui SK karena memiliki volume yang besar, efek onset yang lama (18-24 jam), dosis transdermal terbatas (12,5; 25; 50; dan 100 mikrogram per jam) dan tidak dapat dipotong untuk mendapatkan dosis yang lebih kacil. Kekurangan yang lain adalah bila pasien berkeringat, bentuk transdermal mungkin kurang bermanfaat.
- Bila menggunakan transdermal, dosis dasar opioid harus tetap diberikan pada 12 – 18 jam pertama.
- Dosis equivalen untuk 25 mikrogram per jam trandermal fentanil adalah 60 – 100 mg oral morfin/24 jam.

Tanda klinis toksik dan overdosis yang perlu diketahui pada penggunaan opioid kuat :

1) Gangguan kesadaran
2) Delirium
3) Halusinasi
4) Mioklonus
5) Depresi nafas (melambatnya pernafasan) .

Tabel 6. Terapi ADJUVAN

Golongan obat	Manfaat	Dosis	Keterangan
NMDA -reseptor antagonist	Nyeri neuropatik	10 – 25 mg SK/ 50 -100 mg/24 jam	
Ketamine	Nyeri neuropatik		
Antiepileptik		100 – 400 mg/ 12 jam	Kenaikkan dosis/3 hr
Carbamazepine			Mulai 300 mg 1x/hr
Gabapentin	Nyeri neuropatik	300 mg per 8 jam	Kenaikan dosis/7 hr
Antidepresan: trisiklik (amitript ilin)	Nyeri neuropatik	10 – 150 mg ON	TIK ▌kompresi tulang belakang, distensi liver, obstruksi
Antiaritmia: Klonidin	Nyeri akibat SOP		
Kortikosteroid		4 – 16 mg PO/SK/hr	
Deksametason		25 - 10 0 mg PO/hr	
Prednisolon	Nyeri metastase Tulang		
Bifosfonat			
Disodium pamidronat			
Sodium klodronat		4 mg IV 15 minutes	
Asam z oledroni k	Nyeri spasme otot lurik		
Benzodiazepin		2 – 5 mg, 1 – 3x/hari	
Diazepam		5 – 25 mg, 3x/hari	Hati2 pd gg gin jal
Baclofen		10 mg SK/ 4 jam	Mungkin digunakan bersama opioid
Agen antikolinergik	Nyeri spasme otot Polos	60 -80 mg/ 24 jam	
Hyosin butylbromid			

DIT.P2PTM

Pada fase terminal dari stadium terminal (kematian diperkira-kan dalam hari atau minggu):

a. Jangan kurangi dosis opioid semata mata karena penurunan tensi, respirasi atau kesadaran, namun pertahankan sampai mencapai kenyamanan. Perlu diperhatikan adanya tanda-tanda depresi napas.
   Tanda-tanda depresi napas :
   1) Hitung napas ≤ 12 kali per menit
   2) Pupil miosis
   3) Kebingungan
   4) Mengantuk
   5) Perubahan mood yang tiba-tiba
   6) Mual dan muntah yang tidak terkontrol
   7) Disorientasi

b. Perhatikan adanya neurotoksisitas karena opioid termasuk hiperalgesia
c. Bila pengurangan dosis diperlukan, kurangi 50% dosis dalam 24 jam
d. Gantikan cara pemberian opioid bila diperlukan (oral, sk, iv,transdermal) dengan dosis konversi
e. Bila terdapat nyeri berulang (*refractory pain*), pertimbang-kan sedasi

Tata laksana rehabilitasi medik non medikamentosa pada nyeri kanker paliatif, yakni pemberian modalitas TENS*/inter-ferensial , superficial heating, massage, relaksasi, breathing exercise, muscle and joint exercise, propper body position-ing*, dan pada kasus metastase di tulang belakang, diberi-kan *spinal ortose*.

CATATAN :

4. Untuk nyeri kepala karena peningkatan TIK / edema otak dapat diberikan steroid
5. Nyeri tulang karena hiperkalsemia dapat diberikan bifosfonat

- Bila ditemukan infeksi penyerta / infeksi sekunder diberikan antibiotik yang sesuai.
- Nyeri karena kolik diberikan antispasmodik
- Nyeri karena spasme otot diberikan muscle relaxan

Edukasi pasien :

- Berikan penjelasan kepada pasien dan keluarga untuk meminum obat secara rutin sampai ada instruksi lebih lanjut dari dokter, tanpa menunggu nyeri datang kembali.

  Untuk obat morfin, terdapat dua sediaan Intermediate Release (IR) setiap 4 jam, dan Morfin Sustain Release (MST) setiap 12 jam.
- Metode lain yang dapat digunakan untuk mengontrol nyeri yaitu :
  - o Dukungan emosi dari orang terdekat pasien
  - o Metode fisik seperti sentuhan, belaian, anjuran bernapas teratur, menggunakan air dingin/es batu di daerah nyeri dan air hangat untuk mengurangi kembung
  - o Metode kognitif, misalnya mendengarkan musik, membayangkan hal yang menyenangkan, menggunakan aromaterapi, dsb.
  - o Berdoa sesuai dengan keyakinan masing-masing.
  - o Menggunakan praktek alternatif/ tradisional yang bermanfaat dan tidak membahayakan.

2. GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN

a. XEROSTOMIA

Xerostomia atau mulut kering mungkin tidak menimbul-kan rasa haus pada pasien stadium terminal, sehingga perlu diperiksa walaupun pasien tidak mengeluh, untuk melihat apakah ada tanda dehidrasi, inflamasi, kotor atau tanda infeksi.

Penyebab mulut kering bisa berupa kerusakan kelenjar liur, akibat radiasi, kemoterapi atau infeksi, atau efek samping obat seperti Trisiklik, antihistamin, antikoli-

nergik. Dehidrasi dan penggunaan oksigen tanpa pelem-bab dapat juga menyebabkan mulut kering. Penyebab yang sering adalah adanya infeksi kandida akibat pemakaian steroid yang lama.

Tata laksana:

- Atasi dasar penyebab :
  a) Tinjau obat yang diberikan
  b) Berikan obat untuk kandidiasis
- Non Medikamentosa: lakukan perawatan mulut seper-ti di bawah
- Medikamentosa: Pilokarpin solution 1mg/1ml, 5 ml kumur 3 x sehari

b. STOMATITIS

a.

Peradangan pada mulut bisa sangat mengganggu pasien. Stomatitis dapat menyebabkan perubahan rasa yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Nyeri yang muncul mengakibatkan pasien tidak dapat makan/minum sehingga pemberian obat dapat tergang-gu.

Stomatitis dapat disebabkan oleh radiasi, kemoterapi, infeksi (jamur, virus, bakteri), pemakaian obat, dan malnu-trisi.

Pengobatan berupa perawatan mulut dan menghilang-kan penyebabnya

PERAWATAN MULUT

1) Mencuci mulut setiap 2 jam dengan air biasa atau air yang dicampur dengan air jeruk, sodium bikarbonat.
2) Jaga kelembaban mulut dengan sering minum
3) Pada *xerostomia*: Rangsang air liur dengan irisan jeruk yang dibekukan, potongan es atau permen karet tanpa gula.
4) Untuk mencegah agar`bibir tidak pecah pecah, olesi dengan krim dengan bahan dasar lanolin
5) Pada hipersalivasi: teteskan di mulut atropin tetes mata 1%, 1 – 2 tetes 3 x sehari

PERAWATAN SIMTOMATIS untuk mengurangi nyeri

6. Parasetamol kumur (gargle) setiap 4 jam
7. Lignocain 2% 10 – 15 ml, kumur setiap 4 jam

PENGOBATAN SESUAI PENYEBAB

A. Kandidiasis:
   a) Miconazol 2%, 2.5 mg oleskan lalu telan
   b) Nystatin 100.000 unit/ml, 1 ml oleskan lalu telan.
   c) Untuk kandidiasis berat: Fluconazol 50 – 100 mg PO/ hari atau ketoconazol 200 mg PO/ hari

B. Ulkus Aphtous
   Pasta triamcinolon asetonid 0.1%/ 8 jam

C. Herpes simplex
   a) Lesi tunggal: acyclovir 5% oleskan/4 jam.
   b) Pada kasus berat: acyclovir 400 mgPO/8 jam atau 5mg/kg IV/8 jam
   c) Catatan: cara pengunaan obat dan perawatan mulut yang baik sangat diperlukan agar mencapai hasil optimal.

c. KESULITAN MENELAN/DISFAGIA

Terdapat tiga fase yang diperlukan untuk menelan, yaitu fase *bukal, faringeal* dan *esophageal*. *Disfagia* dapat terjadi pada ketiga fase tersebut. Penyebab disfa-gia berbagai macam seperti obstruksi tumor, peradangan yang disebabkan oleh infeksi, radiasi atau kemoterapi, xerostomia, gangguan fungsi neuromuskuler akibat ope-rasi, fibrosis karena radiasi, ganguan saraf kranial dan kelemahan umum. *Disfagia* dapat disertai dengan *odinofagia* yang mempersulit keadaan pasien.

Tata laksana pada *disfagia orofaringeal*:

2. Edukasi cara makan seperti posisi duduk agar bisa menelan lebih mudah, dan jenis makanan yang lembut dalam porsi kecil.
3. Kortikosteroid sering bermanfaat pada disfagia yang disebabkan oleh obstruksi intrinsik, infiltrasi pada saraf dan disfungsi saraf kranial.

- Akumulasi air liur akibat obstruksi dapat dikurangi dengan obat antikolinergik untuk mencegah aspirasi dan air liur yang mengalir terus menerus yang mengganggu.
- Nutrisi enteral: Pemberian makanan melalui rute lain seperti sonde lambung (*Nasogastic tube)* atau *gastros-tomi subkutanius* perlu dipertimbangkan manfaat dan kerugiannya dilihat dari kondisi pasien.

Tata laksana pada *disfagia esophageal*:

- Kortikosteroid yang diberikan pada waktu singkat: deksametason 8 mg selama 3 – 5 hari
- Pemberian obat untuk mengurangi refluks asam lambung : omeprazol 1 x 20 mg atau ranitidin 2x 300mg.
- Pemasangan stent (konsul ke *gastroenterologist*)
- Radioterapi bila kondisi memungkinkan
- Pada kasus terminal, tindakan invasif tidak dianjurkan.

d. ANOREKSIA/KAHEKSIA

Tabel 7. Tatalaksana Anoreksia

Harapan hidup Intervensi	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu s/d beberapa bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
Obati penyebab anorexia	Cepat kenyang: metoclopromid	+		+
	Gejala yang menyebabkan anorexia: **a.** Depresi **b.** Konstipasi **c.** Nyeri **d.** Xerostomia **e.** Mucositis **f.** Mual/muntah **g.** Fatigue	+		+
		+		+

Intervensi	Harapan hidup	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu s/d beberapa bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
		Evaluasi obat yang menurunkan nafsu makan	+		-
		Evaluasi gangguan endokrin:			
		a. Gangguan thyroid			
		b. Gangguan metabolit seperti hiperkalsemia	+		-
			+		-
		Penambah nafsu makan			
		Megestrol acetat	+		-
		Program Olahraga			Lihat catatan dibawah*
		Konsultasi gizi			

DIT.P2PTM

Anorexia pada pasien stadium lanjut sering kali bukan menjadi keluhan pasien tetapi keluhan keluarga. Hilangnya nafsu makan sering dihubungkan dengan rasa penuh dan cepat kenyang. Anorexia biasanya merupakan gejala Anorexia–Cachexia Sindrom atau kondisi yang lain.

Penjelasan kepada keluarga:

- Tidak bisa makan atau hanya bisa makan sedikit pada pasien stadium lanjut adalah normal, dan berikan makanan apa dan kapan pasien menghendaki. Berikan makanan dalam dosis kecil yang bervariasi dan dalam penyajian yang menarik akan menimbulkan selera.

1) Jangan paksakan pasien untuk makan dan hilangkan pikiran bahwa jika pasien tidak makan dia akan meninggal. Yang terjadi adalah karena pasien dalam kondisi terminal, maka tidak mampu untuk makan.

Karena makan adalah kebiasaan sosial, mengajak pasien makan di meja makan mungkin akan menimbul-kan selera

1) Pemberian nutrisi mungkin tidak dapat lagi dimetabo-lisme pada pasien dengan stadium terminal

o Terdapat resiko yang berhubungan dengan nutrisi artifisial, yaitu: kelebihan cairan, infeksi dan menye-babkan kematian

1) Gejala seperti mulut kering, dapat diatasi dengan pemberian cairan sedikit-sedikit dan kebersihan mulut

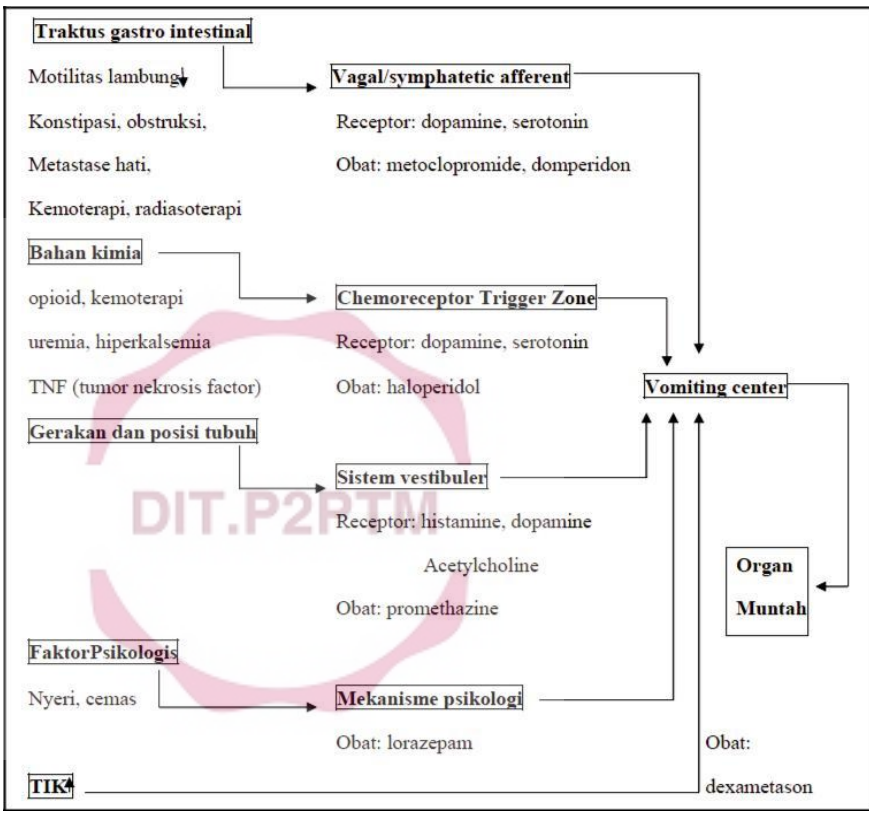
1) Menghentikan nutrisi parenteral dan sonde lambung bisa mengurangi beberapa gejala seperti ketidak nyamanan atau risiko infeksi.

1) Jika Pasien ingin makan namun tidak ada nafsu makan, berikan: Kortikosteroid 2 – 4 mg pagi hari akan bermanfaat pada kurang lebih 50% pasien dalam beberapa minggu. Obat lain: megestrol 160- 800 mg pagi hari. Evaluasi ulang bila dalam seminggu belum ada perubahan atau ada efek samping.

e. MUAL/MUNTAH

Mual dan muntah adalah salah satu keluhan yang sangat menganggu pasien. Penyebabnya biasanya lebih dari satu macam. Mual dapat terjadi terus menerus atau intermiten. Muntah sering disertai dengan mual, kecuali pada obstruksi gastrointestinal atau peningkatan tekanan intracranial. Tata laksana mual dan muntah harus disesuaikan dengan penyebabnya.

Gambar 4. Patofisiologi muntah dan cara kerja obat antiemetik:



- Hiperasiditas menyebabkan mual, rasa pahit dan nyeri lambung. Bila sesudah muntah keluhan masih ada, berikan proton pump inhibitor seperti omeprazole 20 mg atau ranitidine 300 mg PO.
- Mual akibat iritasi mukosa karena pemberian NSAID: omeprazole 20 mg PO
- Mual akibat kemoterapi atau radiasi: 5-HT3 – reseptor antagonis: ondansetron 4 mg 1-2x/hari
- Plus dexamethasone 4 mg pagi hari

f. KONSTIPASI

Terdapat berbagai penyebab konstipasi pada pasien dengan penyakit stadium lanjut sbb:

1) Diet rendah serat, kekurangan cairan
2) Imobilitas
3) Tidak segera ke toilet pada saat rasa bab muncul
4) Obat: opioid, anti-cholinergic, antacid yang mengan-dung alumunium, zat besi,antispasmodic, antipsiko-tik/anxiolitik
5) Obstruksi saluran cerna: faeces, tumor, perlengketan
6) Gangguan metabolism: hiperkalsemia
7) Ganguan saraf gastrointestinal, neuropati saraf otonom

Tata laksana:

I. Atasi dasar penyebab
II. Anjurkan makanan tinggi serat dan tingkatkan jumlah cairan secara bertahap
III. Anjurkan pasien untuk banyak bergerak bila mungkin
IV. Berikan respon yang cepat bila pasien ingin buang air besar
V. Hentikan atau kurangi obat yang menyebabkan konstipasi
VI. Koreksi hiperkalsemia
VII. Atasi obstruksi bila mungkin
VIII. Gunakan penyangga kaki untuk meningkatkan kekuatan otot abdomen

Medikamentosa :

4) Obat untuk mencegah konstipasi harus diberikan pada pasien yang mendapat opioid. Gunakan laksatif yang mengandung pelembut faeces dan stimulant peristaltik.
5) Bila konstipasi telah terjadi: bisacodyl 10 mg dan glyserin supositoria. Jangan berikan laxative stimulant pada obstruksi.
6) Gunakan laksatif pelembut feses atau osmotik pada obstruksi partial.

2. Jika pemberian laksatif gagal, lakukan *Rectal Touch* :
   a) Jika feses encer, berikan 2 tablet bisacodyl atau microlax
   b) Jika feses keras, berikan 2 gliserin supositoria
   c) Jika rectum kosong, lakukan foto abdomen

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus konstipasi adalah dilakukan *bowel training*.

g. DIARE

Diare dapat terjadi karena beberapa sebab, diantara-nya adalah adanya infeksi, malabsorbsi, obstruksi partial, karsinoma kolorektal, kompresi tulang belakang, penggu-naan antibiotik, kemoterapi atau radiasi, dan kecemasan. Tata laksana diare dilakukan sesuai dengan penyebab-nya. Pada malabsorbsi, pemberian enzim pancreas akan bermanfaat. Selain itu, perlu dilakukan perawatan kulit dengan zinc oksida.

h. OBSTRUKSI GASTROINTESTINAL

Obstruksi gastrointestinal adalah hal yang sulit pada pasien paliatif. Penyebabnya dapat mekanik atau paralitik. Penyumbatan bisa terjadi baik intraluminal atau ekstralumunal akibat inflamasi atau metastase. Obstruksi dapat terjadi beberapa tempat pada pasien dengan keterlibatan bagian peritoneal. Obat yang diberikan dapat memperparah konstipasi. Penyebab lain adalah fibrosis akibat radiasi dan gangguan saraf otonom.
Gambaran klinis obstruksi saluran cerna:

Tabel 8. Gejala Obstruksi Gastrointestinal

	Obstruksi rendah	Obstruksi tinggi
Nyeri perut	++	+
Pembengkakan perut	++	+
Frekuensi muntah	+	++
Volume muntah	++	+
Bahan muntah	Bisa disertai Feses	Makanan yang belum dicerna
Jenis muntah	Disertai mual	Tiba tiba setelah makan/minum mual minimal/-
Kemampuan untuk minum	(+) walaupun pada obstruksi total	Cepat kenyang/penuh +
Gambaran foto abdomen	Gambaran gas dan cairan ++	++
Gambaran laboratorium	Gangguan cairan dan elektrolit +	

DIT.P2PTM

Tata laksana:
Atasi dasar penyebab :
Obstruksi tunggal pada pasien tanpa asites dan karsinomatosis yang luas bisa dipertimbangkan untuk operasi.

Medikamentosa :

- Ditujukan untuk mengurangi mual, muntah dan nyeri
- Bila terjadi kolik, gunakan obat untuk mengurangi sekresi dan antispasmodik seperti *hyosin butilbromid*
- Obat laksatif yang merangsang peristaltik dan obat prokinetik harus dihentikan
- Laksatif pelembut feses diberikan pada obstruksi parsial
- 1/3 pasien mengalami perbaikan dengan sendirinya, tunggu 7 – 10 hari
- Bila tidak ada perubahan, berikan deksametason 10 mg SK atau metilprednisolon 40 mg IV dalam 1 jam.

- Bila hyosin butilbromid gagal menghentikan muntah, berikan octreotide untuk mengurangi distensi, muntah dan nyeri.
- Ranitidin 300 mg 2x/hari mengurangi sekresi lambung
- Haloperidol 0,5 – 2,5 mg PO/SC 2x/hari untuk mengu rangi muntah
- 5HT-receptor antagonis diperlukan karena tekanan intraluminar akan menghasilkan 5HT dan merangsang muntah

Non Medikamentosa:

- Kurangi cairan parenteral untuk menurunkan sekresi intraluminer yang menyebabkan muntah dan distensi.
- Cairan oral untuk obstruksi atas 500ml/24 jam, sedang untuk obstruksi bawah 1000ml/24jam.

i. ENCEFALOPATI HEPATIK

Gangguan fungsi hati berat yang menuju ke gagal hati dapat terjadi pada pasien dengan metastase hati atau obstruksi saluran empedu. Namun dapat juga terjadi karena obat, radiasi, infeksi virus, sumbatan vena hepati-ka akibat trombosis. Keadaan yang dapat memacu ence-falopati adalah kenaikan produksi ammonia, hipo-volemia, gangguan metabolism, obat yang menekan SSP, kelebihan protein, pemberian diuretik, infeksi, perda-rahan, uremia.

Gejala gagal fungsi hati meliputi kenaikan enzim hati, ikterik, asites, gatal, penurunan albumin, peningkatan INR dan ensefalopati. Konsentrasi albumin dan INR menggambarkan kapasitas metabolik. Pada gangguan fungsi hati berat turunkan dosis obat sampai 50%.

Tata laksana:

Bila keadaan ini terjadi pada stadium terminal, prinsipnya adalah kenyamanan pasien. Pada encefalopa-ti hentikan obat-obat yang memacu timbulnya gejala

encefalopati, batasi diet protein dan lactulose 30mg/8 jam untuk menurunkan produksi ammonia. Halusinasi dan psikosis obati dengan haloperidol dan chlorpromazine. Pada pasien terminal penggunan obat yang menekan SSP tidak menjadi kontraindikasi. (Konsultasi *Internist/GastroHepatologist*)

j. ASITES KEGANASAN

Bentuk asites transudatif atau eksudatif dapat terjadi pada pasien kanker. Penanganan kedua bentuk asites berupa parasintesis abdomen, bila menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gerakan diafragma. Parasintesis (konsultasi *Internist / Gastrohepatogist*) dilakukan perlahan-lahan selama beberapa jam untuk menghindari gangguan volume pada sirkulasi darah. Pada dasarnya volume cairan yang dikeluarkan hanya sebatas menghilangkan rasa tidak nyaman agar tidak terlalu banyak protein yang hilang. Prosedur ini mungkin perlu dilakukan berulang kali, karena biasanya cepat terjadi akumulasi lagi. Diuretik dapat mengurangi asites, terutama jika terjadi hipoproteinemia atau gagal jantung stadium lanjut. Obat yang digunakan adalah:

2) Spironolacton 25 mg – 450 mg PO dalam dosis terbagi
3) Furosemid 40mg - 80 mg PO

Awasi gangguan elektrolit yang bisa muncul karena penggu-naan diuretik dan koreksi bila perlu.

3. GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN

Gangguan pernafasan merupakan salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien dan keluarganya. Prinsip penanganannya seperti keluhan yang lain, yaitu mengatasi penyebabnya bila mungkin dan simtomatis untuk memberikan kenyamanan pasien dan mengurangi kecemasan keluarga.

a. SESAK NAFAS

Sesak nafas merupakan gejala yang menakuntukan

pasien, karena dihubungkan dengan waktu kematian yang sudah dekat. Sesak nafas dapat merupakan gejala kronis seiring dengan progresifitas penyakit, namun bisa juga merupakan gejala akut.

Sesak nafas akut merupakan gejala yang biasanya lebih dapat diatasi dibanding dengan sesak nafas yang terjadi secara kronis. Menentukan faktor yang bersifat reversible sangat bermanfaat dalam penanganan sesak nafas.

Penilaian sesak nafas terhadap pasien melalui anamnesa meliputi:

1) Tingkat beratnya sesak nafas: ringan, sedang, berat
2) Akut atau kronik
3) Frekwensi sesak nafas
4) Kualitas sesak nafas: kesulitan inspirasi/ ekspirasi
5) Faktor yang memperberat atau memperingan

Selain itu, perlu diketahui pengertian pasien terhadap gejala ini, efek yang timbul akibat sesak nafas nafas dan beratnya efek tersebut dan dampaknya terhadap fungsi tubuh.

Kelainan yang mendasari mungkin dapat diketahui melalui hal hal di bawah ini:

1) Riwayat penyakit dahulu dan sekarang (penyakit paru atau jantung, kelemahan muskuler akibat kaheksia atau penyakit motor neuron, metastase paru)
2) Pemeriksaan fisik: bronkokonstriksi, efusi plesura, gagal jantung atau gangguan diafragma
3) Pemeriksaan lain: foto toraks, saturasi oksigen dan analis agas darah
4) Respon terhadap pengobatan yang diberikan.

Karena penyebabnya sering multifaktorial, kadang sulit diatasi. Sesak nafas bisa diakibatkan oleh:

1) Obstruksi jalan nafas: tumor yang menyebabkan obstruksi intrinsik atau ekstrinsik, kelumpuhan laring, striktur akibat radiasi

2) Penurunan volume paru: efusi pleura, pneumotoraks, tumor, paru yang kolaps, infeksi, asites
3) Kekakuan paru: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis
4) Penurunan pertukaran gas: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis, emboli, trombus, ganguan sirkualsi paru
5) Nyeri: pleuritik, infiltrasi dinding dada, fraktur costa atau vertebra
6) Gangguan neuromuskuler: paraplegia, kelumpuhan nervus frenikus, kaheksia, paraneuroplastik sindrom
7) Gagal jantung kiri
8) Ventilasi yang meningkat: cemas, anemia, masidosis metabolik

Tata laksana:
Atasi Penyebab :
1) Kanker: radiasi, kemoterapi
2) Efusi pleura: pungsi, pleurodosis
3) Penyempitan bronkus:stent
4) Anemia: transfusi
5) Penyakit penyerta: jantung atau kelainan paru
6) Infeksi: antibiotik

Non Medikamentosa:
- Dukungan psikososial: bahas tentang kecemasan dan ketakutan dengan mendengarkan secara aktif, pemberian penjelasan dan yakinkan.
- Atur posisi nyaman
- Ajarkan cara menggunakan dan menyimpan energi
- Fisioterapi: cara bernafas
- Relaxasi: terapi musik, aromaterapi
- Aliran udara segar: buka jendela, fan

Medikamentosa:
1) Opioid: morfin menurunkan sensasi sesak nafas tanpa

menyebabkan depresi pernafasan. Untuk pasien naïf opioid, berikan IR mofin 2.5 – 5 mg PO atau morfin 1 – 2.5 mg SK. Jika berlanjut SR 10 mg/24 jam secara teratur.

Pada pasien yang telah mendapat morfin sebelumnya, berikan dosis 1/12 -1/6 dosis dasar. Bila berlanjut, naikkan dosisi dasar 30 – 50%.

2) Oksigen: bila terjadi hipoksia
3) Cemas dan panik: Alprazolam 0,125 PO 2x sehari atau klonazepam 0,25 PO 2x/hari atau diazepam 2 mg PO, 2x sehari. Bila tidak berhasil: midazolam 2.5 mg SC
4) Nebulizer: gunakan saline
5) Bronkodilator: salbutamol bila terjadi obstruksi
6) Kortikosteroid: pada limfangitis karsinomatosa, obstruksi bronkus atau pneumonitis radiasi
7) Diuretik: Gagal Jantung Kongestif dan edema paru
8) Antikolinergik: untuk sekresi yang berlebihan.

Tabel 9.

HARAPAN HIDUP / INTERVENSI	Beberapa tahun	Beberapa bulan – 1 th	Beberapa minggu – 1 bulan	Beberapa hari – beberapa minggu
	Radiasi/kemoterapi	+	-	-
Obati penyebab	Torakosintesis/pleurodesis/pungsi pleura dengan kateter	+	-	-
	Terapi bronkoskopi	+	-	-
	Bronkodilator, diuretik, steroid, antibiotik, transfusi	+	-	-
		+	+	+
Simptomatik	O2 bila hipoksia	+	+	+
	Benzodiazepin mulai dengan lorazepam 0,5 mg tiap 4 jam	+	+	+
	Opioid (pada opioid naive: 2,5 mg PO tiap 4 jam)	+	+	+
	Non Medikamentosa	+	+	+
	Pendidikan, dukungna emosional, psikososial			Kurangi sekresi yang berlebihan: Scopolamain 0,4 mg sk/4 jam Atropin 1% tetes mata SL /4 jam Hindari ventilator Batasi cairan Berikan dosis kecil diuretic

b. BATUK

Penyebab batuk yang terbanyak pada pasien paliatif adalah:

1) Penyakit penyerta: asma Bronkial, infeksi, COPD, CHF
2) Kanker paru atau metastase paru,
3) Efusi pleura
4) Aspirasi, gangguan menelan
5) Limfangitis karsinomatosis
6) Gangguan saraf laring dan Sindrom Vena Cava Superior

Tata Laksana Medikamentosa :

- Batuk dengan sputum: nebulizer salin, bronkodilator, fisioterapi
- Batuk kering: kodein atau morfin
- Oksigen rendah untuk batuk karena emfisema
- Kortikosteroid: untuk batuk karena tumor endobronkial, limfangitis, pneumonitis akibat radiasi

c. CEKUKAN (HICCUPS)

Penyebab antara lain:

1) Distensi gaster
2) Iritasi diafragma
3) Iritasi nervus vagus atau nervus frenikus
4) Gangguan metabolic: uremia, gangguan fungsi hati

Tata laksana:
Atasi Dasar Penyebab:
Distensi abdomen: metochlopromide jika tidak ada kontraindikasi

Non Medikamentosa:
Stimulasi faring dengan air dingin

Medikamentosa:
Haloperidol 0,5 mg – 5 mg/hari
Baclofen 3x 5mg, dosis sesuaikan pada gangguan ginjal
Kortikosteroid

Dit. P2PTM

d. BATUK DARAH (HAEMOPTYSIS)

Penyebab batuk darah pada pasien paliatif adalah:

1) Erosi tumor
2) Infeksi
3) Emboli paru atau gangguan pembekuan darah

Tata laksana:

1) Atasi penyebab bila memungkinkan
2) Perdarahan ringan yang terlihat pada sputum tidak memerlukan tindakan spesifik
3) Bila perdarahan berlanjut: asam transeksamat min 3 x 1gr – 1.5 g/hari, pertimbangkan radiasi.
4) Pada perdarahan massif, tindakan invasive tidak layak dilakukan. Berikan midazolam 2,5 mg- 10 mg SK untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut.
5) Gunakan kain/handuk berwarna gelap untuk menampung darah yang keluar agar pasien/keluarga tidak takut

a. FATIGUE/ KELEMAHAN

Kelemahan umum dan cepat lelah adalah keluhan yang banyak dijumpai pada pasien paliatif. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Bagi keluarga, timbulnya keluhan ini sering diinterpretasikan bahwa pasien menyerah.

Penyebab fatik bermacam macam, seperti gangguan elektrolit, gangguan tidur, dehidrasi, anemia, malnutrisi, hipoksemia, infeksi, gangguan metabolism, penggunaan obat dan modalitas pengobatan lain seperti kemoterapi atau radiasi, ko morbiditas, progresifitas penyakit dan gangguan emosi.

Tata laksana:

- Koreksi yang dapat dikoreksi: gangguan tidur, gangguan elektrolit, dehidrasi, anemia, infeksi
- *Review* penggunaan obat
- Non medikamentosa : Olahraga, fisioterapi dan okupa-

sional terapi akan menambah kebugaran, meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki emosi dan kualitas hidup.

- Medikamentosa : dexametason 2 mg pagi hari. Bila dalam 5 hari tidak menunjukkan perbaikan, hentikan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus fatik yaitu dengan relaksasi, latihan daya tahan untuk mempertahankan *Activity Daily Living*.

b. GANGGUAN KULIT

- **PRURITUS**

  Gatal adalah keluhan yang mengganggu. Tidak semua gatal berhubungan dengan pelepasan histamin. Gatal akibat uremia atau kolestasis karena adanya memiliki jalur melalui reseptor opioid. Serotonin dan prostaglandin mungkin juga terlibat.

  Penyebab:

  1) Gangguan fungsi hati dan ginjal
  2) Alergi obat/makanan
  3) Obat: oipioid atau vasodilator
  4) Penyakit endokrin
  5) Kekuarangan zat besi
  6) Limfoma
  7) Rangsangan sensori: baju yang kasar
  8) Parasit
  9) Faktor psikologi

  Tata laksana:

  1) Atasi penyebabnya
  2) Hentikan obat penyebab seperti rifampicin, benzodiazepin
  3) Gunakan pelembab kulit
  4) Jangan gunakan sabun mandi
  5) Jaga kelembaban ruangan
  6) Obat: antihistamin klorfeniramin 4 mg, cholesteramin 4 – 8 mg/hari,

DIT.P2PTM

b. KERINGAT BERLEBIHAN *(HYPERHYDROSIS)*

Keringat berlebihan disebabkan oleh berbagai macam hal seperti udara yang panas, gangguan emosi (keringat di axial, telapak tangan atau kaki), lymphoma, metastase hati, dan karsinoid (keringat malam), infeksi dan obat obatan.

Penatalaksanaan:

1) Hilangkan penyebabnya.
2) Medikamentosa :
   - NSAID: diclofenak bekerja melalui prostaglandin di hypothalamus
   - Cimetidin 400mg – 800mg malam hari bekerja melalui reseptor histamine di kulit
   - Deksametason
   - Parasetamol untuk keringat malam

DIT.P2PTM

c. DEKUBITUS

Kerusakan kulit banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut akibat iskemia yang disebabkan hal hal seperti : tekanan, gesekan, perawwatn yang tidak benar, urin atau feses atau infeksi. Jaringan yang rapuh disebabkan oleh penurunan berat badan, ketuaan, malnutrisi, anemia, edema, kortikosteroid, kemoterapi, radiasi. Imobilitas dan gangguan sensori juga menyebabkan kerusakan kulit yang lebih mudah.

Tingkatan dekubitus:

Tingkat 1 Kulit intak, eritema, pembengkakan/ indurasi jaringan lunak

Tingkat 2 Kulit pecah, ulcerasi dangkal sampai ke lapisan epidermis/dermis

Tingkat 3 Ulserasi sampai ke jaringan ke subkutan, terdapat jaringan nekrotik

Tingkat 4 Ulserasi sampai ke fasia, otot atau tulang

Pencegahan:

1) Identifikasi pasien dengan resiko tinggi
2) Jaga kebersihan kulit dan kulit harus kering
3) Hindari trauma: bila mengeringkan kulit jangan dengan cara digosok, hindari memijat dengan keras, menggeser pasien, pakaian basah, kontaminasi feses atau urin, pakaian atau alas tidur yang kasar, kelebi-han cahaya, sabun yang keras dan mengosok dengan alkohol
4) Gantikan posisi badan dan gunakan kasur anti dekubitus
5) Perhatikan pemakaian obat: kortikosteroid, sedasif, analgesik

Tata laksana

1) Bersihkan dengan larutan salin
2) Debridement: enzyme, larutan hidrofilik
3) Memacu tumbuhnya jaringan (superficial: membran semipermeabel, dalam: larutan hydrokoloid impermea-bel)
4) Antibiotik sistemik bila ada infeksi
5) Analgesik bila terdapat nyeri
6) Menghilangkan bau: metronidazole.

d. LUKA KANKER

Luka kanker banyak dijumpai pada kanker payudara, dan kanker pada kepala –leher

Tata laksana :

1) Anti Kanker : Radioterapi radiasi paliatif sangat bermanfaat untuk mengurangi gejala yang ada.
2) Terapi topikal : Dressing secara teratur dan sering sangat diperlukan untuk menjaga kebersihan, tetap kering dan bebas infeksi. Rendam dengan air hangat atau waktu mandi. Pada luka bersih gunakan saline. Pada jaringan mati gunakan campuran hidrogen perok-sida dan salin atau larutan enzim. Pada luka infeksi gunakan antiseptik. Hentikan perdarahan dengan

alginte atau dengan adrenalin yang diencerkan. Pada luka yang berbau berikan metronidazole 400 mg/ 8 jam PO.

e. LIMFEDEMA

Resiko untuk terjadinya limfedema meningkat pada pasien dengan operasi di daerah aksilla atau inguinal, infeksi paska operasi, radioterapi dan metastase di kelen-jar getah bening di aksial, inguinal, pelvis dan retroperito-neal.

Gejala klinis limfedema meliputi rasa berat, menekan, seperti pecah, nyeri karena proses inflamasi, pleksopati dan peregangan. Gangguan fungsi yang ditimbulkan dan perubahan body image serta pemakaian baju dan sepatu dapat menyebabkan gangguan psikologis yang perlu diperhatikan.

Tata laksana meliputi:

a. Perawatan kulit:
   Kelembaban kulit perlu dijaga agar tidak mudah pecah dan infeksi. Kulit harus kering, terutama perhatikan bagian lipatan. Penggunakan lanolin dan krim yang mengandung parfum harus dihindari untuk mencegah dermatitis kontak.
b. Positioning: letakkan bagian yang mengalami limfede-ma pada posisi horisontal dengan memberikan banta-lan agar nyaman.
c. Gunakan bandage dengan tekanan ringan
d. Anjurkan untuk melakukan latihan ringan. Bila latihan aktif tidak memungkinkan, latihan pasif akan berman-faat.
e. Massage dan penggunaan Kompresi Pneumatik konsultasikan dengan bagian rehabilitasi medik
f. Pengobatan terhadap infeksi dengan antibiotic. Bila ada infeksi jamur harus diobati secara adekuat
g. Obat untuk mengurangi gejala:
   - Analgesika seperti parasetamol, NSAID atau opioid sesuai penilaian.

- Kortikosteroid: dexametazone 4 – 8 mg o.d selama 1 minggu. Bila bermanfaat, lanjuntukan 2 – 4 mg/ hari.
- Diuretik hanya bermanfaat jika ada gangguan jantung dan vena Mulai dengan furosemid 20 – 40 mg sekali sehari

Tata laksana rehabilitasi medik pada limfedema sangat spesifik , sehingga bila ada limfedema lebih baik dirujuk ke dokter rehabilitasi medik untuk penanganan yang benar dan baik.

c. GANGGUAN SISTEM SALURAN KEMIH

c. HEMATURIA

Penyebeb hematuria pada pasien dengan kanker adalah :

a. Infeksi : sistitis, prostatitis, uretritis, septikemia
b. Keganasan : tumor primer atau sekunder
c. Iatrogenik : nefrostomi, pemasangan *stent*, atau kateter, emboli
d. Gangguan hemostasis
e. Penyakit ginjal
f. Urolitiasis

Penatalaksanaan sesuai penyebab yang ada. Jika perdarahan ringan, intervensi khusus sering tidak diperlukan. Pada perdarahan berat, kateter khusus diperlukan untuk mengeluarkan bekuan darah. Pencucian vesika urinaria dilakukan secara kontinu. (*Konsultasi Urologist*)

b. *FREKWENSI / URGENCY*

Penyebab frekuensi adalah poliuri, inflamasi, kapasitas vesika urinaria yang menurun, hiperaktivitas detrusor dan obstruksi traktus urinarius bawah. Volume yang berlebihan atau vesika urinaria yang tidak normal menye-babkan urgensi.

Tata laksana:

1. Antikolinergik : oxybutynin 2.5 – 5 mg oral/ 6-8 jam
2. Hyoscine butylbromide 30 – 180 mg/24 jam infus SC

3. Phenazopyridin (efek anestesi lokal): 100 – 200 mg PO/ 8 jam

c. INKONTINENSIA URIN

Inkontinensia urin banyak terjadi pada pasien stadium lanjut yang menyebabkan iritasi serius pada kulit dan perineum.

Penyebab:

7. Overflow inkontinensia

Obstruksi Vesika Urinaria akibat infiltrasi sel kanker, hipertropi prostat, faecal impaction, striktura, Gangguan detrusor efek samping antikolinergik, gangguan saraf spinal, somnolence, bingung, demensia, kelemahan umum.

8. *Stress incontinensia*

Insufisiensi sphincter Gangguan saraf spinal atau sacral, infiltrasi kanker, Operasi, menopause, multipara

9. *Urge inkcontinensia*

Hiperaktifitas detrusor Poliuria, infeksi, inflamasi, infiltrasi, radiasi, kemoterapi

Gangguan SSP atau saraf spinal, dan kecemasan

- *Continues incontinensia*

Fistula Infiltrasi, operasi, radiasi

Tata laksana:

1) Atasi penyebab
2) Cara umum :
   - Mempermudah akses ke toilet
   - Bantu untuk dapat menggunakan fasilitas yang ada
   - Buang Air Kecil (BAK) secara teratur
   - Hindari cairan yang berlebihan
   - Evaluasi obat yang digunakan

- Kateterisasi
- Perawatan kulit

3) Obat penghambat alfa: prazosin 0,5 – 1 mg PO/12 jam
   - Kolinergik: bethanecol 5 – 30 mg PO/ 6 jam
   - Adrenegik: ephedrine 25 – 50 mg PO/8 jam
   - Antidepresant

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus gangguan buang air kecil yaitu dengan bladder training

7. GANGGUAN HEMATOLOGI

a. ANEMIA

Anemia penyakit kronis (*Anaemia Chronic Disorder*) disebabkan oleh supresi produksi eritropoeitin dan eritro-poisis yang diatur interleukin-1. Selain itu, produksi trans-ferin yang terganggu menyebabkan kemampuan untuk menyimpan zat besi dan kemampuan hidup sel darah merah menjadi lebih pendek.

Tabel 10. Perbedaan anemia penyakit kronis dan anemia defisiensi besi :

Laboratorium	Normal	Defisiensi besi	ACD
Gambaran darah tepi	Normositik-normokromik	Mikrositik hipokromik	Normositik normokromik /hipokromik
TIBC (mcrmol/L)	45 – 75	Meningkat/normal tinggi	Rendah/ normal
Plasma Iron (mcrmol/L)	14 – 31 17 – 230	Rendah/sangat rendah	rendah Rendah
Plasma feritin (microg/L		Rendah	Meningkat/ normal tinggi

Tata laksana

Obati pasien BUKAN hasil laboratoriumnya. Lemah dan cepat lelah bisa dikarenakan oleh anemia atau kank-ernya sendiri. Transfusi darah dianjurkan pada pasien dengan kelemahan dan cepat lelah bila terdapat anemia. Sebagai alternatif, gunakan epoetin 150-300 IU/kg SC 3x seminggu. Pasien dengan cadangan bone marrow yang

adekuat (neutrofil >1,5 x 10 9 dan platelet > 100.00) akan memberi respon yang baik, dengan kenaikan >1g/dl dalam 4 minggu. (Konsultasi *Internist/Hematologist*)

b. PERDARAHAN

Perdarahan terjadi pada 20% pasien kanker stadium lanjut dan menyebabkan kematian pada 5% pasien. Perdarahan internal lebih sering terjadi. Hematom yang banyak dan perdarahan pada gusi dan hidung serta perdarahan gastrointestinal menunjukkan lebih kepada gang-guan platelet sedang perdarahan pada persendian atau otot lebih mengarah kepada defisiensi salah satu faktor pembekuan. Pada pasien kanker, dapat terjadi kenaikan Prothrombin Time dan APTT akibat ganguan fungsi hati berat, defisiensi vit K dan koagulasi intravaskular disemi-nata .

Trombositopenia

Trombosit 10.000 – 20.000 sangat jarang menyebabkan perdarahan massif (0.1%/hari). Sedang di bawah 10.000 resikonya meningkat menjadi 2%/hari. Sebagian besar perdarahan masif terjadi pada trombosit di bawah 5.000. Sedang resiko untuk terjadi perdarahan intrakaranial adalah bila trombosit kurang dari 1000.

Trombositopenia juga dapat disebabkan oleh penggu-naan heparin (Heparin Induced Trombositopenia) bisa terjadi kurang dari 4 hari setelah pemakaian heparin, namun biasanya antara 5 – 8 hari. Dianjurkan untuk menghentikan heparinisasi.

Bila trombosit kurang dari 5000, transfusi trombosit dapat dilakukan bila keadaan pasien memungkinkan. Konsul-tasikan dengan dokter Hematologist/Internist bila pembe-rian trombosit direncanakan.

DIT P2PTM

c. TROMBOSIS VENA DALAM (*Deep Vein Thrombosys - DVT*)

Kanker menyebabkan berlebihnya pembentukan tissue factor (TF) dan menyebabkan hiperkoagulasi. DVT banyak ditemukan pada pasien kanker paru, payudara, gastrointestinal. terutama pankreas dan SSP.

DVT sering tidak menimbulkan gejala pembengkakan dan nyeri. Kadang menyerupai limfoedema atau penekanan vena besar. Pada pasien yang kondisinya memungkinkan, USG Doppler perlu dilakukan untuk mendiagnosa DVT. (Konsultasi *Internist/Hematologist*)

Tata laksana:

e. NSAID
f. Kompresi dengan *stocking*
g. Pada DVT di tungkai bawah: Posisi tungkai lebih tinggi
h. Antikoagulan:
i. Pada pasien dengan resiko perdarahan tinggi seperti renal cell karsinoma dan melanoma, pemberian antikoagulan adalah kontraindikasi. Konsultasi dengan hematologist/internist diperlukan untuk pemberian antikoagulan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada DVT diberikan sesuai kondisi pasien

p GANGGUAN SISTEM SARAF a. KEJANG

Kejang dapat terjadi karena tumor primer atau metas-tase otak, perdarahan, obat yang merangsang kejang atau penghentian benzodiazepin, gangguan metabolism (hiponatremia, uremia, hiperbilirubinemia) atau infeksi. Kejang pada pasien stadium terminal dapat juga karena penyakit yang sudah ada sebelumnya.

Pada kejang yang bukan karena penyakit lama, dapat digunakan:

Clonazepam 0.5 – 1 mg sublingual atau diazepam 5 – 10 mg PR atau midazolam 2.5 – 5 mg SC.

Jika belum berhenti, berikan:

Phenobarbital 100 mg SC atau Phenytoin 15 – 20 mg/kg IV lambat, maksimum 50 mg/menit.

Mioklonus adalah kejang yang tiba tiba, sebentar. Dapat terjadi secara fokal, regional atau mulitfokal, unilateral atau bilateral.

Gunakan diazepam 5mg PR lanjuntukan 5 – 10 mg PR o.n atau midazolam 5mg SC kalau perlu.

b. DISTONIA DAN AKATISIA AKUT

Distonia terjadi secara akut beberapa hari setelah pemakaian obat. Bila karena metochlpromid, gantikan dengan domperidon dan berikan benzatropin 1 – 2mg IV. Ulang setelah 30 menit bila perlu. Dapat juga digunakan diphenhidramin 20 -50 mg IV diikuti 25 – 50 mg 2 – 4x/ hari

Penggunaan neuroleptik seperti haloperidol dan prochlorperazin dapat memberikan efek samping akati-sia. Hentikan penyebabnya bila mungkin. Gunakan obat seperti distonia atau ditambah diazepam 5 mg bila mem-berikan respon parsial.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus neuropati/-defisit neurologis dan myopati atau muscle spasm adalah dengan memberikan *modalitas electrical stimulation* (fara-disasi atau galvanisasi), *strengthening* dan *endurance exercise*, relaksasi, *muscle massage & stretching*, *prop-per body positioning*.

c. KOMPRESI SUMSUM TULANG BELAKANG

Adalah merupakan keadaan kegawat darurat yang memerlukan management yang adekuat. Terjadi pada 5% pasien kanker stadium lajut. Penyebabnya antara lain penjalaran sel kanker dari vertebra ke epidural, intradural metastase atau vertebra yang kolaps. Terban-yak terjadi pada vertebra torakalis, diikuti vertebra lumba-lis dan servikalis. Nyeri, kelemahan ekstremitas bawah, gangguan sensori dan kehilangan kontrol otot *sfingter* adalah gejala kompresi tulang belakang.

Tata laksana:

1) Dexametasone 16 mg/ hari dalam beberapa hari kemudian *tapering off*
2) Radioterapi

3) Dekompresi bila memungkinkan.

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus metastase ke vertebra, dilakukan pemasangan spinal orthose (brace, korset)

Tata laksana rehabilitasi medik pada kasus imobilisasi lama menyangkut semua sistem tubuh yang terganggu akibabat imobilisasi lama (sindroma immobilisasi), yang merupakan program kolaborasi dari dokter, fisioterapis, terapis okupasi dan ortotis (bila diperlukan alat bantu ortosa). (Konsultasi Neurologist/Rehabilitasi Medis)

9. GANGGUAN PSIKIATRI

a. DELIRIUM

Delirium adalah kondisi bingung yang terjadi secara akut dan perubahan kesadaran yang muncul dengan perilaku yang fluktuatif. Gangguan kemampuan kognitif mungkin merupakan gejala awal dari delirium. Delirium sangat mengganggu keluarga karena adanya disorientasi, penurunan perhatian dan konsentrasi, tingkah laku dan kemampuan berfikir yang tidak terorganisir, ingatan yang terganggu dan kadang muncul halusinasi. Kadang muncul dalam bentuk hiperaktif atau hipoaktif dan perubahan motorik seperti mioklonus.

Penyebab delirium bermacam macam, seperti:

1) Gangguan biokimia: hiperkalsemia, hiponatremia, hipoglikemia, dehidrasi
2) Obat: opioid, kortikosteroid, sedative, antikolinergik, benzodiazeepin
3) Infeksi
4) Gangguan fungsi organ: gagal ginjal, gagal hati
5) Anemia, hipoksia
6) Gangguan SSP: tomor, perdarahan

Catatan:

Pada pasien dengan fase terminal, sering agitasi diarti-kan sebagai tanda nyeri, sehingga dosis opioid ditingkat-

kan, sehingga bisa meyebabkan delirium. Dalam hal ini mungkin cara pemberian opioid perlu dirubah.
Precipitator: nyeri, fatik, retensi urin, konstipasi, perubah-an lingkungan dan stimuli yang berlebihan.
Tata laksana:

a. Koreksi penyebab yang dapat segera diatasi : penyebab yang mendasari atau pencetusnya
b. Non Medikamentosa :
   - Pastikan berada di tempat yang tenang, dan pasien merasa aman, nyaman dan familier
   - Singkirkan barang yang dapat membahayakan.
   - Jangan sering mengganti petugas
   - Hadirkan keluarga, dan barang barang yang dikenal
   - Dukungan emosional
c. Medikamentosa :
   - Haloperidol 0,5 mg- 2,5 mg PO/6 jam atau 0,5-1 mg SK/6 jam, namun bisa diberikan setiap 30-60 menit dengan dosis maksimal 20 mg/hari.
   - Pada pasien yang tidak dapat diberikan haloperidol karena efek samping
   - Risperidone 0.5 mg- 2 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
   - Olanzepine 2.5 mg – 10 mg Oral/hari dalam dosis terbagi
   - Benzodiazepine bila penyebabnya ensepalopati hepatik , HIV
   - Loarazepam 0,5 – 1 mg sublingual, tiap 1 – 3 jam atau
   - Midazolam 2,5 – 5 mg SK tiap 1 – 3 jam.

b. DEPRESI

Harus dibedakan antara depresi dan sedih. Sedih adalah reaksi normal pada saat seseorang kehilangan sesuatu. Lebih sulit mendiagnosa depresi. Kadang diekspresikan sebagai gangguan somatik. Kadang bercampur dengan kecemasan. Kemampuan bersosialisasi sering menutupi adanya depresi. Depresi adalah

penyebab penderitaan yang reversibel. Gejala psikologis pada depresi mayor`adalah:

1) Rasa tidak ada harapan/putus asa
2) Anhedonia
3) Rasa bersalah dan malu
4) Rendah diri dan tak berguna
5) Ide untuk bunuh diri yangterus menerus
6) Ambang nyeri menurun
7) Perhatian dan konsentrasi menurun
8) Gangguan memori dan kognitif
9) Pikiran negatif
10) Perasaan yang tidak realistik

Tata laksana :

1) Depresi ringan dan sedang: dukungan, empati, penjelasan, terapi kognitif, simptomatis
2) Depresi berat:
   - Terapi suportif
   - Obat: SSRI selama 4 – 6 minggu. Bila gagal berikan antidepresan trisiklik.
   - Psikostimulan: methylpenidate 5 – 20 mg pagi hari

c. KECEMASAN

Cemas dan takut banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut. Cemas dapat muncul sebagai respon normal terhadap keadaan yang dialami. Mungkin gejala dari kondisi medis, efek samping obat seperti bronkodilator, steroid atau metilfenidat atau reaksi fobia dari kejadian yang tidak menyenangkan seperti kemoterapi.

Kecemasan pada pasien terminal biasanya kece-masan terhadap terpisahnya dari orang yangdicintai, rumah, pekerjaan, cemas karena ke tidakpastian, menja-di beban keluarga, kehilangan control terhadap keadaan fisik, gagal menyelesaikan tugas, gejala fisik yang tidak tertangani dengan baik, karena ditinggalkan, tidak tahu bagaimana kematian akan terjadi, dan hal yang berhu-

bungan dengan spiritual.

Cemas ditandai oleh perasaan takut atau ketakutan yang sangat dan dapat muncul dengan bentuk gejala fisik seperti palpitasi, mual, pusing, perasaan sesak nafas, tremor, berkeringat atau diare.

Tata laksana:

Non Medikamentosa :

1) Dukungan termasuk mencari dan mengerti kebutuhan dan apa yang menjadi kecemasannya dengan mende- ngarkan dengan seksama dan memberikan perhatian pada hal- hal yang khusus.
2) Memberikan informasi yang jelas dan meyakinkan bahwa akan terus memberikan dukungan untuk mencapai harapan yang realistik.
3) Intervensi psikologi: distraksi untuk menghilangkan kejenuhan dan pikiran yang terpusat pada diri sendiri
4) Perawatan spiritual

Medikamentosa:

1) Benzodiazepin: diazepam, alprazolam, lorazepam
2) Penghambat Beta untuk mengatasi gejala perifer

A. ANAK

Tata Laksana Gejala

Prinsip Tata Laksana Gejala :

1. Tata laksana gejala harus direncanakan sebelumnya.
2. Dibutuhkan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya masalah pengobatan saja.
3. Orangtua dan anak harus dipersiapkan untuk mengahadapi situasi yang ada. Mereka harus tahu apa yang diharapkan, bagaimana cara menghadapinya, dan kepada siapa mereka dapat meminta bantuan.
4. Penilaian harus meliputi penggunaan distress (bila tersedia) dan gejala stress yang tidak terkontrol merupakan keadaan darurat yang harus ditangani secara agresif.

DIT.P2PTM

Tata laksana gejala meliputi:

1. Penilaian terhadap gejala yang timbul.
2. Evaluasi terhadap penyebab yang potensial dapat mengaki-batkan gejala-gejala tersebut timbul kembali.
3. Merencanakan dan memulai tata laksana gejala.
4. Lakukan penilaian kembali setiap kali melakukan tindakan intervensi.

Gejala Fisik dan Tata laksananya :

1) NYERI

Nyeri pada anak umumnya kurang diperhatikan dan tidak mendapat pengobatan yang adekuat. Hal ini terjadi karena kewaspadaan yang kurang dari tenaga kesehatan dan orangtua serta adanya perbedaan konsep tentang nyeri pada anak dan efek obat analgesik.

Jenis Nyeri :

- Nyeri nosiseptif
  - Terjadi bila ujung saraf di perifer distimulasi oleh rang-sangan akibat rusaknya jaringan dan menyebabkan impuls saraf yang dihasilkan diteruskan oleh neuron ke otak dan ditafsirkan sebagai nyeri.
  - Terdiri dari:
    a. Nyeri somatik (rasa sakit biasanya dapat didefinisi kan dengan baik dan bersifat lokal).
       Contoh: timbul dari tulang, sendi, otot, kulit, dan jaringan ikat.
    b. Nyeri viseral (rasa sakit biasanya kurang dapat dipastikan dan dapat berasal dari daerah tubuh lain).
       Contoh: timbul dari organ-organ dalam, seperti sistem pencernaan.
- Nyeri neuropatik
  - Terjadi karena pengolahan impuls saraf yang abnor-mal dan disebabkan oleh lesi atau disfungsi sistem saraf (sistem saraf pusat dan perifer).
  - Sindrom tipe nyeri kompleks:

DIT.P2PTM

a. Regional 1 dikenal sebagai distrofi refleks simpatik, yaitu hasil dari kelainan pengolahan sensasi rasa sakit perifer tanpa cidera saraf yang jelas.
b. Regional 2 dikenal sebagai kausalgia, terjadi akibat dari kerusakan saraf perifer.

- Berhubungan dengan kemoterapi, radiasi, dan pembe-dahan yang melibatkan saraf.
- Sifat nyerinya, yaitu nyeri tajam, seperti di tusuk-tusuk atau seperti tersengat listrik, dan biasanya memerlu-kan analgesik ajuvan.

Penilaian Nyeri

Pada anak sulit dilakukan karena tergantung dari usia, fase perkembangan, dan pengalaman nyeri. Perubahan dari tingkah laku dan sikap, dapat merupakan tanda adanya ketidaknyamanan.

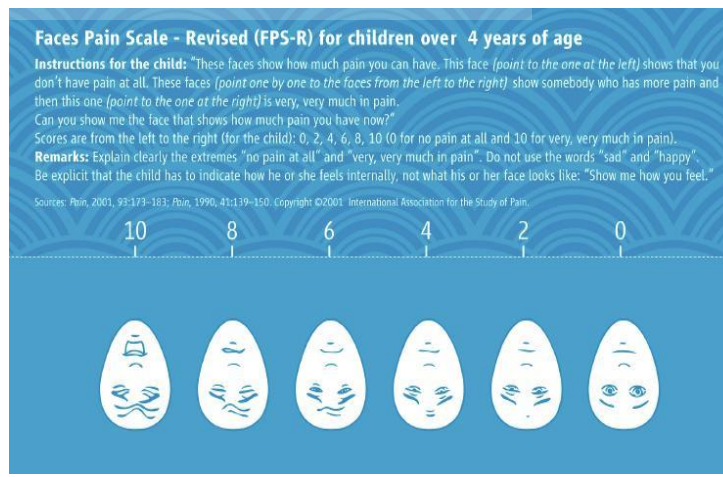
Hal yang perlu dinilai meliputi:

1. Intensitas nyeri

   Cara pemeriksaan intensitas nyeri:

   1) Skala Nyeri berdasarkan ekspresi wajah dari Wong Baker.

   Gambar 5. Instruksi untuk anak :



Keterangan:

- Nilai 0 : Tidak ada/bebas nyeri.
- Nilai 1-2 : Nyeri ringan (tidak bisa bercanda, serius, wajah datar, nyeri dapat diabaikan).

3) Nilai 3-5 : Nyeri sedang (Alis berkerut, bibir mengerucut, menahan nafas, aktivitas terganggu).
4) Nilai 5-7 : Nyeri sedang (hidung berkerut, mengangkat bibir bagian atas, bernafas cepat, konsentrasi terganggu).
5) Nilai 7-9 : Nyeri berat (mulut terbuka, *slow blink*, mengganggu kebutuhan dasar).
6) Nilai 10 : Nyeri hebat (mata tertutup, menangis mengerang, memerlukan tirah baring.

b. Skala Nyeri Numerik (Angka).

1) Tanyakan intensitas nyeri dengan menggunakan angka 0 – 2 – 4 – 6 – 8 - 10
2) 0 berarti tidak nyeri dan 10 sangat nyeri.
3) Bisa dipakai untuk anak usia >4 tahun, bila <4 tahun dapat dipakai angka 0 – 5.
4) Diberikan penjelasan bahwa dengan bertambah-nya angka menunjukkan intensitas nyeri meningkat.

c. Skala FLACC

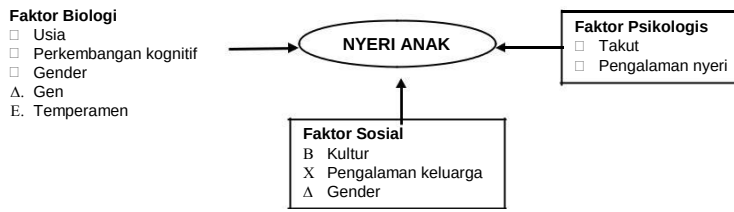
Tabel 11. Skala FLACC

KATEGORI	NILAI		
	0	1	2
Wajah	Tidak ada ekspresi tertentu/senyum	Sesekali meringis/ mengeruntukan kening, ditarik, tertarik	Dagu sering sampai dengan konstan bergetar, rahang terkatup
Kaki	Posisi Normal/relaksasi	Gelisah, tegang	Menendang

Aktifitas	Berbaring tenang,posisi normal, bergerak dengan mudah	Menggeliat, dapat bergerak bolak balik, tegang	Melengkung, kaku, atau menyentak
Menangis	Tidak menangis (baik selagi bangun maupun tidur)	Mengerang/ merintih, sesekali mengeluh	Terus-menerus menangis, menjerit dan menangis, sering mengeluh
Consolability	Santai	Diyakinkan dengan menyentuh, memeluk	Sulit untuk ditenangkan
Masing-masing kategori diberikan nilai 0 – 2, dengan total nilai antara 0 – 10.			

DIT.P2PTM

2. Lokasi nyeri.
3. Lamanya nyeri: akut/kronis/menetap, episodik, renjatan nyeri, kejadian nyeri, tindakan yang menyebabkan nyeri.
4. Kualitas nyeri: misalnya dapat digambarkan dengan kata- kata.
5. Aspek kognitif rasa nyeri: misalnya dapat dilihat dari dampak yang dirasakan dalam aktivitas sehari-hari.
6. Aspek afektif pengalaman nyeri: misalnya dapat dilihat dari pengalaman yang tidak menyenangkan.
7. Faktor- faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri anak, seperti: tercantum pada gambar 6.



Gambar 6. Faktor yang mempengaruhi persepsi nyeri anak

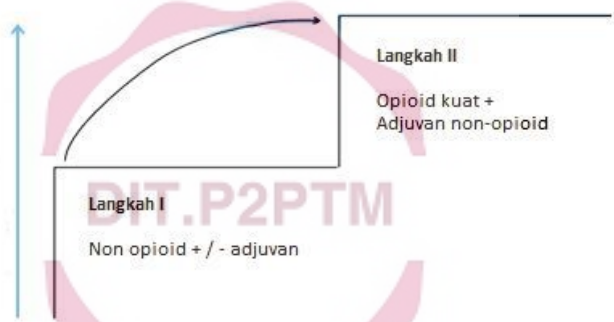
Tata Laksana

1. Farmakologi

Konsep strategi (WHO 2012) :

a. 2 tahap.
b. Jarak dosis teratur.
c. Gunakan jalur pemberian dengan tepat.
d. Pengobatan yang sesuai dengan kebutuhan anak

Gambar 7. *WHO Analgesic Ladder* (diadaptasi dari WHO 2012)



DIT.P2PTM

Tahap penilaian nyeri

1) Tanyakan bila ada respons.
2) Gunakan skala nyeri.
3) Evaluasi perubahan perilaku dan psikologi.
4) Aman.
5) Cari penyebab nyeri.
6) Lakukan tindakan & evaluasi hasilnya.

Tahap tata laksana nyeri

1) Tanya keluhan nyeri secara rutin dan periksa secara sistematis.
2) Percaya pada keluhan pasien dan orangtua.
3) Pilih obat pengontrol nyeri secara tepat.
4) Tata laksana nyeri dengan tindakan khusus.
5) Melibatkan pasien dan keluarga.

Strategi penanganan
Menggunaan 2 tahap, yaitu:

1. Tahap 1 (nyeri ringan)
   a. Usia >3 bulan : Pilihannya parasetamol dan ibuprofen
   b. Usia <3 bulan : Parasetamol
2. Tahap 2 (nyeri sedang atau berat)
   a. Pilihannya : Opiat (morfin)
   b. Dapat langsung ke tahap 2, dengan mempertimbangkan:
      1) Penilaian klinis dari derajat nyeri.
      2) Gangguan fungsi karena nyeri.
      3) Penyebab nyeri.
      4) Prognosis yang diharapkan dan aspek-aspek lainnya.
      5) Dosis opiat yang di titrasi sesuai dengan kondisi nyeri masing-masing anak.
      6) Efek samping yang dapat terjadi.
      7) Dosis yang diturunkan perlahan-lahan agar tidak terjadi withdrawal.

Terapi analgesik dibagi menjadi 2, yaitu:

1. Analgesik Primer:
   a. Non Opiat/ NSAID
      Obat yang paling umum digunakan bagi anak karena memiliki efek analgesik, antipiretik, dan anti inflamasi. Dapat digunakan untuk nyeri ringan, contoh:
      1) Parasetamol (Asetaminofen):
         - Oral – dosis awal 20 mg/kgBB kemudian 10-15 mg/kgBB tiap 6 jam (maksimal 90 mg/kgBB/hari).
         - Rektal – mulai 30 mg/kgBB kemudian 20 mg/kgBB tiap 4-6 jam.
         - Turunkan dosis dan tingkatkan jarak pemberian menjadi tiap 8 jam pada anak dengan gang-guan hati dan ginjal .
         - Efek samping: potensial untuk terjadinya hepatotoksik dalam pemberian jangka panjang.

2) Ibuprofen
   - Oral – 5-10 mg/kgBB tiap 6-8 jam. Maksimal dosis total 40 mg/kgBB/hari.
   - Berikan bersamaan dengan makanan.
   - Jangan berikan pada anak dengan asma, trombositopenia, penyakit ulkus peptikum, dan gangguan fungsi ginjal.
   - Efek samping: sakit kepala, mengantuk, mual, muntah, dan dispepsia
3) Ketorolac
   - Dosis 0,2 mg- 0,4 mg/kgBB (maksimal 2 mg/ kgBB/hari)
   - Efek samping: mengantuk, sakit kepala, euphoria.
   - Jangan diberikan pada anak dengan penyakit ulkus peptikum dan trombositopeni
4) Piroxicam
   - Dosis 0,2 mg- 0,5 mg/kgBB (maksimal 15 mg/hari)
   - Efek samping: dispepsia, rasa tidak nyaman, mual, muntah.
   - Jangan diberikan pada anak dengan penyakit ulkus peptikum dan trombositopeni.

Pada anak, utamakan untuk menggunakan parasetamol dan ibuprofen.

b. Opiat lemah
   - Tramadol
     - Dosis 1-2 mg/kg (maksimal 400 mg/kg/hari)
     - Efek samping: mual, muntah, gangguan sistem kardiovaskular dan pernafasan (efek minimal).
     - Jangan diberikan pada anak dengan penyakit ulkus peptikum dan trombositopeni.
   - Kodein
     - Dosis 0,5- 1 mg/kg (maksimal 60 mg/dosis/ hari)

- Efek samping: sedasi, bingung, hipotensi, mual, muntah dan konstipasi.
- Digunakan bila tidak tersedia morfin.

- Morfin

a) Morfin untuk bayi

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Morfin	Injeksi intravena	25 – 50 mcg/kg setiap 6 jam.
	Injeksi subkutan	
	Infus intravena	Dosis awal 25 – 50 mcg/kg, dilanjuntukan dengan 5 – 10 mcg/kg/jam

b) Morfin untuk anak usia 1 bulan – 1 tahun

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Morfin	Oral (immediate release)	80 – 200 mcg/ kg tiap 4 jam
	Injeksi intravena Injeksi subkutan	1 – 6 bulan: 100 mcg/kg tiap 6 jam 6 – 12 bulan: 100 mcg/kg tiap 4 jam (maksimal 2,5 mg/ dosis)
	Infus intravena	1 – 6 bulan: dosis awal IV 50 mcg/kg, selanjutnya: 10 – 30 mcg/kg/jam
	Infus subkutan	1 – 3 bulan: 10 mcg/kg/ jam 3 – 12 bulan: 20 mcg/kg/ jam

c) Morfin untuk anak usia 1 tahun – 12 tahun

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Morfin	Oral *(immediate release)*	1 – 2 tahun: 200 – 400 mcg/kg tiap 4 jam 2 – 12 tahun: 200 – 500 mcg/kg/ tiap 4 jam (maksimal 5 mg)
	Oral (*prolonged release*/ MST)	200 – 800 mcg/kg tiap 12 jam
	Injeksi intravena Injeksi subkutan	1 – 2 tahun: 100 mcg/kg tiap 4 jam 2 – 12 tahun: 100 – 200 mcg/ kg tiap 4 jam (maksimal 2,5 mg)
	Infus intravena	Dosis awal IV: 100 – 200 mcg/kg selanjutnya 20 – 30 mcg/kg/jam
	Infus subkutan	20 mcg /kg/jam

DIT.P2PTM

Efek samping: konstipasi, depresi pernapasan, sedasi, dan hipotensi

- Fentanil
  a) Fentanil untuk bayi

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Fentanil	Injeksi intravena Injeksi subkutan	1 – mcg/ kg tiap 2 – 4 jam.
	Infus intravena	Dosis awal: 1 – 2 mcg/ kg selanjutnya 0,5 – 1 mcg/kg/ jam

b) Fentanil untuk 1 bulan – 1 tahun

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Fentanil	Injeksi intravena	1 – 2 mcg/kg tiap 2 – 4 jam.
	Infus intravena	Dosis awal IV: 1 – 2 mcg/kg selanjutnya 0,5 – 1 mcg/kg/ jam.

c) Fentanil untuk 1 tahun – 12 tahun

Jenis Obat	Cara Pemberian	Dosis Awal
Fentanil	Injeksi intravena	1 – 2 mcg/kg diulang tiap 30 – 60 menit.
	Infus intravena	Dosis awal IV: 1 – 2 mcg/kg selanjutnya 1 mcg/ kg/ jam.

- Efek samping: mulut kering, konstipasi, mengan-tuk, bingung, lemah, mual, muntah, anoreksia, berkeringat
- Cara pemberian:
  - Sebelum memberikan obat transdermal, pastikan pasien sudah mendapat analgesik terlebih dahulu
  - Efek kerja obat transdermal timbul 12 jam setelah pemasangan
  - Lama kerja obat adalah dalam 72 jam (3 hari) bila hendak dilakukan penggantian obat lakukan 12 jam sebelum masa kerja obat lama berakhir.

DIT P2PTM

- Pilih lokasi kulit yang aman, nyaman, dan bebas dari lekukan (tepat diatas otot).

Konversi dosis opiat

1. Kodein → Morfin (Oral)

Kodein 60 mg oral = Morfin 6 mg oral

2. Morfin (Oral)→ Fentanil

Morfin Oral (mg/24 jam)	*Fentanyl* **Patch** (mcg/jam)
< 60	12.5
60 – 134	25
135– 224	50
225– 314	75
315– 404	100
405– 494	125
495– 584	150
585– 674	175
675– 764	200
765– 854	225
855– 944	250
945 – 1034	275
1035– 1124	300

DIT P2PTM

3. Opiat (Oral) → **Morfin (Injeksi)**

Obat	Oral	IM/IV/SK
Morfin	60 mg (30mg)	10 mg
Kodein	200 mg	130 mg
Fentanil	-	0.1 mg (100mµg)

4. Injeksi→ Oral (masing-masing obat)

Obat	IM	Oral
Morfin	10 mg	60 mg
Kodein	130 mg	200 mg
Metadon	10 mg	20 mg

Cara menaikkan dosis opiat, ada 2 cara:

1. Dosis yang sudah ditentukan dinaikkan 30-50% jika nyeri tidak terkontrol Contoh: seorang anak mendapat Morfin 5 mg tiap 4 jam, jika nyeri tidak teratasi dapat dinaikkan menjadi 6,5 mg (+30%) – 7,5 mg (+50%) tiap 4 jam.
2. Menjumlah semua dosis renjatan dalam 24 jam dan bagi 6 dan tambahkan pada dosis yang telah diten-tukan pada hari berikutnya yang tetap diberikan tiap 4 jam. Selain menambahkan dosis renjatan, dosis yang telah ditentukan juga dinaikkan.

   Contoh: seorang anak mendapatkan morfin 5 mg tiap 4 jam dan 4 x dosis renjatan sebanyak 2,5 mg selama 24 jam. Perhitungannya adalah sebagai berikut :

   4 x 2,5 mg = 10 mg

   10 mg / 6 = 1,67 mg

   5 mg + 1,67 mg = 6,67 mg dibulatkan jadi 7 mg

   Jadi dosis yang baru adalah 7 mg tiap 4 jam.

   Jika dengan Morfin Sulfat nyeri teratasi, sediaan morfin dapat diganti dengan MST yang dapat diberi-kan tiap 12 jam.

Cara menurunkan dosis opiat:

- Jika Morfin sudah diberikan lebih dari 7 hari atau nyeri sudah teratasi, turunkan sebanyak 1/3 dosis setiap 3 hari. Jika dengan Morfin Sulfat nyeri teratasi, sediaan morfin dapat diganti dengan Metotreksat yang dapat diberikan tiap 12 jam.
- Caranya: jumlah seluruh dosis Morfin Sulfat dalam 24 jam kemudian bagi 2.
- Untuk renjatan tetap dapat digunakan Morfin Sulfat yang baru bekerja setelah 30 menit setelah pemberian.

Hal penting yang perlu diperhatikan dalam pemberian terapi analgesik golongan Opiat:

1) Terapi Opiat digunakan untuk mengatasi nyeri ringan, sedang sampai dengan berat.
2) Dosis dapat diturunkan tanpa kehilangan efek samping analgesik ketika dikombinasi dengan obat Non Opiat, seperti parasetamol dan NSAID.
3) Opiat tidak mempunyai dosis maksimal.
4) Opiat harus diberikan secara teratur (tidak boleh hanya diberikan pada saat nyeri timbul).
5) Pemberian Opiat harus disertai dengan pemberian pencahar.

Pemberian Antagonis Narkotik:
Nalokson Hidroklorid

- Konsentrasi yang dianjurkan: 1 mg/mL
- Cara pemberian: Dianjurkan melalui pipa ET dan IV. Bisa melalui IM dan subkutan,tetapi efek obat lambat.
- Dosis 0,1 mg/kg

Analgesik Sekunder/Ajuvan :

g. Kelompok beragam obat yang bekerja dalam berbagai cara untuk meningkatkan efek analgesik (meskipun awalnya digunakan untuk indikasi lain).
h. Bekerja membantu meningkatkan efek analgesik primer.
i. Mengurangi efek samping dari obat analgesik primer.
   1) Antidepresan, contoh amitriptilin
      1. Dosis 0,2-0,5 mg/kgBB (nyeri neuropatik) dan 1-5 mg/kgBB/hari (antidepresan).
      2. Umur 2-12 tahun: 0,2-0,5 mg/kgBB (maksimal 25 mg) malam hari dan kalau perlu dapat dinaikkan 1 mg/kgBB 2 x sehari.
      3. Umur 12-18 tahun: oral 10-25 mg/kgBB malam hari dan dapat dinaikkan hingga maksi-mal 75 mg.

1. Efek samping : mengantuk, sedasi, letargi, mulut dan mata kering, penglihatan kabur, hipotensi dan konstipasi.
2. Dianjurkan untuk diberikan pada anak besar mengingat efek samping yang ditimbulkan

2) Antikonvulsan, contoh :

a) Gabapentin

1. Dosis 10 mg/kgBB (2-6 tahun), 10mg/kgBB (6-12 tahun), 300mg (12-18 tahun)
2. Usia 2-12 tahun: 10 mg/kgBB pada hari-1, 2x/hari hari-2, dan 3x/ hari pada hari-3. Dosis pemeliharaan 10-20 mg/kgBB 3 x/hari.
3. Usia 12-18 tahun: 300 mg pada hari-1, 2 x 300 mg pada hari-2, dan 3 x 300 mg pada hari-3. Maksimal 800 mg 3 kali/hari.
4. Efek samping: mengantuk dan pusing.
5. Jangan dihentikan seketika dan jangan diberikan pada anak dengan gangguan psikiatrik.

b) Carbamazepin

- Dosis 2 mg/kgBB, oral, tiap 12 jam.
- Efek samping: gangguan hepar dan kulit, mengantuk, dan ataksia.
- Dosis 5-20 mg/kgBB/hari dibagi 2-3 dosis.
- Naikkan secara bertahap untuk meng-hindari efek samping.
- Dapat berinteraksi dengan ARV dan dapat menyebabkan pansitopenia.

c) Sodium Valproat

- Dosis 5-15 mg/kgBB, oral, tiap 8-12 jam
- Efek samping: konstipasi, mengantuk, sakit kepala, dan tenggorokan.

d) Diazepam

- Dosis 2,5 mg/hari (1-5 tahun), 5 mg/hari (5-12 tahun), 10 mg/hari (12-18 tahun)

d. Efek samping: pusing, mengantuk, dan letargi

3) Kortikosteroid, contoh Deksametason
   - Dosis 1-2 mg/hari (1-5 tahun), 2-4 mg/hari (6-12 tahun), 4 mg/hari (12- 18 tahun).
   - Efek samping: retensi cairan dan elektrolit, rentan terhadap infeksi.

4) Antiemetik, contoh Ondansentron
   - Dosis 2 mg (< 3 tahun), 4 mg (< 10 tahun) dan 8 mg (> 10 tahun)
   - Efek samping: sakit kepala, diare.

5) Pencahar, contoh Laksadin
   - Dosis: 5- 10 mg/kali minum, 2-3 kali pemberian/hari
   - Efek samping: kram perut, mual, kehilangan cairan dan elektrolit (pemberian dalam jangka panjang).

DIT.P2PTM

Nyeri neuropatik
- Opiat + Kortikosteroid dan atau Opiat + NSAID → jika tidak berhasil,lanjut ke b.
- a + Antidepresan atau Anti kejang →jika tidak berhasil, lanjut ke c.
- a + Antidepresan dan Anti kejang →jika tidak berhasil, lanjut ke d.
- Ketamin (anestesi diberikan secara intravena).

2. Tata Laksana Non-Farmakologi

a. Mengurangi stres dan kecemasan.

b. Diperlukan kerja sama dengan orangtua dan situasi yang menyenangkan.

c. Tanpa analgesik :
   1) Pressure : melakukan pemijatan (massage).
   2) Positioning : memeluk, memegang, menggendong.
   3) Relaxation : memberikan postural drainage, seperti tidur miring atau posisi kepala lebih direndahkan.
   4) Distraction : bernyanyi, bermain, menonton televisi atau video kesukaan anak, mendengarkan musik, jalan- jalan.

5) Hypnosis/Imagery: membantu memfokuskan perha tian anak dari hal- hal yang ditakuti dan mengem-bangkan daya imajinasi anak dengan aman, nyaman, menarik, dan menyenangkan.

Renjatan Nyeri

Merupakan keluhan nyeri yang terjadi secara spontan, tidak terduga dan timbul sebelum jadwal dosis morfin berikutnya. Biasanya memiliki serangan yang cepat dan durasi pendek yang apabila terjadi secara berulang akan menimbulkan gangguan terhadap kualitas hidup pasien. Prevalensi nyeri pada pasien kanker meningkat sesuai dengan stadium penyakit, yaitu 30- 40% pada stadium awal dan 70-90% pada stadium lanjut.

Dosis renjatan adalah 50-100% dari dosis yang telah ditentukan. Jangan lupa untuk memberikan pencahar pada anak yang mendapat Opiat untuk mencegah efek samping berupa konstipasi.

1. Karakteristik
   - Renjatan nyeri berhubungan dengan lokasi, tingkat keparahan, pemakaian analgesik yang teratur, patofisiologi, penyebab, dan apakah pasien sudah dinyatakan paliatif. Frekuensi nyeri pada setiap pasien sangat bervariasi, bisa mencapai 3-4 kali/hari.
   - Pasien dengan renjatan nyeri sering kurang puas dengan obat analgesik sehingga mereka mengala-mi penurunan fungsi dan pengalaman psikososial, yaitu peningkatan kecemasan dan depresi.
   - Renjatan nyeri menandakan buruknya prognosis penyakitnya sehingga membutuhkan pemantauan.
2. Tata Laksana Renjatan Nyeri

   Tujuan dari tata laksana renjatan nyeri adalah untuk mengurangi intensitas keparahan dan efek dari setiap episode nyeri. Keberhasilan penanganan nyeri dapat dicapai dengan adanya penilaian secara

menyeluruh terhadap timbulnya nyeri dan penilaian secara berulang dengan menggunakan komunikasi yang baik serta mengupayakan pasien untuk ikut berpartisipasi.

Cara pemberian terapi renjatan nyeri:

a. Pastikan nyeri yang timbul bukan nyeri psikis.
b. Berikan obat sebesar dosis awal, misalnya pasien mendapat 10 mg setiap sekali pemberian, maka dosis untuk renjatan nyeri juga sebanyak 10 mg.
c. Tetap berikan obat analgesik sesuai jadwal, dengan dosis obat yang ditetapkan.
d. Pantau timbulnya renjatan dalam 1 hari untuk menentukan apakah diperlukan perubahan dosis analgesik pada hari selanjutnya.

2. GANGGUAN SISTEM PENCERNAAN

1) Masalah oral :

Sering terjadi beberapa permasalahan, seperti hilangnya selera makan, kebersihan mulut yang tidak terjaga, timbul perdarahan mukosa, xerostomia atau mulut kering. Atasi dengan memberikan jus dingin atau meng-hisap es batu. Hilangnya selera makan hampir terjadi pada semua anak pada kondisi tersebut. Pada umumnya anak tidak merasa terganggu, tidak merasakan lapar atau tidak nafsu makan, tetapi hal tersebut dapat menye-babkan rasa cemas orangtua atau yang merawat. Hilang-nya selera makan disebabkan beberapa hal, seperti nyeri, mual, muntah sembelit, jamur pada mulut, depresi, dan kehilangan rasa mengecap.

Saran untuk orangtua bila hal ini terjadi :

a) Siapkan makanan yang disukai atau diminta anak.
b) Gunakan tempat makanan yang kecil dengan porsi sedikit.
c) Siapkan dan sajikan makanan segera setelah anak minta makan.
d) Berikan makanan dengan potongan kecil dan tidak keras, misalnya puding atau jus.

e) Suapkan makanan secara perlahan untuk menghindari risiko tersedak.
f) Gunakan botol dot atau sedotan jika anak sulit untuk menelan.
g) Jaga kebersihan mulut sebelum dan sesudah makan.
h) Jangan pernah memaksa untuk memberikan makanan atau minuman jika anak tidak mau, karena hal ini dapat menyebabkan stres pada anak dan orangtua.

2) Mual dan muntah

Umumnya berhubungan dengan pemberian analgesik Opiat. Penyebab lainnya adalah karena inflamasi saluran cerna atas, tekanan intrakranial meningkat, gangguan metabolik, konstipasi, dan infeksi.

Obat yang dapat diberikan :

- Mual, muntah: Ondansentron, Metoklorpamid,
- Gastritis: Ranitidin
- Gangguan pengosongan lambung: Metoklorpramid atau Domperidon.
- Tekanan intrakranial meningkat: Kortikosteroid.
- Hindari pemberian Metoklorpamid bila terdapat obstruksi usus.

3) Konstipasi

Umumnya disebabkan karena efek samping pemberian Opiat. Penyebab lainnya adalah karena gangguan elektrolit, mobilitas dan makanan oral serta serat yang kurang. Pemberian pencahar harus dipilih sesuai dengan cara kerjanya. Terdapat 3 jenis tipe pencahar, yaitu:

a) Lubrikan/ pelunak feses (Laktulose, Dokusate Sodium).
b) Stimulan (Senna,Sodium Pikosulfat, Bisakodyl).
c) Osmotik (Makrogols).

Pemakaian rektal enema (Fosfat Enema) dan supositoria (Gliserin Supositoria) boleh dicoba bila pencahar oral tidak efektif. Hati-hati pada pasien dengan neutro-peni. Tata laksana non-farmakologis, dicoba *bowel training*.

4) Diare
Tergantung dari penyebabnya. Dapat diberikan Loperamid 0,05-0,1 mg/kgBB (maksimal 2 mg). Morfin oral atau subkutan dapat juga mengurangi diare.

5) Disfagia
Tata laksana pada kasus disfagia sangat spesifik dan harus ditatalaksana dengan baik dan benar oleh dokter rehabilitasi medik serta oleh terapis (*speech pathologist*) yang terlatih.

3. GANGGUAN SISTEM PERNAPASAN

1) Sesak nafas
Dapat disebabkan karena intra paru atau ekstra paru dan penanganannya tergantung penyebabnya.
   a) Perawatan suportif
      - Perbaiki posisi pasien, perbaiki sirkulasi dan ventilasi ruangan, relaksasi , atur pernafasan, tenang dan jangan panik.
      - Diazepam dosis rendah 0,04-0,2 mg/kgBB tiap 8 jam untuk mengurangi kecemasan.
      - Oksigen 2L /mnt
   b) Bronkodilator
   Bila ada bronkospasme dan ada riwayat asma, boleh diberikan bronkodilator dan kortikosteroid. Kotikosteroid juga dapat mengurangi kompresi bronkus.
   c) Opiat
   Dapat mengurangi sesak nafas dengan cara mengurangi respon ventilasi terhadap hiperkapnea dan hipok-sia.

2) Sekresi berlebihan
Antikolinergik (Hidrobromid Hiosin) 0,2-0,4 mg subkutan tiap 4 jam.

3) Pernafasan Cheyne-Stokes
Ini terjadi pada fase terminal, bagian dari fase menuju kematian.

4. FATIGUE

Fatigue adalah gejala yang banyak dijumpai pada pasien kanker anak fase terminal. Fatigue pada keadaan ini berbe-da dengan fatigue yang terjadi pada umumnya. Gejalanya dapat berupa kelelahan, tidak ada keinginan untuk melaku-kan aktivitas, dan tidak dapat diatasi dengan istirahat. Pen-ting untuk mencari penyebabnya, seperti anemia, infeksi, gangguan pernapasan, malnutrisi, dan lain-lain, termasuk gejala psikologis, seperti depresi dan ansietas. Metilfenidat atau Dekstroamfetamin direkomendasikan untuk mengatasi fatigue yang simtomatik. Fisioterapi dan olah raga ringan juga efektif untuk mengatasi fatigue pada anak, bahkan pada anak yang menjelang kematiannya.

5. GANGGUAN KULIT

- Pruritus

  Penanganan :

  a) Cari kemungkinan penyebabnya.
  b) Berikan rehidrasi sederhana pada kulit, misalnya lotion atau minyak kelapa.
  c) Gunting kuku anak atau bila perlu berikan sarung tangan.
  d) Mengurangi gatal dengan tindakan distraksi dan relaksasi.
  e) Anjurkan anak menggunakan pakaian yang tidak ketat dan berbahan katun.
  f) Bila kulit mengalami inflamasi ringan, gunakan krim steroid, seperti hidrokortison. Bila inflamasi berat, dapat diberikan kortikosteroid oral.
  g) Obat Antihistamin digunakan untuk tipe gatal yang sangat berat. Perlu diketahui bahwa ada saat-saat tertentu di mana Antihistamin kurang atau tidak sama sekali efektif.

- Fungating Tumours

  a) Gambaran umum :
     - Sangat jarang ditemukan pada anak.
     - Tumor dapat menyebar secara lokal atau pecah membentuk kavitas.

- Jaringan nekrosis yang dihasilkan dapat terinfeksi.
- Secara psikologis, anak menganggap adanya fungating tumour dapat menimbulkan kecatatan yang menganggu penampilan dan bau yang tidak enak.

b) Penanganan
- Tangani kemungkinan penyebab.
- Perbaiki nutrisi.
- Hentikan atau turunkan dosis Steroid.
- Kurangi pembesaran tumor dengan cara operasi, radioterapi, atau kemoterapi.
- Kontrol nyeri.
- Selama perawatan luka, pertimbangkan penggu-naaan Opiat oral.
- Nyeri pada kulit dapat diatasi dengan Diamorphine topikal.
- Nyeri kronik bisa menggunakan Morfin secara perla-han.
- Kurangi eksudat dengan menggunakan beberapa jenis balutan luka.

Tabel 12. Jenis balutan luka

Jenis	Nama Barang	Catatan
Film	Opsite, Tegaderm	Memudahkan observasi, tidak dapat menyerap eksudat
Low Adherent	Release, Mepore	Menyerap sedikit eksudat
Hydrocolloids	Comfeel, Duoderm	Dapat digunakan dalam 1 minggu
Hydrogels	Iodosorb, Intrasite gel	Menyerap lebih banyak eksudat
Alginates	Kaltostat, Sorbsan	Hemostatik
Foam	Lyofoam, Silastic	Digunakan untuk kavitas

- Bau

  Penanganan :
  - Kontrol bau sekeliling dengan mempertahankan sirku-lasi udara, seperti penggunaan pengatur suhu ruang-an atau aromaterapi.
  - Gunakan Metronidazol secara topikal atau sistemik.

- Berikan arang pada balutan luka.
- Pilih balutan luka yang tepat, seperti Opsite.

4) Mengatasi masalah pendarahan Penanganan :
   - Berikan Adrenalin secara topikal (1:1000).
   - Pilih balutan luka yang mengandung Kalsium Alginet.
   - Radioterapi.
   - Gunakan balutan luka Non Adherent dan tidak meren-dam dengan larutan NaCl.
   - Rawat kulit sekitar luka yang berisiko dengan memberi-kan perlindungan berupa salep.

5) Luka tekan

Gambaran umum :

a) Prinsip pada luka tekan sangat jelas, yaitu seperti pepatah yang mengatakan bahwa lebih baik mence-gah daripada mengobati.
b) Melakukan observasi secara kontinyu, terutama pada pasien dengan kondisi yang sudah terminal.
c) Sangat penting untuk memperhatikan penggunaan perlengkapan, seperti balutan luka.
d) Upayakan mengganti balutan luka dengan meminimal-kan timbulnya nyeri.
e) Perawatan luka dilakukan dengan tenang dan tidak terburu-buru, seperti dikejar waktu.
f) Penggunaan balutan luka yang efisien menjadi bahan pertimbangan dalam pemilihan balutan luka, khusus-nya masalah harga.

Stadium :

Pengenalan stadium dapat membantu dalam pengelo-laan luka tekan, yaitu:

Stadium 1: kulit utuh tanpa eritema.

Stadium 2: kulit sebagian rusak, yaitu lapisan epidermis dan dermis.

Stadium 3: kerusakan lebih dalam hingga jaringan subkutan.

Stadium 4: kedalaman kerusakan kulit lebih luas sampai pada struktur dalam kulit, seperti otot dan tendon.

Penanganan :

1) Lakukan pemantauan tanda-tanda risiko terjadinya luka tekan.
2) Lakukan perubahan posisi.
3) Cegah risiko terjadinya penekanan, dengan :
   Memberikan matras udara.
   Penggunaan selimut yang halus.
   Mengurangi penekanan bantal.
4) Kaji status nutrisi pasien.
5) Berilah perawatan kulit dengan menjaga kebersihan diri dan hidrasi.
6) Anak dengan stadium 1 luka tekan dapat dilakukan perlindungan luka dengan menggunakan balutan film, seperti Opsite atau Tegaderm. Saat membersihkan luka, lakukan secara berhati-hati untuk menghindari timbulnya kerusakan kulit lebih lanjut.
7) Upaya untuk menyembuhkan ulkus yang mengalami epitalium, pilih balutan luka tipe Film, Low Adherent, atau Hydrocolloid.
8) Jenis luka dengan eksudat ringan dapat memilih balutan luka tipe Film Hydrocolloid, Low Adherent, Alginates ataupun Hydrophilic Foam.
9) Luka dengan eksudat yang banyak bisa diberikan balutan luka tipe Hydrocolloid, Low Adherent, Alginate, Hydrophilic Foam, atau stoma bag anak-anak.
10) Luka yang sudah membentuk kavitas/rongga cukup diberikan balutan luka tipe Alginet, Silastic Foam bila luka kondisi bersih, dan Foam Dressing.
11) Jika debridement diperlukan, lakukan tindakan operasi dan pemberian balutan luka berjenis Hydrocolloid atau Hydrogel.
12) Bila kondisi luka sudah terinfeksi, berikan obat Metronidazol secara topikal, irigasi luka menggunakan cairan Metronidazol, dan berikan obat antibiotik secara sistemik.

Perawatan luka di rumah

1) Prinsipnya, peralatan yang digunakan dalam perawatan luka harus bersih.
2) Cairan untuk mencuci luka bisa menggunakan rebusan air daun jambu biji (5 helai daun jambu biji dimasak dalam 1 liter air menjadi ½ liter air, lalu disaring).
3) Penggunaan air rebusan berlaku hanya untuk sekali penggunaan saja.
4) Luka bereksudat dapat diberikan bunga lidah buaya atau daun sensivera yang sudah dihaluskan, kemudian ditutup dengan balutan luka, seperti kain bersih. Apabila kondisi luka banyak eksudat, tutup dengan sayatan buah pepaya muda, kemudian ditutup dengan kain bersih.
5) Untuk luka yang berbau, taburkan arang atau kopi diseki-tar luka.
6) Perawatan luka diilakukan sesuai dengan kondisi luka, kenyamanan pasien, serta ketersediaan bahan-bahan-nya di rumah.
7) Libatkan anggota keluarga untuk berpartisipasi aktif dalam perawatan luka.

6. GANGGUAN HEMATOLOGI

a. Fase Non Terminal

1) Anemia: transfusi bila diperlukan sesuai indikasi.
2) Perdarahan dan penanganannya:
   a) Bila trombositopeni, maka boleh diberikan suspensi trombosit.
   b) Dapat diberikan Asam Tranexamic 20 mg/kg tiap 8 jam oral.
   c) Topikal Epinefrin 1:1000.
   d) Cara lain yang perlu diketahui, ialah:
      - Keluarga dipersiapkan untuk menampung atau membersihkan darah memakai handuk/kain berwarna gelap. Hal ini dapat mengurangi stres anak dan yang merawatnya.

- Bila perdarahan dari mulut atau hidung, posisi kan anak setengah duduk. Bila anak cemas, berikan Midazolam bukal (diletakkan di mukosa pipi).

b. Fase Terminal

Pada fase ini gejala yang sering terjadi adalah anemia dimana kadar Hb lebih rendah dari nilai Hb normal sesuai usia.

Tatalaksana anemia pada perawatan paliatif umum-nya tidak agresif. Pada keadaan sakit terminal, pengobat-an anemia dilakukan bila terdapat gejala simptomatis yang jelas. Keputusan tatalaksana dilakukan berdasar-kan keputusan keluarga.

Pada anemia yang disebabkan karena perdarahan lambung sekunder terhadap terapi dapat diberikan anta-gonis H2 seperti ranitidin atau sukralfat dan omeprazol.

DIT.P2PTM

7. Gangguan Sistem Saraf

a. Fase Non Terminal

1) Cemas, atasi dengan relaksasi, mengalihkan perha-tian, dengarkan musik, atau meditasi.
2) Tata laksana kejang

Tabel 13.

Tata Laksana Kejang	
a) Tata laksana kegawatdaruratan	Diazepam 0.2 – 0.4 mg/kg IV atau per rektal, atau Clonazepam 0.5 mg (<10 tahun) atau 1 mg (>10 tahun) IV, subkutan, atau per rektal, atau Midazolam 0.5 mg/kg IV atau subkutan.
b) Tata laksana pemeliharaan	Fenitoin 2 mg/kg setiap 6 – 12 jam, atau Fenobarbital mg/kg setiap 12 jam, atau Carbamazepin 2 mg/kg setiap 8 jam.
c) Tata laksana Tindak Lanjut / Kontinyu jika pemberian per oral tidak memungkinkan	Diazepam 5 mg (1-5 tahun) atau 10 mg (>5 tahun) per rektal jika diperlukan, atau Midazolam 100 mg/kg/jam (10 – 30 mg/24 jam) subkutan atau IV.

DIT.P2PTM

- Spasme otot/mioklonus dapat terjadi karena nyeri. Berikan Diazepam dosis rendah dan lakukan perubahan posisi.
- Mioklonus karena efek toksik dari Opiat dapat diatasi dengan pemberian Midazolam bolus atau infus.

3) Kejang dan Gerakan abnormal (*chorea*)
   - Adalah gerakan tubuh tonik- klonik seluruh atau sebagian tubuh, kadang disertai postur tubuh yang abnormal (*hiperkinetik*)
   - Dapat disebabkan karena ensefalopati.
   - Tatalaksana kejang dengan pembersihan jalan nafas dan pemberian obat anti kejang. Tatalaksana chorea/ gerakan abnormal selain dengan obat kejang juga diperlukan intirahat di tempat yang tenang dan tanpa sinar.

- Gangguan tidur
  - Gangguan tidur terjadi pada 20% pasien anak dengan kanker. Gangguan ini dapat menimbulkan sakit kepala, sulit berkonsentrasi dan depresi.
  - Gangguan tidur dapat terjadi karena gangguan system pernafasan, gangguan pada hemisphere otak dan kelainan anatomi wajah / mulut. Stres psikologis dapat juga menjadi penyebab gangguan tidur
  - Terapi medikamentosa : benzodiazepine, anti hista-mine (niaprazine), difenhidramin dilaporkan efektif pada anak .
  - Keberadaan orang tua terutama ibu sangat membantu mengatasi gangguan tidur
- Tata laksana non-farmakologis pada kasus neuropati/ defisit neurologis dan miopati atau spasme otot adalah dengan memberikan modalitas electrical stimulation, strengthening dan endurance exercise, relaksasi, muscle massage & stretching, propper body positioning. Sementara untuk kasus immobilisasi lama yang menyangkut semua sistem tubuh (*sindroma immobilis-*

asi) yang merupakan program kolaborasi dari dokter, fisioterapis, terapis okupasi dan ortotis (bila diperlukan alat bantu ortosa).

b. Fase Terminal

1) Delirium
   - Perubahan kesadaran dapat dalam bentuk hiperak-tif yang bermanifestasi sebagai disorientasi akut serta keadaan bingung yang fluktuatif. Pada bentuk yang hipoaktif ditemukan adanya perubahan sikap yang tiba-tiba menarik diri dan sulit melakukan kontak.
   - Umumnya ditemukan pada pasien dengan penyalit terminal
   - Tatalaksana dan tujuannya harus dibicarakan dengan keluarga / orang tua pasien. Bila terdapat penyebab yang dapat disembuhkan maka dilaku-kan bila mungkin. Prioritas utama adalah kenyamanan pasien.
   - Mengurangi ketegangan dalam keluarga perlu juga dilakukan.
2) Koma dan status vegetatif :
   - Keadaan penurunan kesadaran yang paling dalam dan fungsi organ tubuh dikendalikan oleh mesin serta obat-obatan penunjang
   - Terjadi karena trauma kepala, kanker otak atau kanker yang metastasis ke otak
   - Tidak ada obat yang dapat menyembuhkan
   - Tatalaksana paliatif meliputi pemberian nutrisi, stimulasi lingkungan, perawatan kulit
   - Komunikasi dengan keluarga untuk membicarakan tatalaksana selanjutnya.

8. GANGGUAN TRAKTUS URINARIUS

a. Nyeri saat berkemih (disuria)
   - Dapat disebabkan karena adanya infeksi
   - Tatalaksana dengan pemberian minum yang cukup

dan hygiene yang bersih

b. Inkontinentia urin

- Adalah keadaan dieresis / keluarnya urin tanpa dapat dikendalikan
- Dapat disebabkan oleh adanya penurunan kontraksi kandung kemih karena adanya infiltrasi kanker
- Tatalaksana dengan mengganti alas tidur secara berkala dan usahakan selalu dalam keadaan kering, lindungi kulit dengan pemberian krim atau jeli.

9. GANGGUAN PSIKIATRI

Ansietas dan depresi merupakan ekspresi emosi yang banyak dijumpai pada pasien kanker anak yang terminal. Penting untuk melakukan penilaian apakah gejala yang timbul tersebut merupakan reaksi yang sesuai atau suatu ekspresi emosi yang berat dan membutuhkan intervensi. Tim psikiatri anak dibutuhkan untuk tata laksana gejala psikologis yang timbul.

Obat-obat golongan Serotonin-Reuptake Inhibitor, seper-ti Citalopram, sangat efektif untuk mengatasi gejala ini, walaupun dibutuhkan waktu yang lama untuk mendapatkan hasil yang maksimal. Jika memang ada indikasi, pengobat-an seperti ini harus segera diberikan.

Psikostimulan, seperti Dekstroamfetamin dan Metilfeni-dat, dapat dipertimbangkan untuk tata laksana depresi pada anak menjelang kematian karena efeknya yang cepat. Tata laksana non-farmakologis, seperti konseling, cognitive behavioral therapy, drama, terapi seni atau bermain juga sangat penting untuk dilakukan.

Tata laksana ansietas akut adalah dengan pemberian *short acting Benzodiazepin*, seperti Midazolam bukal (dile-takkan di mukosa pipi).

PUT P2PTM

DIT.P2PTM

MATERI INTI 4
PEMBERIAN DUKUNGAN PSIKOLOGI, SOSIAL DAN SPIRITUAL

I. DESKRIPSI SINGKAT

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual, unsur-unsur badan, jiwa, lingkungan dan spiritual berada dalam suatu kesatuan. Pada seorang penderita kanker, seringkali bukan kematian yang ditakuti tetapi lebih kepada proses menuju kematian.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

a. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu memberikan dukungan psikologi, sosial dan spiritual

b. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

a. Mengidentifikasi adanya gangguan psikososial dan spritual
b. Melakukan assessment gangguan psikososial dan spiritual
c. Memberikan dukungan psikologi, sosial dan spiritual
d. Melakukan rujukan atas indikasi
e. Melakukan evaluasi hasil dukungan psikologi, sosial dan spiritual

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

A. Identifikasi adanya gangguan psikososial dan spritual
B. Assessment
C. Pemberian dukungan psikologi, sosial dan spiritual
D. Rujukan atas indikasi
E. evaluasi hasil dukungan psikologi, sosial dan spiritual

IV. BAHAN BELAJAR

A. Buku Pedoman Program Paliatif Kanker
B. Buku Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Dewasa
C. Buku Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (brainstorming).
   e. Menyampaikan Difinisi , tujuan dan aneka sumber belajar dan cara memanfaatkannya.
2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

b. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan 1 sampai dengan 4 secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting

b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi
2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator

a. c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima

VI.URAIAN MATERI

A. DEWASA

ASPEK PSIKOSOSIAL, SPIRITUAL DAN KULTURAL

Menghadapi kenyataan bahwa memiliki penyakit yang dapat mengancam jiwa apalagi bila menyadari telah berada dalam fase teminal, tidaklah mudah diterima oleh penderita, keluarga dan bahkan juga oleh dokter yang menanganinya. Berbagai respon psikologik dapat timbul dalam keadan ini, seperti rasa tak berdaya, putus asa, sedih, takut, marah dan sebagainya.

Manusia adalah makhluk bio-psiko-sosio-kulturo-spiritual, unsur-unsur badan, jiwa, lingkungan dan spiritual berada dalam suatu kesatuan. Pada seorang penderita kanker, seringkali bukan kematian yang ditakuti tetapi lebih kepada proses menuju kematian. Perawatan penderita haruslah menyentuh semua demensi kehidupan ini, karena masing-masing dimensi akan selalu berinteraksi secara timbal-balik. Bayangan mengenai penderitaan dan saat akhir kehidupan, dapat mendominasi pikiran penderita

dengan penyakit terminal. Keluhan fisik dan psikologis yang ada sering saling terkait dan menberikan efek negatif terhadap kualitas fisik serta memiliki peran yang penting terhadap kesejahteraan penderita dengan penyakit kanker stadium lanjut.

Tindakan yang dapat dilakukan antara lain :

- Bantu penderita mengatasi perasaannya sehingga dapat berda-mai dengan dirinya sendiri, dengan orang lain, dan dengan Tuhan
- Beri dukungan dengan mengarahkan untuk mengisi sisa hidupnya dengan melihat hal-hal yang bermakna bagi dirinya

Penilaian Gangguan Psikososial

Manifestasi gangguan psikososial yang timbul dapat bermacam-macam seperti gangguan cemas, depresi, perubahan perilaku, gangguan penyesuaian dengan berbagai keluhan penyerta, sampai kondisi gangguan jiwa berat. Hal tersebut tidak selalu mudah dievaluasi terutama pada pasien dengan gangguan kesadaran. Gangguan psikososial penderita kanker mencakup aspek yang sangat luas, baik yang bersumber pada kondisi penyakitnya, kepribadian, latar belakang kehidupan penderita, keluarga, budaya, agama dan sebagainya.

Lakukan penilaian gangguan psikososial secara umum dengan menggunakan cara-cara sederhana yang lebih mengandalkan observasi terhadap beberapa hal:

3) Keadaan mental-emosional dan hubungan interpersonal (termasuk hubungan dengan anggota keluarga dan orang lain)
4) Kemampuan fungsi sosial dalam kehidupan penderita sehari-hari
5) Kemampuan melakukan kegiatan yang bersifat rekreatif, hobbi
6) Penilaian terhadap faktor psikososial lain (finansial dan hubung-an antar anggota baik dalam keluarga maupun masyarakat, termasuk hubungan intim suami istri)
7) Penilaian terhadap segi-segi kehidupan di bidang agama, spiritual serta budaya

Atas dasar hasil penilaian tersebut, rencanakan suatu strategi

dan dukungan paliatif selanjutnya. Penting untuk dapat menilai apakah keluhan atau gejala tersebut masih dalam batas yang sesuai dengan stressor yang dialami pasien, ataukah sudah mencapai tahap psikopatologi lanjut. Penilaian ini dilakukan pada setiap kesempatan sambil berjalannya waktu dan strategi dukung-annya juga disesuaikan dengan perkembangan selanjutnya.

Tahapan psikologi pasien dalam menghadapi kondisi sakit *Elisabeth Kubler-Ross* mempostulasikan lima tahap yang dilalui pasien dalam menghadapi bayangan akan kematian, yang dapat bermanfaat untuk membantu memahami kondisi pasien dalam berbagai tahap tersebut, yaitu:

1. *Denial* (penyangkalan)
   Adalah tahapan awal yang sering dialami oleh penderita teruta-ma pada mereka dengan kepribadian mudah cemas. Penderita menyangkal tidak sakit ataupun bila mereka menerima kondisi sakit tetapi menganggap sakitnya bukanlah penyakit yang serius seperti kanker. Biasanya pikiran yang demikian ini akan menentramkan hati sesaat, dan berguna untuk menunda kepanikan.
2. *Anger* (marah)
   Tahap ini seringkali ditandai dengan sikap cepat tersinggung, banyak menuntut, mengkritik, mengomel, dll. Rasa marah ini bisa ditujukan terhadap keluarga, diri sendiri, bahkan bisa juga marah terhadap Tuhan dan petugas kesehatan. Mengapa dia yang menderita kanker dan bukan orang lain.
3. *Bargaining* (tawar-menawar).
   Setelah rasa marah teratasi dan pikiran serta perasaannya lebih tenang, maka secara perlahan pasiendapat menerima kenyataan bahwa ia menderita penyakit kanker yang erat kaitannya dengan kematian. Dalam kondisi ini maka akhirnya ada keinginan untuk tawar-menawar baik dalam segi kehidu-pannya maupun pengobatan yang diterima (beri saya kesembu-han...kalau saya sembuh saya akan.....). Tahap ini memberi kesempatan tenggang waktu untuk dapat mengambil sikap.

4. Depresi.

   Pada tahap ini pasien akan menunjukkan tanda-tanda kesedihan dan gejala-gejala depresi lain. Tanda dan gejala ini biasanya berlangsung singkat sebagai reaksi terhadap situasi yang dihadapinya. Depresi yang berkepanjangan dapat menja-di sumber penderitaan dan karenanya perlu dinilai dan didetek-si secara dini. Bila depresi ini berlanjut, dianggap sebagai gang-guan jiwa dan perlu perawatan psikiatri.

   Faktor risiko yang menyebabkan depresi berkepanjangan antara lain :

   1. rasa nyeri yang tidak terkontrol dengan baik,
   2. hendaya fisik yang progresif dan tingkat keparahan penyakit yang dideritanya,
   3. riwayat depresi,
   4. obat-obatan yang dipakai (steroid, benzodiazepine) serta depresi yang secara langsung disebabkan oleh penyakitnya (kanker pankreas, stroke).
   5. masalah sosial dan spiritual yang belum tertangani.

   Penilaian adanya depresi pada pasien kanker stadium yang sudah lanjut tidak hanya berdasarkan gejala somatiknya (nafsu makan/berat badan/libido yang menurun, cepat lelah serta gangguan tidur) tetapi juga gejala psikologik dan kognitifnya, antara lain disforia yang persisten (suasan hati yang buruk), rasa tidak berdaya dan putus asa, rasa tidak berharga dan hilangnya self-esteem, rasa bersalah yang berlebihan, kekece-waan yang mendalam, pikiran yang berulang tentang kematian serta fikiran bunuh diri. Tanda lain seperti rasa nyeri yang tidak responsif terhadap pengobatan, perasaan sedih dengan afek yang datar serta kecemasan, iritabilitas dan mood yang tidak nyaman juga merupakan tanda yang signifikan.

   Penatalaksanaan depresi pada penderita terminal meliputi pendekatan non farmakologik seperti psikoterapi suportif, pendekatan kognitif, intervensi perilaku (terapi relaksasi, terapi distraksi) dan pendekatan farmakologik.

5. *Acceptance* (menerima).
   Tahap pasien dapat menerima kenyataan.

Kelima tahapan ini terjadi tidak selalu berurutan dan kadangka-la tidak sampai tahap menerima. Perkembangan tahapan ini sangat individual, bila tidak ditangani dengan baik atau terlam-bat maka dapat terjadi tetap pada tahap tertentu bahkan dapat kembali ke tahap sebelumnya.

Pendampingan oleh Relawan

- Perubahan perilaku pasien merupakan beban mental yang berat bagi keluarga, sehingga tidak jarang keluarga pasien juga ikut menderita baik psikis maupun fisiknya. Kelelahan dan rasa jenuh keluarga dalam merawat penderita bisa dibantu dengan pendampingan oleh relawan.
- Beri pemahaman aspek psikososial pada penderita dan keluarga selama dalam perawatan sebelum melakukan pendampingan,
- Asah kemampuan berkomunikasi dengan baik dan benar pada relawan dalam mendampingi penderita dan keluarga-nya.
- Tunda pendampingan oleh relawan yang sedang memiliki masalah dan bantu relawan tersebut untuk melakukan"venti-lasi" dengan aman.
- Memberikan perawatan dengan empati.
- Untuk menjaga agar semangat relawan tetap stabil, maka secara berkala dianjurkan untuk merefleksikan tujuan semula yang mulia untuk menolong sesama agar tidak jenuh dan patah semangat.

Faktor Kultur

- Kultur sangat mempengaruhi sikap pasien terhadap penyakit, nyeri, dan kematian.
- Kurangnya perhatian terhadap latar belakang mempe-ngaruhi penerimaan pasien terhadap penyakitnya. Komu-nikasi menggunakan bahasa pasien sangat diperlukan.

PMT.P2PTM

Faktor Spiritual

Setiap manusia baik dia religius maupun tidak, mempunyai spiritual yang unik bagi dirinya sendiri. Spiritual mengarah pada tujuan dan arti keberadaan individu.

Diskusikan hal-hal berkaitan dengan spiritual yang dialami oleh pasien selama perawatan, terutama pada kasus yang berat/stadium lanjut. Masalahnya mungkin berkaitan dengan arti atau nilai-nilai kehidupan mereka, puas ataukah merasa bersalah dengan kehidupannya dimasa lalu, rasa marah atau merasa tidak adil, dan pertanyaan seputar penderitaan atau misteri kematian.

Pasien yang menganggap penyakitnya sebagai hukuman atau penghianatan memerlukan pendekatan spiritual yang lebih intens

B. ANAK

ASPEK PSIKOSOSIAL, SPIRITUAL DAN KULTURAL PADA ANAK

Mengetahui bahwa seorang anak didiagnosis kanker merupakan suatu faktor pencetus stres yang berat bagi anak dan keluarga-nya. Kemampuan untuk menerima keadaan tersebut sangat tergantung pada lingkungan dan orangtuanya. Pada anak yang kecil, orangtua sangat berperan dalam menerima kondisi tersebut. Setiap fase pengobatan mempunyai karakteristik yang menimbul-kan reaksi bagi orangtua dan anak itu sendiri.

Perawatan dibidang spiritual merupakan komponen penting dalam perawatan anak dengan kanker. Oleh karena itu, pelaksana pelayanan kesehatan (pelaku rawat) sebaiknya segera mengeta-hui atau mengenal kepercayaan spiritual dari keluarga sesaat setelah ditegakkan diagnosis.

1. FASE AKUT

a. Stress Awal

a. Anak mengalami fase ketakutan dan kesakitan.
b. Dapat menerima kenyataan dengan mengetahui diagnosis penyakitnya dan dipersiapkan untuk menjalani terapi-nya.

c. Timbul rasa khawatir akan kematian.
d. Orangtua menyalahkan diri sendiri karena kondisi tersebut.
e. Menerima keadaan tersebut memerlukan waktu bagi orangtua, saudara kandung, dan kakek/nenek.

b. Stress Kedua
Prosedur tindakan, efek pengobatan, dan efek sampingnya menimbulkan kekhawatiran bagi orangtua.

c. Stress Ketiga
1) Kondisi orangtua yang harus menyampaikan informasi tentang kondisi anaknya kepada komunitas di sekitarnya (saudara, keluarga besar, sekolah, dan lingkungan tempat kerja orangtua).
2) Unsur-unsur diatas sangat penting karena pengobatan kanker merupakan pengobatan jangka panjang.
3) Hal ini terkait juga dengan masalah suku, bahasa, dan kebudayaan yang seringkali bisa menjadi hambatan dalam komunikasi.

DIT.P2PTM

2. MASA PENGOBATAN

Pengobatan kanker memiliki banyak efek samping yang tidak menyenangkan, diantaranya perubahan secara fisik, misalnya rambut rontok, penurunan/peningkatan berat badan, dan timbul striae (garis-garis berwarna hitam/putih pada kulit). Oleh karena itu, diperlukan dukungan psikososial untuk anak atau orangtua agar mereka dapat menerima kondisi tersebut.

3. PASCA PENGOBATAN

a. Fase ini, seorang anak mengalami penurunan kondisi umum dan *fatigue* (kelelahan) yang berkelanjutan. Walaupun demikian, mereka tetap harus kembali ke aktifitas sehari-hari, misalnya bersekolah.
b. Anak yang lebih besar sering kali memerlukan konseling yang sifatnya lebih individual untuk menghadapi masalah-nya dan kembali menjalani kehidupan normalnya.
c. Tahap ini orangtua mengalami stress pada saat mendapat penjelasan mengenai kemungkinan terjadinya relaps dan efek samping jangka panjang.

d. Orangtua mulai kembali memikirkan kepentingan dirinya, meskipun tetap harus memperhatikan dan waspada terhadap tanda-tanda relaps penyakit anaknya.

4. MASA AKHIR KEHIDUPAN

Meskipun angka harapan hidup meningkat dan pengobatan semakin baik, namun ada sebagian kecil dari pasien kanker anak yang mengalami kegagalan pengobatan.

a. Tujuan dari fase ini adalah untuk mengendalikan nyeri fisik dan psikis serta rasa tidak nyaman dengan pemberian obat-obatan, dukungan psikologis, maupun intervensi spiritual.
b. Dukungan psikososial harus difokuskan pada keluarga agar anak tetap dapat menjalankan aktifitasnya sehari-hari.
c. Mempersiapkan keluarga (orangtua dan saudara kandung) untuk menghadapi akhir kehidupan dari anak yang terkena kanker.
d. Saudara kandung perlu mendapatkan dukungan teman-temannya ketika mengalami suasana berkabung dan diberi-kan pengertian agar tetap bersekolah.

Dukungan spiritual dari orangtua, keluarga terdekat, teman-teman dekat, dan pemuka agama dapat membantu pasien menghadapi akhir kehidupannya dan kematian yang bermartabat.

DIT.P2PTM

MATERI INTI 5
TATA LAKSANA NUTRISI

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini membahas tentang tata laksana nutrisi dilihat pada pasien kanker baik dewasa maupun anak dengan memfokuskan pada perawatan stadium non terminal dan terminal.

- TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu melakukan penatalaksanaan nutrisi.

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

1. Mengidentifikasi adanya masalah nutrisi
2. Melakukan assessment masalah nutrisi
3. Melakukan penatalaksanaan masalah nutrisi
4. Melakukan evaluasi hasil penatalaksaaan masalah nutrisi

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

1. Identifikasi adanya masalah nutrisi
2. assessment masalah nutrisi
3. penatalaksanaan masalah nutrisi
4. evaluasi hasil penatalaksaaan masalah nutrisi

IV. BAHAN BELAJAR

1. Pedoman Program Paliatif Kanker
2. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Dewasa
3. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

Contoh sbb:

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
   e. Menyampaikan Difinisi , tujuan dan aneka sumber belajar dan cara memanfaatkannya.

2 Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan 1 sampai dengan 4 secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan

c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasili-tator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelompok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi
2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing-

masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima

DIT.P2PTM

VI.URAIAN MATERI

A. DEWASA

ASPEK NUTRISI PADA PERAWATAN PALIATIF KANKER

Dibagi 2 untuk :

1) Pasien non terminal
2) Pasien terminal

1. Terapi nutrisi pada pasien kanker non terminal :
   a. Kebutuhan kalori
      Perhitungan kalori menggunakan rumus Harris Benedict
      Laki-laki : REE = 66 + 13.7 BB + 5 TB – 6.8 U
      Wanita : REE = 655+9.6BB+1.85 TB–4.7 U
      REE = resting energy expenditure (kcal/hari)
      BB = Berat badan (kg)
      TH = Tinggibadan (cm)
      U = Umur (tahun)
      Faktor aktifitas fisik : Pasien dengan ventilator : 1,1

Terapi nutrisi pada pasien kanker yang sedang menjalani terapi :

Pasien bedridden	: 1,2
Pasien ambulatory	: 1,3

Berdasarkan berat badan (ADA 2006)
Pasien dengan hipermetabolisme, kurang gizi, peningkatan berat badan : 30-35 kcal/kg/hari
Pasien underweight berat: > 35 kcal/kg/hari
Normo metabolic, non ambulatory, inaktif : 25-30 kcal.kg/hari
Bed ridden : 20-25 kcal/kg/hari Stem cell transplant : 30-35 kcal/kg/hari Pasien obes (bila bertujuan untuk menurunkan berat badan) :21-25 kcal/kg/hari

Nutrisi Enteral (ESPEN 2006)
Pasien Ambulatory : 30-35 kcal/kgBB/hari
Pasien Bedridden : 20-25 kcal/kgBB/hari

Nutrisi Parenteral (ESPEN, 2009)
Pasien Ambulatory : 25-30 kcal/kgBB/hari
Pasien Bedridden : 20-25 kcal/kgBB/hari

b. Kebutuhan protein

Pasien kanker non stress	: 1,0-1,2 g/kgBB
Hipermetabolisme	: 1,5-2,5 g/kgBB
Transplantasi stem sel	: 1,5-2 g/kgBB
Penyakit ginjal	
Acute renal failure	0,5-0,6 g/kgBB (pasien unstres) 1,0 g/kgBB (dgn stress dan hemodialysis)
Predialisis	0,6-0,8 g/kgBB
Hemodialisis	1,2-1,5 g/kgBB
Nefrotik syndrome	0,8-1,0 g/kgBB
Penyakit Hati	
Payah hati	1,0-1,5 g/kgBB

Sirosis hati	1,0-1,2 g/kgBB
Penyakit hati dgn ensephalopati	0,6-0,8 g/kgBB

(ADA, 2006)

Cara lain identifikasi dan evaluasi nutrisi pasien paliatif, dapat menggunakan metode :

Edmonton Symptom Assessment Scale
Palliative Performance Scale

c. Kebutuhan mikro nutrien

Kebutuhan mikronutrien anti oksidan sebaiknya dileng-kapi dari bahan makanan sumber (*American Cancer Socie-ty, 2005*). Tetapi apabila ditemukan kekurangan mikro nutrient akibat asupan yang tidak adekwat atau pengeluaran yang berlebihan maka pembelian multivitamin dan mineral dapat di berikan (Bloch, 1988, ADA 2000, Brown et al, 20013). Rekomendasi jumlah mikronutrien dapat diberikan berdasar-kan rekomendasi asupan nutrisi (NCCFN, 2005)

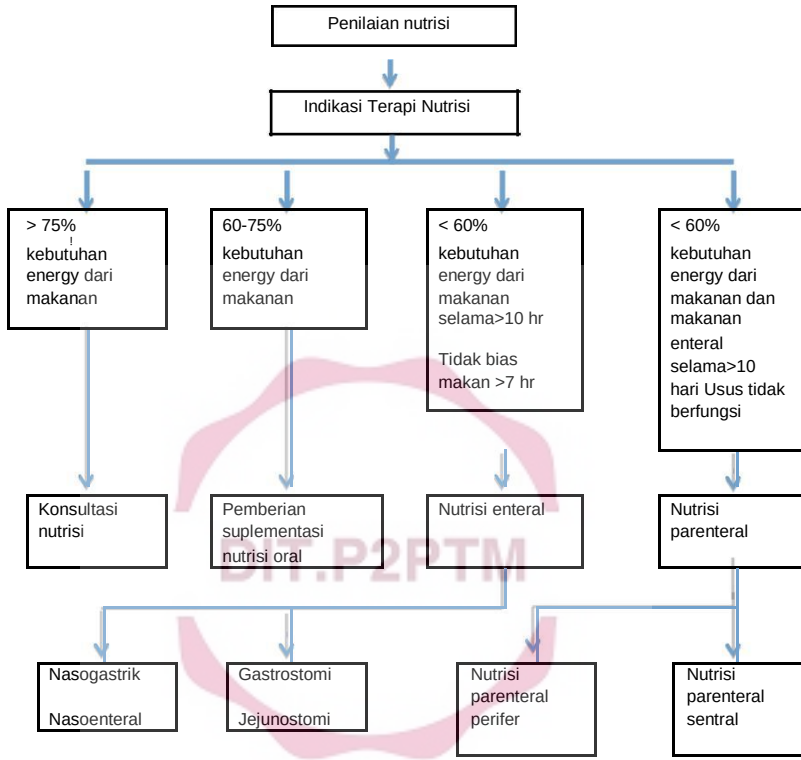
d. Kebutuhan EPA

Suplementasi asam lemak omega 3 dapat membantu mempertahankan berat badan pada pasien kanker dengan diet oral yang mengalami penurunan berat badan (Grade A) Rekomendasi untuk EPA adalah sebesar 2g. Dapat diberi-kan melalui makanan/ makanan komersial yang diperkaya dengan EPA, atau suplemen EPA (Grade B, Aspe 2009).

2g EPA didapat dari :

4. 8-11 kapsul minyak ikan (EPA 180 mg)
5. 300-400 g ikan laut (dari ikan tenggiri atau ikan kembung)

Gambar 8. Terapi Nutrisi



Sumber: (Espen 2006, Fesco 2006)

2. Terapi Nutrisi pada pasien kanker terminal

Pada kondisi terminal sering kali pasien mengalami kesulitan untuk makan. Hal ini diakibatkan oleh kondisi penyakit yang sudah lanjut. Pendapat yang keliru adalah tidak makan menyebabkan kondisinya semakin memburuk, sebenarnya sebaliknya, bahwa kondisi yang memburuklah yang menjadi penyebab kesulitan makan dari pasien. Sehingga makanan yang diberikan adalah makanan yang memberikan rasa nyaman pada saat dikonsumsi oleh pasien dan tidak memperberat gejala yang dialaminya.

Berbagai tip untuk mengatasi gejala-gejala yang berhubungan dengan nutrisi

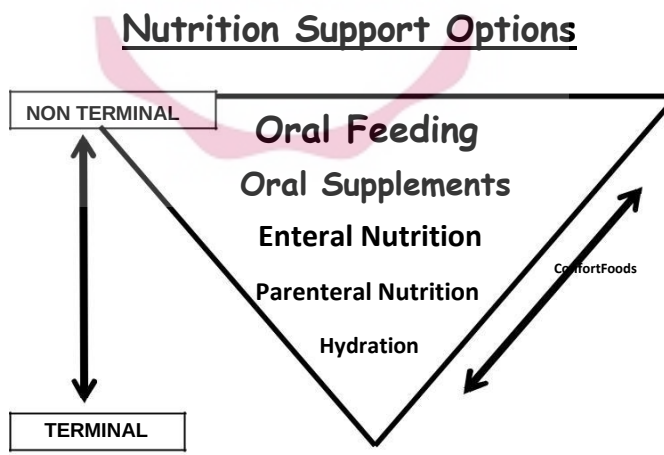
- Nausea
  Berikan makanan porsi kecil dan sering. Pilih makanan dengan sedikit rasa, hindari makanan manis, berlemak, berbau menyengat. Makanan favorit akan lebih mengurangi rasa mual. Pilih makanan yang lunak. Hindari minum cairan pada perut kosong. Telan makanan perlahan-la-han. Jangan tidur dalam waktu kurang dari 1 jam.
- Muntah
  Berkumur dengan cairan soda kue, kurangi minum kopi, jangan berkumur dengan pencuci mulut yang mengandung alcohol karena dapat membuat mulut kering.
- Tidak nafsu makan
  Makan dengan porsi kecil dan sering makanan padat kalori. Tambahkan protein dan kalori pada makanan yang disukai pasien. Nikmati makanan pada saat keadaan pasien sedang nyaman. Minumlah minuman yang berkalori diantara waktu makan. Lakukan aktifitas fisik ringan untuk meningkatkan nafsu makan.
- Cepat kenyang
  Makan dengan porsi kecil dan sering makanan padat kalori. Tambahkan protein dan kalori pada makanan yang disukai pasien. Minumlah minuman yang berkalori diantara waktu makan. Hindari makanan yang digoreng, berminyak, bergas.Lakukan aktifitas fisik ringan untuk meningkatkan nafsu makan.
- Konstipasi
  Makan secara teratur, tingkatkan cairan 8-10 gelas perhari. Hindari kopi, Konsumsi minuman hangat agar dapat menstimulasi peristaltic usus. Lakukan aktifitas fisik ringan. Biasakan buang air besar secara teratur.
- Diare
  Tambahkan serat larut pada makanan sehari-hari. Hindari serat tidak larut. Makan dengan porsi kecil dan sering. Hindari makanan berminyak, digoreng, berbumbu, alcohol, dan kopi. Makanan dengan produk susu. Hindari

DIT.P2PTM

Hindari makanan yang terlalu manis dan jus buah. Tingkatkan konsumsi cairan, makanan tinggi kalium seperti pisang dan kentang, makanan tinggi natrium seperti oralit.

2. Mulut kering
   Coba makanan yang dapat meningkatkan air liur. Hindari alcohol, kopi, obat kumur yang mengandung alcohol. Konsumsi makanan dengan tambahan cairan. Gunakan pelembab untuk rongga mulut.
3. Gangguan menelan
   Ikuti teknik menelan yang dianjurkan oleh fisioterapis, makanlah makanan lembut, lunak, berbentuk pure. Makanlah porsi kecil, sering.Gunakan pengental makanan. Hindari mengonsumsi roti, biscuit, krakers.
4. Mukositis :konsumsi makanan lunak, dengan saus extra.
   Hindari alcohol, jeruk asam, kopi, cuka, makanan kering, makanan kasar. Konsumsi makanan dengan suhu ruang.

Gambar 9. Pilihan Nutrisi Suportif



Keberhasilan dukungan nutrisi pada pada pasien dalam fase paliatif dipengaruhi oleh pandangan pasien atau keluarga tentang pemahaman :

- Progres penyakit
- Gejala

- Menurunnya kondisi nutrisi seperti penurunan berat badan dan perubahan tubuh
- Gangguan asupan makanan
- Pemahaman tentang makanan
- Pemenuhan makanan dapat diartikan sebagai kebutuhan fisik, kenyamanan, budaya dan psikososial. Untuk itu, sebagai tenaga medis kita perlu memahami hal tersebut dan melakukan pendekatan kepada pasien dan keluarga, agar nutrisi yang kita berikan bermanfaat dan tidak merugikan.

B. ANAK

1. TATA LAKSANA NUTRISI

a. Pendahuluan

Malnutrisi banyak dilaporkan terjadi pada anak dengan kanker terutama di negara berkembang. Keadaan malnutrisi ini mempengaruhi prognosis pasien karena dapat menunda pengobatan bahkan dapat meningkatkan morbiditas. Banyak penyebab terjadinya malnutrisi pada anak dengan kanker antara lain karena penyakitnya sendiri atau karena pengobatan yang diberikan.

Penelitian berbasis bukti oleh ahli gizi untuk program paliatif kanker anak, masih jarang sementara tata laksana gizi melalui kerja sama tim multi-disiplin sangat dibutuhkan. Untuk membantu orang tua dan anak yang terkena kanker.

Pemantauan status nutrisi penting dilakukan secara rutin sehingga dapat segera mengetahui bila terjadi penyimpang-an status gizi. Pemberian makanan / nutrisi yang adekuat sangat penting diberikan pada anak dengan kanker karena dapat meningkatkan kualitas hidup

b. Definisi dan Prevalensi

Malnutrisi adalah istilah atau terminology untuk keadaan / kondisi nutrisi yang tidak adekuat 1. Definisi lain mengata-kan bahwa malnutrisi adalah kondisi yang terjadi akibat tubuh tidak mendapatkan masukan nutrisi yang adekuat nutrisi seperti kalori, vitamin dan mineral yang dibutuhkan untuk mempertahankan kesehatan dan fungsi organ yang

normal [2]. Pada seorang anak masukan energy diperlukan untuk proses tumbuh dan kembang.

Prevalensi malnutrisi pada anak dengan kanker bervaria-si dari 0% - 50% tergantung pada metode penentuan status gizi, jenis kanker serta stadium, dan terapi kanker yang diberikan . Malnutrisi terjadi sekitar 5.8% saat diagnosis dan akan meningkat menjadi 22% – 36 % selama pengobatan, tertinggi didapatkan pada anak dengan tumor otak sebesar 94% dan terendah ditemukan pada anak dengan limfoma malignum [3] . Peneliti lain mendapatkan 50% anak dengan neuroblastoma menderita malnutrisi (gizi buruk) sedang yang tumor padat lain sebesar 30% [4].

3. Etiologi dan Patofisiologi

Beberapa mekanisme patofisiologi yang kompleks terjadi-nya malnutrisi pada anak dengan kanker [1,2] :

a) Interaksi kompleks antara energy dan substrat metabo-lisme
b) Komponen inflamasi dan hormonal
c) Perubahan metabolik

Ketiga mekanisme tersebut menyebabkan penggunaan energi dan protein tubuh.

Pada anak dengan kanker terjadi anoreksia yang menye-babkan hilangnya nafsu makan dan ini sebagai penyebab minimnya masukan zat nutrient. Bila keadaan ini berlangsung terus akan menimbulkan keadaan cachexia yang ditandai dengan berkurangnya lapisan lemak dan jaringan otot yang progresif, berat badan turun dengan drastis.

Beberapa mediator inflamasi sitokin (IL-1, IL-6) yang dikeluarkan oleh jaringan tumor akan menembus sawar otak dan otak akan mengeluarkan zat yang mempengaruhi hilan-gnya nafsu makan sehingga memperberat keadaan cachex-ia.

DIT.P2PTM

Kurangnya masukan energy pada anak dengan kanker berhubungan dengan :

- Kebutuhan zat nutrient yang meningkat
- Nutrien yang keluar karena gangguan gastrointestinal
- Pemakaian energy yang diperlukan pada terapi kemoterapi
- Perubahan metabolisme tubuh
- Energi yang dikeluarkan pada tindakan prosedur pemerik-saan dan mengatasi nyeri
- Perubahan pengecapan dan sensasi nafsu makan

Faktor yang penting terjadinya malnutrisi selama pengobat-an kanker adalah [3].

- Faktor pasien : usia dan jenis kelamin
- Faktor penyakit : jenis kanker, stadium dan metastasis jauh (susunan saraf pusat)
- Faktor pengobatan : kemoterapi, operasi dan radioterapi.

d. Penentuan Status Nutrisi [2,5].

1. Pengukuran Antropometri

Penentuan gizi berdasarkan BB/TB, untuk anak 0-5 th menggunakan *cut off z-score* WHO 2006, yaitu:

- Gizi buruk <-3
- Gizi kurang <-2 hingga -3
- Gizi baik -2 hingga +2
- Overweight >+2 hingga +3
- Obesitas +3

Penentuan gizi anak di atas 5 th berdasarkan persentase BB ideal sesuai kriteria Waterlow, yaitu:

- Gizi buruk <70%
- Gizi kurang 70-90%
- Gizi baik 90-110%
- Gizi lebih 110-120
- Obesitas >120%

DIT P2PTM

Lingkar lengan atas digunakan terutama pada anak dengan pembesaran organ, massa tumor yang besar dan pada keadaan dengan edema / ascites massif.
Bila pada pengukuran didapatkan gizi lebih/*over-weight*/*obesitas* harus dihitung IMT (Indeks Massa Tubuh).

2. Pemeriksaan Laboratorium
   Hb, Ht, Leukosit, Tombosit, Albumin, profil lipid (trigeliseri-da, cholesterol total, HDL LDL, CRP.

3. Pemeriksaan Fisik
   Keadaan umum, tanda vital, cachexia, edema, ascites, perubahan kulit, mukosa mulut, glositis, stomatitis, perda-rahan kulit (petekie, ekimosis)
   Komposisi tubuh : ketebalan otot dan lemak, tanda-tanda gizi buruk
   Pembesaran kelenjar, hati dan limpa.

4. Riwayat Penyakit dan Makanan
   Informasi mengenai penyakit yang diderita, terapi yang diberikan dan pemeriksaan penunjang yang sudah dilaku-kan.
   Riwayat makanan yang diberikan : jenis makanan, jumlah dan porsi setiap makan .

E Faktor Risiko Malnutrisi pada Anak dengan Kanker

Tabel 14. Jenis Keganasan dan Risiko Malnutrisi

Risiko malnutrisi	Jenis kanker
Risiko tinggi gizi kurang /	Tumor padat : Neuroblastoma, Rabdomiosarkoma, Wilms tumor, Sarkoma Ewing, hepatoblastoma Leukemia limfoblastik akut relaps
gizi buruk	Leukemia mieloblastik akut Kanker daerah kepala dan leher Kanker otak
Risiko rendah gizi kurang	Leukemia limfoblastik akut risiko biasa Tumor padat stadium dini

3) Pengaruh Keganasan pada Metabolisme Nutrien [6] .

A. Karbohidrat

Pada kanker beberapa perubahan metabolisme karbohidrat dalam homeostasis glukosa cenderung akan meningkatkan konsentrasi glukosa darah. Perubahan ini meliputi glukoneogenesis (konversi asam amino dalam skeletal menjadi glukosa) dan peningkatan siklus Cory (perubah-an laktat dalam hati menjadi glukosa). Peningkatan konversi asam laktat menjadi glukosa sebagian disebab-kan karena meningkatnya produksi laktat oleh sel tumor.

B. Protein

Penyakit kanker berhubungan dengan respons fase akut profil darah yaitu sintesis dengan kecepatan rendah albumin, prealbumin dan transferin serta peningkatan kecepatan sintesis protein reaktif C dan ferritin. Terjadi peningkatan pemecahan protein dalam otot akan meningkatkan jumlah asam amino yang akan membantu pertumbuhan tumor disamping sebagai bahan bakar proses glukoneogenesis. Kehilangan protein otot skeletal merupakan masalah pada anak yang sedang berkembang.

C. Lemak

Pada kanker terjadi perubahan metabolisme lemak antara lain terjadi peningkatan turn-over asam lemak bebas, peningkatan oksidasi asam lemak bebas, pening-katan turn-over gliserol, peningkatan lipolisis dan penurunan kecepatan lipogenesis. Disamping itu terjadi pula kehilangan lemak dalam jumlah yang besar pada saat massa kanker mengalami evolusi. Peningkatan kadar trigliserida dapat ditemukan pada pasien dengan leukemia limfoblastik akut.

4) Dukungan nutrisi pada Anak dengan Kanker

Tujuan pemberian dukungan nutrisi adalah [2] :

1) Mempertahankan dan mendukung proses tumbuh kembang yang normal

2) Segera menangani malnutrisi bila ada
3) Mencegah terjadinya malnutrisi
4) Mempertahankan kebiasaan makan yang baik
5) Meningkat kualitas hidup

Tabel 15. Metode Pemberian Nutrisi

	Indikasi	Keuntungan	Kerugian
Oral	Tidak terdapat gangguan fungsi gastrointestinal Kalori terpenuhi >90-100%	Proses fisiologis Tidak invasif	
NGT	Penurunan BB atau kalori < 90% dalam 3-5 hari Mukositis hebat ,3 hari Pengosongan lambung normal	Mudah memasang NGT Kapasitas lambung besar	Risiko pneumonia aspirasi Rasa tidak nyaman Perubahan posisi oleh muntah Risiko kolonisasi enterokokus
Gastrostomi atau Jejunostomi	Penurunan BB atau kalori < 90% dalam 3-5 hari dengan NGT Muntah hebat 3-5 hari Gangguan menelan Menolak NGT Radioterapi daerah kepala dan leher	Dibandingkan dengan parenteral : Integritas fungsi dan struktur usus lebih baik Risiko rendah translokasi bakteri Pemberian lebih aman, mudah, lebih fisiologis Pemberian nutrient lebih efisien	Iritasi local Risiko infeksi Kebocoran gaster Risiko fistel setelah dicabut Memerlukan tindakan operasi Risiko kolonisasi enterokokus
Parenteral	Gangguan absorbs GI 3-5 hari Muntah dan diare berat Pancreatitis berat Ileus paralitik	Memotong /*baypass* saluran gastrointestinal	Komplikasi infeksi / sepsis Gangguan hemodinamik Gangguan metabolik dan elektrolit

Dukungan Nutrisi Oral [6] .

Strategi untuk meningkatkan asupan makanan :

- Anoreksia : *Small frequent feeding* (6-8 kali makan/ *snack* per hari

  Berikan minuman ringan bergizi diantara waktu makan Tawarkan makanan bergizi yang disukai

- Mual dan muntah :
  Berikan makanan 3-4 jam sebelum kemoterapi
  Tawarkan makanan kecil dingin, makan perlahan, hindari makanan berbau merangsang
  Berikan minuman bening diantara waktu makan
- Radang mulut :
  Berikan makanan halus/ lembut atau makanan cair
  Tambahkan mentega atau jus
  Hindari makanan yang ,merangsang dan keras
- Peningkatan persepsi rasa :
  Terjadi penurunan nilai ambang indera pengecapan pahit dan asin serta peningkatan ambang rasa manis. Setiap makanan terasa hambar dan makanan yang mengand-ung protein tinggi menimbulkan rasa seperti logam.
  Gunakan bumbu dan hindari makanan yang terlalu manis dan asin.
  Berikan makanan yang gurih, tawarkan makanan baru yang bergizi.
- Diare dan konstipasi :
  Berikan makanan tinggi serat dan cukup cairan Yakinkan status hidrasi baik.

Nutrisi merupakan salah satu bagian dalam program paliatif kanker anak. Utamakan memberi makanan buatan sendiri yang teksturnya mudah dicerna dengan baik. Hal yang harus diperhatikan dalam memberikan makanan dengan gizi yang tepat untuk anak yang menjalani program paliatif kanker anak yaitu :

1) Derajat defisiensi gizi yang terjadi
2) Jenis dan kualitas makanan yang akan diberikan
3) Cara pemberian makanan
4) Pantau efek samping yang mungkin timbul
5) Pertimbangkan aspek sosial dan psikologi dari orangtua dan anak

Tips memberikan makanan untuk anak dengan kanker :

1) Hindari makanan yang berbau menyengat
2) Hindari penggunaan peralatan masak dan peralatan makan yang terbuat dari logam, gunakan yang terbuat dari bahan plastik (melamine).
3) Jangan mengkonsumsi makanan 1-2 jam sebelum kemoterapi dan berikan makan 3 jam setelah kemoterapi
4) Hindari memberikan makanan yang panas, berikan makanan setelah dingin
5) Berikan makanan/minuman dingin seperti : es krim, jus buah, smoothies, es potong, dsb.
6) Berikan permen rasa mint yang bebas gula
7) Minuman atau makanan yang mengandung susu umumnya mudah untuk dikonsumsi.
8) Menambahkan es krim, yogurt, susu bubuk (1 sendok makan per gelas) atau krim.
9) Menambahkan mentega pada sayuran, garam dan saos dapat digunakan untuk meningkatkan rasa
10) Menambahkan krim dalam sup
11) Suplemen dapat berguna sebagai sumber energi dan gizi.

VII. RANGKUMAN

Nutrisi intervensi pada anak dengan kanker sangat penting, beberapa cara yang non-invasif dan invasif perlu secara cermat dipertimbangkan. Malnutrisi terjadi oleh beberapa faktor yang kompleks baik dari faktor pasien, faktor terapi dan faktor kanker itu sendiri. Pemeriksaan status nutrisi / gizi harus dilakukan secara berkala untuk dapat mengetahui secara dini bila terjadi penyimpangan status gizi. Strate-gi pemberian nutrisi merupakan tanggung jawab baik tenaga media maupun keluarga yang harus diikutsertakan. Dukungan nutrisi menja-di faktor yang penting, selain membantu tubuh dalam pengobatan dan dapat mencapai proses tumbuh kembang yang optimal juga meningkatkan kualitas hidup.

DIT.P2PTM

MATERI INTI 6
TATA LAKSANA AKHIR KEHIDUPAN

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas mengenai persiapan tenaga kesehatan dalam menghadapi pasien di masa menjelang akhir kehidupan. Hal ini meliputi perawatan pasien pada fase terminal dan perawatan pada saat pasien meninggal serta mempersiapkan keluarga dalam menghadapinya.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu melakukan penatalaksanaan akhir kehidupan

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

1. Mengidentifikasi akhir kehidupan
2. Melakukan assessment kebutuhan pasien dan keluarga
3. Melakukan Advance directive

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

1. Identifikasi akhir kehidupan
2. Assessment kebutuhan pasien dan keluarga
3. Advance directive (langkah selanjutnya wasiat dll)

IV. BAHAN BELAJAR

1. Pedoman Program Paliatif Kanker
2. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Dewasa
3. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

Contoh sbb:

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (apersepsi) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (brainstorming).
   e. Menyampaikan Difinisi , tujuan dan aneka sumber belajar dan cara memanfaatkannya.
2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan 1 sampai dengan 4 secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan

Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelompok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi
2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
   c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima

URAIAN MATERI

A. DEWASA

TATALAKSANA AKHIR KEHIDUPAN

1. PERSIAPAN MENJELANG AKHIR KEHIDUPAN (*ADVANCED DIRECTIVE*)

DUKUNGAN SOSIAL

Tabel 16.

Intervensi \ Harapan Hidup	Beberapa minggu sampai beberapa tahun	Beberapa hari sampai beberapa minggu
1. Membantu tersedianya	1. Caregiver 2. lingkungan yang aman 3. transportasi 4. pendidikan bagi caregiver 5. dukungan bagi keluarga a. conseling, support group 6. finansial	1. + 2. + 3. - 4. + tentang proses kematian 5. + 6. + 7. +
2. Melakukan assessment	7. Respite 8. Resiko *bereavement*	8. pengertian terhadap proses kematian
3. Melakukan diskusi dan dukungan	9. personal, kultural, spiritual yang berhubungan dengan prognosis	9. yang berhubungan dengan kematian
4. Mempersiapkan		10. Kematian pasien 11. Anticipatory grief 12. Upacara pemakaman

Tabel 17.

ADVANCED CARE PLANNING

Intervensi \ Harapan hidup	Beberapa bulan sampai beberapa tahun	Beberapa minggu sampai bulan	Beberapa hari sampai beberapa minggu
Assessment	1. Diskusikan tentang perawatan paliatif 2. Perkenalkan tim paliatif 3. Kapasitas membuat keputusan dan kebutuhan 4. Gali tentang nilai hidup dan keinginan untuk melakukan perawatan di waktu yad 5. Memberikan informasi tentang WASIAT dan pilihan untuk tidak melakukan resusitasi 6. Anjurakan untuk berdiskusi dengan keluarga tentang keinginan dan harapan 7. Anjurkan untuk memilih orang yang dipercaya untuk mewakili dirinya bila kondisi tidak memungkinkan untuk mengambil keputusan 8. Bicarakan tentang donasi organ 9. Telusuri tentang ketakutan atau kecemasan tentang kematian	1. Konfirmasi tentang pilihan tempat untuk meninggal 2. Konfirmasi tentang dokumen WASIAT termasuk: DNR, antibiotik,pemeriksaan darah, ventilator, dialisis, artificial nutrisi dan hidrasi 3. Pastikan semua dokumen telah diterima oleh petugas dimana ada kemungkinan sebagai tempat pasien akan menghabiskan waktunya dan meninggal 4. Membantu memecahkan masalah yang timbul antara keluarga dan pasien 5. Telusuri tentang ketakutan dan berikan dukungan emosional 6. Diskusikan tentang keinginan donor organ	1. Pastikan telah menerima WASIAT 2. LAKUKAN sesuai dengan WASIAT 3. Klarifikasi persetujuan keluarga 4. Tentang WASIAT tsb 5. Diskusikan jika keluarga atau 6. Anggota tim tidak setuju 7. Dengan WASIAT tsb 8. Konfirmasi tentang keinginan 9. Donor organ

2. PERAWATAN TERMINAL

Tabel 18.

Kebutuhan fisik	Psikososial	Lain lain
1. Pastikan kenyamanan pasien 2. Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri anticipative 3. Perawatan mulut 4. Tindakan untuk retensi urin dan faeces 5. Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi oksigen, suctioning 6. Tidak melakukan pemeriksaan vital sign 7. Lakukan assessment gejala setiap 4 jam 8. Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan 9. Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamana n 10. *Death ratlle* : hypersekresi salifa yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 – 2 drop secara SL 11. Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif • Siapkan untuk donor organ	1. Pastikan keluarga mengerti dan menerima WASIAT 2. Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien 3. Siapkan bantuan sosial worker dan rohaniawan 4. Berikan waaktu bagi keuarga untuk selalu bersama pasien 5. Pastikan KEL UARGA TELAH DIINFORMASIKAN TENTANG TANDA TANDA KEMATIAN dan berikan pendampingan 6. Berikan pendampingan Anticipatory bereavement 7. Dukungan bagi anak 2 dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien 8. Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan d an adat yang dianut	1. Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy tsb 2. Pastikan WASIAT telah didokumentasikan 3. Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya 4. Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi 5. Fasilitasi untuk keluarga yang akan berjaga 6. Berikan waktu untuk keluarga tnapa interupsi 7. Fasilitasi untuk upacara pemakaman

PALLIATIVE SEDATION (Dilakukan oleh dokter anestesi atau dokter paliatif) :

- Pastikan agitasi dan gelisah bukan karena: cemas, takut, retensi urin, impaksi feses, ataupun drug withdrwal.
- Pastikan bahwa pasien memiliki gejala yang tidak dapat dikontrol dengan cara tata laksana sesuai pedoman oleh tenaga ahli paliatif
- Pastikan bahwa pasien dalam kondisi menjelang ajal (prognosis dibuat oleh sekurang kurangnya 2 dokter yang menyatakan pasien akan meninggal dalam hitungan jam atau hari)
- Diskusikan kembali aspek etika pemberian sedasi pada pasien tsb, bahwa tujuannya bukan menghilangkan nyawa/mengakhiri kehidupan
- Dapatkan informed consent tentang sedasi dari pasien atau keluarga
- Jelaskan bahwa sedasi adalah memberikan obat secara suntikan yang bersifat kontinyu yang akan membawa pasien pada kondisi tidak sadar
- Jelaskan bahwa pemberian sedasi dibarengi dengan penghentian life prolonging therapies dan tidak dilakukannya CPR

Obat yang digunakan:

3. Clonazepam 0,5 mg, SC atau IV setiap 12 jam atau 1 – 2 mg/24 jam dalam infus, titrasi
4. Midazolam 1 – 5 mg SK setiap 2 jam atau 30 mg/24 jam dalam infus, titrasi
5. Diazepam 5 – 10 mg IV atau 10 – 20 mg PR, titrasi
6. Lorazepam 1 – 2,5 mg SL setaip 2-4 jam, titrasi
7. Bila gagal: phenobarbiton 100 – 200mg SK tiap 4 – 8 jam titrasi dan berikan dalm infus 24 jam

3. PERAWATAN PADA SAAT PASIEN MENINGGAL

Kualitas meninggal:

a. Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
b. Ditampat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat WASIAT

c. Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masa-lah belum selesai.
d. Secara spiritual siap: didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
e. Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
f. Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

Intervensi:
a. Lepas semua alat medis yang masih terpasang
b. Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut
c. Berikan waktu privat untuk keluarga
d. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
e. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
f. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
g. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
h. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kema-tian untuk debriefing
i. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa bereavement dan berikan dukungan yang diberikan
j. Diskusikan resiko kanker dan pencegahan yang dapat dilakukan

Dukungan untuk petugas kesehatan
a. Diskusi tentang masalah pribadi yang mempengaruhi dalam memberikan perawatan bagi pasien
b. Ciptakan suasana aman dalam mendiskusikan kematian pasien
c. Beri kesempatan untuk refleksi diri dan mengenang pasien
d. Mereview melalui catatan medis masalah medis yang berhubungan dengan kematian
e. Diskusikan kualitas perawatan
f. Diskusikan respons keluarga terhadap kematian
g. Diskusikan respon petugas terhadap kematian

h. Lakukan ritual masa duka untuk petugas
i. Identifikasi petugas yang memiliki resiko terhadap masa duka cita bermasalah

B. ANAK

1. Tata Laksana Akhir Kehidupan
   a. Persiapan Menjelang Akhir Kehidupan
      Pastikan kebutuhan anak dengan perawatan paliatif, khusus-nya yang sedang menjelang akhir kehidupan, seperti kebutu-han fisik, pikiran, dan jiwa. Adapun perawatan tersebut, dapat berupa :
      1) Meringankan rasa sakit dan keluhan fisik lainnya yang dirasakan anak.
      2) Menjaga agar anak merasa nyaman dan tenang.
      3) Menjaga kehidupan anak dan keluarga senormal mungkin.
      4) Membantu keluarga mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan.
      5) Membicarakan harapan/keinginan anak.
      6) Memberikan informasi yang tepat dan jujur tentang kondisi anak.
      7) Membantu proses berduka atas kematian anak.
   b. Perawatan Terminal pada
      Anak Tujuan:
      1) Pastikan bahwa tidak ada rasa nyeri dan stress.
      2) Memberi perhatian secara penuh dengan kasih sayang.
      3) Menjaga agar tidak mengalami nyeri yang berkepanjangan.
      4) Mempersiapkan dan mendukung keluarga dalam meng-hadapi kematian anaknya.
      5) Jangan berikan obat melalui oral tetapi jalur lain yang dianjurkan, yaitu rektal, transdermal, atau subkutan. Infus subkutan dengan semprit dapat diberikan, dengan volume kecil, tidak melebihi 30 menit – 50 jam.
      6) Keputusan membawa anak ke rumah sakit ditentukan atas dasar 5 pertanyaan, yaitu :
         Apakah masalah akan teratasi jika dibawa ke RS ?
         Apakah ada perbaikan kondisi jika di bawa ke RS ?

- Apakah diinginkan oleh pasien (anak) ?
- Apakah diinginkan oleh keluarga ?
- Apakah yang menjadi tujuan perawatan saat ini ?

Kesimpulan :

Apabila didapatkan 1 (satu) jawaban TIDAK dari pertanyaan di atas maka pasien (anak) tidak perlu dibawa ke rumah sakit.

c. Perawatan pada Saat Pasien Meninggal

Tempat yang tepat bagi anak untuk meninggal adalah di rumah dan jangan biarkan anak meninggal tanpa ditunggu. Petugas kesehatan sebaiknya memberikan pelayanan dengan simpatik dan manusiawi. Sebaiknya ada tempat tersendiri dan nyaman untuk mereka tetapi petugas harus tetap mengunjungi sekiranya ada yang diperlukan. Kita juga sebaiknya memahami kebiasaan budaya dan keagamaan di daerah tempat kerja. Kita harus dapat bersikap fleksibel terhadap permintaan orang tua.

Tanda-tanda akhir kehidupan, yaitu:

1) Kesadaran menurun.
2) Banyak tidur.
3) Disorientasi.
4) Menolak makan, walaupun dalam bentuk cair.
5) Buang air kecil terganggu.
6) Kulit dingin, pucat, cutis mamorata.
7) Pola nafas tidak teratur (napas cepat pendek dengan adanya periode cepat atau lambat).

Apa yang penting bagi seseorang yang akan meninggal?

1) Orang tersebut mungkin menjadi sangat berbeda.
2) Sebagian orang ingin melawan penyakit mereka sampai akhir kehidupan.
3) Banyak keinginan untuk mengurangi rasa sakit.
4) Bertemu dengan orang yang disayangi.
5) Memperoleh kedamaian dengan mendekatkan diri pada Sang Pencipta.

MATERI INTI 7
PEMBERIAN DUKUNGAN DI MASA DUKA CITA

I. DESKRIPSI SINGKAT

Materi ini membahas mengenai perawatan setelah pasien mening-gal, cara membantu keluarga dalam menghadapi rasa kehilangan, berdukacita serta dukungan pada masa berkabung.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu memberi-kan dukungan masa duka cita

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

Membantu keluarga dalam menghadapi masalah-masalah saat proses kesedihan

DIT.P2PTM

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan: Penanganan masalah-masalah saat proses kesedihan

IV. BAHAN BELAJAR

A. Pedoman Program Paliatif Kanker
B. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Dewasa
C. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

Contoh sbb:

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas

b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
d. Menggali pendapat pembelajar (*apersepsi*) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
e. Menyampaikan Definisi , tujuan dan aneka sumber belajar dan cara memanfaatkannya.

2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan 1 sampai dengan 4 secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk menanyakan hal-hal yang kurang jelas
   c. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting
   b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
   c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.

b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.

A. 2. Kegiatan Peserta

a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator

a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
d. Merangkum hasil diskusi

2. Kegiatan Peserta

e. Mengikuti proses penyajian kelas
f. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator
g. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator

a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan

c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
d. Membuat kesimpulan.

2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima

URAIAN MATERI

A. DEWASA

PERAWATAN SETELAH PASIEN MENINGGAL, RASA KEHILANGAN, BERDUKACITA DAN DUKUNGAN PADA MASA BERKABUNG.

Berduka adalah sekumpulan emosi yang mengganggu yang diakibatkan oleh perubahan atau berakhirnya pola perilaku yang ada. Hal ini biasanya terjadi setelah seseorang kehilangan, termasuk karena kematian. Rasa kehilangan bisa mulai dialami pasien, keluarga, kerabat serta teman teman pada saat seseorang mengalami penyakit. Kehilangan dapat berupa kehilangan kese-hatan, fungsi, mobilitas, potensi, harapan, mimpi dan akhirnya kehilangan kehidupan yaitu kematian. Dua puluh persen dari rasa duka yang muncul akibat kematian bersifat patologis, yaitu berupa gangguan kecemasan atau depresi yang berkepanjangan atau berlebihan. Rasa berduka dipengaruhi oleh siapa yang meninggal, kedekatan dengan yang meninggal, penyebab kematian, pribadi dan kondisi sosial.

Tahap berduka meliputi shock, tidak percaya, penyangkalan, marah, menimbang nimbang, depresi dan penerimaan. Manifes-taasi rasa duka bisa berupa ekspresi perasaan, distorsi kognitif, gangguan fisik dan gangguan perilaku.

Rasa duka yang patologis ditandai dengan hilangnya motivasi dan munculnya tanda tanda depresi lain yang menetap seperti putus asa, rasa bersalah dan penyesalan yang berlebihan, serta munculnya keinginan untuk bunuh diri. Keinginan untuk bertemu

DIT.P2PTM

yang berlebihan dengan pasien yang telah meninggal dapat meru-pakan tanda adanya duka patologis. Dalam hal ini, konsultasi ke psikister diperlukan.

Hubungan dengan pasien yang telah meninggal dapat mem-pengaruhi kemampuan keluarga untuk beradaptasi terhadap kondisi yang ada. Hubungan yang baik dan dekat dapat menimbul-kan rasa kehilangan, kesepian dan tidak berguna. Pada kondisi ini, pendekatan yang diperlukan adalah membantu agar merasa memiliki harga diri, percaya diri, rasa aman. Konseling pribadi atau dukungan dari support group akan bermafaat dalam mengata-si hal tersebut. Jika hubungan dengan pasien yang telah mening-gal tidak baik, masalah dapat timbul pada masa dukacita, misal-nya munculnya rasa penyesalan, sedih, rasa bersalah dan depresi yang berkepanjangan. Dukungan pada kondisi seperti ini sangat diperlukan misalnya dengan mengatakan bahwa mengetahui dan dapat memahami apa yang dirasakan. Dorongan untuk dapat memaafkan dan kembali bersosialisasi melalui dukungan dari keluarga yang lain, teman atau support group diperlukan.

Tugas dari pelayanan paliatif adalah memberikan dukungan, agar rasa duka yang timbul tidak menjadi duka yang patologis. Dukungan pada masa berkabung dilakukan pada saat pasien meninggal dan pada saat pemakaman. Satu atau dua minggu setelah pemakaman, follow up kepada keluarga yang berdukacita perlu dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap kemampuan mengatasi rasa kehilangan dan kemampuan beradaptasi terhadap situasi baru, yaitu kehidupan tanpa pasien yang telah meninggal. *Follow up* bisa sebaiknya dilakukan dengan kunjung-an rumah, namun bila tidak memungkinkan bisa dilakukan melalui tilpon.

Tujuan dukungan masa berkabung adalah:

1. Membantu agar keluarga bisa menerima kenyataan bahwa pasien telah meninggal dan tidak akan kembali
2. Membantu agar keluarga mampu beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru
3. Membantu merubah lingkungan yang memungkinkan keluarga dapat melanjuntukan hidup tanpa pasien yang meninggal

4. Membantu keluarga agar mendapatkan kembali rasa percaya diri untuk melanjutkan hidup

B. ANAK

1. Perawatan Setelah Pasien Meninggal

a. Antisipasi rasa duka

Bantu keluarga dalam menghadapi proses kesedihan, yaitu dalam:

1) Menerima kenyataan kehilangan.
2) Menghayati rasa sakit akan kehilangan.
3) Menyesuaikan diri dengan lingkungan tanpa kehadiran anggota keluarga yang sudah meninggal.
4) Meredam emosi dan melanjuntukan hidup.

b. Tahap berduka (Menurut Ross E.K, 1969) meliputi :

1) Menolak(*Denial*).
2) Marah (*Anger*).
3) Tawar menawar (*Bargaining*).
4) Depresi (*Depression*).
5) Menerima (*Acceptance*).

c. Bentuk dukacita

1) Anak-anak

Anak dengan kondisi menjelang kematian akan mengalami berbagai masalah, diantaranya berupa kehilangan masa kanak-kanak, kehilangan kemampuan fisik dalam melakukan hal-hal yang sama seperti anak normal, hilangnya kemampuan dalam mengembangkan hubungan normal dengan teman-teman sekolah dan teman bermain, kesedihan melihat perjuangan orangtua yang bekerja keras merawatnya pasien, kerugian yang dialami anak karena melihat kesehatannya semakin memburuk (anak melihat kehilangan fungsi tubuhnya dan ancaman kematian).

2) Saudara kandung

Saudara pasien sering mengalami masalah perilaku, yaitu karena:

a) Orangtua mencurahkan perhatiannya kepada anak yang sakit, sehingga saudara kandung berpikiran negatif terhadap anak yang sakit.
b) Kebiasaan orangtua merahasiakan kematian sehing-ga memiliki pengalaman terbatas terhadap kematian.
c) Anak-anak memiliki imajinasi yang nyata. Jika tidak dijelaskan tentang penyakit saudaranya, maka mereka akan membuat ide-ide sendiri dengan informa-si yang terbatas, dan seringkali apa yang dibayang-kan lebih buruk dari kenyataan.

3) Orangtua
Orangtua memiliki kecemasan, penolakan, ketidakper-cayaan, rasa marah dan rasa bersalah terhadap penyakit anak. Orangtua akan menarik diri dari lingkungan sosial-nya dan hubungannya beralih kepada petugas kese-hatan. Fase marah seringkali diarahkan kepada petugas kesehatan ataupun pasangannya, sehingga ritual agama memiliki efek dan manfaat yang besar pada reaksi kese-dihan orangtua.

4) Lingkungan
a) Masyarakat
Kematian memiliki efek yang mendalam pada masya-rakat sekitar anak.
b) Keluarga Besar (kakek/nenek)
Kesedihan tidak hanya terkait pada kehilangan cucu saja, tetapi juga kesedihan melihat anak-anak mereka yang sedang berdukacita.
c) Sekolah
Kematian anak menjadi sumber kesedihan bagi teman-temannya, karena mungkin ini pengalaman pertama mereka kontak dengan kematian. Guru mendapatkan pengalaman tentang sulitnya mena-ngani situasi dukacita.

d. Tata laksana dukacita

Dukungan dari tim paliatif terhadap dukacita sangat membantu orangtua dalam menghadapi proses kesedihan. Tim dapat membantu dengan cara:

1) Mendengarkan isi hati keluarga pasien.
2) Membantu orangtua untuk tetap menjaga hubung-an dengan anak lainnya dalam menghadapi proses kesedihan sebagai bagian dari perjalanan hidup.
3) Memberi saran untuk kembali bekerja dan melanjuntkan hidup.
4) Mendukung saudara kandung pasien dengan berkomunikasi dan mengisi waktu luang mereka dengan berbagai macam kegiatan.
5) Merangkul dan berada dekat dengan keluarga besar dan orang-orang yang ada di sekolah.

DIT.P2PTM

MATERI INTI 8
PENCATATAN DAN PELAPORAN

I. DESKRIPSI SINGKAT

Pencatatan dan pelaporan merupakan bagian tidak terpisahkan dari program pelayanan paliatif di fasilitas pelayanan kesehatan. Data diperoleh dari pelayanan rutin di fasilitas pelayanan kesehatan yang dicatat, direkap, dan dilaporkan secara berjenjang, mulai dari Puskesmas dan Rumah Sakit ke Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, kemudian dilaporkan ke Dinas Kesehatan Provinsi, dan selanjutnya ke Kementerian Kesehatan.

Data diolah oleh Puskesmas, RS, Dinas Kesehatan, dan Kementerian Kesehatan untuk mendapatkan informasi tentang besarnya masalah kanker, pelayanan paliatif yang diberikan, dan alat kesehatan dan obat-obatan yang digunakan. Data ini menjadi dasar bagi perencanaan tentang kebutuhan sarana dan prasarana pelayanan paliatif dan sebagai bahan evaluasi program pelayanan paliatif yang dijalankan.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan Pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu melakukan pencatatan dan pelaporan program paliatif kanker

B. Tujuan Pembelajaran Khusus

Setelah mempelajari materi ini peserta mampu:

1. Menjelaskan jenis-jenis formulir pencatatan program paliatif
2. Mengisi dan melaporkan kegiatan paliatif kanker

III. POKOK BAHASAN

Dalam materi ini akan dibahas pokok bahasan-pokok bahasan sebagai berikut yaitu :

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan:

Pencatatan dan pelaporan program paliatif

IV. BAHAN BELAJAR

A. Pedoman Program Paliatif Kanker
B. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Dewasa
C. Petunjuk Teknis Paliatif Kanker Pada Anak

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut :

A. Langkah 1 : Penyiapan Proses pembelajaran

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Fasilitator memulai kegiatan dengan melakukan bina suasa-na dikelas
   b. Fasilitator menyapa peserta dengan ramah dan hangat.
   c. Apabila belum pernah menyampaikan sesi di kelas maka mulailah dengan memperkenalkan diri, Perkenalkan diri dengan menyebuntukan nama lengkap, instansi tempat bekerja, materi yang akan disampaikan.
   d. Menggali pendapat pembelajar (*apersepsi*) tentang apa yang dimaksud dengan sumber belajar dengan metode curah pendapat (*brainstorming*).
   e. Menyampaikan Definisi , tujuan dan aneka sumber belajar dan cara memanfaatkannya.
2. Kegiatan Peserta
   a. Mempersiapkan diri dan alat tulis yang diperlukan
   b. Mengemukakan pendapat atas pertanyaan fasilitator
   c. Mendengar dan mencatat hal-hal yang dianggap penting
   d. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator bila ada hal-hal yang belum jelas dan perlu diklarifikasi.

B. Langkah 2 : Review pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Menyampaikan Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan 1 sampai dengan 4 secara garis besar dalam waktu yang singkat
   b. Memberikan kesempatan kepada pembelajar untuk mena-nyakan hal-hal yang kurang jelas
   e. Memberikan jawaban jika ada pertanyaan yang diajukan peserta
2. Kegiatan Peserta
   a. Mendengar, mencatat dan menyimpulkan hal-hal yang dianggap penting

b. Mengajukan pertanyaan kepada fasilitator sesuai dengan kesempatan yang diberikan
c. Memberikan jawaban atas pertanyaan yang diajukan fasilitator.

C. Langkah 3 : Pendalaman pokok bahasan

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta kelas dibagi menjadi 4 kelompok dan setiap kelom-pok akan diberikan tugas diskusi kelompok.
   b. Menugaskan kelompok untuk memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   c. Meminta masing-masing kelompok untuk menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.
   d. Mengamati peserta dan memberikan bimbingan pada proses diskusi.
2. Kegiatan Peserta
   a. Membentuk kelompok diskusi dan memilih ketua, sekretaris dan penyaji.
   b. Mendengar, mencatat dan bertanya pada hal-hal yang kurang jelas pada fasilitator.
   c. Melakukan proses diskusi sesuai dengan pokok bahasan / sub pokok bahasan yang ditugaskan dan menuliskan hasil dikusi untuk disajikan.

D. Langkah 4 : Penyajian dan pembahasan hasil pendalaman pokok bahasan dikaitkan dengan situasi dan kondisi di tempat tugas.

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Meminta masing-masing kelompok diminta untuk mempre-sentasikan hasil diskusi
   b. Memimpin proses tanggapan (tanya jawab)
   c. Memberikan masukan khususnya dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja
   d. Merangkum hasil diskusi
2. Kegiatan Peserta
   a. Mengikuti proses penyajian kelas
   b. Berperan aktif dalam proses tanya jawab yang dipimpin oleh fasilitator

c. Bersama fasilitator merangkum hasil presentasi masing – masing pokok bahasan yang dikaitkan dengan situasi dan kondisi di daerah kerja.

E. Langkah 5 : Rangkuman dan evaluasi hasil belajar

1. Kegiatan Fasilitator
   a. Mengadakan evaluasi dengan mengajukan 3 (tiga) buah pertanyaan sesuai dengan topik pokok bahasan
   b. Memperjelas jawaban peserta terhadap masing – masing pertanyaan
   c. Bersama peserta merangkum poin-poin penting dari hasil proses pembelajaran tentang pelayanan prima.
   d. Membuat kesimpulan.
2. Kegiatan Peserta
   a. Menjawab pertanyaan yang diajukan fasilitator.
   b. Bersama-sama fasilitator merangkum hasil proses pembela-jaran tentang pelayanan prima

VI. URAIAN MATERI

Pencatatan dan palaporan pelayanan paliatif dilakukan secara berjenjang, sebagai berikut :

1. Tingkat Puskesmas dan RS
   a. Mencatat setiap pasien kanker yang diberikan pelayanan palia-tif menggunakan rekam medis yang tersedia di Puskesmas/Ru-mah Sakit, termasuk obat-obatan yang diberikan. Data dari pelayanan hospis paliatif juga dicatat di Puskesmas
   b. Data pasien kanker yang diberikan pelayanan paliatif dicatat dalam register formulir Register Harian Puskesmas dan RS (form 1). Data dalam register ini direkap setiap bulan menggu-nakan formulir rekapitulasi bulanan paliatif Puskesmas/RS (form 2) dan dilaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten/Kota setiap bulan
   c. Data obat-obatan untuk paliatif dicatat menggunakan Register Medikamentosa (form 3). Data obat-obatan tersebut direkap setiap bulan menggunakan form Rekapitulasi Bulanan Medika-

mentosa Puskesmas/RS (form 4) dan dilaporkan ke Dinas kesehatan Kabupaten/Kota setiap bulan

d. Data dapat dicatat secara manual maupun menggunakan *software Surveilans* PTM Puskesmas/RS terintegrasi SIDKA Generik
e. Data dapat diolah secara manual maupun menggunakan *Software Surveilans* PTM secara otomatis Data dapat dalam bentuk tabel dan grafik.

2. Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota
   a. Menerima laporan bulanan rekapitulasi paliatif (form 2) dan rekapitulasi medikamentosa (form 4) dari Puskesmas dan RS.
   b. Melakukan rekapitulasi data dari seluruh Puskesmas dan RS diwilayah kerjanya. Data dilaporkan setiap 3 bulan ke Dinas Kesehatan Provinsi
   c. Dapat mengakses data paliatif dan medikamentosa dari Puskesmas dan RS dalam software Sistem Surveilans PTM terintegrasi SIKDA Generik dan Sistem Informasi Rumah Sakit
   d. Mengolah dan menganalisis data manual maupun secara otomatis sesuai menu yang disediakan pada sistem Survailans PTM Puskesmas, yaitu kasus berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lainnya

3. Dinas Kesehatan Provinsi
   a. Menerima laporan triwulanan rekapitulasi paliatif (form 2) dan rekapitulasi medikamentosa (form 4) dari dinas kesehatan kabupaten/kota.
   b. Melakukan rekapitulasi data dari kabupaten/Kota diwilayah kerjanya dan dilaporkan setiap 6 bulan ke Kementerian Kesehatan (Subdit Pengendalian Penyakit Kanker, Direktorat Pengendalian Penyakit Tidak Menular, Direktorat Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan
   c. Dapat mengakses data paliatif dan medikamentosa dalam *software* Sistem Surveilans PTM terintegrasi SIKDA Generik dan Sistem Informasi Rumah Sakit

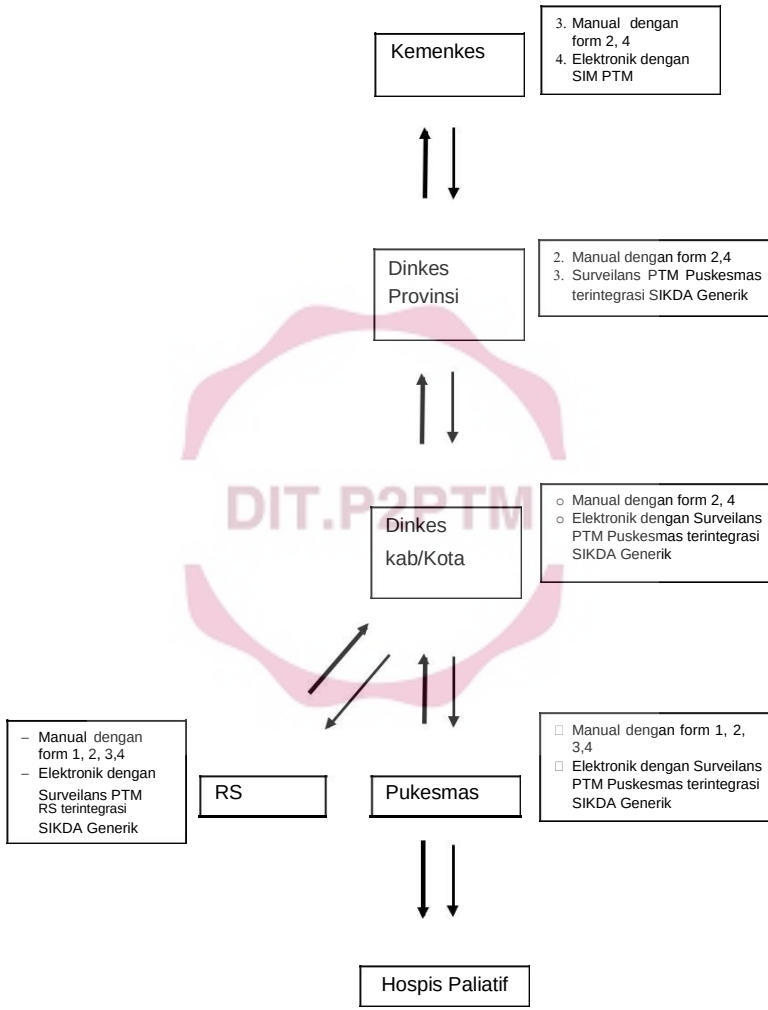
d. Mengolah dan menganalisis data manual maupun secara otomatis sesuai menu yang disediakan pada sistem Survailans PTM Puskesmas, yaitu kasus berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lainnya

4. Kementerian Kesehatan
   a. Menerima laporan 6 bulanan rekapitulasi paliatif (form 2) dan rekapitulasi medikamentosa (form 4) dari dinas kesehatan provinsi
   b. Melakukan rekapitulasi data dari provinsi seuruh Indonesia
   c. Dapat mengakses data paliatif dan medikamentosa dalam software Sistem Surveilans PTM terintegrasi SIKDA Generik dan Sistem Informasi Rumah Sakit
   d. Mengolah dan menganalisis data manual maupun secara otomatis sesuai menu yang disediakan pada sistem Survailans PTM Puskesmas, yaitu kasus berdasarkan umur, jenis kelamin, dan lainnya

   Secara ringkas, alur pencatatan dan pelaporan dapat dilihat pada bagan berikut

DIT.P2PTM

Gambar 9
Alur Pencatatan dan Pelaporan



Keterangan:

→ = Melaporkan

▶ = Umpan balik

DIT.P2PTM

MATERI PENUNJANG 1
MEMBANGUN KOMITMEN PEMBELAJARAN
(*BUILDING LEARNING COMMITMENT*)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Dalam suatu pelatihan tatap muka, terutama pelatihan dalam kelas (in class training),dimana bertemu sekelompok orang yang terdiri trainer/fasilitator, panitia dan peserta latih belum saling menge-nal sebelumnya, berasal dari tempat yang berbeda, dengan latar belakang sosial budaya, pendidikan/pengetahuan, pengalaman serta sikap dan perilaku yang berbeda pula.

Apabila hal ini tidak diantisipasi sejak awal pelatihan kemung-kinan akan mengganggu kesiapan peserta dalam memasuki proses pelatihan yang bisa berakibat pada kelencaran proses pembelajaran selanjutnya.

Membangun komitmen pembelajaran pada suatu pelatihan sangatlah penting karena BLC adalah proses mempersiapkan peser-ta mengikuti proses pembelajaran secara individual, kelompok maupunmenyeluruh dan mengubah diri kearah yang positif, meliputi intelektual dan emosional

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta mampu peserta mampu mem-bangun komitmen belajar dalam menciptakan situasi kondusif dalam proses pembelajaran

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta latih mampu

1. Mengenal antara peserta, panitia dan fasilitator
2. Merumuskan harapan pembelajaran
3. Membangun kesepekatan sehingga menjadi norma kelas
4. Menetapkan kontrol kolektif terhadap norma kelas
5. Merumuskan komitmen kelas
6. Membentuk organisasi kelas

III. POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas beberapa pokok bahasan dan sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan

1. Perkenalan
2. Harapan kelas
3. Norma kelas
4. kontrol kolektif
5. Komitmen belajar
6. Organisasi kelas

IV. LANGKAH-LANGKAH/PROSES PEMBELAJARAN

Pokok Bahasan. 1. Perkenalan

- Memperkenalkan diri dan memperkenalkan panitia, menyamaikan tujuan pembelajaran
- Mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran
- Memandu peserta untuk proses perkenalan keseluruhan peserta

Pokok Bahasan. 2. Harapan kelas

Fasilitator membagi peserta dalam kelompok kecil, kemudian menjelaskan penugasan kelopok

Masing masing individu menentukan harapan selama proses pelatihan berlangsung dan dituangkan menjadi harapan kelompok kecil dan di presentasikan, peserta lainya diminta untuk memberikan tanggapan dan masukan

Harapan kelompok kecil tadi dirumuskan /satukan menjadi kelompok kelas tersebut

Pokok Bahasan. 3 .Norma kelas

Berdasarkan harapan kelas yang telah disepakati kemudian fasilitator memandu peserta untuk merumuskan norma kelas yang disepakati bersama. Peserta difasilitasi sedemikian rupa agar semua berperan aktif dan memberikan komitmennya untuk mentaati norma kelas yang mereka bentuk sendiri

DIT.P2PTM

Pokok Bahasan. 4. Kontrol Kolektif

Fasilitator memandu brainstorming tentang sangsi apa yang harus diberlakukan bagi orang yang tidak mematuhi atau melanggar norma yang sudah disepakati dan minta salah satu peserta yang menu-liskanya pada kertas flipchart

Pokok Bahasan. 5. Komitmen belajar

Fasilitator memandu peserta membuat rangkuman dari semua proses dan hasil pembelajaran selama sesi ini

Norma yang sudah disepakati dan minta salah satu peserta yang menuliskanya pada kertas flipchart dan ditempelkan pada papan flipchart agar bias dilihat, dibaca dan ditaati oleh seluruh peserta latih

Pokok Bahasan. 6. Organisasi kelas

Fasilitator memandu proses pembentukan organisasi kelas terdiriri dari ketua kelas , sekertaris, bendahara

Menjelaskan tugas- tugas yang dilakukan oleh penguruskelas selama proses pelatihan seperti merefleksikan kegiatan pembelajara-na sehari sebelumnya pada pagi hari sebelum pembelajaran dimulai Menjalankan sesuai komitmen kelas

V. URAIAN MATERI

Mengelola pelatihan orang dewasa dapat dikatakan gampang-gampang susah, betapa tidak orang dewasa secara empiris sudah menguasai konsep atau pengetahuan dengan cara-nya sendiri terlepas dari benar dan salah, bahkan sekalipun salah biasanya diyakini dengan memaksa kehendak/ pendapat bahwa itu yang paling baik dan benar. Biasanya mereka protek diri dan sulit menerima hal baru dari luar. Oleh karena itu perlu strategi khusus untuk membuka dan membuat orang dewasa *welcome* atau *care* dengan informasi baru

Pada awal memasuki suatu pelatihan, sering para peserta menunjukan suasana kebekuan (*Freezing*), karena berbagai hal dimana salah satunya adalah belum tentu pelatihan yang diikuti merupakan pilihan pribadinya. Mungkin saja kehadirannya dipelatihan karena

terpaksa, menuruti perintah atasan atau tidak ada lagi calon lainya, dan ini sering terjadi pada pelatihan bagi pegawai intitusi pemerintah, mungkin juga terjadi pada saat pertama hadir sudah memiliki ang-gapan merasa sudah tahu semua yang akan dipelajari atau mem-bayangkan kejenuhan yang akan dihadapi.

Untuk mengantisipasi semua itu, perlu dilakukan suatu proses pencairan (*unfreezing*) diantara semua komponen yang terlibat didalam pelatihan tersebut untuk mencoba menghilangkan hambat-an-hambatan yang sudah disebuntukan diatas tadi.

Sebagai salah satu solusi yang diusulkan untuk mengatasi hal tersebut diatas adalah membangun komitmen pembelajaran yang biasa disingkat dalam terminologi BLC (*Building learning commit-ment*).

Membangun komitmen Belajar (BLC) adalah salah satu metoda atau proses untuk mencairkan kebekuan terbsebut. BLC bukan team building ataupun dinamika kelompok, akan tetapi merupakan bagian kecil ataupun dapat disebuntukan sebagai entry point dari kedua proses tersebut.

BLC juga mengajak peserta mampu mengemukakan harap-an-harapan mereka dalam pelatihan ini, serta merumuskan nilai-nilai dan norma yang kemudian disepakati bersama untuk dipatuhi selama proses pembelajaran. Jadi inti dari BLC juga adalah terba-ngunya komitmen dari semua peserta untuk berperan serta dalam mencapai harapan dan tujuan pelatihan, serta mentaati norma yang dibangun berdasarkan pembaharuan nilai-nilai yang dianut dan disepakati.

Proses BLC adalah proses melalui tahapan dari mulai saling mengenal antar pribadi, mengindentifikasi dan merumuskan harapan dari pelatihan ini, sampai terbentuknya norma kelas yang disepakati bersama serta kontrol kolektifnya.

Pada proses BLC setiap peserta harus berpartisipasi aktif dan dinamis. Keberhasilan atau ketidak berhasilan proses BLC akan berpengaruh pada proses pembelajaran selanjutnya.

Metode yang digunakan games/pemainan, diskusi kelompok dan pleno. Dalam sesi BLC lebih banyak menggunakan metode games/permaianan, penugasan individu dan diskusi kelompok.

Hanya diakhir sesi ada ulasan singkat tentang materi yang terkait dengan BLC.

1. PERKENALAN

Memperkenalkan diri oleh pengendali diklat sehingga peseta diklat mengetahui indentitas dari yang akan mengendali diklat dalam proses dan memperkenalkan panitia, menyamaikan tujuan pembelajaran agar peserta saling mengenal satu sama lainnya peserta, mengajak peserta untuk berpartisipasi aktif dalam proses pembelajaran dan memandu peserta untuk proses perkenalan secara keseluruhan dengan cara permainan.

2. HARAPAN KELAS

Harapan adalah kehendak/keinginan untuk memperoleh atau mencapai sesuatu. Dalam pelatihan berarti keinginan untuk pemperoleh atau mencapai tujuan yang diinginkan sebagai hasil proses pembelajaran.

Dalam menentukan harapan harus realistis dan rasional sehingga kemungkinan untuk pencapaiannya besar. Harpan jangan terlalu tinggi dan jangan terlalu rendah

Harapan juga harus menimbulkan tantangan atau dorongan untuk mencapainya, dan bukan sesuatu yang diucapkan secara asal-asalan. Dengan demikian dinamika pembelajaran akan terus terpelihara sampai akhir proses.

3. NORMA

Merupakan nilai yang diyakini oleh suatu kelompok atau masyarakat, kemudian menjadi kebiasaan serta dipatuhi sebagai patokan dalam perilaku kehidupan sehari-hari kelompok/masyarakat tersebut. Norma adalah gagasan kepercayaan tentang kegiatan, instruksi perilaku yang seharusnya dipatuhi oleh suatu kelompok

Norma dalam suatu pelatihan, adalah gagasan, kepercayaan tentang kegiatan intruksi, perilaku yang diterima oleh kelompok pelatihan, untuk dipatuhi oleh semua anggota kelompok peserta, pelatih/ Fasilitator dan paniti

4. KONTROL KOLEKTIF

Merupakan kesepakatan bersama untuk memelihara agar kesepa-katan terhadap norma kelas ditaati, biasanya ditentukan dalam bentuk sangsi apa yang harus diberikan apabila norma tidak dita-ati atau didengar.

5. KOMITMEN

Adalah keterikatan, keterpanggilan seseorang terhadap apa yang dijanjikan atau yang terjadi tujuan dirinya atau kelompoknya yang telah disepakati dan terdorong berupaya sekuat tenaga untuk mengaktualisasi dengan berbagai macam cara yang baik, efektif dan efisien.

Komitmen belajar/pembelajaran adalah keterpanggilan seseo-rang/kelompok/kelas (peserta pelatihan) untuk berupaya dengan penuh kesungguhan mengaktualisasikan apa yang menjadi tujuan pelatihan/ pembelajaran.

Keadaan ini sangat menguntungkan dalam mencapai kebarhasil-an individu/ kelompok/ kelas, karena dalam diri setiap orang yang memiliki komitmen tersebut akan terjadi niat baik dan tulus untuk memberikan yang terbaik kepada individu lain, kelompok dan kelas secara keseluruhan

Dengan terbentuknya BLC juga akan mendukung terwujudnya saling percaya, saling kerja sama, saling membantu saling mem-beri menerima sehingga tercipta suasana/ lingkungan pembelajar-an yang kondusif.

Komitmen belajar

Merupakan implementasi bersama untuk menjalankan kesepa-katan terhadap norma kelas yang sudah disusun yang diawali individu dan kelompok

6. ORGANISASI KELAS

Dalam proses kediklatan berlangsung banyak yang perlu disam-paikan, perlu dikomunikasikan dan dikoordinir sesama kepada pantia, peserta diklat serta pengendali diklat oleh karena itu pengu-rus kelas diperukan agar proses kediklatan berjalan mudah dan lancer.

VI.Daftar Pustaka

1. Pusdiklat Departemen Kesehatan RI,2010. Membangun komitmen belajar
2. LAN, 2010. Dinamika Kelompok
3. Pusdiklat Depkes RI, 2010. Team Building

DIT.P2PTM

DIT.P2PTM

MATERI PENUNJANG 2
RENCANA TINDAK LANJUT (RTL)

I. DESKRIPSI SINGKAT

Modul ini berisi tentang pengertian, unsur-unsur dan langkah-lang-kah dalam pembuatan RTL.

II. TUJUAN PEMBELAJARAN

A. Tujuan pembelajaran Umum

Setelah mengikuti materi ini peserta pelatihan mampu mampu menyusun rencana tindak lanjut masing- masing di tempat tugas

B. Tujuan pembelajaran khusus

Setelah mengikuti materi ini peserta latih mampu:

1. Menjelaskan pengertian dan ruang lingkup RTL
2. Menjelaskan unsur-unsur RTL
3. Menjelaskan langkah-langkah penyusunan RTL
4. Menyusun RTL untuk kegiatan yang akan diselenggarakan di instansi masing-masing

III. POKOK BAHASAN DAN Sub POKOK BAHASAN

Dalam modul ini akan dibahas beberapa pokok bahasan dan sub pokok bahasan sebagai berikut:

Pokok Bahasan dan sub pokok bahasan

1. Pengertian dan ruang lingkup RTL
2. Unsur-unsur RTL
3. Langkah-langkah penyusunan RTL
4. RTL untuk kegiatan yang akan diselenggarakan di instansi masing-masing

IV. BAHAN BELAJAR

Formulir RTL

V. LANGKAH-LANGKAH PEMBELAJARAN

Agar proses pembelajaran dapat berhasil secara efektif, maka perlu disusun langkah-langkah pembelajaran sebagai berikut:

Langkah I:
Pokok Bahasan. 1. Pengertian RTL
Fasilitator Menjelaskan Pengertian dari Rencana Tindak lanjut setelah kembali dari pelatihan ini

Pokok Bahasan. 2. Manfaat adanya RTL
Fasilitator Menjelaskan manfaat dari Rencana Tindak lanjut setelah kembali dari pelatihan ini.

Pokok Bahasan. 3. Sistimatika penyusunan RTL
Fasilitator Menjelaskan sistimatika penyusunan dari Rencana Tindak lanjut setelah kembali dari pelatihan ini

Pokok Bahasan. 4. Kegiatan RTL
Fasilitator Menjelaskan Kegiatan- kegiatan dari Rencana Tindak lanjut setelah kembali dari pelatihan ini

Pokok Bahasan. 5. Program dan kegiatan
Fasilitator Menjelaskan Program dari Rencana Tindak lanjut setelah kembali dari pelatihan ini

Pokok Bahasan. 6. Penyusunan RTL
Fasilitator Membagikan format Rencana Tindak lanjut setelah kemba-li dari pelatihan ini untuk di isi sesuai dengan asal tugasnya masing-masing baik propinsi, kabupaten/ kota, Setelah selesai kelompok mempresentasikannya dan mengumpulkan RTL tersebut.

VI.URAIAN MATERI

Kriteria penyusunan rencana yang baik, meliputi :

1. Memiliki tujuan yang jelas,obyektif, dan rasional.
2. Cukup menantang untuk diperjuangkan.
3. Mudah dipahami dan tidak multi tafsir.
4. Dapat dipakai sebagai pedoman untuk bertindak ekonomis rasional.
5. Menjadi dasar dan alat untuk pengendalian.
6. Dapat dikerjakan oleh sekelompok orang

7. Berkesinambungan, berurutan, dan tepat waktu.
8. Meliputi semua yang akan dilakukan.
9. Saling mendukung dan tidak boleh bertentangan.
10. Fleksibel tetapi tidak mengubah tujuan.
11. Sensitif terhadap situasi, sehingga terbuka kemungkinan untuk mengubah tehnik pelaksanaannya.
12. Seimbang antara pemberian tugas dan penyediaan fasilitas.
13. Berdasar analisis terhadap data, informasi dan fakta.

DIT.P2PTM

DIT.P2PTM

PENYUSUN

Pengarah
Direktur Jenderal Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan

Penasehat
Direktur Pengendalian Penyakit Tidak Menular

Tim Penyusun
Dr. Ekowati Rahajeng, SKM, M.Kes dr.
Agus Ali Fauzi, PGD.Pall.Med(ECU) dr.
Anky Tri Rini Kusumaning Edhy, Sp.A(K)
dr. Basalama Fatum, MKM
dr. Dradjat Suardi, SpBOnk(K)
dr. Edi Setiawan Tehuteru, SpA(K), MHA,
IBCLC dr. Endang Windiastuti, Sp. A(K)
dr. Esti Widiastuti, M,ScPH
dr. Frides Susanty
Fx. Budiyono, SKM, M.Kes
dra. L.I. Irmawati, Apt.SFRS.MARS.PDG.HSc,N/Med(ECU)
dr. Madonna Damayanthie Datu, Sp.An
dr. Maria Astheria Witjaksono, MpallC, PC
Physician dr. Meilina Farikha
Prof. Dr. Netty Ratna Hutari Tedjawinata, Sp.A, PGD.Pall.Med
(ECU) dr. Niken Wastu Palupi, MKM
dr. Novi Indriastuti
dr. Rudi Putranto, SpPD,K.Ger
dr. Sedya Dwisangka, M.Epid
dr. Sorta Rosniuli, M.Sc
Drg. Siti Rohmi
Prof. R. Sunaryadi Tejawinata, dr. Sp. THT, FAAO, PGD.Pall. Med
(ECU) dr. Susi Ernawati, PGD.Pall.Med(ECU)
dr. Urip Moertedjo, SpBKL.,PGD.Pall.Med(ECU)

dr. Gerda Angela Komalawati

Editor

Mugi Wahidin, SKM, M.Epid
Esthi Nusantri, SKM
Dian Kiranawati, S.Kep, NERS
Adiansyah Soegandi, B.Sc

Kontributor

Masyarakat Paliatif Indonesia Pusat
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Jakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bandung
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Surabaya
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Yogyakarta
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Bali
Masyarakat Paliatif Indonesia Cabang Makassar
Ikatan Dokter Anak Indonesia
Perhimpunan Onkologi Indonesia
Himpunan Onkologi Ginekologi Indonesia
Perhimpunan Ahli Bedah Onkologi Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Saraf Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Rehabilitasi Medik Indonesia
Perhimpunan Dokter Paru Indonesia
Perhimpunan Ahli Penyakit Dalam Indonesia
Persatuan Dokter Spesialis Radiologi Indonesia Perhimpunan Dokter Spesialis Anesthesiologi dan Therapi Intensif Indonesia
Perhimpunan Ahli Hematologi Onkologi Medik Penyakit Dalam Indonesia

Dinas Kesehatan Kota Bogor
Dinas Kesehatan Kota Bandung

DAFTAR PUSTAKA

1. Kementerian Kesehatan RI, 2013, Pedoman Program Paliatif Kanker, Jakarta
2. Kementerian Kesehatan RI, 2013, Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Dewasa , Jakarta.
3. Kementerian Kesehatan RI, 2013, Petunjuk Teknis Program Paliatif Kanker Anak, Jakarta.
4. Palliative Expert Group, 2005, Therapeutic Guidelines Palliative Care, version 2, Therapeutic Guideline Limited, Melbourn
5. NCCN Guidelines Version 2.2011
6. Doyle, D, Hanks, G & MacDonald, N, 1999, Oxford textbook of Palli-ative Medicine, 2nd edn, Oxford University Press, Oxford
7. Twycross, R & Wilcock A, 2001, Symptom Management in Advanced Cancer, 3rd edn, Radcliffe Medical Press, Oxon
8. Woodruff, R, 1999, Palliative Medicine Symptomatic and Supportive Care for Patients with Advanced Cancer and AIDS, 3rd edn, Oxford University Press, Melbourne.
9. Vella-Brincat, J, Macleod, A.D, MacLeod, R, 2008, The Palliative Care Handbook, Guidelines for Clinical management and Symptom Control, 4th edn, The Caxton Press, Auckland.
10. Zeppetella. Breaktrhough Pain in Cancer Patients. 22 November 2010. Didapat dari Journal homepage: www.elsevier.com/locate/-clon
11. Victor TC, Neil AH, Bianca BL : Assessment of pain and other symp-toms dalam Cancer pain management. M.J Fish and AW Buton, pp 3 – 22. The Mc Graw Hill Companies, New York; 2007
12. Janjan N, Krishnan S et all: Palliative Radiation Therapy Technique in Cancer Pain Management, pp 271- 290. New York. The Mc Graw hill Companies, 2007
13. Bauer J, Jurgen H, Fruhwald M. Important aspects of nutrition in children with cancer. Adv Nutr 2011;2:67-77.
14. Nieuwoudt CH. Nutrition and the child with cancer: where do we stand and do we need to go? S Afr J Clin Nutr 2011;24:S23-S26

15. Zimmermann K, Ammann R, Kuehni CE, De Geest S, Cignacco E. Malnutrition in pediatric patients with cancer at diagnosis and throughout therapy: a multicenter cohort study. Pediatr Blood Cancer 2013;60;642-649
16. Co-Reyes E, Li R, Huh W, Chandra J. Malnutrition and obesity in pediatric oncology patients: causes, consequences, and interventions. Pediatr Blood Cancer 2012;59:1160-1167
17. Mosby TT, Barr RD, Pencharz PB. Nutritional assessment of children with cancer. J Ped Onco Nurs 2009;26:186-197.
18. Hendarto A. Dukungan nutrisi pada anak dengan keganasan. Dalam: E.Windiastuti, Sari TT, Yuniar I, Indawati W, penyunting.Per-an dokter anak dalam diagnosis dan pemantauan keganasan pada anak.Departemen Ilmu Kesehatan Anak FKUI-RSCM; 2011. H 47-53.
19. Lenton S, Goldman A, Eaton N and Southall D: Foundation care: development and epidemiology, in Oxford Textbook of Palliativecare of Children. A. Goldman, pp 3-13. New York. Oxford University Press, 2006.
20. Irvin H: Palliative care in Cancer in Children, Clinical Management. PA Voute, pp 110-112, 5th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2005.
21. Hain R.D.W, Jassal S.S: Pediatric Palliative Medcine in Oxford Specialist Handbooks in Paediatrics, pp 1-270, 1st ed. New York. Oxford University Press, 2010.
22. Janjan N, Krishnan S et all: Palliative Radiation Therapy Technique in Cancer Pain Management, pp 271- 290. New York. The Mc Graw hill Companies, 2007.
23. Kok M, Craig F and Wolfe J : Palliative care for Children with advanced Cancer in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 118-128, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012.
24. Gaze M and Boterberg T : Radiotherapy in Paediatric Oncology in Cancer in Children, Clinical Management. MCG Stevens, pp 66-75, 6th ed. SIOP. New York. Oxford University Press, 2012.
25. RSUP Dr.Soetomo Surabaya. Gedung Pusat Diagnostik Terpadu RSUD Dr.Soetomo Surabaya : Basic and Intermediate Course of Palliative Care. Surabaya, 2012.

United Nations. Guide on Estimating Requirements for Substances under International Control. Vienna, 2012.
WHO. Ensuring balance in national policies on controlled substances : Guidance for availability and accessibility of medcines. Geneva, 2012
International Association for Hospice and Palliative Care.
Palliative Care in The Developing World Principles and Practice. Houston, 2010
Ministry of Health Malaysia. Medical Develepment Division
Ministry of Health Malaysia : Palliative Care Services Operational policy.Kuala Lumpur, 2010

26. National Hospice and Palliative Care Organization. Standards of Prac-tice for Pediatric Palliative Care and Hospice.
27. World Cancer Research Fund International. Food, Nutrition, Physical Activity,and the Prevention of Cancer : a Global Perspec-tive.
28. WHO. WHO guide for effective programmes : Paliative Care. Geneva. World Health Organization, 2007.
29. Fallon, M; Hanks, G. ABC of Palliative Care 2nd Edition. Massachusetts, 2006
30. WHO. Integrated Management of Adolescent and Adult Illness . Paliative Care : Symptom Management and End of Life Care. Geneva, 2004
31. Pusdiklat Departemen Kesehatan RI,2010. Membangun komit-men belajar
32. LAN, 2010. Dinamika Kelompok
33. Pusdiklat Depkes RI, 2010. Team Building

DIT.P2PTM