

PENINGKATAN KAPASITAS PENDAMPING PASIEAN KANKER DAN KUALITAS HIDUP PENYINTAS KANKER



Solikhah | Suwarno | Helfi Agustín | Fardhiasih Dwi Astuti
Nurhikmah Safitri | Nanik Sulistyani | Wulandari Berliani P.

PENINGKATAN KAPASITAS PENDAMPING PASIEN KANKER DAN KUALITAS HIDUP PENYINTAS KANKER

Solikhah
Suwarno
Helfi Agustin
Fardhiasih Dwi Astuti
Nurhikmah Safitri
Nanik Sulistyani
Wulandari Berliani P.

UAD
P R E S S

**SANKSI PELANGGARAN PASAL 113
UNDANG-UNDANG NOMOR 28 TAHUN 2014
TENTANG HAK CIPTA**

1. Setiap orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 100.000.000 (seratus juta rupiah).
2. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
3. Setiap orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk penggunaan secara komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).
4. Setiap orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp. 4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

PENINGKATAN KAPASITAS PENDAMPING PASIEN KANKER DAN KUALITAS HIDUP PENYINTAS KANKER

Solikhah
Suwarno
Helfi Agustin
Fardhiasih Dwi Astuti
Nurhikmah Safitri
Nanik Sulistyani
Wulandari Berliani P.

UAD
P R E S S

**PENINGKATAN KAPASITAS PENDAMPING PASIEN KANKER
DAN KUALITAS HIDUP PENYINTAS KANKER**

Copyright © 2024 Solikhah, dkk.

ISBN: 978-623-8449-16-3

16 x 24 cm, xii + 132 hlm
Cetakan Pertama, Maret 2024

Penulis : Solikhah
Suwarno
Helfi Agustin
Fardhiasih Dwi Astuti
Nurhikmah Safitri
Nanik Sulistyani
Wulandari Berliani P.

Editor : Dyah Intan P.
Layout : Ratih Purwandari
Desain Cover : Hafidz Irfana

Diterbitkan oleh : **UAD PRESS**
(Anggota IKAPI dan APPTI)
Kampus II Universitas Ahmad Dahlan
Jl. Pramuka No. 46, Sidikan, Umbulharjo, Yogyakarta
Telp. (0274) 563515, Phone (+62) 882 3949 9820

All right reserved. Semua hak cipta © dilindungi undang-undang. Tidak diperkenankan memproduksi ulang atau mengubah dalam bentuk apa pun melalui cara elektronik, mekanis, fotocopy, atau rekaman sebagian atau seluruh buku ini tanpa izin tertulis dari pemilik hak cipta.

Prakata

Alhamdulillahirabbil'alaimin, puji syukur kami panjatkan kepada Allah Maha Esa, atas rahmat dan karunia-Nya kami bisa menyelesaikan modul tata laksana pendampingan bagi penyintas kanker. Sholawat serta salam tetap tercurah kepada Nabi Muhammad Shallahu Alaihi Wassallam.

Monograf ini merupakan hasil dari penelitian tentang kebutuhan pelayanan paliatif pada *survivor* kanker dan keluarga pendamping *survivor*, agar kualitas hidup pasien kanker dan keluarganya dapat ditingkatkan. Begitu diagnosis dokter telah ditegakkan dan dinyatakan bahwa pasien akan menjalani pengobatan dan perawatan kanker, tanggapan pasien dan keluarganya beragam. Ragam tanggapan tersebut dialami pasien diawal kali seperti penolakan (*denial*), marah (*anger*), tawar-menawar (*bargaining*), depresi (*depression*), dan penerimaan (*acceptance*). Namun, seiring waktu, mereka berproses untuk menerima diagnosis tersebut, meskipun rentang proses tersebut beragam antar pasien, ada yang membutuhkan hitungan minggu, bulan, dan sampai tahunan. Faktor internal dan eksternal pasien kanker akan memengaruhi cepat lambatnya seseorang untuk mengambil keputusan dalam mengikuti *advice* dokter, seperti faktor pribadi, faktor psikologis, faktor budaya, dan faktor sosial. Pengobatan dan

perawatan kanker bagi penderita kanker membutuhkan waktu yang panjang serta konsisten, dan ini berdampak pada kesehatan fisik dan psikologis pasien. Pasien yang menjalani kemoterapi berulang-ulang, misalnya, dapat menjadi bosan dan menyerah setelahnya karena rasa sakit seperti muntah, konstipasi, neuropati perifer (kebas atau kesemutan), toksisitas kulit (kulit terlihat menghitam), alopecia atau kerontokan rambut, penurunan berat badan, kelelahan (*fatigue*), penurunan nafsu makan, nyeri, dan perubahan rasa. Dampak lain pasien yang menjalani perawatan kemoterapi, akan mengalami tekanan psikologi, seperti: rendah diri (dikarenakan citra tubuh) selama perawatan dan pengobatan penyakit, mengalami disfungsi seksual, dan hambatan pola komunikasi dengan pasangan. Dukungan dari pasangan, keluarga, teman, kolega, dan masyarakat sekitar telah terbukti mampu meningkatkan kualitas hidup penyintas kanker tersebut. Penyintas kanker membutuhkan dukungan psikososial seperti kasih sayang, empati, perawatan, dan kepercayaan; dukungan *instrumentalia* seperti pelayanan yang baik dan asupan nutrisi yang baik; dukungan informasional seperti nasihat, informasi, dan saran; dan dukungan *appraisal* seperti hubungan komunikasi yang positif. Harapannya para penyintas kanker tersebut mampu untuk menjalani pengobatan dan perawatan kanker serta dapat meningkatkan kualitas hidup mereka.

Terakhir, kami mengucapkan terima kasih kepada semua orang yang berkontribusi pada pembuatan monograf ini. Ucapan terima kasih kami tujukan kepada beberapa pihak diantaranya 1). Para pendamping dan penyintas kanker di wilayah Kerja Puskesmas Ngemplak 1 Sleman, atas kerja samanya dalam membantu penelitian ini terlaksana dengan baik dan tanpa kendala; 2) Dinas Kesehatan

Kabupaten Sleman dan jajarannya, yang telah membantu dalam memberi kemudahan bagi penulis untuk mengimplementasikan *blueprint* terkait dengan optimalisasi pendampingan pasien kanker; 3) Universitas Ahmad Dahlan, yang telah memberikan *grant* untuk pelaksanaan penelitian ini. Sangat diharapkan kritik dan saran dari Anda untuk membantu kami memperbaiki monograf ini di masa mendatang.

Yogyakarta, 22 September 2023

Penulis

Daftar Isi

PRAKATA — *v*

DAFTAR ISI — *viii*

DAFTAR TABEL — *ix*

DAFTAR GAMBAR — *x*

BAB 1 PENDAHULUAN — *1*

BAB 2 PENINGKATAN KAPASITAS PENDAMPING PASIEN KANKER
DAN KUALITAS HIDUP PENYINTAS KANKER — *5*

A. Peran keluarga dalam pendampingan penyintas kanker
— *5*

B. Kawan baik (*kader dan family caregiver*) — *12*

C. Penyakit kanker — *19*

D. Kualitas hidup — *31*

E. Depresi dan Kecemasan — *54*

F. Perawatan dan pengobatan penyintas kanker — *56*

BAB 3 METODE PENGEMBANGAN MODEL PENDAMPING
PENYINTAS KANKER — *87*

A. Desain Penelitian — *87*

B. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling — *87*

C. Prosedur Penelitian — *88*

D. Analisa Data — *91*

| | |
|-------|--------------------------------------|
| BAB 4 | HASIL DAN PEMBAHASAN PENELITIAN — 93 |
| | A. Hasil Penelitian — 93 |
| | B. Pembahasan — 108 |
| BAB 5 | PENUTUP — 113 |
| | A. Kesimpulan — 113 |
| | B. Saran — 114 |
| | |
| | DAFTAR PUSTAKA — 115 |
| | BIODATA PENULIS — 129 |

Daftar Tabel

- Tabel 1. Ringkasan Pengukuran Kualitas Hidup di EORTC — 39
- Tabel 2. Kuesioner EORTC QLQ-C30 Versi Indonesia — 41
- Tabel 3. Manual Skor EORTC QLQ-C30 — 44
- Tabel 4. Kuesioner EORTC QLQ-BR45 — 46
- Tabel 5. Skoring EORTC QLQ-BR45 — 50
- Tabel 6. Kuesioner EORTC QLQ-CX24 — 51
- Tabel 7. Skoring Kuesioner EORTC QLQ-CX24 — 53
- Tabel 8. Item pernyataan dalam Kuesioner ADII — 55
- Tabel 9. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam — 71
- Tabel 10. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Otot Progresif — 73
- Tabel 11. Karakteristik Penyintas Kanker — 93
- Tabel 12. Karakteristik Kawan Baik — 94
- Tabel 13. Uji T Berpasangan untuk Tingkat Pemahaman Pendampingan Kawan Baik — 95
- Tabel 14. Skor Sikap Para Kawan Baik Selama Pendampingan — 95
- Tabel 15. Pengukuran Efektivitas Napas Dalam, Relaksasi Otot Progresif, dan Aroma Terapi untuk Kawan Baik — 96
- Tabel 16. Pengukuran Efektivitas Terapi Relaksasi Otot Progresif untuk Kawan Baik — 98

Daftar Gambar

- Gambar 1. Family Attachment — 7
- Gambar 2. Poster SOP Napas Dalam dan Teknik Relaksasi Otot Progresif — 83
- Gambar 3. Poster Lilin Aroma Terapi Bunga Lavender — 86
- Gambar 4. Alur Kegiatan-kegiatan Pendampingan Kawan Baik — 90
- Gambar 5. Lilin Aroma Terapi Lavender — 108

Kanker pada umumnya terdeteksi pada stadium akhir dengan kondisi yang sudah parah karena ketidaktahuan dan tidak merasakan gejala yang ditimbulkan dari penyakit kanker (Solikhah et al., 2020) (Solikhah Solikhah et al., 2021). Karena proses deteksi dini yang tidak dilakukan maka dapat berakibat pada perkembangan penyakit kanker (Solikhah, 2019). Akibat selanjutnya, pengobatannya menjadi lebih sulit dan berpeluang rendah untuk sembuh (S. Solikhah et al., 2019). Masa pengobatan yang lebih panjang dan efek perawatan biasanya akan memengaruhi kepercayaan diri pasien untuk dapat pulih kembali hingga muncul depresi seperti yang umum terjadi pada penderita penyakit menahun. Pasien kanker yang berada pada stadium akhir dan dinyatakan tidak dapat sembuh oleh dokter (*termination phase*) akan merasa kehilangan harapan untuk hidup dan tidak berharga sebagai manusia sehingga dapat berdampak pada kualitas hidup pasien (Solikhah, Perwitasari and Rejeki, 2023).

Permasalahan yang diteliti adalah untuk meningkatkan kualitas hidup penyintas kanker serta di akhir hayatnya lebih baik dan terhormat. Oleh karena itu, seorang penyintas kanker perlu mendapatkan pelayanan paliatif. Pelayanan paliatif ini menekankan

aspek pencegahan dengan mendukung keluarga penyintas, termasuk membantu biaya perawatan, dan masyarakat di sekitar penyintas untuk mendukung kesembuhan dan kepercayaan diri pasien. Untuk mewujudkan hal tersebut, maka dibutuhkan peran tenaga ahli dan *empowerment* dari lingkungan sekitar untuk membantu pasien tersebut dalam meningkatkan kualitas hidup penyintas kanker. Hal ini dikarenakan pasien membutuhkan dukungan tidak hanya secara fisik dan finansial, dukungan sosial juga sangat diperlukan untuk mengurangi nyeri saat mendapatkan kemoterapi (Yang et al., 2023). Nyeri mungkin merupakan gejala yang paling umum dan menyusahkan pada fase terminal kanker. Menilik dari etiologi multifaktorial, nyeri kanker merupakan pengalaman subyektif yang kompleks terkait dengan komponen psikososial (Porter and Keefe, 2011). Beberapa penelitian sebelumnya telah mengidentifikasi berbagai prediktor psikologis nyeri akut dan kronis setelah operasi kanker payudara (Moloney et al., 2021) (McCowat et al., 2019). Meskipun sudah diberi obat analgesik, banyak pasien dengan kanker stadium lanjut menderita rasa sakit yang tidak dapat dihilangkan yang gagal dikendalikan secara memadai oleh manajemen farmakologis (Fallon et al., 2018). Dukungan sosial dari orang terdekat dan sekeliling pasien kanker atau dikenal dengan *perceived social support* (PSS), telah dianggap sebagai faktor psikososial positif untuk meningkatkan psikologis dan fisik pasien kanker (Hughes et al., 2014). PSS mengacu pada persepsi ketersediaan dukungan atau penerimaan tindakan dukungan dalam jaringan sosial individu (Zhou et al., 2015). Bentuk dukungan sosial ini dikaitkan dengan penurunan nyeri melalui penilaian stres dan koping aktif (Holtzman et al., 2004). Selain itu, PSS yang bertindak sebagai sinyal keamanan memodulasi

ancaman yang dirasakan, dan menekan aktivasi stres fisiologis-saraf sebagai respons terhadap rasa sakit (Che et al., 2018). Oleh karena itu, pasien dengan PSS yang lebih tinggi dapat merasakan lebih banyak perhatian, bantuan, dan penghargaan dalam jaringan sosial pendukung mereka, yang dapat berkontribusi pada pengentasan dan pengurangan nyeri kanker stadium akhir. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengevaluasi model pengembangan model kualitas hidup berbasis komunitas di wilayah kerja Puskesmas Ngemplak 1 di Sleman, Yogyakarta, berdasarkan masalah tersebut di atas. Pemilihan lokasi penelitian Puskesmas Ngemplak adalah satu dari seluruh puskesmas di DI. Yogyakarta yang telah menerapkan pelayanan paliatif. Sementara itu, berdasarkan hasil penelitian oleh Solikhah, dkk penderita kanker didominasi di wilayah Sleman (Solikhah et al., 2022)933.

Urgensi penelitian ini adalah untuk mengevaluasi model pelayanan kualitatif bagi survivor kanker berbasis komunitas. Selain itu, sebagai tindak lanjut dan evaluasi *policy brief* yang telah dibuat oleh Solikhah, dkk bersama dengan tim dari Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta.

Bab
2

Peningkatan Kapabilitas Pendamping Pasien Kanker dan Kualitas Hidup Penyintas Kanker

A. Peran keluarga dalam pendampingan penyintas kanker

1. Definisi keluarga dalam pendampingan penyintas kanker

Merawat anggota keluarga yang menderita penyakit jangka panjang seperti kanker adalah hal yang sering terjadi. Berdasarkan UU Nomor 52 tahun 2009, keluarga dapat didefinisikan sebagai unit terkecil dalam masyarakat yang terdiri dari suami istri, suami, istri dan anaknya, ayah dan anaknya, atau ibu dan anaknya. Keluarga yang tinggal bersama dan memiliki ikatan darah disebut keluarga inti dan terdiri dari ayah, ibu dan anak. Namun, jika saudara ayah, ibu, atau orang tua dari keduanya tinggal dalam satu rumah keluarga inti, rumah tersebut terdiri dari beberapa keluarga dengan berbagai nama tipe keluarga.

Keluarga inti dan keluarga besar sangat penting untuk mendampingi anggota keluarga yang sakit dan memberikan dukungan. Hal ini berlaku terutama untuk pasien yang menderita penyakit kronis. Peran inilah yang perlu dipahami oleh keluarga dan tenaga kesehatan bahwa di dalam keluarga terdapat sistem yang memengaruhi satu sama lain. Jika salah satu anggota keluarga sakit, hubungan antar anggota keluarga yang lain akan terganggu. Istilah keluarga sebagai sistem biasanya digunakan untuk menjelaskan hal ini (Kaakinen and Hanson, 2010). Tentunya, *family as a system* ini akan berakibat pada seluruh anggota keluarga dan bisa meningkatkan beban anggota keluarga. Salah satunya beban yang dialami oleh penderita kanker sangat baik beban fisik dan psikis, dan ini akan berdampak nyata pada kualitas hidup penderita tersebut (Solikhah, Perwitasari, Irham, et al., 2023).

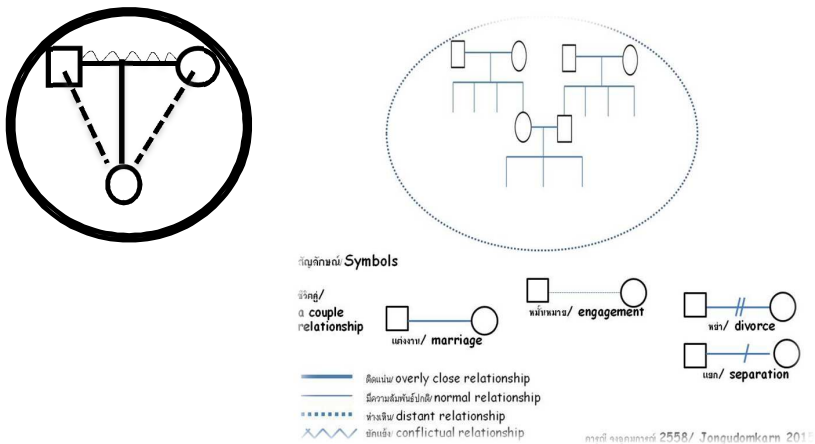
2. Fungsi Keluarga

Keluarga memiliki lima fungsi, yaitu afektif, sosialisasi, reproduksi, ekonomi, dan perawatan atau pemeliharaan kesehatan.

a) Fungsi afektif

Keluarga mempunyai fungsi untuk mengajarkan dan membina anggota keluarga dalam kemampuan untuk menyayangi satu sama lain dan mengajarkan kepada anggota keluarga untuk mampu mempersiapkan diri berinteraksi dengan orang lain karena dibutuhkan dari segi perkembangan dan psikologis setiap individu dalam keluarga. Pada perawatan anggota keluarga dengan kanker dibutuhkan perhatian lebih dari anggota keluarga yang lain. Sensitivitas dan kebutuhan perhatian serta perawatan yang tinggi menjadikan tantangan bagi *caregiver* atau anggota

keluarga yang merawat anggota keluarga dengan kanker. Karena itu, anggota keluarga baik yang sehat maupun yang sakit harus lebih dihargai dalam memberikan fungsi afektifnya kepada anggota keluarga yang telah menyembuhkan kanker. Beberapa alternatif *assessment* yang dapat dilakukan pada fungsi afektif ini adalah dengan melakukan pengkajian atau identifikasi hubungan kasih sayang antar anggota keluarga. Salah satunya pengkajian *family attachment* (Gambar 2.1) (Suwarno and Djongudomkarn, 2016).



Keterangan simbol

- : normal
- - - : renggang
- : kuat
- ~ : konflik

Gambar 1. Family Attachment

b) Fungsi sosialisasi

Keluarga bertanggung jawab untuk mendidik dan mengembangkan anggota keluarga mereka dalam memiliki kemampuan berinteraksi sosial baik di dalam keluarga maupun di masyarakat. Fungsi ini dapat membantu anak-anak belajar berinteraksi dengan orang lain, mengubah nilai dan norma keluarga sesuai dengan perkembangan anak, dan meneruskan nilai keluarga ke masyarakat.

c) Fungsi reproduksi

Keluarga bertanggung jawab untuk mempertahankan eksistensi mereka. Pada fungsi ini, keluarga tetap menjaga kesehatan reproduksi setiap anggota keluarganya, salah satunya kebutuhan kesehatan reproduksi penyintas kanker.

d) Fungsi ekonomi

Keluarga bertanggung jawab untuk memberikan prioritas kepada anggota keluarga dalam memenuhi kebutuhan sehari-hari. Pada konteks ini, keluarga memberikan dukungan perawatan dan pengobatan dari anggota yang menderita kanker. Keluarga menyisihkan anggaran untuk biaya perawatan dan pengobatan, selain itu membantu upaya jenis asuransi atau jaminan kesehatan yang dapat dimanfaatkan oleh keluarga dalam perawatan dan pengobatan penyintas kanker.

e) Fungsi perawatan atau fungsi pemeliharaan kesehatan

Keluarga memiliki tanggung jawab untuk menjaga kesehatan anggota keluarga agar produktivitas tetap tinggi, dan tanggung jawab ini dibagi menjadi beberapa tugas, yaitu:

- 1) Mengenal masalah kesehatan atau gangguan perkembangan kesehatan setiap anggota keluarganya. Pada konteks ini,

keluarga mengenal masalah fisik dan mental dari penyintas kanker. Bagaimana cara perawatannya, hal yang perlu dihindari dan diberikan, penatalaksanaannya, upaya promotif dan preventifnya dan lain-lain yang memang keluarga perlu mengenalnya.

- 2) Mengambil keputusan tentang pilihan perawatan kesehatan yang tepat. Jika ada permasalahan di dalam keluarga, maka keluarga mempunyai fungsi untuk melakukan pengambilan keputusan dalam penyelesaian masalah yang sedang dihadapi oleh keluarga. Hal ini juga berlaku jika penyintas kanker tiba-tiba muncul suatu permasalahan baik fisik maupun psikis, diharapkan keluarga mampu mengambil keputusan untuk menyelesaikannya. Jika tidak mampu diselesaikan oleh keluarga, maka keluarga dapat mencari alternatif bantuan dari pihak keluarga yang lain, tetangga atau Masyarakat, atau mencari bantuan kepada tenaga kesehatan.
- 3) Perawatan anggota keluarga yang sakit. Jika ada anggota keluarga yang sakit, anggota keluarga tersebut bertanggung jawab untuk merawat anggota keluarganya. Hal ini berlaku juga untuk anggota keluarga yang menderita kanker, yang harus memberikan semua perawatan yang diperlukan untuk penyintas kanker. Menanyakan keluhan dan kebutuhan dari penyintas kanker, berkomunikasi dengan baik dengan memahami perasaan yang dialami oleh penyintas kanker di rumah.
- 4) Memelihara lingkungan rumah yang baik untuk kesehatan dan pertumbuhan kepribadian anggota keluarganya. Jika ada anggota keluarga yang sakit tentunya dapat memengaruhi

kondisi sehat sakit keluarga yang lain. Pada konteks ini, keluarga perlu menjaga lingkungan di sekitar rumah dan memodifikasinya sebagai upaya promotif dan preventif kondisi kesehatan keluarga atau bahkan menimbulkan komplikasi.

- 5) Mempertahankan hubungan yang saling menguntungkan antara keluarga dan fasilitas kesehatan. Keluarga perlu memberikan *reciprocal* terhadap layanan yang ada di dalam keluarga. Hubungan timbal balik ini tentunya dapat bermanfaat untuk mempertahankan atau meningkatkan kondisi sehat sakit dalam keluarga. Keluarga yang memiliki anggota yang sakit, seperti anggota keluarga yang menderita kanker, harus mempertimbangkan pemanfaatan fasilitas kesehatan yang tersedia di sekitar mereka. Salah satunya, pemanfaatan klinik, puskesmas, maupun rumah sakit di sekitar keluarga tersebut tinggal

3. Tugas perkembangan keluarga

Tugas perkembangan keluarga terbagi sesuai dengan tahap perkembangan keluarga dilihat dari usia perkembangan dari anak pertama dalam keluarga tersebut. Berikut adalah tugas perkembangan keluarga berdasarkan usia

- a) Tugas perkembangan keluarga baru menikah
- b) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan bayi baru lahir
- c) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan anak-anak usia dini

- d) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan anak-anak usia sekolah
- e) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan remaja
- f) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan orang dewasa
- g) Tanggung jawab perkembangan keluarga yang berkaitan dengan orang tua

4. *Family Care Center Care (FCC)*

Suatu pendekatan inovatif untuk merencanakan, melaksanakan, dan menilai tindakan keperawatan yang diberikan kepada pasien didasarkan pada manfaat hubungan antara perawat atau tenaga kesehatan dan keluarga (orang tua). Jadi, dengan kata lain, kolaborasi tenaga kesehatan dengan keluarga dalam perawatan pasien secara holistik. FCC secara signifikan dapat memprediksi pemenuhan kebutuhan pasien kanker khususnya peran pentingnya dukungan orang tua terhadap anak-anak penyintas kanker dalam keluarga mereka. Maka dari itu, tenaga kesehatan perlu melibatkan keluarga dalam perawatan pasien di rumah maupun di pelayanan kesehatan sebagai bentuk dukungan dan perawatan anggota keluarga yang sakit. Dalam teori pendekatan keluarga, hal tersebut menjadi bagian dari *Family as a Client* bahwa keluarga adalah Klien dari perawatan tenaga kesehatan. Sehingga fokus perawatan dan pelibatan tidak hanya pada klien yang sakit saja akan tetapi seluruh anggota keluarga. Diharapkan perawatan yang berpusat pada keluarga (FCC) dapat meningkatkan kesejahteraan keluarga secara holistik (Ay et al., 2024)

B. Kawan baik (kader dan *family caregiver*)

1. Kader dan *Family Caregiver*

a) Definisi Kader

Menurut Lewin dkk., kader adalah setiap tenaga kesehatan yang menjalankan fungsi yang berkaitan dengan pemberian layanan kesehatan; mereka telah menerima beberapa latihan intervensi, tetapi tidak memiliki sertifikat formal profesional, para profesional, atau gelar pendidikan tinggi (Lewin et al., 2005). Lebih jelasnya pada kasus kelahiran bayi; kader adalah seseorang yang membantu ibu saat melahirkan dan yang pada awalnya memperoleh keterampilan tersebut dengan melakukan persalinan sendiri atau melalui magang ke dukun bayi lainnya (WHO 1992). Dukun bersalin yang terlatih telah menerima pelatihan biomedis pada tingkat tertentu dalam perawatan kehamilan dan persalinan (Mullan and Frehywot, 2007).

Kader di Indonesia merupakan pekerja sosial kesehatan yang diberikan bimbingan teknis singkat, pengarahan, dan pendampingan dari petugas Puskesmas setempat. Kader bekerja secara sukarela dan tanpa ada imbalan khusus dari pemerintah. Kader diberdayakan oleh masyarakat dan untuk masyarakat. Kader bekerja di masing-masing dukuh, RT atau RW setempat di mana kader berasal. Tugas kader lebih banyak berfungsi sebagai pendamping Masyarakat, pengawas, dan pemantau kesehatan warganya. Apabila ada warga yang dinilai mengalami kondisi yang memerlukan bantuan kesehatan, seperti malnutrisi atau gizi buruk, Orang Dengan Gangguan Jiwa tak terurus, atau kondisi kesehatan lainnya yang memerlukan perhatian lebih, maka kader bertugas mengunjungi, mendata, dan melaporkan

kepada Puskesmas setempat. Fungsi kader sangat penting bagi Pemerintah. Puskesmas memerlukan agen-agen perubahan dari Masyarakat seperti kader kesehatan ini. Besarnya jumlah populasi penduduk Indonesia membuat pemantauan Puskesmas menjadi terbatas dan belum bisa optimal dengan keterbatasan sumber daya manusia dari Puskesmas, sehingga dengan adanya kader, Puskesmas dapat melaksanakan fungsinya dengan lebih optimal. Peran kader menyesuaikan dengan berbagai program pemerintah, seperti kader balita sehat, kader ibu hamil, kader jiwa, kader penyakit menular, kader penyakit tidak menular, termasuk di dalamnya kader Paliatif.

Pada pendampingan kasus kanker selama menjalani rawat jalan, pemerintah telah mengeluarkan pedoman tentang perawatan paliatif. Program paliatif ini lahir atas dasar kondisi sebagian pasien kanker ditemukan dalam kondisi stadium lanjut (S. Solikhah et al., 2021), sehingga angka kesembuhan dan angka harapan hidup pasien kanker masih belum optimal. Agar pasien kanker dapat hidup lebih nyaman dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik dengan bantuan perawatan paliatif, diperlukan upaya integratif yang melibatkan berbagai disiplin ilmu agar pasien tersebut meningkat kualitas hidupnya dan meninggal secara bermartabat pada akhir hayatnya. Pasien kanker khususnya di seluruh dunia termasuk di Indonesia membutuhkan pelayanan ini karena kemanusiaan.

World Health Organization (WHO) telah lama menyarankan penggabungan program paliatif ke dalam manajemen kanker terpadu karena meningkatnya jumlah pasien kanker dan angka kematian akibat kanker. Perawatan paliatif dapat didefinisikan

sebagai sarana untuk meringankan atau mengurangi penderitaan. Kata paliatif berasal dari kata Yunani *paliatē*, yang berarti mengurangi keparahan tanpa menghilangkan penyebabnya. Bagi mereka yang kondisinya sudah lanjut atau tidak dapat disembuhkan, program perawatan paliatif merupakan hak asasi manusia sekaligus kebutuhan. Untuk menangani pasien kanker secara efektif dan efisien, program paliatif merupakan salah satu jenis pelayanan kesehatan yang perlu ditingkatkan lebih lanjut. Program paliatif masih tergolong baru dan belum semua pelayanan kesehatan dasar dalam hal ini puskesmas memiliki sumber daya andal untuk program paliatif ini. Namun demikian, puskesmas sebagai ujung tombak pelayanan kesehatan di level pertama, dapat berinovasi dengan melibatkan lintas sektor maupun program untuk mengambil peran optimal dalam pelayanan paliatif melalui pemberdayaan tokoh *leader* di masyarakat.

b) Definisi *Family Caregiver*

Caregiver adalah seseorang yang membantu orang yang memerlukan bantuan karena penyakit, keterbatasan, atau ketidakmampuan. *Caregiver* formal dan informal berbeda. *Caregiver* formal merupakan bagian dari sistem pelayanan sukarela atau dibayar, sedangkan *caregiver* informal adalah individu (teman, tetangga, atau anggota keluarga) yang memberikan perawatan dan pelayanan tanpa dibayar, sepanjang waktu atau paruh waktu, tinggal bersama atau terpisah dengan orang yang dirawat (Azizah 2011).

c) Tugas dan Dukungan *Family Caregiver*

1) Tugas *Family Caregiver*

Menurut Friedman & Harnilawati (2013), dalam upaya

pemeliharaan kesehatan, *family caregiver* mempunyai tugas dalam bidang kesehatan ada 5 tugas yaitu:

- a) Mengetahui masalah kesehatan setiap anggota *family caregiver*
Caregiver keluarga secara tidak langsung bertanggung jawab atas setiap perubahan kecil dalam kesehatan anggota keluarga setelah mengetahui masalah kesehatan mereka. Oleh karena itu, segera catat perubahan yang terjadi dan waktu kejadiannya, serta jumlah perubahan yang terjadi.
- b) Mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat bagi *family caregiver*
Buat keputusan yang tepat tentang apa yang harus dilakukan keluarga *caregiver*. Tugas utama keluarga pengasuh adalah mencari pertolongan yang sesuai dengan keadaan keluarga pengasuh dengan mengurangi masalah kesehatan.
- c) Memberikan keperawatan anggota *family caregiver* yang sakit atau tidak sakit
Perawat dapat melakukannya di rumah untuk mencegah masalah yang lebih serius jika keluarga *caregiver* tidak dapat melakukan layanan gawat darurat atau layanan kesehatan untuk mengambil tindakan lebih lanjut.
- d) Mempertahankan suasana rumah yang menguntungkan kesehatan dan pertumbuhan kepribadian *family caregiver*.
Mengubah lingkungan *family caregiver*, seperti pentingnya kebersihan, upaya pencegahan penyakit, upaya peduli, bagaimana anggota *family caregiver* bekerja sama untuk mengelola lingkungan internal dan eksternal, dan bagaimana hal itu berdampak pada kesehatan *family caregiver*.
- e) Mempertahankan hubungan timbal balik antara lembaga

kesehatan dan keluarga *caregiver* untuk memaksimalkan pemanfaatan fasilitas yang ada

Memanfaatkan fasilitas kesehatan, seperti kepercayaan *family caregiver* terhadap petugas dan fasilitas kesehatan, keberadaan fasilitas kesehatan yang ada, keuntungan keluarga penjaga menggunakan fasilitas kesehatan, apakah fasilitas kesehatan terjangkau bagi *family caregiver*, dan apakah mereka memahami dengan baik pengalaman *family caregiver*.

2) Dukungan *Family Caregiver*

Salah satu komponen terpenting dalam membantu individu menyelesaikan masalah adalah dukungan dari keluarga *caregiver*. Rasa percaya diri dan keinginan untuk mengatasi masalah akan meningkat dengan dukungan (Harnilawati, 2013). Menurut Friedman (2013), dukungan *family caregiver* merupakan proses yang terjadi terus menerus di sepanjang masa kehidupan manusia. Dukungan *family caregiver* berfokus pada interaksi yang berlangsung dalam berbagai hubungan sosial sebagaimana yang dievaluasi oleh individu. Dukungan *family caregiver* adalah sikap, tindakan dan penerimaan *family caregiver* terhadap anggotanya. Anggota *family caregiver* memandang bahwa orang yang bersifat mendukung selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan (Murwani & Setyowati, 2018)

3) Strategi *coping family caregiver*

Strategi *coping family caregiver* merupakan upaya yang dilakukan untuk menanggulangi permasalahan yang dihadapi. Ada sejumlah strategi coping yang dapat diterapkan oleh perawat keluarga yang menangani pasien kanker, termasuk fokus

pada perasaan dan menghindarinya; fokus pada masalah dan berhadapan dengan konfrontasi; *dysfunctional coping*; serta *dyadic* dan *couple coping* (Karabulutlu, 2014).

Emotion-focused merupakan upaya yang dilakukan untuk mengontrol konsekuensi emosional dari permasalahan yang dapat mengakibatkan terjadinya stres. Strategi ini biasa digunakan jika permasalahan sulit dikendalikan. *Avoidance coping* adalah cara seseorang menghadapi permasalahan dengan mengubah perilaku mereka dengan menghindar dari memikirkan, merasakan hal yang sulit dilakukannya.

Problem-focused merupakan usaha yang dilakukan dengan menghadapi secara langsung permasalahan yang mengakibatkan stres. Pendekatan ini dilakukan ketika seseorang yakin situasi tersebut dapat berubah. Metode coping ini digunakan ketika menghadapi permasalahan *family caregiver*. Keyakinan *family caregiver* dalam merawat penderita yang bernilai positif dalam agama menjadikan kekuatan dalam pemilihan metode coping yang digunakan (Mesquita et al., 2013). Pandangan seseorang dalam merawat orang sakit merupakan suatu amal ibadah dalam agama menjadikan kekuatan tersendiri sebagai *family caregiver*

4) Definisi Kawan Baik

- a) Kawan Baik merupakan bagian dari *caregiver* informal dan berasal dari anggota keluarga yang merawat anggota keluarga yang membutuhkan perawatan di rumah, terutama anggota keluarga yang menderita kanker. Kawan baik merupakan akronim dari **KA**der rela**WAN** Bagi pas**I**en **K**anker. Penggunaan istilah Kawan Baik mengandung makna positif, karena kawan baik berarti ia adalah seseorang

yang selalu ada sebagai sahabat sejati. Kawan Baik akan menjadi orang berdiri paling depan ketika pasien kanker membutuhkan pertolongan. Kawan Baik akan membuktikan dengan tindakannya, ia tidak bisa hanya diam ketika ada anggota keluarganya menderita penyakit kanker, yang merasa semakin lemah secara fisik, mental, psikis dan sosial. Namun, ia akan menguatkan pasien, membantu menghubungkan pasien dengan tenaga profesional yang dapat menurunkan derita pasien kanker. Teman baik dengan tulus, siaga, dan selalu hadir untuk pasien secara konsisten, sehingga fungsi keluarga sebagai fungsi afektif, fungsi sosial, fungsi perawatan dan pemeliharaan dapat berjalan dengan baik.

b) Syarat menjadi Kawan Baik

Berikut syarat untuk menjadi Kawan Baik yaitu:

- 1) sukarela
- 2) anggota keluarga yang tinggal bersama
- 3) berusia 18 tahun ke atas

c) Tugas, tanggung jawab, dan wewenang Kawan Baik

- 1) Melakukan perawatan pasien di rumah dengan mengenali masalah kesehatan dan perubahan-perubahan yang terjadi pada pasien dan mencatatnya.
- 2) Mengingatkan pasien untuk minum obat dan mengantarkan pasien untuk mendapatkan pelayanan profesional.
- 3) Membangun komunikasi dan memberikan data untuk laporan bagi kader kesehatan jiwa di masyarakat yang telah dilatih oleh puskesmas.
- 4) Sebagai penghubung atau perantara pasien ke dokter di puskesmas.

- 5) Sebagai penghubung atau perantara pasien ke psikolog.
- 6) Sebagai penghubung atau perantara pasien ke spiritual/kerohanian.
- 7) Berbagi informasi dengan komunitas penderita kanker. Komunitas *peer group* dibentuk sebagai wadah untuk bertukar pengalaman, bersosialisasi, saling menguatkan, saling mendukung antar pasien agar tidak merasa sendiri dalam menghadapi penyakitnya. Diharapkan nantinya usaha preventif–promotif yang dilakukan oleh puskesmas dapat mengurangi depresi dan mengembalikan harapan hidup pasien kanker, sebagai wujud bahwa puskesmas sebagai garda depan layanan kesehatan di masyarakat.

C. Penyakit kanker

1) Definisi kanker

Pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali yang dikenal sebagai kanker, neoplasma, atau tumor ganas, dapat terjadi pada hampir semua jaringan atau organ tubuh. Kanker dapat menyebar ke jaringan yang berdekatan dan/atau ke organ lain. Kematian akibat kanker yang paling umum adalah akibat dari proses penyebaran yang disebut metastasis (Hausman, 2019).

Sel-sel tubuh berkembang dalam fase tertentu. Tubuh secara alami memiliki mekanisme untuk menghapus sel yang sudah mati dan menghancurkan sel yang tidak normal. Namun, jika mekanisme ini gagal dan sel abnormal tumbuh secara tidak terkendali karena mutasi genetik, ini menyebabkan kanker (Elmore, 2007) (Hanselmann and Welter, 2022).

Jenis kanker sangat berbeda tergantung pada organ mana yang terkena. Misalnya, kanker prostat, paru-paru dan cabang tenggorokan, usus besar, dan kandung kemih adalah yang paling umum pada laki-laki. Pada perempuan, kanker yang paling umum adalah kanker payudara, paru-paru dan cabang tenggorokan, dan rahim. Kanker darah, kanker otak, dan kanker getah bening adalah kanker yang paling umum pada anak-anak (Hassanpour and Dehghani, 2017).

Jenis kanker menentukan gejalanya. Benjolan, nyeri di salah satu bagian tubuh, pucat, lemas, cepat lelah, penurunan berat badan yang signifikan, masalah buang air besar atau kecil, batuk berulang, memar, dan pendarahan secara spontan adalah gejala yang paling sering dikeluhkan pasien (Scheel and Holtedahl, 2015).

Stadium atau tingkat keparahan kanker memberikan gambaran pertumbuhan sel kanker dan penyebarannya serta besar peluang penderita untuk hidup. Untuk menentukan keparahan kanker, ada beberapa stadium. Stadium 0—juga dikenal sebagai *karsinoma in situ*—memungkinkan pertumbuhan sel kanker baru. Fase ini biasanya tidak memiliki gejala, jadi banyak orang tidak tahu mereka memiliki sel kanker. Jika sel kanker masih kecil dan tidak menyebar ke bagian tubuh lainnya, itu disebut stadium I. Pada stadium II, sel kanker sudah berkembang dan tumbuh dengan ukuran yang lebih besar, tetapi belum menyebar ke bagian tubuh lainnya. Sel kanker yang ditemukan pada stadium 0, I, dan II memiliki peluang yang tinggi untuk sembuh jika ditangani segera (Makarim, 2023).

Pada stadium III, sel kanker telah tumbuh lebih dalam ke jaringan atau organ tubuh dan mulai menyebar, tetapi hanya di lokasi awal munculnya sel kanker. Pada stadium IV, sel kanker telah

berkembang dan menyebar ke organ lain. Misalnya, sel kanker yang awalnya tumbuh di paru-paru dapat menyebar ke otak ketika mencapai stadium IV. Proses penyebaran ini disebut metastasis sel kanker. Peluang untuk sembuh dari kanker berkorelasi negatif dengan stadiumnya. Ini adalah alasan mengapa deteksi kanker harus dilakukan sedini mungkin untuk mendapatkan perawatan segera (Makarim, 2023).

2) Situasi kanker di Indonesia

Berdasarkan statistik kematian global, kanker menduduki peringkat kedua penyebab kematian dengan 9,3 juta kematian, dengan lebih dari separuh kematian tersebut terjadi di Asia (Sung et al., 2021) (Bray et al., 2018) with a focus on geographic variability across 20 world regions. There will be an estimated 18.1 million new cancer cases (17.0 million excluding nonmelanoma skin cancer dan di negara berkembang (Bellanger et al., 2018). Di Indonesia, kanker menduduki peringkat ketiga penyakit tidak menular (PTM) terbanyak setelah penyakit kardiovaskular, serta gangguan pada ibu, perinatal, dan gizi. Menurut data Kementerian Kesehatan RI tahun 2021, dua jenis kanker yang paling banyak dilaporkan di Indonesia adalah kanker payudara dan kanker serviks. Angka kejadian kanker payudara adalah 42,1 kasus per 100.000 penduduk, dengan angka kematian sebesar 17 kasus per 100.000 penduduk. Sedangkan kanker serviks adalah 23,4 kasus per 100.000 penduduk, dan angka kematian sebesar 13,9 kasus per 100.000 penduduk (Gondhowiardjo et al., 2021).

Deteksi kanker dini dengan skrining kanker dapat menjadi alternatif untuk menurunkan angka kematian (Seely and Alhassan,

2018), (Pastorino et al., 2019), dan telah terbukti meningkatkan harapan hidup pasien kanker (Allemani et al., 2015). Namun, skrining kanker rutin, seperti yang direkomendasikan oleh WHO, jarang dilakukan di Indonesia. Penjelarasannya sama seperti yang terjadi di negara-negara miskin lainnya: sumber daya untuk inisiatif skrining kanker, seperti skrining mamografi dan *Pap smear*, langka di layanan kesehatan Indonesia.

Jenis pekerjaan, gender, gaya hidup, lingkungan, posisi sosial, ciri budaya, etnis, karakteristik daerah, pola makan, akses ke layanan kesehatan, dan faktor lain yang tidak diketahui memengaruhi tren kejadian kanker di berbagai komunitas (Huang and Chen, 2020) (Mathur et al., 2020). Studi sebelumnya menunjukkan bahwa pasien kanker dari kelompok sosial ekonomi rendah dan kelompok ras atau etnis minoritas memiliki tingkat kelangsungan hidup yang lebih rendah (Singh and Jemal, 2017) (Siegel et al., 2021). Pola penyebaran kanker berbeda-beda di setiap provinsi Indonesia. Di antara seluruh Indonesia, Provinsi Yogyakarta memiliki prevalensi kanker tertinggi sebesar 4,86 per 1.000 penduduk. Provinsi Sumatera Barat memiliki prevalensi sebesar 2,47 per 1.000 penduduk, dan Provinsi Gorontalo memiliki prevalensi sebesar 2,44 per 1.000 penduduk. Pemerintah Indonesia telah meluncurkan berbagai program untuk mencegah dan mengendalikan kanker. Salah satunya adalah gerakan masyarakat hidup sehat, yang mencakup menjalani pemeriksaan kesehatan rutin, berhenti merokok, berolahraga secara teratur, makan makanan yang sehat, istirahat yang cukup, dan mengelola stres. Selain itu, pemeriksaan klinis payudara (*Clinical Breast Examination*) pada wanita usia 30 hingga 50 tahun dan pemeriksaan visual dengan asam asetat (IVA) dilakukan untuk skrining kanker payudara dan kanker serviks,

yang dapat mengurangi jumlah kanker yang ditemukan di Indonesia (Solikhah et al., 2022)933.

Namun, masyarakat Indonesia masih kurang memahami skrining kanker dini dan menerapkan gaya hidup sehat, yang mencakup menghindari merokok, berolahraga secara teratur, dan menjaga pola makan yang sehat (Solikhah Solikhah et al., 2021). Saat ini, Indonesia memiliki kesenjangan dalam ketersediaan fasilitas medis di seluruh wilayah kepulauannya. Akibatnya, pasien memiliki akses terbatas ke dokter dan tidak mampu menyediakan jumlah yang memadai. Akibatnya, sebagian kecil individu yang didiagnosis menderita kanker secara proaktif mendapatkan pengobatan tepat waktu (Gondhowiardjo et al., 2021). Di seluruh provinsi Indonesia, distribusi kanker yang tidak merata mungkin disebabkan oleh kekurangan layanan kesehatan. Data dari Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional Indonesia (2019) menunjukkan bahwa angka kejadian kanker bervariasi, dengan perbedaan empat kali lipat antara lokasi dengan tingkat kejadian terendah dan tertinggi. Studi sebelumnya menunjukkan bahwa lokasi geografis memiliki efek yang signifikan pada kejadian dan angka kematian pasien dengan berbagai jenis kanker di daerah tertentu (Roquette et al., 2019).

3) Faktor risiko kanker

Tiga faktor utama yang dapat memicu kanker (Hinkle and Cheever, 2018) antara lain: 1) *Inflamasi* (peradangan) dalam jangka waktu lama. Beberapa faktor yang menyebabkan timbulnya peradangan dalam jangka waktu yang panjang adalah virus, bakteri, bahan kimia atau bahan karsinogen, terpapar sinar UV yang berlebih dan berkepanjangan. 2) Faktor Genetik, sekitar 5–10% kejadian sel

keganasan merupakan hal yang diwariskan (genetik). Mereka yang memiliki anggota keluarga yang telah didiagnosis dengan kanker juga memiliki kemungkinan lebih besar untuk menderita beberapa jenis kanker. 3) Gangguan keseimbangan hormon, pengobatan hormon dipergunakan para perempuan pada umur menopause untuk mengurangi gejala menopause serta memperlambat gejala pengeroposan tulang, tetapi hal ini memiliki dampak atau risiko. Beberapa riset menjelaskan bahwa ada hubungan antara penggunaan pengobatan hormon (perpaduan progesteron dan estrogen maupun hanya estrogen) dengan melonjaknya kasus maligna payudara atau ovarium pada wanita.

Selain itu, senyawa kimia bertanggung jawab atas pembentukan mutasi gen dan sel kanker. Salah satu zat kimia yang menyebabkan kanker adalah rokok. Virus, bakteri, dan sinar radiasi lainnya juga dapat menjadi faktor karsinogenesis (Hassanpour and Dehghani, 2017).

Merokok, memiliki riwayat keluarga kanker, paparan hormon, dan cahaya ultra violet tinggi atau dalam jangka waktu yang lama, kegemukan, kurang gerak atau tidak berolahraga secara teratur, terinfeksi virus hepatitis B, hepatitis C, dan HPV, penyakit yang menyebabkan peradangan jangka panjang, dan usia lanjut (lebih dari 65 tahun), meskipun sebagian besar kanker lebih umum pada anak-anak (Ahmadian and Samah, 2012) serta penurunan daya tahan tubuh karena HIV/AIDS (Phologolo et al., 2023).

Khusus untuk kanker payudara, faktor risiko yang mendorong terjadinya kanker tersebut masih belum jelas hingga saat ini. Masih banyak faktor risiko yang memerlukan pembuktian lebih lanjut di masa yang akan datang. Ada dua jenis faktor risiko kanker payudara:

yang dapat diubah dan tidak dapat diubah. Faktor risiko yang tidak dapat diubah seperti usia, riwayat keluarga, dan genetika tidak dapat dikendalikan. Wanita yang memiliki anggota keluarga yang pernah menderita kanker payudara memiliki risiko dua hingga tiga kali lipat untuk menderita penyakit tersebut, menurut sejumlah penelitian (Lizarraga et al., 2013) (Nuraisyah et al., 2020). Beberapa faktor risiko kanker payudara yang dapat dimodifikasi termasuk faktor reproduksi seperti *menarche* dini, menopause terlambat, dan usia melahirkan pertama yang terlambat. Dua faktor risiko kanker payudara yang dapat dimodifikasi adalah kontrasepsi oral dan penggantian terapi hormon (Brinton et al., 2014). Penggunaan kontrasepsi oral, terapi penggantian hormon, konsumsi alkohol, merokok, obesitas, dan gaya hidup yang tidak banyak bergerak adalah faktor risiko yang dapat diubah selain yang disebutkan sebelumnya. Faktor-faktor ini bertanggung jawab atas 21% kematian yang terkait dengan kanker payudara (Shin et al., 2012) (Bérubé et al., 2014) (Hayes et al., 2013). Wanita yang suaminya merokok memiliki risiko lebih tinggi terkena kanker payudara akibat perokok pasif karena adanya hidrokarbon aromatik polisiklik, amina aromatik, dan N-nitrosamin dalam rokok, yang dapat meningkatkan risiko karsinogenesis payudara (Wada et al., 2015). Di negara-negara berpendapatan rendah dan menengah, kasus kanker payudara sering kali baru diketahui setelah stadium lanjut, meskipun terdapat pengetahuan masyarakat memahami bahwa faktor risiko yang dapat dimodifikasi dapat dicegah dan ditargetkan dalam program pencegahan (Shin et al., 2012). Dua hambatan terbesar dalam mengurangi kejadian kanker payudara adalah tidak memadainya pendanaan pemerintah untuk layanan kesehatan dan kurangnya kesadaran tentang kanker

payudara (Youlden et al., 2014). Meningkatnya angka harapan hidup, urbanisasi, dan penerapan gaya hidup barat semuanya berkontribusi terhadap peningkatan kasus kanker payudara. Selain itu, sejumlah penelitian menunjukkan bahwa faktor-faktor budaya, tantangan keuangan, dan keterlambatan diagnosis kanker payudara pada wanita yang tinggal di negara terbelakang berkorelasi satu sama lain. Usia pertama kali melahirkan, status sosial ekonomi, keyakinan budaya, dan sikap adalah beberapa faktor yang dapat memperlambat diagnosis kanker payudara (Youlden et al., 2014). Selain faktor-faktor tersebut di atas, tingkat pemahaman masyarakat Indonesia tentang faktor-faktor yang meningkatkan risiko kanker payudara juga masih rendah (Solikhah Solikhah et al., 2019).

Faktor psikososial juga termasuk sebagai faktor risiko kanker payudara. Faktor tersebut antara lain keyakinan bahwa perempuan mungkin mengalami ketakutan, penolakan, dan keengganan untuk mencari pertolongan medis di saat mencari pengobatan kanker payudara. Hal ini berasal dari keyakinan bahwa seorang wanita dengan kanker payudara membebani keluarganya atau pasangannya akan meninggalkannya setelah menjalani operasi atau mastektomi (Youlden et al., 2014). Sebaliknya, penelitian sebelumnya mengenai kanker payudara di negara-negara Asia telah menunjukkan serangkaian aspek psikologis dan pengetahuan terkait dengan pencarian pertolongan medis untuk gejala kanker payudara (Ahmadian and Samah, 2012). Selain itu, lamanya diagnosis dan pengobatan dipengaruhi oleh interaksi kompleks antara variabel sosio-demografi, kognitif, klinis, dan psikososial. Interaksi ini telah terbukti memperpendek waktu kelangsungan hidup pasien kanker payudara (Bish et al., 2005) (Liu et al., 2014).

4) Pencegahan kanker

Salah satu hal yang dapat dilakukan untuk mencegah kanker adalah (Kemenkes RI, 2023) (Mayo Clinic, 2023):

- a) Menjaga berat badan Anda pada tingkat yang sehat dan ideal
- b) Berolahraga setidaknya 30 menit setiap hari untuk tetap bugar
- c) Melakukan pemeriksaan kesehatan rutin di fasilitas kesehatan terdekat
- d) Mengurangi jumlah natrium dan garam yang Anda konsumsi
- e) Mengurangi jumlah makanan yang diasap atau dibakar dan minuman manis

5) Pengobatan kanker

Dokter akan mengobati sel kanker dengan berbagai metode, seperti operasi, kemoterapi, imunoterapi, radioterapi, atau terapi hormon. Salah satu jenis pengobatan yang dikenal sebagai kemoterapi berfungsi untuk menghentikan pertumbuhan sel kanker yang telah bersarang di dalam tubuh. Namun, selain mematikan sel kanker, kemoterapi juga dapat merusak sel sehat di sekitar sel kanker. Efek samping dapat muncul sebagai akibat dari sel sehat yang ikut rusak. Namun, biasanya mereka akan hilang segera setelah kemoterapi selesai.

Efek samping kemoterapi dapat berbeda pada tiap individu, termasuk tingkat keparahan mereka. Rambut rontok, nyeri, kehilangan nafsu makan, perubahan indra perasa, mulut terasa pahit, asam bahkan tidak merasakan sama sekali, penurunan berat badan, mual dan muntah, sesak napas, dan kelainan detak jantung akibat anemia; kulit kering dan terasa perih; perdarahan, seperti mudah memar, gusi berdarah, dan mimisan; sering terkena infeksi; gangguan

psikologis seperti depresi, stres dan cemas; dan penurunan gairah seksual (Lestari et al., 2020).

Prosedur medis yang dikenal sebagai terapi gen memungkinkan pengobatan berbagai penyakit dan kelainan pada manusia. Perkembangan terapi gen membutuhkan evaluasi parameter yang akurat, termasuk menentukan apakah terapi gen dapat mengobati penyakit tertentu atau tidak, dengan tujuan menggantikan gen yang rusak dengan gen yang berfungsi dengan baik, sehingga sel dapat berfungsi normal kembali. Kanker adalah salah satu penyakit yang menjanjikan yang dapat diobati dengan terapi gen. Alternatif terapi gen untuk kanker termasuk terapi kanker menggunakan gen suppressor p53, pendekatan RNA interference, dan mikroRNA (Guspratiwi, 2023).

Terapi radiasi yang menggunakan radiasi taraf tinggi adalah pengobatan yang biasa diberikan kepada pasien kanker untuk menghentikan pertumbuhan sel kankernya. Terapi ini bertujuan untuk membunuh sel kanker serta mengurangi ukuran tumor. Namun, pasien kanker dapat mengalami efek radioterapi. Radioterapi dapat diberikan dalam dua cara: radioterapi eksternal, yang diberikan ke tubuh secara eksternal melalui mesin perawatan, dan *brachytherapy*, yang diberikan ke rongga tubuh secara temporer atau permanen. Radioterapi dapat diberikan sebagai profilaksis (preventif), kuratif, atau paliatif (Harun et al., 2022). Efek samping radioterapi bervariasi berdasarkan kondisi tubuh pasien. Jenis penyakit dapat ringan, sedang, atau parah. Selain itu, efek radioterapi berbeda-beda tergantung pada bagian tubuh mana yang terkena radiasi dan tingkat radiasi yang diberikan. Setelah radioterapi, pasien dapat mengalami efek samping. Efek samping jangka pendek terjadi segera setelah radioterapi dan

efek jangka panjang muncul setelah beberapa waktu, biasanya bulan atau tahun setelah radioterapi (Harun et al., 2022).

6) Definisi penyintas kanker

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), penyintas kanker adalah seseorang yang mampu bertahan hidup atau mampu mempertahankan keberadaannya. Pengucapan kata penyintas sering digunakan untuk orang yang berhasil sembuh dari penyakit tertentu yang membuat hidupnya sempit sekarat, misalnya kanker. Pada kasus penyintas kanker, seseorang mampu bertahan hidup sejak awal didiagnosis menderita kanker hingga akhir hayatnya. Penyintas (survivor) pada kanker adalah setiap individu yang telah didiagnosis menderita kanker dan masih hidup, baik yang telah menyelesaikan terapi maupun yang masih melakukan terapi (Marzorati et al., 2017). Penyintas kanker melewati tiga fase: pengobatan aktif dan pemulihan; kehidupan setelah pemulihan, yang mencakup penyintas yang tidak lagi menderita atau memiliki penyakit yang stabil; dan kanker stadium lanjut dan akhir kehidupan (Waluya et al., 2019).

7) Hal-hal yang diperhatikan dalam perawatan penyintas kanker

Nyeri rasa sat adalah bagian dari penyakit kanker yang sering menimbulkan penderitaan fisik pasien pasca operasi. Rasa terbakar, kaku, kesulitan berjalan, lemah dan lunglai, kesemutan dan mati rasa akibat rusaknya saraf perifer adalah efek samping pengobatan kemoterapi. Rasa sakit yang ditimbulkan membuat beberapa pasien menghentikan pengobatannya jika efek samping ini tidak ditangani (Lestari et al., 2020).

Pasien kanker dapat mengalami gejala gangguan psikologis sebagai akibat dari perubahan fisik yang disebabkan oleh pengobatan. Efek pengobatan yang mengakibatkan rambut yang menipis/botak, berat badan yang turun, pengangkatan rahim atau kondisi payudara pasca operasi seringkali menimbulkan ketidakpercayaan diri pasien kanker. Munculnya perasaan tidak mempunyai harapan, kemarahan, kecemasan, dan depresi menunjukkan gangguan psikologis. Jika tidak ditangani dengan baik, kondisi ini akan memperburuk kesehatan pasien kanker dan menurunkan kualitas hidup mereka (Niedziedz et al., 2019).

Penanganan pasien kanker membutuhkan perawatan yang menyeluruh secara fisik dan mental. Sebagai bagian dari proses terapi psikologis, pemahaman pasien tentang mekanisme adaptasi mereka terhadap nyeri kanker sangat penting. Pentingnya untuk memahami bagaimana kehidupan pasien dipengaruhi oleh kanker dalam kehidupan sehari-hari dapat membantu pasien kanker mengenali gejala psikologisnya. Hal itu adalah langkah pertama yang harus dilakukan saat berhubungan dengan mereka. Ini perlu dilakukan karena pasien sering menyangkal adanya masalah tersebut dalam dirinya sendiri. Proses terapi psikologis akan lebih mudah jika gejala diidentifikasi dengan benar. *Caregiver* harus mendukung pasien untuk mengungkapkan emosinya.

Rasa perikemanusiaan yang hangat dan keramahan spontan adalah obat mujarab bagi pasien kanker. Obat-obatan bukan satu-satunya faktor yang memengaruhi kesembuhan pasien. Pasien harus dapat mengatasi perasaan sedih dan gelisah yang negatif, sebelum mereka dapat menerima kondisi tubuh mereka dan tetap optimis. Keluarga mendukung pasangan dan orang lain. Bahkan psikolog dan

rohaniawan dapat membantu pasien secara psikologis dan spiritual, serta pasangan, anak (keluarga), ayah-ibu, dan relawan dalam komunitas sosial. Orang-orang di sekitar pasien yang menjadi *caregiver* juga dapat membantu dokter memahami hal-hal yang mungkin sulit dikomunikasikan.

Caregiver berfungsi sebagai perantara antara dokter dan pasien dengan memberikan penjelasan menggunakan bahasa yang mudah dipahami pasien, misalnya mengenai jenis pengobatan yang harus dijalani, mendampingi selama pengobatan, dan mendorongnya untuk mengatasi efek samping pengobatan. *Caregiver* dapat memberikan motivasi sampai pasien meninggal. Jika saatnya pasien meninggal, maka ia meninggal dalam kondisi tenang, didampingi orang-orang terkasihnya. Keterlibatan keluarga dekat sebagai sistem dukungan perlu dilakukan agar pasien merasa mempunyai dukungan yang bisa menemaninya dalam perjalanan penyakitnya (Gudina, 2021).

D. Kualitas hidup

1. Definisi kualitas hidup secara umum

Berdasarkan WHO, kualitas hidup diartikan sebagai persepsi individu tentang kehidupan, nilai tujuan, standar, dan kepentingan dalam konteks budaya dari mana pasien tersebut berasal. Selain itu, istilah “kualitas hidup” digunakan untuk menggambarkan tingkat kesehatan seseorang secara fisik, sosial, dan emosi serta kemampuan mereka untuk menyelesaikan tugas sehari-hari. Bagi penderita kanker, beban psikis saat didiagnosis pertama kali, dukungan keluarga, tanda dan gejala serta pengobatan yang lama dan panjang dan menyakitkan bagi pasien merupakan sejumlah faktor yang memengaruhi kualitas hidup pasien kanker.

Kualitas hidup, menurut Calman (Calman, 1984), adalah topik yang sulit untuk dijelaskan dan diukur. Instrumen kualitas hidup (kualitas hidup) mengukur perbedaan temporal, atau kesenjangan, antara harapan dan harapan individu dan pengalaman aktual mereka saat ini. Berdasarkan konseptualisasi ini, seseorang hanya dapat memberikan gambaran akurat tentang kualitas hidup (kualitas hidup) dan perlu mempertimbangkan berbagai aspek kehidupan, kesejahteraan, dan kesehatan. Bahasan tersebut tidak hanya mencakup dampak terapi dan dampak buruknya, tetapi juga pemahaman dan persepsi terhadap kemampuan pasien itu sendiri. Definisi kualitas hidup selalu didasarkan pada cara hidup individu saat ini, pengalaman masa lalu, dan harapan masa depan, serta keinginan dan cita-citanya. Pada kenyataannya, kualitas hidup bervariasi dan bergantung pada kondisi tertentu. Kualitas hidup yang dirasakan (kualitas hidup) biasanya diukur dengan faktor-faktor seperti kebahagiaan, kepuasan, dan fleksibilitas.

Sebuah definisi lainnya tentang Kualitas Hidup (*Quality of Life* atau QoL) ditemukan dalam penelitian De Haes et al. (de Haes and van Knippenberg, 1985), yang bisa menjadi sumbangan berharga dalam diskusi mengenai definisi QoL. De Haes et al. menjelaskan bahwa QoL mencakup tujuan pengobatan dan perjalanan pasien menuju pemulihan. Mereka juga menekankan pentingnya mempertimbangkan dengan saksama baik kelangsungan hidup pasien maupun kesejahteraan mereka dalam konteks perawatan kesehatan. Dalam kerangka ini, eksplorasi mengenai QoL memiliki signifikansi dalam berbagai aspek, termasuk memahami bagaimana pasien merespons diagnosis kanker dan pengobatan, mengkaji hubungan yang rumit antara berbagai reaksi, dan mengevaluasi QoL secara

menyeluruh yang dialami oleh pasien. Bersamaan dengan itu, data QoL juga dapat berperan dalam menentukan efektivitas terapi dan meningkatkan pelayanan perawatan dukungan bagi individu yang menghadapi kanker.

Demikian juga, dalam kajian yang dilakukan oleh Revicki et al (Revicki et al., 2000), kualitas hidup diartikan sebagai pengalaman subjektif, kondisi, serta persepsi yang saling terhubung dengan kesejahteraan individu secara menyeluruh. Akibatnya, Crosby et al. (Crosby et al., 2003) memperkenalkan elemen-elemen lingkungan yang mencakup dimensi fisik, psikologis, sosial, ekonomi, dan politik yang dialami oleh pasien. Pengenalan berbagai aspek dalam konsep kualitas hidup terkait dengan beragam karakteristik dan pengalaman pasien: (1) pertambahan jumlah populasi usia lanjut dan peningkatan prevalensi penyakit kronis yang terkait dengannya, (2) peran yang signifikan dimainkan oleh pasien yang sedang menjalani perawatan medis terhadap kesehatan mereka, termasuk minat mereka pada aspek pengobatan non-klinis seperti kualitas hidup, dan (3) kesadaran akan fakta bahwa banyak terapi untuk penyakit kronis tidak selalu menghasilkan kesembuhan mutlak, yang pada gilirannya menguatkan peran penting kualitas hidup.

2. Definisi *health-related quality of life*

Health-related quality of life (HRQoL) adalah konsep pengukuran terkait kualitas hidup pasien selama menjalani perawatan dan pengobatan penyakitnya. HRQoL adalah konsep multidimensi yang mencerminkan penilaian pasien secara keseluruhan mengenai dampak penyakit dan pengobatan terhadap aspek kehidupan fisik, psikologis, dan sosial. Ini berbeda dari kualitas hidup dan gagasan

lain seperti kesejahteraan. Selain itu, HRQoL berbeda dari QoL karena memperhitungkan faktor kualitas hidup yang berdampak pada kesehatan fisik atau mental seseorang (Gandek et al., 2004) (Selim et al., 2009). Oleh karena itu, HRQoL biasanya dinilai berdasarkan aspek dan manifestasinya serta dianggap berdampak pada kesehatan umum dan prognosis pasien, sedangkan kualitas hidup memiliki definisi yang lebih luas. Peneliti lain seperti Cai Tommaso et al. pengukuran HRQoL juga memasukkan 4 komponen dalam mengukur QoL, diantaranya: 1) kesehatan fisik (sensasi somatis, gejala fisik), 2) kesehatan mental (perasaan sejahtera yang positif, tekanan psikologis nonpatologis, atau gangguan kejiwaan yang didiagnosis), 3) kesehatan sosial (aspek interaksi sosial), dan 5) kesehatan fungsional (perawatan diri, mobilitas, tingkat aktivitas fisik dan peran sosial dalam kaitannya dengan keluarga dan pekerjaan) (Cai et al., 2021).

Mengapa mempertimbangkan HRQoL itu penting? Kita dapat mengidentifikasi pasien atau kelompok pasien yang melaporkan persepsi kesehatan yang relatif buruk dengan menganalisis data HRQoL. Hal ini memungkinkan kita untuk menargetkan intervensi terhadap individu atau kelompok tersebut guna meningkatkan kualitas hidup mereka dan menghindari dampak yang lebih buruk. Selain itu, berbagai data HRQoL dapat membantu dalam mengembangkan rencana strategis, mengalokasikan sumber daya, menyusun undang-undang dan kebijakan, dan melacak kemandirian perawatan seperti pengobatan dan terapi psikologis.

3. Faktor yang mempengaruhi kualitas hidup kanker

Terapi kanker bertujuan untuk mengurangi gejala dan meningkatkan kualitas hidup selain menyembuhkan penyakit dan

meningkatkan kelangsungan hidup. Dengan kata lain, peningkatan kualitas hidup meningkatkan kemampuan pasien untuk beradaptasi dan keinginan untuk melakukan pengobatan. Kualitas hidup yang lebih tinggi memungkinkan pasien untuk mengatur dan mengatasi gejalanya, menyelesaikan terapi dengan dampak yang paling sedikit, dan mengatasi masalah efek sampingnya (Lindley et al., 1998).

Kualitas hidup mengacu pada penilaian holistik individu terhadap aspirasi, antisipasi, hasrat, dan konsep mereka, serta kepuasan dan kegembiraan mereka, dalam konteks budaya dan nilai-nilai mereka (Webster and Cella, 1998). Kualitas hidup (QOL) mencakup interaksi antara fisik (gerakan, keterlibatan dalam aktivitas fisik, dan kapasitas untuk memenuhi kewajiban pekerjaan dan keluarga), sosial (interaksi sosial, harga diri, citra tubuh, kecemasan, dan depresi), dan psikologis (kepuasan hidup, kebutuhan dukungan sosial, dan kinerja peran) dimensi kesejahteraan individu. Nyeri, kesulitan bernapas, mual, alopecia, impotensi, dan tentu saja efek samping yang disebutkan di atas merupakan gejala penyakit dan pengobatannya.

Banyak faktor yang memengaruhi kualitas hidup seseorang, baik positif maupun negatif. Pasien kanker memiliki kualitas hidup yang lebih rendah karena kelelahan, kecemasan, kekhawatiran terhadap masa depan dan keluarga, ketidakmampuan memenuhi kebutuhan dasar, dan perubahan citra tubuh akan berdampak pada kualitas hidup yang rendah (Burgess et al., 2005). Sementara itu, jaringan sosial yang stabil, stabilitas keuangan, dan harapan untuk masa depan yang lebih baik semuanya meningkatkan kualitas hidup (Timperi et al., 2013). Penelitian lain juga mengungkapkan bahwa status sosial ekonomi yang rendah, kurangnya fasilitas asuransi kesehatan, kondisi kormobiditas pasien, dan jenis perawatan intensif erat kaitannya

dengan kualitas hidup yang buruk pada survivor kanker (Han et al., 2021). Sebuah penelitian juga mengungkapkan bahwa dukungan sosial sangat berpengaruh pada kualitas hidup seseorang (Eom et al., 2013). Meskipun sosio demografi dan ketaatan beragama tidak berhubungan dengan kualitas hidup seseorang. Namun, orang yang taat beribadah mampu mengatasi depresi karena penyakit yang diderita sekitar 35% (Üstündağ and Zencirci, 2015).

4. Alat ukur penilaian kualitas hidup kanker umum

World Health Organization (WHO) telah me-*launching* instrumen penilaian kualitas hidup inti yaitu, 1) WHOQOL-100 dan WHOQOL-BREF, kedua instrumen inti tersebut dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup dalam berbagai situasi dan kelompok populasi (The Whoqol Group, 1998) (Skevington et al., 2004). WHOQOL-100 digunakan untuk mengukur kualitas hidup komprehensif, khususnya penelitian klinis dan jenis penelitian lainnya. Sedangkan WHOQOL-BREF (diambil dari WHOQOL-100) adalah instrumen yang lebih pendek dan mudah diterapkan dalam praktik klinis dan survei skala besar. WHOQOL-BREF adalah alat pengukur kualitas hidup yang terdiri dari 24 aspek yang terbagi dalam 4 domain. Alat ini telah terbukti efektif dalam menilai kualitas hidup seseorang. Keempat domain tersebut mencakup pertanyaan tentang kesehatan fisik, aspek psikologis, hubungan sosial, dan lingkungan. Kesehatan fisik terdiri dari tujuh pertanyaan, aspek psikologis enam, dan hubungan sosial tiga. Lingkungan dinilai dengan delapan pertanyaan. Selain itu, WHOQOL-BREF mengevaluasi kualitas hidup secara keseluruhan dan kesehatan secara keseluruhan.

EQ-5D-5L juga digunakan untuk menilai kualitas hidup banyak pasien. Dalam EQ-5D-5L, Anda harus menjawab lima pertanyaan: mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa (seperti bekerja, belajar, pekerjaan rumah tangga, aktivitas keluarga atau waktu luang), rasa sakit dan ketidaknyamanan, dan kecemasan dan depresi. Pada tahun 2009, Grup EuroQol meluncurkan versi 5 tingkat EQ-5D, atau EQ-5D-5L. Ini meningkatkan sensitivitas instrumen dan menghilangkan efek *outlier*, jika dibandingkan dengan EQ-5D-3L. EQ-5D-5L terdiri dari dua bagian: sistem deskriptif EQ-5D dan skala analog visual EQ (EQ VAS). EQ-5D-5L terdiri dari lima dimensi: mobilitas, perawatan diri, aktivitas biasa, nyeri atau ketidaknyamanan, dan kecemasan atau depresi. Masing-masing dimensi memiliki lima tingkatan: tidak ada permasalahan, permasalahan kecil, permasalahan sedang, permasalahan berat, dan permasalahan ekstrem. Di masing-masing lima dimensi, pasien harus mencentang kotak di samping pernyataan yang paling menggambarkan kesehatannya. Keputusan ini menghasilkan angka satu digit yang menyatakan tingkat dimensi yang ditentukan. Digit-digit dari lima dimensi tersebut dapat digabungkan menjadi lima digit angka yang menggambarkan kesehatan pasien. Namun, instrumen EQ-5D-5L saat diterapkan di Indonesia (Purba et al., 2018) untuk mengukur kualitas hidup pasien, skala kecemasan/depresi terjadi *underestimate*. Temuan ini juga terjadi saat mengukur kualitas hidup pada pasien di Korea Selatan (Kim et al., 2013), Australia (McCaffrey et al., 2016), Jepang (Shiroiwa et al., 2016), Polandia (Golicki and Niewada, 2016), Spanyol (Garcia-Gordillo et al., 2016), dan Jerman (Hinz et al., 2014).

5. Alat ukur penilaian kualitas hidup kanker khusus

Seperti dijelaskan sebelumnya, aspek yang diukur untuk menilai kualitas hidup yang dikeluarkan oleh WHO (WHOQOL-BREF & WHOQOL-100) secara umum menjelaskan tentang kualitas hidup seseorang secara umum. Sementara itu, pasien yang didiagnosis menderita kanker, mereka akan menjalani perawatan dan pengobatan yang membutuhkan waktu yang lama dan panjang, bahkan bisa jadi selama hidup mereka. Dampak terapi kanker tersebut akan berakibat munculnya gejala fisik dan psikis pasien terutama kanker. Oleh karena itu *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) adalah organisasi Eropa yang telah banyak membuat instrumen kualitas hidup khususnya kanker, yang dikhususkan untuk mengukur kualitas hidup berkaitan dengan selama menderita sakit kanker dan pengobatannya. Dampak dari lamanya pasien menjalani perawatan dan pengobatan kanker adalah tekanan fisik dan psikis; selain itu, mereka juga harus menyesuaikan diri terhadap kondisi baru sepanjang hidup dan ini memberi dampak yang nyata tekanan psikologis yang mereka hadapi. Salah satu metode pengobatan kanker yang paling umum adalah kemoterapi. Namun, prosedur ini juga dapat menimbulkan efek samping yang dapat berdampak pada kualitas hidup pasien. Efek samping kemoterapi dapat bervariasi, mulai dari gejala umum yang mengganggu hingga komplikasi serius yang mengancam jiwa, seperti mual, muntah, diare, kelelahan, infertilitas, kulit kering, demam, kerusakan mukosa mulut, reaksi alergi, gangguan daya ingat, penurunan fungsi ginjal, dan gangguan pendengaran (Chan and Ismail, 2014) (Amjad et al., 2023) (Yao et al., 2017). Efek samping dari terapi kanker menggunakan kemoterapi seringkali mengakibatkan kelemahan dan menjadi tantangan yang

tidak terlihat dalam pengelolaan penyakit kanker. Hal ini dapat menghambat kelangsungan pengobatan dan berdampak buruk pada kualitas hidup pasien.

EORTC sebagai organisasi penelitian kanker yang didedikasikan pada penelitian kanker translasi dan klinis. Ini berfokus pada melakukan studi klinis, yang telah membantu memajukan manajemen dan terapi kanker selama bertahun-tahun. EORTC telah memvalidasi alat ukur kualitas hidup untuk berbagai jenis kanker, seperti kanker ovarium, kanker anus (*anal cancer*), kanker tulang, kanker otak, kanker payudara, kanker serviks, kanker *cholangiocarcinoma* dan kandung empedu, leukimia, kanker kolorektal, kanker endometrium, kanker kepala dan leher, kanker usus, *hodgkin lymphoma*, kanker hati, kanker paru-paru, kanker kulit, kanker *oesophageal*, gambaran dari metode EORTC untuk menilai kualitas hidup pasien kanker dan hasil yang dilaporkan pasien (Tabel 1).

Tabel 1. Ringkasan Pengukuran Kualitas Hidup di EORTC

| Item instrumen | Deskripsi singkat |
|---|---|
| EORTC Quality of Life Questionnaire Core 30 (EORTC QLQ-C30) | Kuesioner kualitas hidup terkait kesehatan paling populer yang dirancang khusus untuk pasien kanker adalah EORTC QLQ-C30. Instrumen ini mengevaluasi gejala, kesehatan fungsional, dan kesehatan/kualitas hidup secara keseluruhan menggunakan tiga puluh item yang disusun menjadi lima belas skor. Instrumen dapat diterapkan untuk evaluasi domain kualitas hidup semua jenis pasien kanker. |
| Modul kuesioner EORTC | Modul kuesioner EORTC QLQ-C30 dan modul EORTC lainnya dapat digunakan bersama untuk mengevaluasi masalah kesehatan yang unik pada lokasi kanker tertentu, strategi pengobatan, atau populasi pasien. |

EORTC QLQ-C30 adalah alat ukur kualitas hidup kanker umum. Instrumen EORTC QLQ-C30 terdiri dari 30 item pertanyaan, tersebar dalam beberapa domain/skala. Skala Fatigue (tiga item pertanyaan), Skala Nyeri (dua item pertanyaan), Skala Mual/Muntah (tiga item pertanyaan), dan Skala Gangguan Tidur (dua item pertanyaan). EORTC QLQ-C30 memberikan gambaran yang komprehensif tentang kualitas hidup pasien kanker dan membantu dalam pengambilan keputusan terkait selama menjalani perawatan dan pengobatan (Luckett et al., 2011). Instrumen ini juga telah divalidasi di banyak negara (Arraras et al., 2019) (Bártolo et al., 2020), termasuk di Indonesia (Perwitasari et al., 2011).

Versi bahasa Indonesia dari EORTC QLQ-C30, sebuah penilaian kualitas hidup umum untuk penderita kanker, tersedia di Indonesia. Relevansi dan validitas kuesioner tersebut telah diuji pada pasien kanker di Indonesia (Perwitasari et al., 2011). Versi Indonesia dari kuesioner kualitas hidup pasien kanker umum dapat ditemukan di sini.

Tabel 2. Kuesioner EORTC QLQ-C30 Versi Indonesia

| KUESIONER EORTC QLQ-C30 VERSI INDONESIA | | | | |
|---|-------|---------|--------|---------------|
| <p>Kami ingin mengetahui beberapa hal yang berkaitan dengan Anda dan kesehatan Anda. Jawablah semua pertanyaan dengan melingkari angka yang paling sesuai. Tidak ada jawaban 'salah' atau 'benar'. Informasi yang Anda berikan akan dirahasiakan.</p> | | | | |
| Item Pertanyaan | Tidak | Sedikit | Sering | Sangat sering |
| 1. Apakah Anda mengalami kesulitan saat melakukan kegiatan yang berat, seperti membawa barang belanjaan atau koper yang berat? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. Apakah Anda mengalami kesulitan jika berjalan kaki dalam jarak yang jauh? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. Apakah Anda mengalami kesulitan saat berjalan kaki meskipun dalam jarak yang pendek, misalnya di sekitar rumah Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Apakah setiap hari Anda harus berbaring di tempat tidur atau duduk di kursi ? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. Apakah Anda memerlukan bantuan orang lain saat makan, berpakaian, mandi, atau buang air? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Dalam seminggu terakhir: | | | | |
| 6. Apakah Anda mengalami keterbatasan saat bekerja atau melakukan kegiatan sehari-hari lainnya? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Apakah Anda mengalami keterbatasan saat melakukan kegiatan santai atau kegiatan yang merupakan hobi Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 8. Apakah Anda merasa sesak napas? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Apakah Anda merasa nyeri? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. Apakah Anda perlu beristirahat? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Apakah Anda sulit tidur? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. Apakah Anda merasakan badan Anda lemah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Apakah Anda kehilangan nafsu makan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. Apakah Anda merasa mual? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. Apakah Anda muntah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. Apakah Anda sulit buang air besar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | |
| Dalam seminggu terakhir: | | | | |
| 17. Apakah Anda diare? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Apakah Anda kelelahan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 19. Apakah nyeri yang dirasakan mengganggu aktivitas Anda sehari-hari? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 20. Apakah Anda sulit berkonsentrasi pada sesuatu hal, seperti membaca koran atau menonton televisi? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 21. Apakah Anda merasa tegang? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 22. Apakah Anda merasa khawatir? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 23. Apakah Anda merasa mudah tersinggung? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 24. Apakah Anda merasa depresi? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. Apakah Anda mengalami kesulitan untuk mengingat sesuatu? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---------------|
| 26. Apakah kehidupan keluarga Anda terganggu oleh kondisi fisik atau terapi medis yang Anda jalani? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 27. Apakah aktivitas sosial Anda terganggu oleh kondisi fisik atau terapi medis yang Anda jalani? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 28. Apakah Anda mengalami kesulitan keuangan akibat kondisi fisik atau terapi medis yang dialami? | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| | | | | | | |
| Untuk pertanyaan-pertanyaan berikut ini, lingkari angka yang paling sesuai: | | | | | | |
| 29. Bagaimanakah Anda menilai kondisi kesehatan Anda secara keseluruhan selama seminggu yang lalu? | | | | | | |
| 1 Sangat buruk | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Sangat baik |
| 30. Bagaimanakah Anda menilai kualitas hidup Anda selama seminggu yang lalu? | | | | | | |
| 1 Sangat buruk | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 Sangat baik |

Sebagai pemilik instrumen, manual skor EORTC QLQ-C30 akan mengikuti prosedur EORTC. QLQ-C30 terdiri dari ukuran satu item dan skala multi-item. Item pertanyaan EORTC QLQ-C30 terdiri dari enam item tunggal, lima item yang menunjukkan skala fungsional, tiga item yang menunjukkan skala gejala, dan satu item yang menunjukkan skala status kesehatan global/QoL. Semua skala dan ukuran item memiliki skor mulai dari 0 hingga 100. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat respons yang lebih tinggi. Penjelasan manual skor EORTC QLQ-C30 ditunjukkan dalam Tabel 3.

Tabel 3. Manual Skor EORTC QLQ-C30

| | skala | Jumlah item | Rentang item* | No item | Skala fungsional |
|--|-------|-------------|---------------|----------------|------------------|
| Status kesehatan umum/ kualitas hidup | QL2 | 2 | 6 | 29,30 | |
| Skala fungsional | | | | | |
| Fungsi fisik (<i>physical functioning</i>) | PF2 | 5 | 3 | 1, 2, 3, 4, 5 | F |
| Fungsi peran (<i>role functioning</i>) | RF2 | 2 | 3 | 6, 7 | F |
| Fungsi emosional (<i>emotional functioning</i>) | EF | 4 | 3 | 21, 22, 23, 24 | F |
| Fungsi kognitif (<i>cognitive functioning</i>) | CF | 2 | 3 | 20, 25 | F |
| Fungsi social (<i>social functioning</i>) | SF | 2 | 3 | 26, 27 | F |
| | | | | | |
| Skala/aitem gejala (symptom scales/items) | | | | | |
| Kelelahan (<i>fatigue</i>) | FA | 3 | 3 | 10,12, 18 | |
| Mual dan muntah (<i>nausea and vomiting</i>) | NV | 2 | 3 | 14, 15 | |
| Nyeri (<i>pain</i>) | PA | 2 | 3 | 9, 19 | |
| Dyspnea/sesak napas (<i>dyspnoea</i>) | DY | 1 | 3 | 8 | |
| Insomnia | SL | 1 | 3 | 11 | |
| Kehilangan nafsu makan (<i>appetite loss</i>) | AP | 1 | 3 | 13 | |
| Konstipasi (<i>constipation</i>) | CO | 1 | 3 | 16 | |
| Diare (<i>diarrhoea</i>) | DI | 1 | 3 | 17 | |
| Kesulitan keuangan (<i>financial difficulties</i>) | FI | 1 | 3 | 28 | |

*Rentang item adalah perbedaan antara maksimum yang mungkin dan respons minimum untuk item individu; sebagian besar item mengambil nilai dari 1 hingga 4, memberikan rentang = 3.

Perhitungan semua skala akan dihitung *RawScore* (*RS*), sebagai rata-rata dari penjumlahan tiap item.

$$RS = (I_1 + I_2 + I_3 + I_n)/n$$

Sementara untuk rumus menghitung skala fungsional, sebagai berikut:

$$Score = \left(1 - \frac{(RS - 1)}{range}\right) \times 100$$

Sedangkan untuk pengukuran skala gejala (*symptom scales*) dan status kesehatan global/QoL:

$$Score = \{(RS - 1)/range\} \times 100$$

Contoh:

Skala fungsional:

$$RawScore = [Q_{21} + Q_{22} + Q_{23} + Q_{24}]/4$$

$$EF\ Score = \{1 - (RawScore - 1)/3\} \times 100$$

Kelelahan (*fatigue*):

$$RawScore = [Q_{10} + Q_{12} + Q_{18}]/3$$

$$FA\ Score = \{(RawScore - 1)/3\} \times 100$$

6. Alat ukur penilaian kualitas hidup kanker payudara dan kanker serviks
7. EORTC juga telah validasi penilaian kualitas hidup kanker tertentu seperti kanker payudara dan kanker serviks, yang merupakan kanker yang paling umum didiagnosis di Indonesia (Solikhah et al., 2022)933. Penilaian kualitas hidup kanker payudara diukur dengan instrumen EORTC QOL-BR45 dan kanker serviks menggunakan EORTC QOL-CX24. Meskipun instrumen-instrumen kanker baik EORTC QLQ-BR45 dan

instrumen EORTC QLQ-CX24 telah tervalidasi di Eropa, tetapi aplikasi di negara lain sangat berbeda, karena budaya dan agama berperan besar dalam melakukan coping terhadap rasa sakit saat didiagnosis dan dampak psikologis bagi penderita (Alcorta-Garza et al., 2016) (Purwaningrum et al., 2020). Oleh karena itu, Solikhah dkk telah melakukan validasi instrumen penilaian kualitas hidup kanker payudara dan hasil hasilnya bisa digunakan oleh penderita kedua kanker tersebut di Indonesia (Solikhah et al., 2022)933. Berikut ini adalah instrumen EORTC QLQ-BR45 dan instrumen EORTC QLQ-CX24:

Tabel 4. Kuesioner EORTC QLQ-BR45

| KUESIONER EORTC QLQ-BR45 | | | | |
|---|--------------|--------|---------------|--------|
| Terkadang pasien melaporkan bahwa mereka mengalami gejala-gejala atau masalah-masalah berikut. Tunjukkanlah sejauh mana Anda pernah mengalami gejala atau masalah tersebut <u>selama seminggu terakhir</u> dengan melingkari angka yang paling sesuai dengan Anda | | | | |
| Selama seminggu terakhir | Tidak pernah | Jarang | Kadang-Kadang | Sering |
| 31. Mulut Anda terasa kering? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Makanan dan minuman terasa berbeda dari biasanya? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Mata Anda perih, iritasi atau berair? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Rambut Anda rontok? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Jawablah pertanyaan ini jika rambut Anda rontok: Pernahkah merasa kecewa dengan kerontokan rambut? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Merasa sakit atau tidak enak badan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Mengalami sensasi gerah/kepanasan (hot flushes)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Mengalami sakit kepala? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 39. Merasa kurang menarik secara fisik sebagai akibat dari penyakit atau pengobatan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Merasa kurang feminin sebagai akibat dari penyakit atau pengobatan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 41. Merasa kesulitan melihat diri sendiri telanjang? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Merasa tidak puas dengan tubuh Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Khawatir dengan kesehatan Anda di masa depan (masa yang akan datang)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Selama empat minggu terakhir: | | | | |
| 44. Tertarik dengan seks (hubungan badan dengan suami)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Aktif secara seksual? (dengan atau tanpa hubungan seksual)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Seks terasa menyenangkan bagi Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Selama seminggu terakhir: | | | | |
| 47. Merasakan nyeri di bagian lengan atau bahu Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Lengan atau tangan Anda bengkak? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Kesulitan mengangkat lengan atau menggerakkannya ke samping? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Merasakan nyeri di bagian payudara Anda yang terdampak kanker? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Terdapat bengkak di bagian payudara Anda yang terdampak kanker | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Bagian payudara Anda yang terdampak kanker terlalu sensitif | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Mengalami masalah kulit pada bagian payudara Anda yang terdampak kanker (contoh: gatal, kering, bersisik)? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 54. Berkeringat secara berlebihan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 55. Mudah mengalami perubahan suasana hati? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 56. Merasa pusing? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 57. Merasakan sakit (seperti nyeri) di bagian mulut? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 58. Mulut Anda memerah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 59. Merasakan nyeri di bagian tangan atau kaki Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 60. Tangan atau kaki Anda memerah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 61. Merasakan kesemutan di bagian jari tangan atau kaki? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 62. Jari tangan atau kaki Anda mati rasa? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 63. Bagian persendian Anda bermasalah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 64. Sendi-sendi Anda terasa kaku? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 65. Sendi-sendi Anda terasa nyeri? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 66. Tulang Anda terasa sakit atau nyeri? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 67. Otot Anda terasa sakit atau nyeri? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 68. Berat badan Anda bertambah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 69. Bertambahnya berat badan menjadi masalah bagi Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Selama empat minggu terakhir: | | | | |
| 70. Vagina Anda terasa kering? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 71. Bagian vagina Anda terasa tidak nyaman? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | | | |
| Jawablah dua pertanyaan berikut hanya bila Anda aktif secara seksual | | | | |
| 72. Merasakan nyeri pada vagina saat melakukan aktivitas seksual? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 73. Vagina terasa kering saat melakukan aktivitas seksual? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| Selama seminggu terakhir: | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 74. Merasa puas dengan hasil kosmetik (bekas jahitan) dari operasi? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 75. Merasa puas dengan penampilan kulit pada bagian payudara Anda yang terdampak kanker (area dada)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Adakah gejala atau masalah yang tidak terdapat dalam kuesioner namun relevan bagi Anda selama seminggu terakhir? | | | | |
| 76. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 77. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 78. | 1 | 2 | 3 | 4 |

Kuesioner EORTC QLQ-BR45 adalah lanjutan dari kuesioner EORTC QLQ-C30. EORTC QLQ-BR45 terdiri dari 9 skala multi-item pengukuran, termasuk *body image*, *sexual functioning*, *breast satisfaction*, *systemic therapy side effects*, *arm symptoms*, *breast symptoms*, *endocrine therapy symptoms*, *skin mucosis symptoms*, *endocrine sexual symptoms*. Selain itu, ada satu item untuk mengukur *sexual enjoyment*, *future perspective* dan *upset by hair loss*.

Skor seluruh skala dan item tunggal berkisar antara 0 hingga 100. Skor yang tinggi untuk skala fungsional dan item tunggal fungsional menunjukkan tingkat fungsi yang tinggi/sehat, sedangkan skor tinggi untuk skala gejala dan item gejala menunjukkan tingkat fungsi yang tinggi tingkat gejala atau masalah (Tabel 5).

Tabel 5. Skoring EORTC QLQ-BR45

| | Skala | Jumlah item | Rentang item* | No item |
|--|-------|-------------|---------------|------------------|
| Skala fungsional (<i>functional scales</i>) | | | | |
| <i>Body image</i> | BI | 4 | 3 | 39-42 |
| <i>Future perspective</i> | FU | 1 | 3 | 43 |
| <i>Sexual functioning</i> | SX | 2 | 3 | 44, 45 |
| <i>Sexual enjoyment</i> | SE | 1 | 3 | 46 |
| <i>Breast satisfaction</i> | BS | 2 | 3 | 74, 75 |
| | | | | |
| Skala/ aitem gejala (<i>symptom scales/items</i>) | | | | |
| <i>Systemic therapy side effects</i> | SYS | 7 | 3 | 131-34, 36 - 38 |
| <i>Upset by hair loss</i> | HU | 1 | 3 | 35 |
| <i>Arm symptoms</i> | ARM | 3 | 3 | 47 - 49 |
| <i>Breast symptoms</i> | BR | 4 | 3 | 50 - 53 |
| <i>Endocrine therapy symptoms</i> | ET | 10 | 3 | 54 – 56, 63 - 69 |
| <i>Skin mucosis symptoms</i> | SM | 6 | 3 | 57 - 62 |
| <i>Endocrine sexual symptoms</i> | ES | 4 | 3 | 70 - 73 |

*Rentang item adalah perbedaan antara respon maksimum dan minimum dari masing-masing item. Skor item di beri rentang 1 sampai 4.

SE (*sexual enjoyment*), tidak berlaku apabila nilai item 45 tidak diisi, begitu no item 34 untuk representasi dari HU (*upset by hair loss*).

Perhitungan semua skala, akan di hitung *Raw Score (RS)*, sebagai rata-rata dari penjumlahan tiap item.

$$RS = (I_1 + I_2 + I_3 + I_n) / n$$

Sementara perhitungan Skor S untuk *functional scale* dan *symptom scale*, sebagai berikut:

$$\text{Perhitungan skor fungsional scale } (S) = \left(1 - \frac{(RS - 1)}{\text{range}}\right) \times 100$$

$$\text{Perhitungan skor symptoms scale } (S) = \left(1 - \frac{(RS - 1)}{\text{range}}\right) \times 100$$

8. Pentingnya identifikasi kualitas hidup penyintas kanker

Tabel 6. Kuesioner EORTC QLQ-CX24

| KUESIONER EORTC QLQ-CX24 | | | | |
|---|--------------|--------|---------------|--------|
| Terkadang pasien melaporkan bahwa mereka mengalami gejala-gejala atau masalah-masalah berikut. Tunjukkanlah sejauh mana Anda pernah mengalami gejala atau masalah tersebut dengan melingkari angka yang paling sesuai dengan Anda | | | | |
| | Tidak pernah | Jarang | Kadang-kadang | Sering |
| Selama seminggu terakhir: | | | | |
| 31. Mengalami kram di perut? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Mengalami masalah dalam buang air besar? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Terdapat darah ketika mengeluarkan tinja Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Sering buang air kecil? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. Merasakan nyeri atau sensasi terbakar saat buang air kecil? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. Mengalami kebocoran urine (sulit menahan kencing)? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Kesulitan mengosongkan kandung kemih? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Mengalami pembengkakan pada salah satu atau kedua kaki? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 39. Merasakan nyeri di bagian punggung bawah? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 40. Mengalami kesemutan atau mati rasa pada bagian kaki atau tangan? | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | | | |
|--|---|---|---|---|
| 41. Merasakan iritasi atau nyeri pada vagina atau vulva Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 42. Mengeluarkan cairan dari vagina Anda (cairan yang berlebih dari biasanya?) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. Mengalami pendarahan yang tidak normal dari vagina Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Merasakan sensasi gerah/kepanasan (<i>hot flushes</i>) atau berkeringat? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Merasa kurang menarik secara fisik sebagai akibat dari penyakit atau pengobatan Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 46. Merasa kurang feminin sebagai akibat dari penyakit atau pengobatan Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Merasa tidak puas dengan tubuh Anda? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Selama empat minggu terakhir: | | | | |
| 48. Khawatir bahwa seks akan menyakitkan? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Menjadi aktif secara seksual? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jawablah pertanyaan-pertanyaan berikut bila Anda menjadi aktif secara seksual selama empat minggu terakhir: | | | | |
| 50. Vagina Anda terasa kering saat melakukan aktivitas seksual? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Vagina Anda terasa pendek (tidak seperti biasanya atau terasa tidak dalam seperti biasanya?) | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Vagina Anda terasa kencang? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Merasakan sakit saat berhubungan seksual atau aktivitas seksual lainnya? | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Bagi Anda, apakah aktivitas seksual menyenangkan? | 1 | 2 | 3 | 4 |

Kuesioner EORTC QLQ-CX24 ini merupakan lanjutan dari kuesioner EORTC QLQ-C30 yang dirancang untuk mengukur kualitas hidup pasien yang menderita kanker serviks. Kuesioner tersebut menggabungkan tiga (3) skala multi-item untuk menilai *symptom experience, body image, and sexual/vaginal functioning*. Selain itu, ada enam (6) skala tunggal untuk *mengukur lymphoedema, peripheral neuropathy, menopausal symptoms, sexual worry, sexual activity dan sexual enjoyment*.

Tabel 7. Skoring Kuesioner EORTC QLQ-CX24

| | Skala | Jumlah item | Rentang item* | No item |
|---|-------|-------------|---------------|------------------|
| Skala/aitem gejala (symptom scales/items) | | | | |
| <i>Symptom experience</i> | SE | 11 | 3 | 31–37, 39, 41-43 |
| <i>Body image</i> | BI | 3 | 3 | 45 - 47 |
| <i>Sexual/vaginal functioning</i> | SV | 4 | 3 | 50 - 53 |
| <i>Lymphoedema</i> | LY | 1 | 3 | 38 |
| <i>Peripheral neuropathy</i> | PN | 1 | 3 | 40 |
| <i>Menopausal symptoms</i> | MS | 1 | | 44 |
| <i>Sexual worry</i> | SXW | 1 | | 48 |
| Aitem fungsional (functional items) | | | | |
| Sexual activity | SXA | 1 | 3 | 49 |
| Sexual enjoyment | SXE | 1 | 3 | 54 |

*Rentang item adalah perbedaan antara respon maksimum dan minimum dari masing–masing item. Skor item di beri rentang 1 sampai 4. Untuk item tunggal, boleh jika memang isian respon tidak ada.

Perhitungan semua skala, akan di hitung *Raw Score (RS)*, sebagai rata-rata dari penjumlahan tiap item.

$$RS = (I_1 + I_2 + I_3 + I_n)/n$$

Sementara perhitungan Skor S untuk *functional scale* dan *symptom scale*, sebagai berikut:

$$S = \left(1 - \frac{(RS - 1)}{range} \right) \times 100$$

E. Depresi dan Kecemasan

Perlu diketahui bahwa penyintas kanker dan keluarga *caregiver* dapat mengalami masalah psikososial atau gangguan mental emosional jika timbul masalah dalam diri mereka. Usia, pekerjaan, riwayat penyakit, penyakit yang diderita, dan lingkungan di mana mereka hidup dipengaruhi semuanya (Khoiriyah and Handayani, 2020). Masalah Psikososial atau gangguan mental emosional yang sering terjadi adalah Depresi dan Kecemasan (Riskesdas, 2018). Pada penelitian Khoiriyah & Handayani (2020) menjelaskan bahwa terdapat hubungan yang signifikan bahwa pada penyintas kanker akan mengalami (1,982 kali) atau 2 kali gangguan mental emosional, serta pada penelitian tersebut menyatakan bahwa perempuan dengan pendidikan rendah akan berisiko 1,442 kali mengalami gangguan mental daripada perempuan berpendidikan tinggi (Khoiriyah and Handayani, 2020).

Yuliana, Mustikasari, dan Fernandes (2020) menemukan bahwa pasien dengan kanker payudara mungkin mengalami tingkat kecemasan dan depresi yang lebih rendah jika mereka menerima dukungan sosial yang baik. Interaksi dengan orang lain untuk memberikan kenyamanan fisik dan psikologis dikenal sebagai dukungan sosial. Dukungan sosial dapat berasal dari orang tua, anak, saudara, kerabat, teman, karyawan kesehatan, atau orang lain di lingkungan Anda (Yuliana et al., 2020).

Pada monograf ini, telah dikembangkan kuesioner tingkat depresi dan kecemasan dengan nama *Anxiety and Depression Indonesian Instrument* (ADII). Kuesioner ini telah dilakukan Uji *Content Validity Index* dengan para ahli dari Akademi berlatarbelakang S2 Keperawatan, Praktisi Kesehatan atau tenaga kesehatan di Puskesmas, dan Praktisi Kesehatan atau Tenaga Kesehatan dari RS Dharmais. Hasil *second round test* I-CVI sebesar 0,97 sedangkan *Cronbachs Alpha* 0,85 dari 30 item yang dinyatakan valid ada 28 item pernyataan dalam Kuesioner ADII.

Tabel 8. Item pernyataan dalam Kuesioner ADII

| No. | Item Pernyataan | Pilihan jawaban | | |
|-----|---|-----------------|------------|------------------|
| | | Sering (3) | Jarang (2) | Tidak Pernah (1) |
| 1. | Saya merasa khawatir berlebihan | | | |
| 2. | Saya merasa tegang | | | |
| 3. | Saya merasa gelisah | | | |
| 4. | Saya berbicara cepat dan berlebihan | | | |
| 5. | Saya sulit berkonsentrasi | | | |
| 6. | Saya takut mati | | | |
| 7. | Saya susah tidur | | | |
| 8. | Saya merasa ingin pingsan | | | |
| 9. | Denyut jantung saya meningkat | | | |
| 10. | Otot saya tegang di kepala atau leher | | | |
| 11. | Saya sakit kepala | | | |
| 12. | Saya berkeringat dingin | | | |
| 13. | Saya gemetar | | | |
| 14. | saya merasa sangat lelah | | | |
| 15. | Saya merasa lelah meskipun sudah beristirahat | | | |
| 16. | Saya merasa gelisah | | | |

| | | | | |
|-----|--|--|--|--|
| 17. | Saya merasa sulit berkonsentrasi | | | |
| 18. | Saya merasa kesulitan dalam melakukan kegiatan sehari-hari | | | |
| 19. | Saya merasakan nyeri tanpa sebab tertentu | | | |
| 20. | saya merasa sedih | | | |
| 21. | saya merasa cemas | | | |
| 22. | saya merasa mudah marah yang terus menerus | | | |
| 23. | saya merasa kesepian | | | |
| 24. | saya merasa tidak berharga | | | |
| 25. | saya merasa tidak punya harapan | | | |
| 26. | saya merasa bersalah | | | |
| 27. | saya menyakiti diri sendiri | | | |
| 28. | saya merasa ingin segera meninggal saja | | | |

Pada Tabel 8. item pernyataan nomor 1 sampai dengan 14 merupakan item pernyataan dari item tingkat kecemasan penyintas kanker maupun *family caregiver*, sedangkan item pernyataan nomor 15 sampai dengan 28 merupakan item tingkat depresi.

F. Perawatan dan pengobatan penyintas kanker

Pendekatan holistik sangat dibutuhkan pada perawatan dan pengobatan penyintas kanker. Salah satunya, melalui pendekatan keluarga dan pasien itu sendiri. Bentuk perawatan dapat dilakukan oleh pasien, keluarga, masyarakat maupun tenaga kesehatan dalam pemenuhan aktivitas sehari-hari dari penyintas kanker sampai dengan perawatan khusus yang perlu diterima oleh penyintas kanker. Selain perawatan, bentuk pengobatan penyintas kanker dapat dilakukan secara kontinu sesuai dengan dosis dan *follow-up* yang disampaikan

oleh tenaga kesehatan khususnya dokter kepada keluarga maupun penyintas kanker itu sendiri. Ketika keluarga dan tenaga kesehatan dalam membantu perawatan dan pengobatan penyintas kanker perlu memperhatikan komunikasi yang baik, salah satunya komunikasi terapeutik untuk meningkatkan rasa nyaman penyintas kanker.

1. Komunikasi terapeutik

Komunikasi efektif menjadi kunci utama suksesnya pelayanan paliatif. Dukungan psikologis, sosial, dan spiritual banyak menggunakan komunikasi dalam pelaksanaannya. Komunikasi merupakan proses bertukar informasi dari dua arah sehingga diharapkan muncul persepsi dan pengertian yang sama dari kedua belah pihak. Seringkali permasalahan muncul disebabkan karena komunikasi yang tidak tersampaikan secara efektif. Kemampuan berkomunikasi dengan baik dan efektif dapat dilatih dengan mempraktikkannya sesering mungkin.

Komunikasi terapeutik adalah cara berkomunikasi secara terstruktur yang bertujuan untuk kesembuhan pasien. Komunikasi terapeutik banyak menggali mengenai perasaan pasien saat mendapatkan penyakit, yang diharapkan dan yang tidak diharapkan dari penyakitnya ini. Komunikasi terapeutik digunakan oleh para tenaga kesehatan dalam upaya kesembuhan pasien serta untuk dapat lebih memahami lagi kebutuhan pasien. Komunikasi terapeutik digunakan dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien.

Komunikasi merupakan aspek yang penting bagi tenaga kesehatan dalam upaya pendekatan maupun pelayanan terhadap klien dan keluarga. Begitu juga seorang *caregiver* dalam hal ini Kawan Baik perlu memahami bagaimana cara berkomunikasi efektif terhadap anggota keluarga yang sakit/penyintas kanker atau sesama Kawan Baik.

Komunikasi terapeutik berbeda dengan komunikasi diagnostik, atau komunikasi yang digunakan untuk menegakkan diagnosis. Komunikasi terapeutik dapat untuk menggali perasaan pasien, memberikan semangat dan harapan, ketenangan, kekuatan, dan penerimaan pasien atas penyakitnya. Komunikasi terapeutik pada paliatif digunakan untuk memberikan dukungan kepada pasien agar dapat hidup se-aktif dan se-produktif mungkin. Dalam melakukan komunikasi, terdapat lima kunci komunikasi efektif yang dapat digunakan sebagai pedoman yang dikenal sebagai REACH (*Respect*/ menghormati, *Empathy*, *Audible*/terdengar, *Clarity*/kejelasan, and *Humble*/ramah). Aspek *Respect* artinya menghormati. Menghormati lawan bicara kita adalah hal dasar yang sebaiknya dilakukan setiap kali akan memulai sebuah percakapan. Perhatikan kontak mata, gestur tubuh (tampak tertarik memperhatikan atau tidak). Aspek *empathy*, kemampuan saat berkomunikasi dengan lawan bicara dapat merasakan dan memahami apa yang dirasakan lawan bicara kita. Aspek *audible*, saat komunikator menyampaikan pesan kepada lawan bicara, dapat didengar dengan baik. Aspek *clarity*, aspek ini melihat tentang isi dari pesan yang disampaikan kepada lawan bicara, bahwa maksud pesan tersebut bisa dapat dengan jelas tersampaikan kepada lawan bicara. Terakhir adalah aspek *humble*, bahwa dalam berkomunikasi tersebut bersifat ramah dan rendah hati dalam saat berbicara dengan lawan bicara (Suwarno and Djongudomkarn, 2016).

Langkah-langkah supaya komunikasi efektif dilakukan sebagai berikut:

- a) Prainteraksi
 - 1) Persiapan waktu: siapkan waktu khusus untuk berkomunikasi dengan pasien, sehingga komunikasi akan terasa nyaman

tanpa buru-buru.

- 2) Persiapan tempat: siapkan tempat berkomunikasi senyaman mungkin, tidak di tempat yang ramai banyak orang atau bising.
 - 3) Persiapkan diri sendiri dengan bekal informasi. Baik informasi mengenai penyakit pasien dan informasi mengenai latar belakang pasien itu sendiri. Setiap pasien tentu memiliki latar budaya, pendidikan, sosial dan ekonomi yang berbeda-beda. Buat rencana interaksi atau komunikasi seperti apa yang akan dilakukan
- b) Interaksi (kegiatan yang dilakukan pada saat pertama kali bertemu dengan orang lain)
- 1) Sambung rasa, berikan senyum, salam, dan sapa dengan ramah
 - 2) Jelaskan maksud dan tujuan dari diskusi yang akan dilakukan. Tanyakan kepada pasien mengenai pemahamannya terhadap kondisi yang sedang dihadapi.
 - 3) Memberi kesempatan kepada pasien untuk menyampaikan harapan-harapannya. Hormati juga jika pasien menolak untuk membahas mengenai kondisinya saat ini dan harapan-harapannya.
 - 4) Berikan informasi yang sederhana, jelas, dan mudah dipahami oleh pasien.
 - 5) Minimalkan atau hindari penggunaan kata “meninggal”, “sekarat”, “angka kesembuhannya kecil” ketika berdiskusi dengan pasien.
 - 6) Bersikap aktif sebagai pendengar, tanpa menghakimi atau memberikan penilaian kondisi pasien dari sudut pandang

perawat/pelaku rawat. Sebagai contoh: “Ibu tampak khawatir, sudah tidak perlu khawatir, nanti juga sembuh”, dapat diganti dengan “Ibu tampak khawatir, apa yang ibu khawatirkan?”

- 7) Berikan harapan dengan informasi jujur dan tidak berlebihan. Hindari memberi harapan palsu dengan pemberian informasi yang negatif atau tidak benar.
 - 8) Berikan kesempatan pasien untuk bertanya dan berdiskusi
- c) Terminasi (Proses terakhir, perawat/pelaku rawat mengakhiri pertemuan)
- 1) Berikan semangat yang positif
 - 2) Membuat catatan hasil diskusi dan sampaikan ke pasien
 - 3) Buat rencana yang diperlukan dan janji temu ulang jika diperlukan
2. Pendampingan penyintas kanker (Peran dan Dukungan Keluarga)

Pendampingan pada pasien kanker dapat dilakukan oleh pasangan atau anggota keluarga lainnya. Dalam hal tidak memiliki keluarga, *caregiver* lain atau kader dapat berperan sebagai pendamping pasien. Pendampingan dimulai sejak pasien tegak diagnosis, bukan ketika pasien sudah dalam stadium lanjut atau menjelang akhir kehidupan saja. Budaya atau kebiasaan yang melekat pada sebuah keluarga juga sangat memengaruhi cara seorang penyintas kanker menghadapi kondisinya. Keluarga dengan budaya komunikasi terbuka dan saling menunjukkan rasa sayangnya baik melalui bahasa verbal maupun non-verbal (tatapan mata, gerakan membelai, dan lain-lain) tentu berbeda dengan keluarga yang tidak terbiasa berkomunikasi diskusi terbuka dan cenderung tak acuh. Peran keluarga sangat besar untuk

kesembuhan penyintas. Pemberian waktu khusus untuk mengantar penyintas ketika berobat atau periksa ke dokter merupakan sebuah wujud dukungan yang sangat berarti bagi penyintas.

Komunikasi terbuka dalam keluarga sangat bermakna bagi kesembuhan penyintas kanker. Komunikasi dapat merupakan wujud dari perhatian dan rasa kasih sayang di antara anggota keluarga. Pada penyintas yang mengeluh nyeri atau rasa tidak nyaman lainnya, keluarga sebaiknya berempati dengan cara menggali lebih dalam lagi seperti “Bagaimana nyerinya?”, “Seperti apa nyerinya?”, “Apakah saya bisa membantu untuk mengurangi nyeri tersebut?” Sebaiknya hindari kalimat seperti “Sudah, tidak apa-apa, namanya juga sedang sakit pasti nyeri”. Dukungan keluarga ini dapat berbagai macam bentuknya. Selain mengantar dan menemani pasien. Keluarga juga bisa memberikan tambahan kegiatan yang positif dan tidak memberatkan penyintas (sesuai kondisi penyintas). Kegiatan ringan seperti membaca, menyulam, berkebun, atau kegiatan positif lainnya yang membuat penyintas merasa senang dan lebih produktif.

3. Penatalaksanaan terapi herbal untuk penyintas kanker

a) Definisi

Terapi herbal adalah pengobatan alternatif untuk penyembuhan suatu penyakit menggunakan tanaman obat baik yang memanfaatkan keseluruhan tanaman maupun hanya organ tanaman seperti daun, akar, bunga, rimpang dan organ lainnya. Obat herbal merupakan salah satu dari obat bahan alam (Abednego, 2012). Obat bahan alam memiliki cakupan yang lebih luas dari obat herbal, karena obat bahan alam dapat berupa bahan, ramuan bahan, atau produk yang berasal dari sumber

daya alam. Sumber daya alam sebagai sumber obat bahan alam meliputi tumbuhan, hewan, jasad renik, mineral, atau bahan lain dari sumber daya alam. Penggunaan obat bahan alam juga dapat berupa bahan tunggal atau campuran dari bahan-bahan tersebut, baik yang telah digunakan sejak nenek moyang secara turun temurun maupun bahan yang khasiat, keamanan, dan mutunya telah terbukti secara ilmiah. Penggunaan obat bahan alam ditujukan untuk memelihara atau meningkatkan level kesehatan, mencegah terjangkitnya penyakit, mengobati penyakit, dan/atau untuk proses pemulihan kesehatan (Kemenkes RI, 2017) (BPOM RI, 2023).

Selaras dengan karakteristik obat bahan alam, terapi herbal juga dapat menggunakan bahan, ramuan bahan atau produk yang berasal dari tumbuhan, baik yang telah digunakan secara turun temurun, atau yang sudah dibuktikan secara ilmiah baik khasiat, keamanan maupun mutunya. Selain untuk memelihara kesehatan, meningkatkan kesehatan atau mencegah penyakit, terapi herbal juga dapat digunakan pengobatan dan/atau pemulihan kesehatan yang berbasis bukti-bukti secara empiris dan/atau pembuktian secara ilmiah (Kemenkes RI, 2016) (BPOM RI, 2023).

Pemerintah melalui Kementerian Kesehatan menyediakan Formularium Obat Herbal Asli Indonesia yaitu dokumen yang berisi informasi tentang tanaman obat asli Indonesia yang sudah terbukti aman, berkhasiat dan bermutu beserta panduan penggunaannya. Herbal asli Indonesia adalah tanaman obat yang tumbuh dan dibudidayakan di Indonesia dan secara turun temurun telah dimanfaatkan untuk tujuan kesehatan (Kemenkes RI, 2016).

Macam-macam herbal yang tercantum dalam formularium ini dapat dimanfaatkan dalam terapi konvensional baik sebagai komplementer maupun alternatif. Sebagai terapi komplementer, herbal digunakan bersamaan dengan obat konvensional. Sebagai terapi alternatif, herbal digunakan apabila obat konvensional tidak dapat diberikan, misalnya disebabkan karena pasien yang tidak tahan atau hipersensitif terhadap obat kimia (konvensional). Namun demikian, sediaan herbal tidak boleh digunakan pada kondisi gawat darurat dan kondisi yang berpotensi membahayakan jiwa pasien (Kemenkes RI, 2016).

Selain penggunaannya dalam terapi konvensional, herbal dalam formularium ini juga ditujukan untuk penggunaan yang bersifat promotif dan preventif. Hal ini sebagai upaya untuk memelihara dan meningkatkan level kesehatan bagi orang yang mengonsumsi obat herbal, sehingga tetap sehat dan bugar (Kemenkes RI, 2016).

b) Bahan Herbal untuk terapi Paliatif Kanker dan Posologi

Formularium Obat Herbal Asli Indonesia (FOHAI) merekomendasikan 7 bahan herbal untuk terapi paliatif dan suportif bagi penderita kanker. Herbal tersebut adalah:

1) Ceplukan (*Physalis minima* L)

Tanaman ini juga biasa disebut ciplukan, ceplokan, letup-letup, leletup, leletop, ubat pekong, daun kopo-kopi, daun loto-loto, cecendet, atau cicendet di daerah-daerah tertentu di Indonesia. Bagian tanaman yang digunakan untuk terapi adalah daunnya. Daun ceplukan mengandung senyawa fisalin B, fisalin D, fisalin F, withangulatin A, flavonoid (luteolin), saponin, alkaloid, asam palmitat dan asam stearat. Beberapa di antara

senyawa tersebut telah diuji dan menunjukkan efek sitotoksik terhadap sel kanker dengan cara menginduksi apoptosis (proses bunuh diri sel kanker). Daun ciplukan diindikasikan untuk terapi paliatif kanker (adenokarsinoma paru, kanker payudara, leukemia, kanker hati, kanker ginjal dan kanker ovarium). Namun demikian, daun ini tidak boleh diberikan kepada pasien dengan gangguan perdarahan seperti penderita hemofilia. Pasien yang sedang mengkonsumsi obat jantung atau obat pengencer darah, dan penderita hipotensi juga tidak boleh diterapi dengan daun ciplukan (Kemenkes RI, 2016).

Takaran (posologi) yang disarankan untuk terapi adalah 2 x 1 *tea bag*/hari. Tiap *tea bag* mengandung 4 g serbuk. *Tea bag* disajikan dengan cara memasukkan *tea bag* ke dalam cangkir yang berisi air mendidih dan selanjutnya didiamkan selama 5 menit (Kemenkes RI, 2016).

2) Keladi tikus (*Typhonium flagelliforme* Lodd)

Keladi tikus memiliki nama lain di daerah-daerah di Indonesia yaitu bira kecil, daun panta susu, kalamayong, ileus, kibabi, dan trenggiling mentik. Umbi keladi tikus merupakan bagian tanaman yang digunakan untuk terapi paliatif kanker. Umbi tanaman ini berbentuk bulat lonjong dan biasanya pada tanaman dewasa yang siap digunakan memiliki diameter umbi antara 1-2 cm. Tanaman ini mengandung senyawa aktif berupa fitol, asam heksadekanoat, asam oktadekanoat, asam laurat, asam kaprat, koniferin, beta-sitosterol, beta-daukosterol, dan serebrosida. Senyawa fitol bersifat merangsang apoptosis (Kemenkes RI, 2016).

Keladi tikus diindikasikan untuk terapi paliatif penyakit

kanker karena dapat membantu mengatasi efek samping dari penggunaan kemoterapi, seperti rambut rontok, mual, perasaan tidak nyaman dan berkurangnya nafsu makan. Keladi tikus tidak boleh dikonsumsi oleh ibu hamil dan pasien yang sedang pemulihan setelah operasi. Pada pasien kanker yang akan menjalani kemoterapi dan radioterapi, penggunaan keladi tikus harus dihentikan sedikitnya 2 hari sebelum kemoterapi hingga paling sedikit 2 hari setelah kemoterapi. Hal ini disebabkan karena efek detoksifikasi dari keladi tikus yang dapat menyebabkan kemoterapi menjadi tidak efektif. Pada pasien paska operasi, konsumsi keladi tikus juga harus dihentikan selama minimal 2 minggu. Keladi tikus dapat menghasilkan efek samping seperti nausea (mual), vomitus (muntah), diare dan letargi (lelah) (Kemenkes RI, 2016).

Posologi untuk keladi tikus adalah 3 x 1 sachet (3 g serbuk)/ hari. Serbuk direbus dengan 2 gelas air hingga diperoleh 1 gelas rebusan. Satu gelas setara dengan volume 250 mL. Secara umum, sachet disajikan dengan cara direbus dalam air dengan api kecil sampai mendidih, dan tetap dibiarkan di atas api kecil sampai volume air menjadi setengahnya, baru kemudian angkat. Panci yang digunakan untuk merebus harus bersifat netral, yaitu tidak bereaksi dengan obat herbal. Panci dipilih yang terbuat dari bahan keramik, *stainless steel*, email atau kaca (Kemenkes RI, 2016).

3) Kunyit putih (*Kaempferia rotunda* (L))

Kunyit putih juga disebut temu putri, kunci pepet, temu rapet, koneng bodas, konce pet, kunyit kunot dan ardong. Bagian tanaman yang digunakan untuk terapi paliatif kanker adalah

rimpang. Rimpang kunyit putih mengandung kurang lebih 0,22% minyak atsiri yang di dalamnya terkandung 5 senyawa utama yaitu piperiton, p-simen-8-ol, verbenon, kariofilen, kariofilenoksida, dan 3 senyawa minor, serta krotepoksida. Kandungan ini bersifat menekan inflamasi dan menghambat pertumbuhan sel kanker (*Ehrlich ascites carcinoma (EAC)*) (Kemenkes RI, 2016).

Posologi kunyit putih untuk terapi paliatif kanker adalah 2 x 1 *tea bag* (7 g serbuk)/hari. *Tea bag* diseduh sesuai takaran dalam 1 cangkir air (Kemenkes RI, 2016).

4) Manggis (*Garcinia mangostana* (L))

Manggis juga dikenal dengan nama lain manggu, manggus, manggusto, manggista. Meskipun bagian yang dikonsumsi sehari-hari adalah daging buahnya, tetapi pada terapi paliatif kanker menggunakan bagian kulit buahnya. Kulit buah manggis berwarna coklat gelap atau bahkan hampir hitam, kasar dan ada kecenderungan mengelupas. Kulit buah yang setengah matang mengandung beberapa senyawa bioaktif berupa turunan senyawa *polyhydroxy-xanthone* yaitu mangostin, α -mangostin, β -mangostin, γ -mangostin, dan *methoxy- β -mangostin*. Adapun dalam kulit buah yang matang terkandung beberapa senyawa penting yaitu xanton, gartanin, *8-disoxygartanin*, dan normangostin. Kandungan ini menyebabkan kulit buah manggis dapat menekan inflamasi, menghambat pertumbuhan sel kanker dan memicu apoptosis sel kanker. Kulit buah manggis dimanfaatkan untuk terapi paliatif kanker payudara, kanker paru, kanker kolon, leukemia, kanker gaster (lambung) dan kanker hati. Kulit buah manggis bersifat antioksidan yang dapat menghambat aksi obat kemoterapi dan radiasi. Oleh karena itu, penggunaannya harus dihentikan dulu

ketika pasien menjalani kemoterapi dan radiasi agar pengobatan berhasil (Kemenkes RI, 2016).

Posologi kulit buah manggis untuk terapi paliatif kanker adalah 2 x 1 kapsul (500 mg ekstrak)/hari. Ekstrak adalah sediaan kering, kental atau cair yang dibuat dengan melakukan penyarian terhadap simplisia menggunakan metode yang sesuai dan tidak terkena cahaya matahari langsung. Ekstrak harus mudah digerus menjadi serbuk. Pembuatan ekstrak dapat mengacu pada Farmakope Herbal Indonesia. Bila tidak dinyatakan lain, ekstrak dibuat dengan cara maserasi menggunakan pelarut etanol 70% dengan perbandingan 1:10 antara serbuk simplisia dengan pelarut. Serbuk simplisia direndam 6 jam dalam pelarut dengan sesekali pengadukan kemudian didiamkan selama 18 jam. Ekstrak diperoleh dengan penyaringan dan penguapan hasil maserasi (Kemenkes RI, 2016).

5) Sambiloto (*Andrographis paniculata* (Burm.) F, Nees)

Sambiloto juga dikenal dengan nama papaitan, ki oray, ki peurat, takilo, bidara, sadilata, sambilata, takila dan ampadu. Seluruh bagian tanaman (herba) digunakan sebagai terapi paliatif penyakit kanker. Kandungan utama tanaman ini adalah andrografolid dan turunannya yang bersifat dapat menghambat perkembangbiakan sel kanker (Kemenkes RI, 2016).

Herba sambiloto ini diindikasikan untuk terapi suportif dan paliatif kanker kolon, kanker payudara, leukemia dan kanker melanoma (kulit). Beberapa hal yang penting diperhatikan dalam penggunaan herba ini adalah bahwa penggunaan air perasan herba sambiloto dapat menyebabkan mata bengkak. Reaksi alergi (urtikaria) dapat terjadi bagi orang yang sensitif. Selain itu,

penggunaan jangka panjang dengan obat-obat immunosupresan harus dihindari. Sambiloto juga memiliki efek antiplatelet, sehingga tidak boleh dikonsumsi dengan obat antiplatelet atau antikoagulan yang biasanya diberikan pada pasien penyakit jantung dan pembuluh darah (Kemenkes RI, 2016).

Posologi herba sambiloto untuk terapi suportif dan paliatif kanker adalah 3 x 1 kapsul (300 mg ekstrak)/hari (Kemenkes RI, 2016).

6) Sirsak (*Annona muricata* L)

Sebutan tanaman sirsak di daerah-daerah sangat banyak dan bervariasi, yaitu deureuyan, durian batawi, duiian batawi, durio olanda dan durian belanda. Ada pula nangka belanda, nangka buris, nangka elan, nangka muka walanda, nangka moris, nangkawalanda, angka londa, nangka manila, naka loanda, naka lada dan nangka sabrang. Istilah lainnya adalah mulwa londa, surikaya welonda, srikaya welandi, lange lo walanda, sirikaya balanda dan srikaya jawa, naka, annona, atis, mangka walanda, anad walanda, tafena warata, anal wakano, tarutung olanda, dan jambu landa, Sebenarnya ada tanaman lain yang juga bernama srikaya (*Annona squamosa*), tetapi tanaman ini bukan sirsak. Oleh karenanya perlu hati-hati dalam penggunaannya agar tidak salah tanaman (Kemenkes RI, 2016).

Bagian tanaman sirsak yang digunakan untuk terapi paliatif kanker adalah daunnya. Beberapa senyawa penting yang terkandung dalam sirsak adalah minyak atsiri, sineol 50-65%, α -pinen, limonen, dipenten dan senyawa-senyawa asetogenin. Asetogenin memiliki efek kuat dalam membunuh sel kanker. Sirsak dapat digunakan dalam terapi paliatif kanker payudara,

termasuk kanker payudara yang resisten terhadap banyak obat antikanker, kanker ovarium, kanker kolon, kanker prostat, kanker hati, kanker paru, kanker pankreas dan kanker limfoma. Sirsak tidak boleh diberikan pada penderita hipotensi. Demikian juga, tidak boleh dikonsumsi bersamaan dengan obat antihipertensi, cardiac depresan dan obat antidepresan. Penggunaan sirsak lebih dari sebulan akan lebih baik bila ditambah dengan konsumsi probiotik atau enzim pencernaan. Hal ini karena konsumsi sirsak jangka panjang dapat mengurangi populasi bakteri baik dalam saluran pencernaan (Kemenkes RI, 2016). Efek samping yang dapat terjadi pada terapi sirsak adalah merasa mengantuk, mual atau muntah. Bila hal ini terjadi, maka dosis sirsak perlu dikurangi. Selain itu, dapat terjadi gangguan pergerakan dan mieloneuropati yang mirip dengan gejala pada penyakit Parkinson.

Posologi daun sirsak untuk terapi paliatif kanker adalah 3 x 2 kapsul (500 mg ekstrak daun)/hari (Kemenkes RI, 2016).

7) Temu Kunci (*Boesenbergia pandurata* (Roxb.) Schlechter)

Temu kunci juga dikenal dengan sebutan kunci, temu konci, konceh, temo kuncen dan kuncen. Bagian yang digunakan dalam terapi paliatif kanker adalah rimpangnya. Sesuai namanya, bentuk rimpang kunci tersusun seperti kunci yang digantung. Kandungan utama rimpang kunci adalah minyak atsiri, saponin dan polifenol. Kandungan senyawa pinostrobin dikaitkan dengan aktivitas menghambat pertumbuhan sel kanker (Kemenkes RI, 2016). Rimpang temu kunci diindikasikan untuk terapi paliatif kanker paru, kanker payudara, kanker kolon, kanker leher rahim (*cervix*), kanker prostat dan kanker hati. Konsumsi rimpang temu kunci tidak boleh lebih dari 30 g per hari karena berpotensi

menyebabkan kemandulan pada wanita (Kemenkes RI, 2016).

Posologi rimpang temu kunci untuk terapi paliatif kanker adalah 2 x 1 tetes (1 ml tingtur) per hari (Kemenkes RI, 2016). Farmakope Indonesia dapat digunakan sebagai rujukan dalam pembuatan tingtur. Tingtur adalah larutan mengandung etanol atau hidroalkohol yang dibuat dari bahan tumbuhan atau senyawa kimia. Kalau tidak dinyatakan lain, tingtur mengandung 20% zat berkhasiat. Tingtur dapat pula mengandung 10% zat berkhasiat keras (Kemenkes RI, 2020).


4. Komplementer (napas dalam, relaksasi otot dalam, dan aroma terapi)

Salah satu pelengkap terapi dari tindakan perawatan dan pengobatan pada penyintas kanker adalah terapi komplementer atau terapi pelengkap. Terapi komplementer yang akan diterapkan untuk meningkatkan derajat kualitas hidup *caregiver* dan penyintas kanker pada monograf ini yaitu terapi relaksasi napas dalam, dan terapi relaksasi otot progresif. Selain itu, iringan musik yang telah dikembangkan menjadi alunan lagu yang dapat dikombinasikan begitu juga dengan lilin aromaterapi dengan aroma lavender yang diharapkan dapat memberikan dampak relaksasi yang lebih baik.

5. Beberapa standar operasional prosedur sebagai alternatif terapi komplementer untuk penyintas kanker dan *family caregiver* yaitu:

- a) Standar Operasional Prosedur (SOP) yang dapat diterapkan pada terapi napas dalam

Tabel 9. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Napas Dalam

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----------|---|-------|------|
| A. | Fase interaksi | | |
| 1 | Persiapan diri, klien/penyintas kanker, dan alat (kursi) | | |
| 2 | Lakukan cuci tangan | | |
| B. | Fase orientasi | | |
| 3 | Berikan salam, panggil klien (penyintas kanker) dengan namanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 4 | Perkenalkan diri (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 5 | Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 6 | Berikan kesempatan klien untuk bertanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 7 | Jaga privasi diri/klien (penyintas kanker) | | |
| C. | Fase kerja | | |
| 8 | <p>Posisikan diri/klien/penyintas kanker se nyaman mungkin: duduk bersandar di kursi atau di tempat tidur</p>  | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| 9 | Instruksikan diri/klien/penyintas kanker untuk tarik napas dalam hingga kondisi rileks dan nyaman  | | |
| 10 | Instruksikan klien/penyintas kanker/silakan untuk memejamkan mata dan fokus pada terapi yang akan dilakukan.  | | |
| 11 | Instruksikan diri/klien/penyintas kanker untuk tarik napas lewat hidung selama 5 detik dan sambil dirasakan kesegaran udara yang masuk, kemudian ditahan selama 3 detik, selanjutnya dikeluarkan lewat mulut selama 5 detik (lakukan gerakan ini selama 3 kali) | | |
| 26 | Akhiri dengan tarik napas dalam dan buka mata perlahan-lahan. | | |
| D. | Fase terminasi | | |
| 27 | Bereskan alat | | |
| 28 | Evaluasi hasil kegiatan (respon subyektif dan obyektif) | | |
| 29 | Berikan <i>reinforcent</i> positif | | |
| 30 | Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya | | |
| 31 | Akhiri kegiatan | | |
| 32 | Cuci tangan | | |

| | | | |
|-----------|---|--|--|
| E. | Dokumentasi | | |
| 33 | Dokumentasi catatan latihan: hari, tanggal, nama, tindakan. Evaluasi, tanda tangan, nama terang Kawan Baik. | | |
| | jumlah | | |

Keterangan

0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh klien/penyintas kanker/Kawan Baik/caregiver)




1 = Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)



2 = Mampu dan cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai)



b) Standar Operasional Prosedur (SOP) Teknik Relaksasi Otot Progresif



Tabel 10. Standar Operasional Prosedur Teknik Relaksasi Otot Progresif

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----------|--|-------|------|
| A. | Fase interaksi | | |
| 1 | Persiapan diri, klien/penyintas kanker, dan alat (kursi) | | |
| 2 | Lakukan cuci tangan | | |
| B. | Fase orientasi | | |
| 3 | Berikan salam, panggil klien (penyintas kanker) dengan namanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 4 | Perkenalkan diri (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 5 | Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |
| 6 | Berikan kesempatan klien untuk bertanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | | |

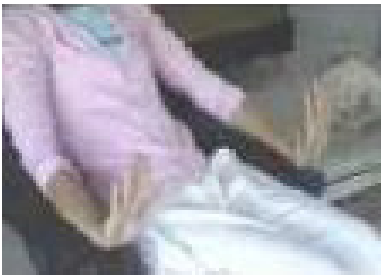
| | | | |
|-----------|--|--|--|
| 7 | Jaga privasi diri/klien (penyintas kanker) | | |
| C. | Fase kerja | | |
| 8 | <p>Posisikan diri/klien/penyintas kanker senyaman mungkin: duduk bersandar di kursi atau di tempat tidur</p>  | | |
| 9 | <p>Instruksikan diri/klien/penyintas kanker/ untuk tarik napas dalam hingga kondisi rileks dan nyaman</p>  | | |
| 10 | <p>Instruksikan klien/penyintas kanker/silahkan untuk memejamkan mata dan fokus pada terapi yang akan dilakukan.</p>  | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 11 | <p>Gerakan 1: otot dahi Mengerutkan dahi dan alis sampai kulit mengerut. Lemaskan alis dan dahi secara perlahan selama sepuluh detik. Lakukan lagi.</p>  A photograph of a man with dark hair, wearing a white polo shirt with a green collar, performing a facial exercise. He has a concentrated expression, with his forehead and eyebrows wrinkled, demonstrating the contraction of the forehead muscles. | | |
| 12 | <p>Gerakan 2: otot mata Mulailah dengan memejamkan sekuat-kuatnya untuk menekan otot-otot di sekitar mata dan yang mengontrol gerakan mata. Lemaskan secara perlahan hingga 10 detik, lalu lakukan lagi.</p>  A photograph of the same man from the previous image, performing a facial exercise. He has his eyes tightly shut, with his eyelids and the muscles around his eyes appearing tense, demonstrating the contraction of the eye muscles. | | |



| | | | |
|----|---|--|--|
| 13 | <p>Gerakan 3: otot rahang Mengatupkan mulut Anda sambil menggigit gigi sekuat-kuatnya, membuat otot rahang tegang. Lemaskan mulut Anda secara perlahan hingga 10 detik, lalu ulangi langkah ini.</p>  | | |
| 14 | <p>Gerakan 4: otot mulut Moncongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya hingga terasa tegang di mulut Anda. Lepaskan bibir dan mulut Anda secara perlahan selama 10 detik, lalu lakukan lagi.</p>  | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 15 | <p>Gerakan 5: otot leher belakang Pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya untuk merasakan ketegangan di daerah leher bagian depan dengan menekuk atau menurunkan dagu hingga menyentuh dada. Klien diinstruksikan untuk menekankan kepala punggung sehingga otot bagian belakang tegang. Lemaskan leher dengan perlahan sampai Anda melakukannya lagi.</p>  | | |
| 16 | <p>Gerakan ke 6: otot leher depan Lemaskan dan angkat dagu hingga 10 detik. Lakukan lagi.</p>  | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 17 | <p>Gerakan 7: otot tangan bagian belakang Pasien diminta untuk membuat kepalan dengan menggenggam tangan kiri dan kemudian membuatnya lebih kuat sambil merasakan ketegangan. Setelah kepalan dilepaskan, pasien diminta untuk membuat masakan relaks selama sepuluh detik. Setelah gerakan pada tangan kiri dilakukan dua kali, pasien dapat membedakan antara ketegangan otot dan keadaan relaks. Selain itu, prosedur serupa dilakukan pada tangan kanan.</p> | | |
| 18 | <p>Gerakan 8: otot tangan bagian depan Gerakan kedelapan dimaksudkan untuk melatih otot bagian belakang tangan. Ini dilakukan dengan menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang secara perlahan hingga otot bagian belakang dan lengan bawah meregang. Kemudian, lemaskan atau luruskan kedua tangan secara perlahan hingga sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p> | | |



| | | | |
|-----------|---|--|--|
| <p>19</p> | <p>Gerakan 9: otot lengan atau biseps Otot besar yang terletak di bagian atas pangkal lengan disebut otot biseps. Gerakan ini dimulai dengan menggenggam kedua tangan hingga menjadi kepalan. Kemudian, bawa kedua kepalan ke pundak, meregangkan otot lengan bagian dalam. Luruskan atau lemaskan kedua tangan Anda hingga sepuluh detik. Lakukan sekali lagi.</p> | | |
| |  | | |
| <p>20</p> | <p>Gerakan 10: otot bahu Mengendurkan otot bahu dengan relaksasi. Mengangkat kedua bahu ke arah telinga setinggi dan lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi. Fokus gerakan ini adalah perbedaan ketegangan yang terjadi di punggung atas, leher, dan bahu.</p> | | |
| |  | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 21 | <p>Gerakan 11: otot punggung</p> <p>Mengangkat tubuh Anda dari sandaran kursi, lalu busungkan dada Anda selama sepuluh detik. Lemaskan punggung Anda selama sepuluh detik, lalu ulangi prosedur ini. Untuk relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi dan lemaskan otot.</p>  | | |
| 22 | <p>Gerakan 12: otot dada</p> <p>Untuk membedakan antara tegang dan relaks, tarik napas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan di dada. Embuskan napas secara perlahan dan ulangi gerakan ini sekali lagi.</p>  | | |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 23 | <p>Gerakan 13: otot perut</p> <p>Menarik napas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan di dada, lalu turun ke perut. Embuskan napas dalam-dalam dengan perlahan. Serupa dengan gerakan lain, gerakan ini dilakukan berulang kali untuk menunjukkan perbedaan antara keadaan tegang dan relaks.</p>  | | |
| 24 | <p>Gerakan 14: otot kaki</p> <p>Gerakan keempat belas bertujuan untuk melatih otot paha. Luruskan kedua belah telapak kaki selama sepuluh detik hingga Anda merasakan tegang di paha Anda. Lemaskan kedua kaki secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p>  | | |

| | | | |
|----|---|--|--|
| 25 | <p>Gerakan 15: otot betis Tahan telapak kaki ke arah dalam sekuat-kuatnya selama sepuluh detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p>  | | |
| 26 | Akhiri dengan tarik napas dalam dan buka mata perlahan-lahan. | | |
| | D. Fase terminasi | | |
| 27 | Bereskan alat | | |
| 28 | Evaluasi hasil kegiatan (respons subyektif dan obyektif) | | |
| 29 | Berikan <i>reinforcent</i> positif | | |
| 30 | Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya | | |
| 31 | Akhiri kegiatan | | |
| 32 | Cuci tangan | | |
| | E. Dokumentasi | | |
| 33 | Dokumentasi catatan latihan: hari, tanggal, nama, tindakan. Evaluasi, tanda tangan, nama terang Kawan Baik. | | |
| | jumlah | | |

Keterangan

- 0 = Tidak dikerjakan (langkah atau kegiatan yang seharusnya dilakukan, saat dilakukan pengamatan atau observasi tidak dikerjakan oleh klien/penyintas kanker/Kawan Baik/*caregiver*)
- 1= Perlu perbaikan (langkah atau prosedur belum dilakukan secara baik dan benar, atau dilakukan dalam urutan tidak sesuai, beberapa langkah tidak dilaksanakan)
- 2 = Mampu dan cukup terampil (langkah atau prosedur dilakukan dengan baik dan benar serta urutannya sesuai)

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TEKNIK RELAKSASI NAPAS DALAM








Posisikan diri nyaman mungkin

Tarik nafas dalam hingga kondisi rileks dan nyaman

Pejamkan mata dan fokus

Tarik nafas lewat hidung 5 detik, tahan 3 detik, keluarkan lewat mulut 5 detik (ulang 3 kali)

Akhiri dengan tarik nafas dalam dan buka mata perlahan-lahan.

1. Solikhah, S.KM., M.Kes., Dr.PH., 2. Suwarno, S.Kep., Ns., MNS., 3. Helli Agustini, S.KM., M.KM., 4. Farahliash Dwi Astuti, S.KM., M.Sc., 5. dr. Wulandari Berliani, 6. Nurhikmah Saffri, S.KM., 7. Galuh Pratiwi

STANDAR OPERASIONAL PROSEDUR

TEKNIK RELAKSASI OTOT PROGRESIF











01 Posisi Nyaman, Tarik Napas, Fokus dan Pejamkan Mata

02 Gerakan 1: otot dahi
Kerutkan dan Lemaskan Dahi dan Alis 10 Detik, Ulangi Sekali Lagi

03 Gerakan 2: otot mata
Pejam kuat dan Lemaskan Otot Mata 10 detik, Ulangi sekali Lagi

04 Gerakan 3: otot rahang
Mengigit Gigi Kuat, Detik, Ulangi Sekali Lagi

05 Gerakan 4: otot mulut
Mencanangkan dan Lemaskan Bibir Ke Depan 10 Detik, Ulangi Sekali Lagi

06 Gerakan 5: otot leher
Memundahkan dan Mengangkat Dagu ke Dada, Ulangi Sekali Lagi

07 Gerakan 6: otot tangan belakang
Menggenggam dan Mengepal Selama 10 Detik, Ulangi

08 Gerakan 7: otot tangan depan
Menekuk Kedua Pergelangan Tangan ke Belakang 10 Detik, Ulangi Sekali Lagi.

09 Gerakan 8: otot lengan
Tekuk Tangan Kearah Pundak, 10 Detik, Ulangi Sekali Lagi

10 Gerakan 9: otot bahu
Mengangkat Kedua Bahu Kearah Telinga, Ulangi Sekali Lagi

11 Gerakan 10: otot punggung
Membusungkan Dada, 10 Menit, Ulangi Sekali Lagi

12 Gerakan 11: otot dada dan perut
Memarik nafas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat

13 Gerakan 11: otot punggung
Meluruskan Kedua Telapak Kaki, 10 Detik, Ulangi

14 Gerakan 11: otot betis
Menarik Telapak Kaki Kearah Dalam Sekuat-kuatnya, 10 Detik, Ulangi

1. Solikhah, S.KM., M.Kes., Dr.PH., 2. Suwarno, S.Kep., Ns., MNS., 3. Helli Agustini, S.KM., M.KM., 4. Farahliash Dwi Astuti, S.KM., M.Sc., 5. dr. Wulandari Berliani, 6. Nurhikmah Saffri, S.KM., 7. Galuh Pratiwi

Gambar 2. Poster SOP Napas Dalam dan Teknik Relaksasi Otot Progresif

c) Pemanfaatan Lilin Aroma terapi Bunga Lavender

Aromaterapi adalah terapi tambahan yang menggunakan volatil atau aroma untuk mengobati, mengurangi, atau mencegah penyakit, infeksi, dan kegelisahan. Aroma terapi yang berasal dari minyak esensial merupakan salah satu terapi komplementer, di mana aroma terapi dapat mencegah dan mengurangi mual, muntah, nyeri dan depresi. Penelitian oleh Nuriya, Alivian, dan Taufik (2021) menemukan bahwa pasien kanker merasa lebih nyaman dan lebih nyaman setelah menerima aroma terapi sebagai tambahan terapi (Nuriya et al., 2021).

Pada monograf ini, menggunakan bunga lavender sebagai aroma terapi yang dibuat dalam sediaan lilin aroma terapi. Bunga lavender dengan nama latin *Lavandula angustifolia* memiliki kemampuan untuk menjauhkan dari gigitan nyamuk dan mengeluarkan aroma harum yang dapat memberikan efek relaksasi dan memiliki sedasi yang membantu. Kandungan utama dalam bunga lavender adalah linalyl asetat dan linalool. Linalool berfungsi untuk menstabilkan sistem saraf pusat sehingga dapat memberikan efek tenang pada siapa pun ketika menghirupnya (Annisa and Huda, 2015). Efek aroma terapi lavender yaitu sensasi segar dan harum akan merangsang indera dan akhirnya memengaruhi organ lainnya, dan memiliki efek sedatif sehingga dapat menghasilkan pengaruh yang kuat terhadap emosi serta mampu membantu merelaksasi tubuh. Studi tahun 2019 oleh Ain, Agung, dan Yunitasari menemukan bahwa pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi dapat mengurangi mual dan vomiting dengan melakukan terapi aroma lavender secara mandiri di rumah mereka dua kali sehari selama tiga minggu

berturut-turut (21 hari) (Ain et al., 2019). Menurut penelitian, lavender memiliki sifat antikonvulsant, antidepressive, anxiolytic, sedative, dan penenang. Lavender oil mengandung kandungan seperti linaloll, linalyl acetat, dan pinenedan cineole. Linalyl acetat dan linalool adalah kandungan aktif utama lavender, yang berfungsi sebagai anti-cemas dan anti-nausea (Ain et al., 2019).

Proses penghirupan dimulai dengan molekul aroma terapi lavender yang dihirup. Molekul ini kemudian ditangkap oleh *epitel olfactory* dan kemudian masuk ke sel *olfactory*, di mana silia *olfactory*, yang terdiri dari mucus padat, bertindak sebagai penghalang terhadap aroma yang ada di udara. Sinyal ini kemudian pergi ke *bulbus olfaktorius*, diikuti oleh *akson* pendek yang berakhir di struktur *globular* atau *glomeruli*. Pada ujung *gromelorus*, *dendrit* menerima *sinaps* dari sel *olfaktorius*, yang kemudian mengirimkan *akson* ke *tractus olfaktorius*, yang membawa sinyal ke tingkat yang lebih tinggi dari sistem saraf pusat (Guyton and Hall, 2007). Selanjutnya, sensasi *olfaktori* menuju sistem limbik ke hipotalamus dan amygdala dari sistem saraf pusat. Dari amygdala, sensasi ini memberikan ketenangan dan mengurangi nausea (Ain et al., 2019).



Lilin aromaterapi Lavender pada penderita kanker

Apa itu lilin aromaterapi?

Aromaterapi merupakan terapi menggunakan senyawa aroma atau volatile untuk mengobati, mengurangi, atau mencegah suatu penyakit, infeksi, dan kegelisahan dengan cara menghirupnya

Bunga lavender

Bunga lavender (*lavandula angustifolia*) memiliki kemampuan untuk menjauhkan dari gigitan nyamuk dan mengeluarkan aroma harum yang dapat memberikan manfaat relaksasi dan memiliki efek sedasi yang sangat membantu. Kandungan utama dalam bunga lavender adalah linalil asetat dan linalool.



Manfaat

Dapat mengatasi insomnia, mengatasi tekanan dan nyeri pada otot, mengurangi stres, dan mempertahankan konsentrasi.

Efek Aromaterapi Lavender

Aroma lavender yang segar dan harum merangsang indera dan akhirnya mempengaruhi organ lainnya, dan memiliki efek sedatif sehingga dapat menghasilkan pengaruh yang kuat terhadap emosi serta mampu membantu merilekskan tubuh.

Project Inovasi MKWU Group 64
<https://repositori.uin-suka.ac.id/handle/123456789/2072>
<https://portal.bismillahibekas.go.id/gigil/verifikasi/doi>
https://repositori.uin-suka.ac.id/bitstream/handle/123456789/20185/Pengabdian%20ke%20Dinas_Dianah.pdf?sequence=1



Gambar 3. Poster Lilin Aroma Terapi Bunga Lavender

Bab
3

Metode Pengembangan Model Pendamping Penyintas Kanker

A. Desain Penelitian

Penelitian ini adalah kuantitatif dan menggunakan pendekatan desain *applied approach*. Peneliti mengaplikasi dari *blueprint* Kawan Baik yang telah disetujui sebelumnya oleh Dinas Kesehatan Sleman.

B. Populasi, Sampel, dan Teknik Sampling

Penelitian ini melibatkan orang-orang yang bekerja sebagai *caregiver* atau Kawan Baik di wilayah kerja Puskesmas Ngemplak I; total sampelnya adalah 22 orang. Kawan Baik ini diambil dari keluarga terdekat/tetangga dari para penyintas kanker. Alasan pengambilan sampel dari keluarga terdekat adalah mereka lebih bisa memahami situasi dan kondisi pasien saat menjalani perawatan di rumah. Sampel terpilih di penelitian ini berdasarkan pada kesediaan para Kawan Baik untuk terlibat secara sukarela dalam perawatan dan pendampingan para penyintas kanker.

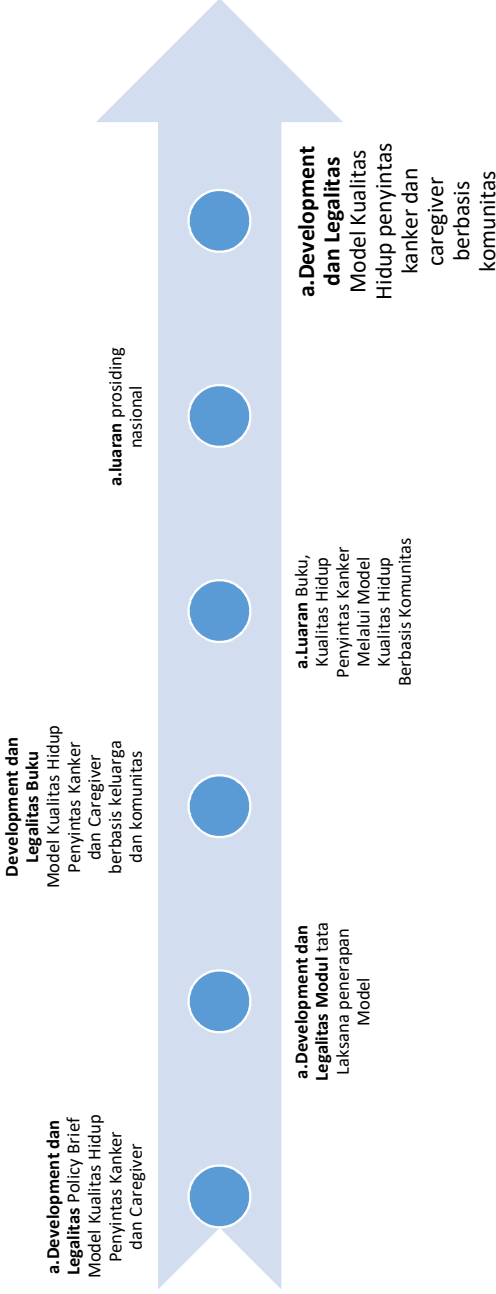
C. Prosedur Penelitian

Berikut ini adalah langkah-langkah yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam penelitian ini:

1. Melakukan koordinasi dengan Puskesmas Ngemplak 1 dengan metode *focus group discussion* (FGD). Tujuan dalam koordinasi ini adalah untuk menentukan tanggal pelaksanaan kegiatan, lokasi kegiatan, serta bentuk kolaborasi antara tim peneliti dan tim dari puskesmas. FGD ini telah dilaksanakan pada tanggal 14 Oktober 2023 di Kampus 3 FKM Universitas Ahmad Dahlan.
2. Selanjutnya tim peneliti membuat modul untuk pelatihan pendampingan untuk Kawan Baik. Adapun materi yang akan dilakukan pendampingan Kawan Baik di antaranya: pengisian instrumen untuk kualitas hidup (EORTC QLQ C-30), relaksasi otot progresif, keterampilan napas dalam, penggunaan aroma terapi, dan pengisian instrumen kecemasan dan depresi.
3. Melakukan uji validitas konten untuk instrumen penelitian kecemasan dan depresi penyintas kanker. Empat (4) orang profesional di bidang perawatan kanker dan peneliti kanker digunakan dalam uji validitas konten di penelitian ini. Hasil validitas konten untuk instrumen kecemasan dan depresi ini menunjukkan hasil baik dan representasi untuk mengukur kecemasan dan depresi penyintas kanker. Perbaikan kata dan bahasan perlu dilakukan di dalam instrumen tersebut untuk memudahkan subjek penelitian supaya lebih baik dalam memahami pertanyaan yang ditanyakan. Secara keseluruhan komentar dari keempat *expert* terhadap instrumen tersebut sudah baik untuk menggambarkan kondisi psikis dari penyintas kanker.
4. Selanjutnya tim peneliti dan Puskesmas Ngemplak 1 Sleman

melakukan sosialisasi kepada warga masyarakat di Balai Desa Ngemplak 1 pada tanggal 27 Oktober 2023. Kegiatan sosialisasi ini bersamaan waktunya dengan pertemuan Lokakarya mini lintas sektoral puskesmas kuadran 3. Hadir dalam sosialisasi ini adalah Kepala Puskesmas Ngemplak 1 beserta seluruh jajarannya, Kepala Puskesmas Ngemplak 2 beserta jajarannya, Camat, Babinsa, Babinkamtibmas puskesmas, seluruh kepala desa di wilayah kerja Puskesmas Ngemplak 1 dan tim peneliti. Kegiatan sosialisasi ini penting dilakukan oleh tim peneliti agar kegiatan pendampingan penyintas kanker mendapatkan dukungan dari tokoh masyarakat serta mengenalkan mereka tentang pelayanan paliatif.

5. Tim peneliti bersama puskesmas membuat komunitas media social berupa *Whattapp group* untuk para Kawan baik. Pembuatan komunitas komunikasi ini juga merupakan bagian dari *policybrief* dari Kawan Baik, dengan tujuan sebagai wadah berbagi para Kawan Baik untuk saling berdiskusi dua arah. Anggota komunitas ini juga sudah dilengkapi dengan dokter puskesmas dan kader jiwa.
6. Pelaksanaan pendampingan Kawan Baik dilaksanakan pada hari Senin, 27 November 2023 bertempat di Aula Puskesmas Ngemplak 1 Sleman. Kegiatan ini dihadiri oleh 22 orang Kawan Baik dan dibuka oleh Kepala Puskesmas Ngemplak 1 Sleman. Waktu kegiatan dimulai dari jam 08.30 sampai jam 13.00. Untuk pengukur tingkat pengetahuan, para Kawan Baik diberi *pre-test* dan *post-test*. Tingkat keterampilan diukur dengan melakukan observasi saat diberi pelatihan napas dalam, relaksasi otot progresif, dan aroma terapi. Gambar 1 menunjukkan alur dari kegiatan pendampingan Kawan Baik secara menyeluruh.



Gambar 4. Alur Kegiatan-kegiatan Pendampingan Kawan Baik

D. Analisa Data

Pada penelitian ini, analisa data yang digunakan adalah menggunakan analisa univariat dengan cara mendeskripsikan variabel secara prosentase dan perhitungan rerata.

Bab 4

Hasil dan Pembahasan Penelitian

A. Hasil Penelitian

Karakteristik penyintas kanker di lokasi penelitian yakni Puskesmas Ngemplak 1 Sleman adalah mayoritas berusia ≥ 50 tahun (72,7%), dengan diagnosa terbanyak adalah kanker payudara (36,4%). Secara rinci karakteristik penyintas kanker dapat dilihat pada Tabel 11.

Tabel 11. Karakteristik Penyintas Kanker

| Variabel | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|--------------------------|---------------|----------------|
| Usia | | |
| < 50 tahun | 6 | 27,3 |
| ≥ 50 tahun | 16 | 72,7 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 9 | 40,9 |
| Perempuan | 13 | 59,1 |
| Diagnosis | | |
| Kanker Payudara | 8 | 36,4 |
| Kanker Laring | 2 | 9,1 |
| Kanker Kandung Kemih | 1 | 4,5 |
| Kanker Kolorektal | 1 | 4,5 |
| Myeloproliferatif Kronis | 1 | 4,5 |
| Kanker Usus Besar | 1 | 4,5 |

| Variabel | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|----------------------------------|---------------|----------------|
| Talasemia | 1 | 4,5 |
| Kanker Sinus Etmoid | 1 | 4,5 |
| Tumor Metastasis Tulang Belakang | 1 | 4,5 |
| Kanker Vulva | 1 | 4,5 |
| Kanker Nasofaring | 1 | 4,5 |
| Pansitopenia | 1 | 4,5 |
| Kanker Ovarium | 1 | 4,5 |
| Kanker Serviks | 1 | 4,5 |

Para penyintas kanker pada Tabel 11 di atas telah menjadi klien pelayanan paliatif Puskesmas Ngemplak 1. Setiap penyintas yang menjadi klien pelayanan paliatif didampingi oleh keluarga yang menjadi *family caregiver* di penyintas kanker. Sehingga penelitian ini menjadikan anggota keluarga *family caregiver* sebagai variabel mediasi untuk meningkatkan kualitas hidup penyintas kanker dapat ditingkatkan melalui *caregiver*-nya yang berasal dari anggota keluarga. Kawan Baik adalah para pendamping yang diambil dari keluarga penyintas kanker. Tabel 11 menunjukkan bahwa para Kawan Baik berjenis kelamin perempuan.

Tabel 12. Karakteristik Kawan Baik

| Variabel | Frekuensi (n) | Persentase (%) |
|----------------------|---------------|----------------|
| Usia | | |
| < 50 tahun | 10 | 58,8 |
| ≥ 50 tahun | 7 | 41,2 |
| Jenis Kelamin | | |
| Laki-laki | 4 | 23,5 |
| Perempuan | 13 | 76,5 |

Pengukuran tingkat pendampingan para Kawan Baik juga diukur selama penelitian ini. Namun, yang mengisi kuesioner *pre-test* dan *post-test* hanya 17 orang. Tingkat pengetahuan untuk instrumen para Kawan Baik dalam menerima pelatihan selama pendampingan terlihat di Tabel 13. Skor tingkat pengetahuan Kawan Baik sebelum pendampingan sebesar 7,82 poin, sementara setelah pendampingan sebesar 15,71 poin. Setelah diuji dengan uji T berpasangan berdasarkan variabel tingkat pengetahuan menunjukkan ada perbedaan rerata skor (selisih rerata = 7,89; 95% CI = 1,862 – 13,903; *p-value* = 0,014)

Tabel 13. Uji T Berpasangan untuk Tingkat Pemahaman Pendampingan Kawan Baik

| Tingkat pengetahuan | Rerata | Selisih | p-value | 95% CI |
|---------------------|--------|---------|---------|----------------|
| Pre-Test | 7,82 | 7,89 | 0,014 | 1,862 – 13,903 |
| Post-Test | 15,71 | | | |


Tabel 14. menunjukkan sikap para Kawan Baik selama pendampingan juga menunjukkan perbedaan yang signifikan (selisih rerata sikap = 5,47; *p-value* = 0,008).



Tabel 14. Skor Sikap Para Kawan Baik Selama Pendampingan

| Sikap | Mean (Min – Maks) | Selisih | p-value |
|-----------|-------------------|---------|---------|
| Pre-Test | 4,18 (0 – 11) | 5,47 | 0,008 |
| Post-Test | 9,65 (0 – 12) | | |

Efektivitas pendampingan napas dalam, relaksasi otot progresif dan aroma terapi juga telah dipahami dengan baik oleh para Kawan baik (Tabel 14).

Tabel 15. Pengukuran Efektivitas Napas Dalam, Relaksasi Otot Progresif, dan Aroma Terapi untuk Kawan Baik

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----------|---|----------|------|
| A. | Fase interaksi | 2 | |
| 1 | Persiapan diri, klien/penyintas kanker, dan alat (kursi) | 2 | |
| 2 | Lakukan cuci tangan | 2 | |
| B. | Fase orientasi | | |
| 3 | Berikan salam, panggil klien (penyintas kanker) dengan namanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 4 | Perkenalkan diri (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 5 | Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 6 | Berikan kesempatan klien untuk bertanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 7 | Jaga privasi diri/klien (penyintas kanker) | 2 | |
| C. | Fase kerja | | |
| 8 | Posisikan diri/klien/penyintas kanker se nyaman mungkin: duduk bersandar di kursi atau di tempat tidur  | 2 | |



| | | | |
|----|--|---|--|
| 9 | <p>Instruksikan diri/klien/penyintas kanker untuk tarik napas dalam hingga kondisi relaks dan nyaman</p>  | 2 | |
| 10 | <p>Instruksikan klien/penyintas kanker/silakan untuk memejamkan mata dan fokus pada terapi yang akan dilakukan.</p>  | 2 | |
| 11 | <p>Instruksikan diri/klien/penyintas kanker untuk tarik napas lewat hidung selama 5 detik dan sambil dirasakan kesegaran udara yang masuk, kemudian ditahan selama 3 detik, selanjutnya dikeluarkan lewat mulut selama 5 detik (lakukan gerakan ini selama 3 kali)</p> | 2 | |
| 26 | <p>Akhiri dengan tarik napas dalam dan buka mata perlahan-lahan.</p> | 2 | |
| | <p>D. Fase terminasi</p> | | |
| 27 | <p>Bereskan alat</p> | 2 | |
| 28 | <p>Evaluasi hasil kegiatan (respon subyektif dan obyektif)</p> | 2 | |
| 29 | <p>Berikan <i>reinforcent</i> positif</p> | 2 | |

| | | | |
|----|---|----|--|
| 30 | Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya | 2 | |
| 31 | Akhiri kegiatan | 2 | |
| 32 | Cuci tangan | 2 | |
| E. | Dokumentasi | | |
| 33 | Dokumentasi catatan latihan: hari, tanggal, nama, tindakan. Evaluasi, tanda tangan, nama terang Kawan Baik. | 2 | |
| | jumlah | 66 | |



Tabel 16. Pengukuran Efektivitas Terapi Relaksasi Otot Progresif untuk Kawan Baik



| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----------|--|-------|------|
| A. | Fase interaksi | | |
| 1 | Persiapan diri, klien/penyintas kanker, dan alat (kursi) | 2 | |
| 2 | Lakukan cuci tangan | 2 | |
| B. | Fase orientasi | | |
| 3 | Berikan salam, panggil klien (penyintas kanker) dengan namanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 4 | Perkenalkan diri (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 5 | Jelaskan prosedur, tujuan dan lamanya tindakan (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 6 | Berikan kesempatan klien untuk bertanya (jika dilakukan secara mandiri maka poin ini tidak perlu dilakukan) | 2 | |
| 7 | Jaga privasi diri/klien (penyintas kanker) | 2 | |



| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| C. | Fase kerja | | |
| 8 | <p>Posisikan diri/klien/penyintas kanker se nyaman mungkin: duduk bersandar di kursi atau di tempat tidur</p>  | 2 | |
| 9 | <p>Instruksikan diri/klien/penyintas kanker untuk tarik napas dalam hingga kondisi relaks dan nyaman</p>  | 2 | |
| 10 | <p>Instruksikan klien/penyintas kanker/silakan untuk memejamkan mata dan fokus pada terapi yang akan dilakukan.</p>  | 2 | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| 11 | <p>Gerakan 1: otot dahi Mengerutkan dahi dan alis sampai kulit mengerut. Lemaskan alis dan dahi secara perlahan selama sepuluh detik. Lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 12 | <p>Gerakan 2: otot mata Mulailah dengan memejamkan sekuat-kuatnya untuk menekan otot-otot di sekitar mata dan yang mengontrol gerakan mata. Lemaskan secara perlahan hingga 10 detik, lalu lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 13 | <p>Gerakan 3: otot rahang Mengatupkan mulut sambil mengigit gigi sekuat-kuatnya, sehingga terasa ketegangan di sekitar otot-otot rahang, lemaskan mulut secara perlahan hingga 10 detik, lakukan kembali sekali lagi</p>  | 2 | |



| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| 14 | <p>Gerakan 4: otot mulut Moncongkan bibir ke depan sekeras-kerasnya hingga terasa tegang di mulut Anda. Lepaskan bibir dan mulut Anda secara perlahan selama 10 detik, lalu lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 15 | <p>Gerakan 5: otot leher belakang Pasien diminta untuk membenamkan dagu ke dadanya untuk merasakan ketegangan di daerah leher bagian depan dengan menekuk atau menurunkan dagu hingga menyentuh dada. Klien diinstruksikan untuk menekan kepala punggung sehingga otot bagian belakang tegang. Lemaskan leher dengan perlahan sampai Anda melakukannya lagi.</p>  | 2 | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| 16 | <p>Gerakan ke 6: otot leher depan Lemaskan dan angkat dagu hingga 10 detik. Lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 17 | <p>Gerakan 7: otot tangan bagian belakang Pasien diminta untuk membuat kepalan dengan tangan kiri dan kemudian melakukan gerakan yang lebih kuat sambil merasakan ketegangan. Setelah kepalan dilepaskan, pasien diminta untuk merasakan keadaan relaks selama sepuluh detik. Gerakan pada tangan kiri dilakukan dua kali untuk membantu pasien membedakan antara ketegangan otot dan keadaan relaks. Selain itu, prosedur serupa dilakukan pada tangan kanan.</p>  | 2 | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|--|-------|------|
| 18 | <p>Gerakan 8: otot tangan bagian depan Gerakan kedelapan dimaksudkan untuk melatih otot bagian belakang tangan. Ini dilakukan dengan menekuk kedua pergelangan tangan ke belakang secara perlahan hingga otot bagian belakang dan lengan bawah meregang. Kemudian, lemaskan atau luruskan kedua tangan secara perlahan hingga sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 19 | <p>Gerakan 9: otot lengan atau biseps Otot besar yang terletak di bagian atas pangkal lengan disebut otot biseps. Gerakan ini dimulai dengan menggenggam kedua tangan hingga menjadi kepalan. Kemudian, bawa kedua kepalan ke pundak, meregangkan otot lengan bagian dalam. Luruskan atau lemaskan kedua tangan Anda hingga sepuluh detik. Lakukan ini sekali lagi.</p>  | 2 | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| 20 | <p>Gerakan 10: otot bahu Mengendurkan otot bahu dengan relaksasi. Mengangkat kedua bahu ke arah telinga setinggi dan lemaskan atau turunkan kedua bahu secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi. Fokus gerakan ini adalah perbedaan ketegangan yang terjadi di punggung atas, leher, dan bahu.</p>  | 2 | |
| 21 | <p>Gerakan 11: otot punggung Mengangkat tubuh Anda dari sandaran kursi, lalu busungkan dada Anda selama sepuluh detik. Lemaskan punggung Anda selama sepuluh detik, lalu ulangi prosedur ini. Untuk relaks, letakkan tubuh kembali ke kursi dan lemaskan otot.</p>  | 2 | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|--|-------|------|
| 22 | <p>Gerakan 12: otot dada Untuk membedakan antara tegang dan relaksasi, tarik napas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan di dada. Embuskan napas secara perlahan dan ulangi gerakan ini sekali lagi</p>  | 2 | |
| 23 | <p>Gerakan 13: otot perut Menarik napas dalam sekuat-kuatnya dan tahan beberapa saat sambil merasakan ketegangan di dada, lalu turun ke perut. Embuskan napas dalam-dalam dengan perlahan. Serupa dengan gerakan lain, gerakan ini dilakukan berulang kali untuk menunjukkan perbedaan antara keadaan tegang dan relaks.</p>  | 2 | |

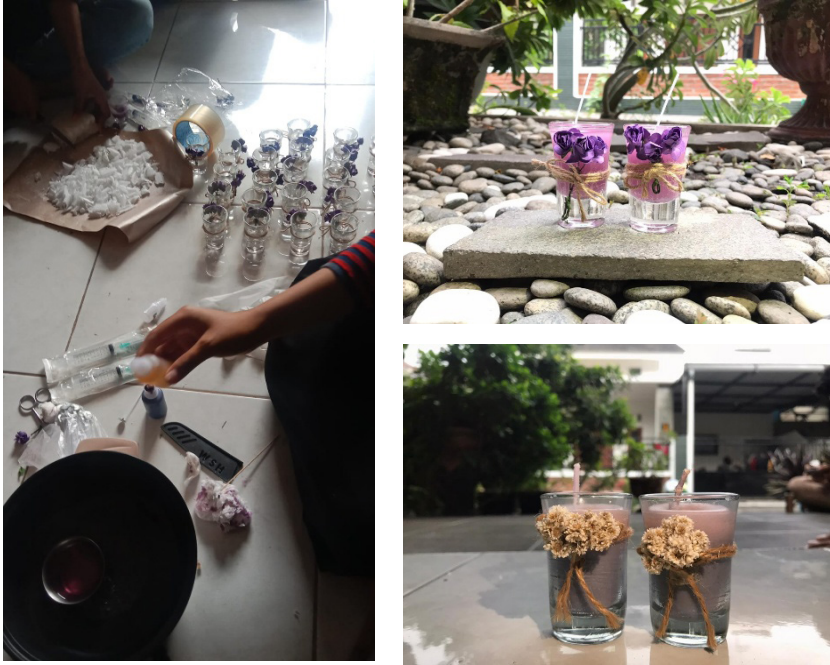
| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----------|--|-------|------|
| 24 | <p>Gerakan 14: otot kaki Gerakan keempat belas bertujuan untuk melatih otot paha. Luruskan kedua belah telapak kaki selama sepuluh detik hingga Anda merasakan tegang di paha Anda. Lemaskan kedua kaki secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 25 | <p>Gerakan 15: otot betis Tahan telapak kaki ke arah dalam sekuat-kuatnya selama sepuluh detik. Lemaskan kedua kaki secara perlahan selama sepuluh detik, lalu lakukan lagi.</p>  | 2 | |
| 26 | Akhiri dengan tarik napas dalam dan buka mata perlahan-lahan. | 2 | |
| D. | Fase terminasi | | |
| 27 | Bereskan alat | 2 | |
| 28 | Evaluasi hasil kegiatan (respon subyektif dan obyektif) | 2 | |
| 29 | Berikan <i>reinforcent</i> positif | 2 | |
| 30 | Lakukan kontrak kegiatan selanjutnya | 2 | |
| 31 | Akhiri kegiatan | 2 | |
| 32 | Cuci tangan | 2 | |
| E. | Dokumentasi | | |

| No. | Kegiatan | Nilai | Ket. |
|-----|---|-------|------|
| 33 | Dokumentasi catatan latihan: hari, tanggal, nama, tindakan. Evaluasi, tanda tangan, nama terang Kawan Baik. | 2 | |
| | jumlah | 66 | |

Sedangkan produk dari Lilin Aroma terapi telah dibuat dengan *paraffin wax*, *fragrance lavender*, dan sumbu halus. Setelah itu semua produk disatukan ke dalam gelas sloki.

- 300gr paraffin wax
- 40ml fragrance lavender
- 34 pcs gelas sloki
- 34 pcs sumbu halus

Lilin aromaterapi yang dibuat tidak hanya sekali percobaan, akan tetapi 2 kali percobaan dan percobaan yang ketiga lilin aromaterapi sudah layak untuk digunakan. Dalam satu pembuatan lilin aromaterapi dalam satu gelas sloki ukuran 30ml dibutuhkan 25gr paraffin wax dan 1 ml fragrance lavender.



Gambar 5. Lilin Aroma Terapi Lavender

B. Pembahasan

Pertumbuhan sel abnormal yang tidak terkendali, yang disebut kanker, neoplasma, atau tumor ganas, dapat terjadi pada hampir semua organ atau jaringan tubuh. Penyebab kanker adalah tubuh tidak dapat menghancurkan sel abnormal secara alamiah, yang menyebabkan pertumbuhan sel abnormal secara tidak terkendali karena mutasi genetik.

Jenis kanker berbeda-beda tergantung pada organ yang terkena. Misalnya, kanker yang paling umum pada laki-laki adalah kanker prostat, paru-paru dan cabang tenggorokan, usus besar, dan kandung kemih; pada perempuan, kanker yang paling umum adalah kanker payudara, paru-paru dan cabang tenggorokan, dan rahim. Pada

anak-anak, kanker darah, kanker otak, dan kanker getah bening adalah yang paling umum (Hassanpour and Dehghani, 2017).

Seperti yang diketahui bahwa terdapat tiga faktor yang bisa menjadi pemicu terjadinya kanker (Hinkle and Cheever, 2018) diantaranya: *Inflamasi* (peradangan) dalam jangka waktu lama; Faktor Genetik, sekitar 5 – 10% kejadian sel keganasan merupakan hal yang diwariskan (genetik); serta Gangguan keseimbangan hormon. Tren kejadian kanker di berbagai komunitas dapat dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk posisi sosial, pekerjaan, jenis kelamin, gaya hidup, lingkungan, ciri budaya, etnis, karakteristik daerah, pola makan, akses ke layanan kesehatan, dan faktor lain (Huang and Chen, 2020) (Mathur et al., 2020).

Rangkaian kegiatan dari penelitian ini adalah di mulai dari sosialisasi dan *workshop*. Sosialisasi dilaksanakan di Kantor Kecamatan Ngemplak yang dihadiri oleh *stakeholder* terkait. Selanjutnya *workshop* pendampingan pasien kanker ini dilaksanakan di Puskesmas Ngemplak I yang dihadiri oleh para *caregiver*. Dalam *workshop* ini terdapat tiga materi yang diberikan kepada *caregiver* yaitu meliputi: Kanker dan kualitas hidup; Pengenalan instrumen QoL; serta Pelatihan napas dalam dan relaksasi otot progresif, aroma terapi, dan musik. Selain itu juga dilakukan pengenalan depresi dan kecemasan.

Penderita kanker dapat mendapatkan kemoterapi, radiasi, dan pembedahan. Selain terapi farmakologis, terapi non-farmakologis adalah terapi tambahan atau alternatif untuk terapi konvensional yang telah terbukti efektif. Terapi relaksasi napas dalam dan Terapi Relaksasi Otot Progresif adalah terapi tambahan yang akan digunakan untuk meningkatkan kualitas hidup *caregiver* dan penyintas kanker pada monograf ini. Selain itu, ada iringan musik

yang telah dibuat menjadi kumpulan lagu yang dapat digunakan bersama dengan lilin aromaterapi dengan aroma lavender, yang diharapkan dapat meningkatkan tingkat relaksasi.

Aroma terapi memiliki manfaat, yaitu mencegah dan mengurangi mual muntah, nyeri, dan depresi. Untuk penderita kanker, aroma terapi dapat digunakan untuk mengurangi mual muntah, nyeri, dan depresi. Namun, dalam penelitian ini, aroma terapi lavender digunakan. Saat Anda menghirup aroma lavender, kandungan minyak atsirinya merangsang reseptor bulbus olfaktorius dan mengirimkan pesan penciuman ke sistem limbik. Ini menghasilkan pelepasan endorphin, enkephalin, dan serotonin, yang menenangkan, mengurangi mual, dan menyebabkan *vomiting* (Sowndhararajan and Kim, 2016) and its significance is gradually increasing in the medicinal and cosmetic industries. A fragrance consists of volatile chemicals with a molecular weight of less than 300 Da that humans perceive through the olfactory system. In humans, about 300 active olfactory receptor genes are devoted to detecting thousands of different fragrance molecules through a large family of olfactory receptors of a diverse protein sequence. The sense of smell plays an important role in the physiological effects of mood, stress, and working capacity. Electrophysiological studies have revealed that various fragrances affected spontaneous brain activities and cognitive functions, which are measured by an electroencephalograph (EEG).

Berangkat dari hasil penelitian ini, dijelaskan bahwa ada perbedaan skor rerata antara pengetahuan dan persepsi caregiver tentang kualitas hidup mereka terkait dengan kanker sebelum dan sesudah intervensi. Pada variabel pengetahuan diperoleh rata-rata pre-test sebesar 7,82 lalu ketika dilakukannya *post-test* diperoleh

rata-rata sebesar 15,71 sehingga terdapat peningkatan skor rerata pengetahuan yaitu dengan selisih sebesar 7,89. Kemudian pada variabel sikap diperoleh rata-rata *pre-test* sebesar 4,18 lalu ketika dilakukannya *post-test* diperoleh rata-rata sebesar 9,65 sehingga terdapat peningkatan skor rerata sikap yaitu dengan selisih sebesar 5,47.

Hasil *pre-test* dan *post-test* yang mengalami kenaikan skor pada pengetahuan dan sikap tentang kualitas hidup kanker menunjukkan bahwa penerapan strategi pendidikan masyarakat untuk menjaga kualitas kesehatan dan mencegah penyakit kanker dianggap efektif. Dalam *workshop* ini diketahui bahwa peserta aktif melakukan tanya jawab yang artinya peserta memperhatikan materi dengan baik, serta mereka fokus saat mendengarkan materi yang mana juga merupakan salah satu indikator keberhasilan *workshop* ini (Sontiva et al., 2019).

Diharapkan kegiatan sosialisasi dan workshop ini akan bermanfaat bagi masyarakat dengan memberikan informasi tentang cara meningkatkan kualitas hidup penyintas kanker. Kegiatan ini juga diharapkan dapat meningkatkan kesadaran masyarakat akan pentingnya menjaga kualitas kesehatan dan mencegah kanker sejak dini. Bersamaan dengan peningkatan pengetahuan dan perubahan sikap setelah sekolah, kepedulian masyarakat terhadap kesehatan harus ditingkatkan.

Bab 5 | Penutup

A. Kesimpulan

Dari hasil evaluasi model pengembangan model kualitas hidup berbasis komunitas di wilayah kerja Puskesmas Ngemplak 1 Sleman Yogyakarta didapatkan bahwa kualitas hidup *survivor* dan keluarga pasien dapat ditingkatkan dengan cara pemberian layanan paliatif pasca pengobatan di rumah sakit. Metode yang ditawarkan adalah menurunkan depresi dan kecemasan *survivor*. *Family caregiver* sebagai orang yang terdekat, mempunyai porsi waktu terbesar untuk berinteraksi dan berkomunikasi dengan *survivor*. Keterampilan komunikasi *caregiver* menjadi sangat urgen karena depresi dan kecemasan yang dialami oleh *survivor*. Intervensi dilakukan terhadap anggota keluarga yang menjadi *caregiver* binaan upaya pelayanan paliatif di Puskesmas Ngemplak I. Untuk relaksasi *caregiver* selama mendampingi pengobatan *survivor*, pemberian pelatihan komunikasi terapeutik, relaksasi otot progresif, keterampilan napas dalam, serta penggunaan aroma terapi cukup efektif meningkatkan komunikasi interpersonal dan hubungan sosial dan psikologis yang sehat antara *caregiver* dan *survivor*.

B. Saran

Family *caregiver* adalah pendamping lapis pertama dalam pemberian layanan palitatif pada pasien kanker. Keluarga seringkali mengalami kecemasan dan depresi di samping karena faktor kelelahan fisik pendamping, dan faktor ekonomi, maka memberikan pelatihan otot progresif, keterampilan napas dalam dan penggunaan aroma terapi dapat terus dilakukan, karena dapat menurunkan tingkat kecemasan dan depresi *survivor* dan terutama *family caregiver*-nya.

Daftar Pustaka

- Abednego B (2012) *Ensiklopedia Tanaman Obat Indonesia | Perpustakaan Riset BPK RI*. Bandung: Indonesia Publishing House. Available at: <https://library.bpk.go.id/koleksi/detil/jkpkbpkpp-p-12494> (accessed 11 December 2023).
- Ahmadian M and Samah AA (2012) A literature review of factors influencing breast cancer screening in Asian countries. *Life Science Journal* 9(2): 585–594.
- Ain A, Agung DG and Yunitasari E (2019) Aromaterapi Lavender dalam Upaya menurunkan Nausea dan Vomiting Pasien Kanker Payudara yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Jurnal Ners dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)* 6(3). 3: 401–407.
- Alcorta-Garza A, San-Martín M, Delgado-Bolton R, et al. (2016) Cross-Validation of the Spanish HP-Version of the Jefferson Scale of Empathy Confirmed with Some Cross-Cultural Differences. *Frontiers in Psychology* 7.
- Allemani C, Weir HK, Carreira H, et al. (2015) Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). *The Lancet* 385(9972): 977–1010.
- Amjad MT, Chidharla A and Kasi A (2023) Cancer Chemotherapy. In: *StatPearls*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing. Available at: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK564367/> (accessed 3 October 2023).

- Annisa HS and Huda N (2015) Efektivitas Aroma Terapi Essensial Oil Rose dalam Menurunkan Skala Nyeri Pada Pasien Kanker Stadium II. *Jurnal Online Mahasiswa (JOM) Bidang Ilmu Keperawatan* 2(1). 1: 682–690.
- Arraras JI, Asin G, Illarramendi JJ, et al. (2019) The EORTC QLQ-ELD14 questionnaire for elderly cancer patients. Validation study for elderly Spanish breast cancer patients. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* 54(6): 321–328.
- Ay A, Semerci R and Erkul M (2024) Prediction of family-centered care on the unmet care needs of parents of pediatric oncology patients and their psychosocial problems. *Pediatric Blood & Cancer* 71(2): e30795.
- Bártolo A, Santos IM, Valério E, et al. (2020) The European Portuguese version of the Reproductive Concerns After Cancer Scale (RCACS): A psychometric validation for young adult female cancer survivors. *European Journal of Oncology Nursing* 47: 101781.
- Bellanger M, Zeinomar N, Tehranifar P, et al. (2018) Are Global Breast Cancer Incidence and Mortality Patterns Related to Country-Specific Economic Development and Prevention Strategies? *JGO* 2018(4): 1–16.
- Bérubé S, Lemieux J, Moore L, et al. (2014) Smoking at time of diagnosis and breast cancer-specific survival: new findings and systematic review with meta-analysis. *Breast cancer research: BCR* 16(2): R42.
- Bish A, Ramirez A, Burgess C, et al. (2005) Understanding why women delay in seeking help for breast cancer symptoms. *Journal of Psychosomatic Research* 58(4): 321–326.
- BPOM RI (2023) Peraturan Badan Pengawas Obat Dan Makanan Nomor 29 Tahun 2023 Tentang Persyaratan Keamanan Dan Mutu Obat Bahan Alam.
- Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, et al. (2018) Global cancer statistics

- 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 68(6): 394–424.
- Brinton LA, Figueroa JD, Awuah B, et al. (2014) Breast cancer in Sub-Saharan Africa: opportunities for prevention. *Breast Cancer Research and Treatment* 144(3): 467–478.
- Burgess C, Cornelius V, Love S, et al. (2005) Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *BMJ: British Medical Journal* 330(7493): 702.
- Cai T, Verze P and Bjerklund Johansen TE (2021) The Quality of Life Definition: Where Are We Going? *Uro* 1(1). 1. Multidisciplinary Digital Publishing Institute: 14–22.
- Calman KC (1984) Quality of life in cancer patients--an hypothesis. *Journal of Medical Ethics* 10(3): 124–127.
- Chan H-K and Ismail S (2014) Side Effects of Chemotherapy among Cancer Patients in a Malaysian General Hospital: Experiences, Perceptions and Informational Needs from Clinical Pharmacists. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 15(13): 5305–5309.
- Che X, Cash R, Ng SK, et al. (2018) A Systematic Review of the Processes Underlying the Main and the Buffering Effect of Social Support on the Experience of Pain. *The Clinical Journal of Pain* 34(11): 1061.
- Crosby RD, Kolotkin RL and Williams GR (2003) Defining clinically meaningful change in health-related quality of life. *Journal of Clinical Epidemiology* 56(5): 395–407.
- de Haes JC and van Knippenberg FC (1985) The quality of life of cancer patients: a review of the literature. *Social Science & Medicine* (1982) 20(8): 809–817.
- Elmore S (2007) Apoptosis: A Review of Programmed Cell Death. *Toxicologic pathology* 35(4): 495–516.

- Eom C-S, Shin DW, Kim SY, et al. (2013) Impact of perceived social support on the mental health and health-related quality of life in cancer patients: results from a nationwide, multicenter survey in South Korea. *Psycho-Oncology* 22(6): 1283–1290.
- Fallon M, Giusti R, Aielli F, et al. (2018) Management of cancer pain in adult patients: ESMO Clinical Practice Guidelines. *Annals of Oncology: Official Journal of the European Society for Medical Oncology* 29(Suppl 4): iv166–iv191.
- Gandek B, Sinclair SJ, Kosinski M, et al. (2004) Psychometric evaluation of the SF-36 health survey in Medicare managed care. *Health Care Financing Review* 25(4): 5–25.
- Garcia-Gordillo MA, Adsuar JC and Olivares PR (2016) Normative values of EQ-5D-5L: in a Spanish representative population sample from Spanish Health Survey, 2011. *Quality of Life Research* 25(5): 1313–1321.
- Golicki D and Niewada M (2016) EQ-5D-5L Polish population norms. *Archives of Medical Science* 13(1). Termedia Publishing House: 191–200.
- Gondhowiardjo S, Christina N, Ganapati NPD, et al. (2021) Five-Year Cancer Epidemiology at the National Referral Hospital: Hospital-Based Cancer Registry Data in Indonesia. *JCO Global Oncology* 7(2021): 190–203.
- Guspratiwi R (2023) Terapi Gen: Era Baru Dalam Pengobatan Kanker. *Jurnal Ilmiah Multidisiplin Nusantara (JIMNU)* 1(2). 2: 67–70.
- Guyton A and Hall J (2007) *Buku Ajar Fisiologi Kedokteran*. 9th ed. Jakarta: EGC.
- Han X, Robinson LA, Jensen RE, et al. (2021) Factors Associated With Health-Related Quality of Life Among Cancer Survivors in the United States. *JNCI Cancer Spectrum* 5(1): pkaa123.
- Hanselmann RG and Welter C (2022) Origin of Cancer: Cell work is

- the Key to Understanding Cancer Initiation and Progression. *Frontiers in Cell and Developmental Biology* 10(Article 787995): 1–14.
- Harun HM, Jannah N, Idawati I, et al. (2022) Evaluasi Pengobatan Radioterapi Pada Pasien Kanker. *Journal Syifa Sciences and Clinical Research* 4(3). 3: 662–6670.
- Hassanpour SH and Dehghani M (2017) Review of cancer from perspective of molecular. *Journal of Cancer Research and Practice* 4(4): 127–129.
- Hausman DM (2019) What Is Cancer? *Perspectives in Biology and Medicine* 62(4): 778–784.
- Hayes J, Richardson A and Frampton C (2013) Population attributable risks for modifiable lifestyle factors and breast cancer in New Zealand women. *Internal Medicine Journal* 43(11): 1198–1204.
- Hinkle JL and Cheever KH (2018) *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*. South Asian Edition. New Delhi: Wolters kluwer India Pvt Ltd.
- Hinz A, Kohlmann T, Stöbel-Richter Y, et al. (2014) The quality of life questionnaire EQ-5D-5L: psychometric properties and normative values for the general German population. *Quality of Life Research* 23(2): 443–447.
- Holtzman S, Newth S and Delongis A (2004) The Role of Social Support in Coping with Daily Pain among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Journal of Health Psychology* 9(5). SAGE Publications Ltd: 677–695.
- Huang Y-C and Chen Y-H (2020) Cancer Incidence Characteristic Evolution Based on the National Cancer Registry in Taiwan. *Journal of Oncology* 2020. Hindawi: e1408793.
- Hughes S, Jaremka LM, Alfano CM, et al. (2014) Social support predicts inflammation, pain, and depressive symptoms: longitudinal relationships among breast cancer survivors. *Psychoneuroendocrinology* 42: 38–44.

- Kaakinen J and Hanson S (2010) Family nursing assessment and intervention. In: *Family Health Care Nursing: Theory, Practice & Research*. 3rd ed. Philadelphia: F.A.Davis.
- Karabulutlu EY (2014) Coping with stress of family caregivers of cancer patients in Turkey. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 1(1): 55–60.
- Kemenkes RI (2016) Permenkes RI nomor 6 tahun 2016 tentang Formularium Obat Herbal Indonesia. Kementerian Kesehatan RI, Jakarta.
- Kemenkes RI (2017) Farmakope Herbal Indonesia. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Kemenkes RI (2020) Farmakope Indonesia. Edisi 6. Jakarta.
- Kemenkes RI (2023) 6 Strategi Gaya Hidup untuk Menghindari Kanker. Available at: <https://ayosehat.kemkes.go.id/6-strategi-gaya-hidup-untuk-menghindari-kanker> (accessed 1 January 2024).
- Khoiriyah R and Handayani S (2020) Kesehatan Mental Emosional Perempuan Penderita Kanker Di Indonesia. *Jurnal Kesehatan Masyarakat Maritim* 3(2). 2.
- Kim TH, Jo M-W, Lee S, et al. (2013) Psychometric properties of the EQ-5D-5L in the general population of South Korea. *Quality of Life Research* 22(8): 2245–2253.
- Lestari A, Budiyarti Y and Ilmi B (2020) Study Fenomenologi: Psikologis Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi. *JURNAL KEPERAWATAN SUAKA INSAN (JKSI)* 5(1). 1: 52–66.
- Lewin SA, Dick J, Pond P, et al. (2005) Lay health workers in primary and community health care. *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (1): CD004015.
- Lindley C, Vasa S, Sawyer WT, et al. (1998) Quality of life and preferences for treatment following systemic adjuvant therapy

- for early-stage breast cancer. *Journal of Clinical Oncology: Official Journal of the American Society of Clinical Oncology* 16(4): 1380–1387.
- Liu L-Y, Wang F, Yu L-X, et al. (2014) Breast cancer awareness among women in Eastern China: a cross-sectional study. *BMC Public Health* 14: 1004.
- Lizarraga IM, Sugg SL, Weigel RJ, et al. (2013) Review of risk factors for the development of contralateral breast cancer. *American Journal of Surgery* 206(5): 704–708.
- Luckett T, King MT, Butow PN, et al. (2011) Choosing between the EORTC QLQ-C30 and FACT-G for measuring health-related quality of life in cancer clinical research: issues, evidence and recommendations. *Annals of Oncology* 22(10). Elsevier: 2179–2190.
- Makarim FR (2023) Perbedaan Tingkatan Stadium dalam Penyakit Kanker. Available at: <https://www.halodoc.com/artikel/perbedaan-tingkatan-stadium-dalam-penyakit-kanker> (accessed 1 January 2024).
- Marzorati C, Riva S and Pravettoni G (2017) Who Is a Cancer Survivor? A Systematic Review of Published Definitions. *Journal of Cancer Education: The Official Journal of the American Association for Cancer Education* 32(2): 228–237.
- Mathur P, Sathishkumar K, Chaturvedi M, et al. (2020) Cancer Statistics, 2020: Report from National Cancer Registry Programme, India. *JCO Global Oncology* (6): 1063–1075.
- Mayo Clinic (2023) 7 healthy habits that can reduce your risk of cancer. Available at: <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/cancer-prevention/art-20044816> (accessed 1 January 2024).
- McCaffrey N, Kaambwa B, Currow DC, et al. (2016) Health-related quality of life measured using the EQ-5D–5L: South Australian

- population norms. *Health and Quality of Life Outcomes* 14(1): 133.
- McCowat M, Fleming L, Vibholm J, et al. (2019) The Psychological Predictors of Acute and Chronic Pain in Women Following Breast Cancer Surgery: A Systematic Review. *The Clinical Journal of Pain* 35(3): 261.
- Mesquita AC, Chaves É de CL, Avelino CCV, et al. (2013) The use of religious/spiritual coping among patients with cancer undergoing chemotherapy treatment. *Revista Latino-Americana De Enfermagem* 21(2): 539–545.
- Moloney NA, Pocovi NC, Dylke ES, et al. (2021) Psychological Factors Are Associated with Pain at All Time Frames After Breast Cancer Surgery: A Systematic Review with Meta-Analyses. *Pain Medicine* 22(4): 915–947.
- Mullan F and Frehywot S (2007) Non-physician clinicians in 47 sub-Saharan African countries. *Lancet (London, England)* 370(9605): 2158–2163.
- Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, et al. (2019) Depression and anxiety among people living with and beyond cancer: a growing clinical and research priority. *BMC cancer* 19(1): 943.
- Nuraisyah F, Solikhah S and Ruliyandari R (2020) Do descendants of families contribute to type 2 diabetes mellitus? *International Journal of Public Health Science* 9(4): 303–306.
- Nuriya, Alivian GN and Taufik A (2021) Aromaterapi Sebagai Terapi Komplementer untuk Mengatasi Nyeri, Depresi, Mual dan Muntah pada Pasien Kanker: A Literature Review. *Journal of Bionursing* 3(1). 1: 1–11.
- Pastorino U, Silva M, Sestini S, et al. (2019) Prolonged lung cancer screening reduced 10-year mortality in the MILD trial: new confirmation of lung cancer screening efficacy. *Annals of Oncology* 30(7). Targeting the PI3-kinase pathway in triple-negative breast cancer: 1162–1169.

- Perwitasari DA, Atthobari J, Dwiprahasto I, et al. (2011) Translation and Validation of EORTC QLQ-C30 into Indonesian Version for Cancer Patients in Indonesia. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 41(4): 519–529.
- Phologolo T, Matshaba M, Mathuba B, et al. (2023) The prevalence of cervical abnormalities: Comparison of youth with perinatally acquired HIV and older women in Botswana. *Southern African Journal of HIV Medicine* 24(1). AOSIS Publishing: 1–5.
- Porter LS and Keefe FJ (2011) Psychosocial issues in cancer pain. *Current Pain and Headache Reports* 15(4): 263–270.
- Purba FD, Hunfeld JAM, Iskandarsyah A, et al. (2018) Quality of life of the Indonesian general population: Test-retest reliability and population norms of the EQ-5D-5L and WHOQOL-BREF. *PLOS ONE* 13(5). Public Library of Science: e0197098.
- Purwaningrum DN, Arcot J, Hadi H, et al. (2020) A cultural adaptation and validation of a child eating behaviour measure in a low- and middle-income country. *Public Health Nutrition* 23(11): 1931–1938.
- Revicki DA, Osoba D, Fairclough D, et al. (2000) Recommendations on health-related quality of life research to support labeling and promotional claims in the United States. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 9(8): 887–900.
- Riskesdas (2018) Hasil Utama Riset Kesehatan Dasar. Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Jakarta.
- Roquette R, Painho M and Nunes B (2019) Geographical patterns of the incidence and mortality of colorectal cancer in mainland Portugal municipalities (2007–2011). *BMC Cancer* 19(512): 1–13.
- Scheel BI and Holtedahl K (2015) Symptoms, signs, and tests: The general practitioner's comprehensive approach towards a cancer

- diagnosis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 33(3): 170–177.
- Seely JM and Alhassan T (2018) Screening for breast cancer in 2018—what should we be doing today? *Curr Oncol* 25(Suppl 1): S115–S124.
- Selim AJ, Rogers W, Fleishman JA, et al. (2009) Updated U.S. population standard for the Veterans RAND 12-item Health Survey (VR-12). *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 18(1): 43–52.
- Shin H-R, Carlos MC and Varghese C (2012) Cancer control in the Asia Pacific region: current status and concerns. *Japanese Journal of Clinical Oncology* 42(10): 867–881.
- Shiroiwa T, Fukuda T, Ikeda S, et al. (2016) Japanese population norms for preference-based measures: EQ-5D-3L, EQ-5D-5L, and SF-6D. *Quality of Life Research* 25(3): 707–719.
- Siegel RL, Miller KD, Fuchs HE, et al. (2021) Cancer Statistics, 2021. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 71(1): 7–33.
- Singh GK and Jemal A (2017) Socioeconomic and Racial/Ethnic Disparities in Cancer Mortality, Incidence, and Survival in the United States, 1950–2014: Over Six Decades of Changing Patterns and Widening Inequalities. *Journal of Environmental and Public Health* 2017(Article ID 2819372): 1–19.
- Skevington SM, Lotfy M, O’Connell KA, et al. (2004) The World Health Organization’s WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 13(2): 299–310.
- Solikhah S (2019) Skrining Kanker Payudara pada Wanita di Indonesia. *Media Kesehatan Masyarakat Indonesia* 15(1): 1.

- Solikhah S., Promthet S and Hurst C (2019) Awareness level about breast cancer risk factors, barriers, attitude and breast cancer screening among Indonesian women. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 20(3): 877–884.
- Solikhah Solikhah, Promthet S and Hurst C (2019) Awareness Level about Breast Cancer Risk Factors, Barriers, Attitude and Breast Cancer Screening among Indonesian Women. *Asian Pac. J. Cancer Prev.* 20(3): 877–884.
- Solikhah S, Matahari R, Utami FP, et al. (2020) Breast cancer stigma among Indonesian women: A case study of breast cancer patients. *BMC Women's Health* 20(1).
- Solikhah Solikhah, Lianawati L, Matahari R, et al. (2021) Determinants of Breast Cancer Screening Practice among Women in Indonesia: A Nationwide Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 22(5): 1435–1441.
- Solikhah S., Lianawati L, Matahari R, et al. (2021) Determinants of Breast Cancer Screening Practice among Women in Indonesia: A Nationwide Study. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention* 22(5): 1435–1441.
- Solikhah S, Perwitasari DA and Rejeki DSS (2022) Geographic Characteristics of Various Cancers in Yogyakarta Province, Indonesia: A Spatial Analysis at the Community Level. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention : APJCP* 23(4): 1231–1238.
- Solikhah S, Perwitasari DA and Rejeki DSS (2023) Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the Indonesian version for quality of life among breast cancer patients. *Frontiers in Public Health* 11(2023): 1069422.
- Solikhah S, Perwitasari DA, Irham LM, et al. (2023) Social Support in Quality of Life among Breast Cancer Patients after Diagnosis: A Bibliometric Analysis. *Siriraj Medical Journal* 75(7). 7: 529–538.
- Sontiva N, Rahayuwati L, Lukman M, et al. (2019) Perception of

- Primary Cervical Cancer Prevention in Adolescents in West Java. *Asian Community Health Nursing Research* 1(2): 26–26.
- Sowndhararajan K and Kim S (2016) Influence of Fragrances on Human Psychophysiological Activity: With Special Reference to Human Electroencephalographic Response. *Scientia Pharmaceutica* 84(4): 724–752.
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al. (2021) Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA: A Cancer Journal for Clinicians* 71(3): 209–249.
- Suwarno and Djongudomkarn D (2016) The Effects of KCU Family Health Assessment Tool Training Program on Nurses' Perceptions in Primary Care Unit of Bantul, Yogyakarta, Indonesia. *Journal of Nursing and Health Care* 34(3).
- The Whoqol Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine* 28(3). Cambridge University Press: 551–558.
- Timperi AW, Ergas IJ, Rehkopf DH, et al. (2013) Employment Status and Quality of Life in Recently Diagnosed Breast Cancer Survivors. *Psycho-oncology* 22(6): 1411–1420.
- Üstündağ S and Zencirci AD (2015) Factors affecting the quality of life of cancer patients undergoing chemotherapy: A questionnaire study. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing* 2(1): 17–25.
- Wada K, Kawachi T, Hori A, et al. (2015) Husband's smoking status and breast cancer risk in Japan: From the Takayama study. *Cancer Science* 106(4): 455–460.
- Waluya JG, Rahayuwati L and Lukman M (2019) Pengaruh Supportive Educative Nursing Intervention (SENI) terhadap Pengetahuan dan Sikap Penyintas Kanker Payudara. *Media Karya Kesehatan* 2(2). 2: 128–144.

- Webster K and Cella D (1998) Quality of life in patients with low-grade non-Hodgkin's lymphoma. *Oncology (Williston Park, N. Y.)* 12(5): 697–714; discussion 714, 717, 721.
- Yang Y, Cui M, Zhao X, et al. (2023) Cancer pain intensity and perceived social support in palliative care: 1-week prospective study. *BMJ Supportive & Palliative Care* 0(2023). British Medical Journal Publishing Group: 1–4.
- Yao Y, Ji C, He Y, et al. (2017) Relationship between Helicobacter pylori infection and vomiting induced by gastrointestinal cancer chemotherapy. *Internal Medicine Journal* 47(7): 792–797.
- Youlden DR, Cramb SM, Yip CH, et al. (2014) Incidence and mortality of female breast cancer in the Asia-Pacific region. *Cancer Biol Med* 11(2): 101–115.
- Yuliana Y, Mustikasari M and Fernandes F (2020) Hubungan Dukungan Sosial dengan Kecemasan dan Depresi pada Pasien Kanker Payudara di RSUD Raden Mattaher Jambi. *Jurnal Ilmiah Universitas Batanghari Jambi* 20(1). 1: 1–4.
- Zhou K, Li H, Wei X, et al. (2015) Reliability and validity of the multidimensional scale of perceived social support in Chinese mainland patients with methadone maintenance treatment. *Comprehensive Psychiatry* 60(2015): 182–188.
- Alfiatunisa, Nurul F. Faktor risiko kanker yang harus anda ketahui. Diakses pada 20 Juni 2023.
- Creagan, E. Emedicine Health (2020). Cancer: How Does a Cancer Start?
- Gudina, Abdi. T, Cheruvu, Vinay K., Gilmore, Nikesha, et. Al. 2021. Health related quality of life in adult cancer survivors: Importance of social and emotional support. *Cancer Epidemiology*. Vol. 74. doi.org/10.1016/j.canep.2021.101996

- Hausman, D. (2019). What is Cancer? Perspectiv in Biology and Medicine, 62(4), pp. 778–84.
- Kemendes RI. (2023). Enam Gaya hidup untuk menghindari Kanker. <https://promkes.kemkes.go.id/6-strategi-gaya-hidup-untuk-menghindari-kanker>. Diakses pada tanggal 28 Juni 2023
- Lestari, Agustina, dkk. 2020. Study fenomenologi: psikologis pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Jurnal Keperawatan Suaka Insan volume 5 edisi 1
- Makarim, Fadil Riza, 2023. Perbedaan tingkat stadium dalam penyakitk kanker <https://www.halodoc.com/artikel/perbedaan-tingkatan-stadium-dalam-penyakit-kanker> Diakses pada tanggal 26 Juni 2023.
- Mayo Klinik link <https://www.mayoclinic.org/healthy-lifestyle/adult-health/in-depth/cancer-prevention/art-20044816>
- Niedzwiedz CL, Knifton L, Robb KA, Katikireddi SV, Smith DJ. 2019. *oDepression and anxiety among people living with and beyond cancer : a growing clinical and research priority*. BMC cancer. lainnya.
- Pane, Merry Dame Chrsty. Setidaknya ada 15 gejala kanker yang mesti diwaspadai <https://www.alodokter.com/setidaknya-ada-15-gejala-kanker-yang-harus-diwaspadai> diakses pada tanggal 26 Juni 2023
- Phologolo, Thabo. Matsaba Mogomotsi, dkk. (2023). The Prevalence of cervical abnormalities: comparison of youth with perinatally acquired HIV and older women in Botswana. Southern African Journal of HIV Medicine vol 24 nomor 1. doi: 10.4102/sajhivmed.v24i1.1455
- Savitri, Tania (2022), Apa itu kanker? <https://hellosehat.com/kanker/pengertian-kanker/> Diakses pada 20 Juni 2023.

Biodata Penulis



Solikhah, penulis lahir di Ungaran, Kabupaten Semarang dan menyelesaikan pendidikan dasar di Kabupaten Semarang, Jawa Tengah dari mulai SD Beji II Ungaran Timur, SMP N 1 Ungaran, dan SMA N 1 Ungaran. Selanjutnya menyelesaikan pendidikan sarjana di Fakultas Kesehatan Masyarakat, jurusan Biostatistik dan Kependudukan di Universitas Diponegoro. Pendidikan S2 juga ditamatkan di Universitas Diponegoro, sedangkan Pendidikan S3 di Epidemiologi dan Biostatistik, International Health, di Faculty of Public Health, Khon Kaen University, Thailand. Penulis saat ini aktif mengajar di Universitas Ahmad Dahlan dengan *homebase* di Magister Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan. Penulis juga terlibat dalam organisasi nasional di IAKMI dan internasional di *American Public Health Association*. Aktivitas lain yang dilakukan penulis, selain dipercaya sebagai *editor in chief* sebuah jurnal terakreditasi SINTA, juga sebagai *reviewer* jurnal nasional dan internasional, *Reviewer* Penelitian Nasional, Asesor LAMPTKes, Asesor Komite Etik Penelitian Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, dan asesor Beban Kerja Dosen. Sedangkan penelitian yang telah dilakukan beberapa kali mendapatkan dana hibah dari Kemendikbud untuk penelitian topik kanker. Dharma bakti lain sebagai perwujudan dalam pengabdian kepada masyarakat, penulis aktif di Majelis Kesejahteraan Sosial Pimpinan Wilayah Aisyiyah DIY dan MPKS Pimpinan Muhammadiyah serta amal usaha di Muhammadiyah.



Suwarno, penulis adalah Alumni Keperawatan S-1 dan Pendidikan Profesi Ners, Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2010/2011, dan lulus Magister Keperawatan S-2 di *Faculty of Nursing, Khon Kaen University, Thailand* pada tahun 2016. Suwarno, S.Kep.,Ns.,MNS adalah nama asli penulis yang dilahirkan di Cilacap tanggal 7 Oktober 1987 oleh seorang Ibu bernama Alm. Darisah dengan suami Alm. Sahudi. Saat ini, penulis sebagai Kepala Bagian Kerja Sama Universitas Jenderal Achmad Yani Yogyakarta (Unjaya) dan aktif mengajar sebagai Dosen di Fakultas Kesehatan, Unjaya dengan keilmuan bidang Keperawatan Keluarga dan Komunitas serta aktif dalam berorganisasi, melakukan Penelitian dan Pengabdian Kepada Masyarakat dengan raihan hibah internal Perguruan Tinggi, Hibah Eksternal dari Perguruan Tinggi Lain, Mitra Kerja Sama, dan Pemerintah Indonesia (Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset dan Teknologi).



Helfi Agustin adalah dosen peminatan promosi kesehatan Fakultas Kesehatan Masyarakat, Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta. Penulis mempunyai pengalaman dalam bidang pemberdayaan masyarakat sebagai mitra lokal Japfa Foundation bekerja sama dengan pusat kajian gizi Universitas Indonesia dalam pengembangan pojok gizi di Yogyakarta, pemberdayaan pariwisata sehat di beberapa lokasi wisata di DIY dan menjadi pendamping keluarga pada pelayanan paliatif di Puskesmas Ngakglik 2 yang kemudian menjadi insprisasi untuk berkontribusi dalam penulisan buku ini bersama tim. Mata kuliah yang diampu adalah dasar promosi kesehatan, promosi kesehatan tempat wisata, pengorganisasian dan pengembangan masyarakat. Penulis juga aktif di Perkumpulan Promotor dan Pendidik Kesehatan Masyarakat Indonesia (PPPKMI) dan Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI) kepengurusan daerah Kota Yogyakarta, dan juga aktif di kepengurusan Asosiasi Dosen Republik Indonesia (bendahara pada periode 2017-2022) serta menjadi anggota forum dosen peminatan promosi kesehatan Nasional (FPKN). Saat ini penulis juga menjadi *managing editor* Jurnal Cakrawala Promkes dan reviewer di jurnal-jurnal terindeks Scopus.



Fardhiasih Dwi Astuti adalah dosen aktif di Program Studi Kesehatan Masyarakat, FKM Universitas Ahmad Dahlan, Yogyakarta sejak 2011 sampai sekarang. Menyelesaikan pendidikan dasar di Yogyakarta. Pendidikan SMK di Analis Kesehatan Yogyakarta. Pendidikan Strata 1 di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan. Pendidikan Strata 2 di Kedokteran Tropis, Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan, Universitas Gadjah Mada. Penulis sedang melanjutkan pendidikan S3 di Program Studi Doktor Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Sebelas Maret, Surakarta. Bidang keilmuannya adalah Epidemiologi, Entomologi, dan penyakit tular vektor.



Nurhikmah Safitri. Penulis yang biasa dipanggil Safitri, lahir di Banjarmasin, dan tepatnya saat menulis karya ini sedang berusia 22 tahun. Ia telah menempuh pendidikan S-1 Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta dengan peminatan Epidemiologi. Sebelumnya, Penulis pernah menjabat sebagai Kepala Departemen Dalam Negeri Badan Eksekutif Mahasiswa Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan periode 2021/2022. Selain itu, Penulis pernah menjadi asisten praktikum mata kuliah Manajemen Data periode 2022/2023 dan 2023/2024. Buku ini merupakan karya pertama Penulis. Penulis mengucapkan terima kasih atas kesempatan yang telah diberikan dalam mengikuti seluruh rangkaian penelitian dan pembuatan buku ini. Penulis dapat dihubungi melalui email: nurhikmahsafitri@gmail.com.



Nanik Sulistyani adalah dosen Fakultas Farmasi Universitas Ahmad Dahlan Yogyakarta pada rumpun keilmuan Biologi Farmasi. Penulis mengampu mata biologi seluler & molekuler dan pengembangan obat tradisional di Fakultas Farmasi serta mata kuliah imunologi gizi di Fakultas Kesehatan Masyarakat Universitas Ahmad Dahlan. Penulis menempuh pendidikan S1 di Fakultas Farmasi Universitas Gadjah Mada dan S2 di Program Pasca Sarjana Ilmu Farmasi di Universitas Gadjah Mada. Gelar Doktor diperoleh dari Program Doktor Ilmu Kedokteran dan

Kesehatan Universitas Gadjah Mada. Guru Besar disandang penulis tahun 2023. Beberapa penelitian yang dilakukan penulis mengarah pada topik pengembangan obat tradisional, pangan fungsional dan herbal untuk kanker. Penulis beserta tim telah menghasilkan formula tablet herbal untuk terapi paliatif penyakit kanker payudara yang telah dipatenkan. Tahun 2022, penulis menjadi anggota Tim Kajian Reviu Blueprint Kesehatan Tradisional DIY.



Wulandari Berliani Putri merupakan Dokter alumni Fakultas Kedokteran Universitas Muhammadiyah Yogyakarta tahun 2011 dan alumni *Master of Health Services Management, University Technology Sydney* melalui beasiswa LPDP-Kemenkeu tahun 2015. Selain keanggotaan IDI (Ikatan Dokter Indonesia), penulis juga merupakan anggota IAKMI (Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia) yang memiliki fokus pada bidang Ilmu Kesehatan Masyarakat. Penulis merupakan Dokter Puskesmas Ngemplak I Sleman (non aktif) pemegang program pelayanan paliatif dengan inovasi JOLALI (Join Pelayanan Paliatif). Penulis telah mendampingi pasien-pasien paliatif di bawah wilayah kerja Puskesmas Ngemplak I sejak tahun 2022. Sebelum menjadi Dokter di Puskesmas, penulis pernah bekerja di Rumah Sakit Islam Surakarta, menjadi tenaga pengajar di Fakultas Kedokteran UMS, dan sebagai Dosen di Fakultas Kedokteran UII yang aktif menulis publikasi ilmiah di beberapa jurnal nasional dan internasional. Sebagai *trainer* paliatif, penulis merupakan salah satu fasilitator pelatihan pelayanan paliatif yang diselenggarakan oleh Bapelkes Semarang. Penulis saat ini sedang melanjutkan Pendidikan Dokter Spesialis Ilmu Kedokteran Jiwa di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta.



-  <https://bookstore.uad.ac.id/>
-  UAD Press
-  @UADPress_
-  uadpress@uad.ac.id
-  0882 3949 9820

