

Terapi Paliatif bagi Penderita Kanker Ginekologi

Syifa Alkaf

Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

Abstrak

Terapi paliatif merupakan bentuk perawatan yang bertujuan mengurangi gejala penyakit dan memperbaiki kualitas hidup pasien, tanpa dipengaruhi stadium dan keparahan penyakit. Terapi paliatif terdiri dari tiga fase yaitu fase pertama yang terfokus pada peningkatan kualitas hidup, fase kedua yang berorientasi menghilangkan gejala, dan fase terminal yang bertujuan mengurangi penderitaan pasien menjelang kematian. Pendekatan terapi paliatif pada pasien keganasan ginekologi terutama bertujuan mengurangi gejala yang umum antara lain kelelahan, nyeri, mual dan muntah, diare, sesak nafas, dan konstipasi. Keganasan ginekologi juga dapat mencetuskan gangguan fungsi seksual dan gangguan tidur yang dapat diatasi dengan terapi sulih hormon dan anti depresan. Pembedahan paliatif dapat dilakukan pada kasus obstruksi usus maligna, sedangkan radioterapi dan kemoterapi paliatif biasa digunakan baik sebagai terapi definitif maupun adjuvan. Radioterapi mengurangi edema limfe dan mengatasi pendarahan ginekologik, sedangkan kemoterapi dikatakan dapat memperpanjang *overall survival* dan *progression free survival*. Perawatan paliatif juga dapat dilakukan dengan perawatan rumah. Perawatan rumah terutama dilakukan pada pasien stadium dengan usia harapan hidup kurang dari enam bulan. Komunikasi adalah penting bagi dokter untuk menyampaikan berita buruk (*breaking bad news*) dengan cara yang tepat dan waktu yang tepat. Pada pasien menjelang ajal, penting untuk membuat pasien merasa nyaman. Bila perlu, segala bentuk pengobatan yang berlebihan dan sia-sia sebaiknya dihentikan. Simpulan, terapi paliatif pada penderita keganasan ginekologi dapat diberi bersamaan ataupun setelah terapi definitif. Terapi paliatif ditujukan untuk mengurangi gejala penyakit dan memperbaiki kualitas hidup pasien. [JK Unila. 2016; 1(2): 436-442]

Kata kunci: keganasan ginekologi, perawatan rumah, terapi paliatif

Paliative Therapy for Gynecological Cancer Patient

Abstract

Paliative therapy is a kind of therapy directed to reduce disease symptoms and promote patient's quality of living, despite severity of illness. Paliative therapy consists of three phase, first phase focuses on improving life's quality, second is oriented to lessen symptoms, and the last phase is terminal phase which aim is to ease patients suffering before death. Paliative approach in gynecologic cancer patients mainly intends to common signs and symptoms such as fatigue, pain, nausea and vomitus, gastroenteritis, dispnoe, and constipation. Gynecologic cancer can also trigger sleep and sexual disturbance which could be managed by hormonal therapy and antidepressants. Paliative surgery could be performed in the case of malignant colon obstruction, while paliative radiotherapy and chemotherapy may be used both as definitive and adjuvant therapy. Radiotherapy decrease lymph engorgement and cope the gynecologic bleeding, while chemotherapy is believed to lengthen overall survival and progression free survival. Paliative care can also be conducted at home (hospice care). Hospice care is held in terminal stage patient with life expectancy less than six month. Communication is another important thing to breaking bad news in proper time and manner. For dying patients, it is crucial to provide comfort, unnecessary medications should not be continued. In conclusion, paliative therapy in gynecologic cancer patients could be given along or after definitive treatment. Paliative therapy is addressed to reduce disease symptoms and improve quality of life. [JK Unila. 2016; 1(2): 436-442]

Keywords: gynecology cancer, hospice care, paliative therapy

Korespondensi: dr. Syifa Alkaf, SpOG | Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya, Jl. Dr. M. Ali Km 3,5 Palembang | HP 082176482220 | e-mail: dear.syifa@gmail.com

Pendahuluan

Semakin tingginya jumlah penderita kanker pada tahun-tahun belakangan, terutama mereka yang didiagnosis pada stadium lanjut, membuat semakin rumit dan kompleks terapi yang harus diberikan. Berbagai modalitas pengobatan kanker juga membuat efek samping dan toksisitas menjadi berlipat ganda yang pada akhirnya terakumulasi dan menyebabkan berbagai gangguan dan disabilitas pada penderita kanker sendiri. Pada

sebagian besar stadium yang tidak dapat disembuhkan tersebut, pendekatan yang diberikan adalah paliatif, yang terutama bertujuan meningkatkan kualitas hidup penderita dan mengurangi gejala penyakit.^{1,2}

Terapi paliatif atau perawatan paliatif merupakan perawatan yang terutama bertujuan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan gejala ataupun gangguan akibat penyakit tanpa bertujuan menyembuhkan penyakitnya sendiri. Tujuan terapi paliatif adalah

untuk mengantisipasi, mencegah, dan mengurangi penderitaan pasien dan sedapat mungkin meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya, tanpa dipengaruhi stadium penyakit ataupun kebutuhan terhadap terapi lainnya.^{1,3,5}

Perawatan paliatif memiliki tiga fase yang berbeda. Fase pertama adalah fase terfokus pada penyakit dengan tujuan memperpanjang usia penderita dan mempertahankan kualitas hidup dengan mencoba mengobati keganasan yang mendasari. Fase kedua adalah pendekatan berorientasi gejala. Fase ini dimulai ketika terapi antitumor dihentikan karena kurang efektif atau menimbulkan efek samping yang berat. Fokus fase ini adalah meningkatkan kualitas hidup dan stabilisasi penyakit serta pencegahan gejala. Sedangkan fase terakhir atau fase terminal adalah ketika penyakit menjadi semakin progresif dan kematian telah menjelang. Dalam fase ini, tujuannya terutama untuk membiarkan pasien menuju kematian dengan nyaman dengan mengatasi gejala dan mengurangi penderitaan dengan penerimaan terhadap hilangnya fungsi kognitif, emosional, ataupun fungsi sosial.⁶

Pendekatan terapi paliatif adalah berorientasi gejala, antara lain kelelahan, nyeri, mual dan muntah, diare, anoreksia, gangguan tidur, dan gangguan fungsi seksual. Kelelahan adalah salah satu gejala yang paling sering dijumpai pada pasien kanker, dengan prevalensi mencapai 78%. Kelelahan tidak hanya dijumpai pada pasien yang menjalani pengobatan antineoplasia, tetapi juga pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak sedang menjalani pengobatan anti kanker. Seperti anemia, kelelahan juga dapat mengurangi kualitas hidup penderita. Gejala ikutan yang dapat menambah kelelahan adalah dehidrasi, malnutrisi, infeksi, gangguan tidur, depresi, dan ansietas. Anemia mungkin merupakan penyebab terbesar kelelahan terkait kanker.^{1,7}

Pendekatan terbaik mengatasi kelelahan terkait kanker adalah etiologi, termasuk mengurangi penggunaan obat-obatan yang tidak berguna, mengatasi gangguan tidur, memperbaiki anemia dan abnormalitas metabolik lainnya, memperbaiki hidrasi dan status nutrisi pasien. Pasien dengan kelelahan terkait depresi dapat diberikan antidepresan, misalnya dengan *selective serotonin reuptake inhibitors* (SSRI) ataupun antidepresan trisiklik.^{1,6,7}

Berbagai penelitian acak terkontrol menunjukkan perbaikan tingkat kelelahan dengan mengoreksi anemia dengan epoetin alfa. Dari penelitian terhadap 375 pasien keganasan non myeloid, pemberian epoetin alfa tiga kali seminggu dapat meningkatkan level energi penderita, kemampuan melakukan aktifitas, dan kualitas hidup secara umum.⁷

Pemberian kortikosteroid dosis rendah dikatakan dapat mengurangi kelelahan pada penderita penyakit lanjut. Pendekatan lain yang paling penting adalah non farmakologi, misalnya pengaturan tempat dan waktu tidur yang lebih berkualitas, latihan fisik secara teratur setidaknya 6 jam sebelum waktu tidur dikatakan dapat mengurangi gejala kelelahan pada pasien.¹

Pasien kanker seringkali menderita nyeri akibat berbagai modalitas pengobatan dan pembedahan. Nyeri dapat mempengaruhi mood, aktifitas, kegembiraan, serta berhubungan dengan fungsi fisik dan sosial. Karena itu penting bagi klinisi untuk dapat menilai nyeri, yaitu dengan menentukan lokasi, intensitas, dan etiologi. Terapi dengan obat adalah yang utama dalam manajemen nyeri. Pemberian secara oral biasanya lebih digemari karena mudah, nyaman, dan lebih murah. Jika tidak dapat secara oral, maka pemberian yang lebih tidak invasif biasanya dipilih, misalnya pemberian perrektal ataupun transdermal.^{1,2,7}

Ada tiga tahapan pemberian analgetik untuk nyeri menurut *World Health Organization* (WHO). Filosofinya adalah dengan meningkatkan kekuatan terapi dari analgesik non opioid ke analgesik jenis opioid sesuai persistensi nyeri. Tahap pertama adalah analgetik yang paling ringan, yaitu asetaminofen dengan dosis maksimal 3g/hari. Selain itu beberapa NSAID yang non selektif maupun *COX-2 selektif inhibitor* dapat menjadi pilihan.^{2,7}

Tahap dua adalah analgesik yang mengandung opioid yang dikombinasi dengan analgetik non opioid seperti asetaminofen, misalnya kodein, hidrokodon, dan oksikodon. Kombinasi dengan analgesik non opioid dapat mengurangi atau meminimalisir dosis opioid yang diperlukan. Tahap ketiga apabila nyeri masih persisten adalah menggunakan analgetik dengan opioid kuat. Misalnya morfin, hidromorfin, oksikodon, dan fentanil. Pada nyeri kronik, tujuan utama terapi adalah menjaga pasien dalam status bebas nyeri dengan dosis analgetik seminimal mungkin.^{2,7}

Pada nyeri neuropatik akut, penggunaan kortikosteroid dosis tinggi ataupun antidepresan trisiklik seperti amitriptilin dapat menjadi pilihan. Beberapa agen non farmakologis juga dapat digunakan untuk meredakan nyeri pada pasien kanker, misalnya masase, kompres hangat/ dingin, serta mentol topikal.⁷

Mual dan muntah adalah efek samping yang paling ditakuti oleh pasien yang menjalani kemoterapi ataupun radioterapi. Mual dan muntah juga menyebabkan banyak pasien tidak melanjutkan pengobatan. Nausea terkait kemoterapi dikategorikan menjadi onset akut (terjadi kurang dari 24 jam setelah pemberian kemoterapi dan berlangsung beberapa jam) serta onset lambat (jika terjadi lebih dari 24 jam setelah kemoterapi dan berakhir sampai 6-7 hari setelah pengobatan) dan onset awal (terjadi sebelum dimulai kemoterapi, diduga merupakan efek kemoterapi sebelumnya serta akumulasi). Sedangkan penyebab lain mual-muntah antara lain stasis gatrik, obstruksi usus parsial ataupun komplrit, serta gangguan motilitas usus pada penyakit terminal.^{1,7}

Pendekatan pertama untuk mual-muntah pada pasien kanker adalah mengurangi sekresi gastrointestinal menggunakan obat-obatan antikolinergik ataupun analog somatostatin, misalnya ocreotide. Yang kedua adalah menggunakan obat-obatan antiemetik. Penggunaan kombinasi obat-obatan dengan mekanisme aksi yang berbeda dapat meningkatkan efektifitas pengobatan. Antagonis 5-HT₃ (misalnya ondansetron, granisetron, dolasetron) adalah obat pilihan untuk mual-muntah pada pasien kanker. Obat ini bekerja dengan memblok *reseptor serotonin chemoreceptor trigger zone* (CTZ) untuk mencegah muntah. Sedangkan metoklopramide dan ondansetron berperan untuk memperbaiki motilitas usus akibat stasis gatrik. Beberapa agen neuroleptik (misalnya haloperidol dan klorpromazin) ataupun antihistamin (misalnya dimenindrate atau siklizine) juga dapat digunakan. Agen terapi baru, yaitu antagonis reseptor neurokinin-1, dapat mencegah mual akibat obat kemoterapi yang sangat emetogenik.^{1,2,6,7}

Diare merupakan komplikasi yang umum terjadi pada pasien yang mendapatkan radiasi pelvis. Manajemen umum adalah pemberian antisekretori yang sama yang digunakan untuk mencegah muntah, misalnya ocreotide. Ocreotide mencegah pelepasan berbagai hormon gastrointestinal sehingga dapat

mencegah sekresi gastrointestinal, memperlambat motilitas usus, dan meningkatkan absorpsi air dan elektrolit, serta mencegah proses inflamasi di usus.

Penting juga untuk mencari adanya bukti infeksi misalnya oleh *Salmonella*, *Shigella*, atau *Escherichia coli*, ataupun *Clostridium difficile*, terutama pada pasien *immunocompromised* ataupun yang pernah mendapat terapi antibiotik sebelumnya.

Pada pasien yang mendapat terapi opioid, laksansia harus disandingkan karena 90% opioid akan menyebabkan konstipasi. Laksansia dapat berupa pelunak tinja (seperti sodium dokusanoat), stimulan usus (misalnya senna) dua tablet pada malam hari, dan pembentuk massa tinja (misalnya laktulosa). Jika masih berlanjut, sodium dokusanoat enema dapat digunakan.^{2,5}

Cacheksia pada pasien keganasan dapat terjadi secara independen melalui sitokin proinflamasi dan faktor penanda tumor lainnya yang menyebabkan proteolisis. Cacheksia akhirnya mengakibatkan kelemahan, hipoalbuminemia, gangguan sistim imun, disfungsi metabolik, dan gangguan otonom. Pasien dengan cacheksia dinilai derajat beratnya kehilangan berat badan, lalu atasi beberapa penyakit penyerta, misalnya stomatitis, mukositis, mual-muntah, konstipasi, dispnea, nyeri, ataupun gangguan pola makan.

Perlu juga menilai adanya gangguan sistem endokrin (misalnya adanya hipotiroid), dan abnormalitas metabolik (misalnya hiperkalsemia). Pemberian perangsang nafsu makan dapat digunakan, misalnya megesterol asetat 400-800 mg perhari, ataupun prednison 10-20 mg dua kali sehari. Beberapa nutrisi tambahan, baik enteral maupun parenteral harus dipertimbangkan dengan baik, karena sebagian kanker stadium terminal mengalami kesulitan dalam metabolisme, dan adanya cairan serta infeksi yang dapat mempercepat kematian. Pemberian nutrisi parenteral total hanya dipertimbangkan pada pasien dengan harapan hidup beberapa bulan hingga tahun.⁵

Banyak diantara penderita kanker menderita gangguan tidur, sebagian karena depresi yang tidak teratasi, sebagian lagi karena efek samping dan gejala putus pengobatan, serta akibat gangguan lain yang mendasari. Intervensi yang diberikan tergantung juga dengan usia harapan hidup pasien, pada pasien dengan harapan hidup bulan sampai tahun, intervensinya adalah dengan pemberian antidepresan, pengobatan insomnia dengan

zolpidem 5-10 mg, lorazepam 0,5-1 mg, atau trazodone 25-100 mg peroral menjelang tidur. Atasi juga penyebab primer misalnya *obstructive sleep apnea (OSA)*, atau *periodic limb movement disorder (PLMD)*. Untuk *restless leg syndrome* dapat diberikan Ropinirole 0,25-4 mg peroral menjelang tidur. Pada pasien menjelang kematian, dengan keluhan insomnia, dapat dipilih sedasi kuat misalnya chlorpromazine 25-100 mg peroral atau per rectal, atau quetiapine 25-50 mg peroral sebelum tidur.⁵

Gangguan fungsi seksual dapat terjadi pada pasien kanker ginekologi karena tiga alasan, yaitu fisiologis, anatomis, dan psikologis, ataupun kombinasi ketiganya. Wanita yang menjalani ooforektomi mengalami berkurangnya produksi hormon estrogen dan testosteron sehingga dapat terjadi kekeringan vagina, *hot flushes*, menurunnya libido, kurangnya tenaga, serta menurunnya kemampuan sensasi genital dan orgasme.^{1,7}

Secara anatomis, 4-100% wanita yang menjalani histerektomi radikal melaporkan vagina yang memendek dan 17-58% melaporkan berkurangnya lubrikasi. Selain itu wanita yang menjalani radioterapi pelvis juga rentan menderita stenosis vagina dan gangguan fungsi ovarium. Kepercayaan diri pasien kanker ginekologi juga banyak menurun karena hilangnya fungsi reproduktif, alasan kosmetik, serta akibat efek samping kemoterapi seperti alopesia. Hal ini dapat menyebabkan berkurang sampai hilangnya libido, mengakibatkan dispareuni, ansietas, sampai depresi.^{1,7}

Pengobatan pada pasien dengan gangguan fungsi ovarium dapat berupa terapi sulih hormon. Kekeringan vagina dapat dibantu dengan gel lubrikasi, minyak vitamin E, maupun preparat estrogen krim. Stenosis vagina dapat diatasi dengan pemakaian dilator vagina ataupun pasien dapat disarankan melakukan hubungan seksual teratur dengan pasangan. Yang paling penting adalah melakukan edukasi dan konseling pada pasien dan pasangan, meningkatkan kepercayaan diri pasien terhadap pasangan, dan mencegah depresi dan frustrasi.^{1,2,7}

Pasien keganasan dengan gejala dispnea, harus dinilai intensitas gejalanya, Selanjutnya, komorbiditas yang mendasari harus dicari dan diatasi, baik dengan kemoterapi, terapi radiasi, bronkoskopi, ataupun prosedur invasif pada toraks, pleura, kardiak, cairan ascites, dll. Terapi farmakologis yang dapat dipilih antara

lain dengan bronkodilator, antisekresi (antikolinergik), diuresis, steroid, dan antibiotik sesuai etiologi yang mendasari.⁵ Untuk dispnea yang diinduksi nyeri, dapat diberikan opioid misalnya morfin 2,5-10 mg peroral tiap 4 jam atau intravena 1-3 mg jika perlu. Sedangkan obat-obatan penenang dapat diberikan golongan benzodiazepin misalnya lorazepam 0,5-1 mg tiap 4 jam.⁵

Pembedahan paliatif pada kanker ginekologis dilakukan pada kasus obstruksi usus maligna yang disebabkan penekanan oleh massa tumor diluar usus, ataupun karena hipoperistalsis akibat adanya implantasi sel-sel kanker ke usus ataupun mesenterium. Gejalanya antara lain kolik usus, nyeri perut kontinyu, mual dan muntah.^{1,8}

Jenis pembedahan yang dilakukan antara lain *Percutaneous endoscopic gastrostomy (PEG)*, sten endoskopik, maupun enterokolostomi. Studi yang dilakukan oleh Tamar L dkk.¹⁰ membedakan etiologi maligna dan jinak pada pasien kanker ginekologi yang mengalami obstruksi usus.⁸

Pasien yang mengalami asites maligna akibat penyebaran kanker ke rongga peritoneum dapat dilakukandekompresi cairan asites melalui parasintesis. Pasien tersebut harus diawasi terhadap kemungkinan imbalance cairan dan elektrolit.¹ Fistula traktus urinarius dan kolon merupakan komplikasi dari keganasanginekologi progresif. Karena fistula dapat mengakibatkan dampak yang signifikan pada kualitas hidup, terapi pembedahan berupa diversifikasi urin ataupun fekal dapat menjadi pilihan untuk mengurangi gejala inkontinensia. Ligasi ureter bersamaan dengan nefrostomi merupakan pilihan lain.

Untuk fistula kolovaginal/ rektovagina dapat dipaliasi dengan kolostomi melalui mini laparotomi. Sedangkan pada fistula enterokutan, dapat dilakukan pendekatan konservatif dengan obat antisekretori, penggunaan kantung stoma, ataupun krim penahan untuk melindungi kulit disekitar fistula tersebut.^{1,2}

Efusi pleura banyak juga banyak ditemukan pada penderita kanker ovarium, menyebabkan gejala sesak nafas disertai nyeri. Manajemennya terutama mengatasi penyakit yang mendasari, apabila disebabkan edema pulmonum dan gagal jantung, biasanya akan membaik dengan retriaksi cairan. Akan tetapi untuk efusi pleura maligna, ada beberapa pilihan terapi yang tersedia, yaitu sklerosis langsung dengan obat kemoterapi melalui *chest*

tube. Pilihan lain adalah dengan *video-assisted thoracoscopic surgery* (VATS) dan *pleurodesis* untuk memasukkan agen sklerosis seperti *talc* ke rongga pleura, 90% efektif dalam mengatasi gejala efusi pleura.^{2,11}

Selain untuk pengobatan definitif dan ajuvan, radioterapi juga bisa digunakan sebagai terapi paliatif pada pasien keganasan ginekologi stadium lanjut. Tujuannya terutama untuk mengurangi ataupun memperbaiki gejala. Dua gejala yang paling banyak terkontrol pada radioterapi adalah nyeri dan pendarahan pervaginam. Gejala lain akibat penekanan aliran limfe, edema, obstruksi usus, serta metastase pada tulang dan otak juga menunjukkan perbaikan paska radioterapi.^{12,13,14}

Studi fase I oleh Luciana C dkk.¹⁵ menilai efektifitas pemberian radioterapi dan maksimum dosis yang dapat ditolerir. Hasilnya, pemberian radioterapi rentang pendek dengan dosis 18 Gy dibagi 4 fraksi jangka pemberian selama dua hari dengan jarak minimal 8 jam menunjukkan remisi gejala (komplis maupun parsial) sebesar 88,9% dengan tingkat toksisitas yang masih bisa ditolerir (level 1-2 dari skala toksisitas RTOG).

Penggunaan radioterapi sebagai terapi paliatif untuk menghilangkan gejala pada pasien stadium terminal, dapat menjadi pilihan, karena baiknya respon terapi dan minimalnya toksisitas jika dibandingkan dengan kemoterapi, selain itu apabila disandingkan dengan kemoterapi, radioterapi hiperfraksi dosis rendah (80 cGy perkali sebanyak dua kali sehari dengan total 2600-3040 cGy) dapat bermanfaat pada kanker ovarium rekuren dan persisten.¹⁶

Sebuah tinjauan sistematik dilakukan Chow dkk.¹⁷ mengenai radioterapi paliatif untuk menghilangkan gejala nyeri pada kanker ginekologi yang metastase ke tulang. Hasilnya, dari 16 studi yang didapat, tidak terdapat perbedaan bermakna terhadap rerata respons terhadap nyeri antara pemberian radioterapi fraksi tunggal dibanding multi fraksi, begitu juga dengan tingkat toksisitas akut yang terjadi.

Efek samping radioterapi, terutama apabila diberikan sinambung dengan kemoterapi perlu difikirkan. Efek samping juga bertambah signifikan dengan penggunaan *whole abdominal irradiation* sehingga sekarang jarang digunakan. Meskipun pada umumnya ditemukan pada derajat rendah (*grade I* dan *II* RTOG *radiotherapy related toxicity*), radioterapi juga dapat menimbulkan netropeni,

gangguan gastrointestinal, dan neuropati perifer.^{3,12}

Pada kasus kanker stadium terminal, kemoterapi salah satunya ditujukan untuk mengurangi gejala akibat kanker, selain untuk memperpanjang *overall survival* (OS) dan *progression free survival* (PFS). Akan tetapi pertimbangan manfaat dan risiko toksisitas dan penurunan kualitas hidup harus menjadi pertimbangan mendasar terhadap pemilihan kemoterapi paliatif.¹⁸ Studi oleh David Moore, dkk.¹⁹ menilai efektifitas cisplatin dibanding kombinasi cisplatin- paclitaxel untuk pengobatan karsinoma serviks stadium IVB yang rekuren atau persisten, hasilnya ada perbedaan bermakna pada *progression free survival* (PFS), namun tidak pada *overall survival* (OS). Tidak terdapat bukti peningkatan neuropati perifer pada penambahan paclitaxel terhadap cisplatin untuk pengobatan kanker serviks, dengan meningkatnya respon terapi dan PFS dibanding kemoterapi kombinasi lainnya.²⁰

Berdasarkan studi oleh kelompok Ginekologi Onkologi (2008), efek myelosupresi akibat kemoterapi berbasis cisplatin dikatakan lebih dapat ditolerir oleh wanita kulit hitam dengan PFS yang ditemukan lebih baik. Beberapa studi juga menunjukkan manfaat kemoterapi sebagai *radiosensitizer* pada radioterapi paliatif. Dari studi kohort terhadap 43 pasien karsinoma endometrium yang mendapat paclitaxel-carboplatin sebelum radiasi pelvis mendapatkan hasil *disease-free survival* rata-rata sebesar 50 bulan, dengan PFS dan OS tiga tahunnya sebesar masing-masing 53% dan 68%.^{21,22}

Pada pasien kanker stadium terminal, fokus terapi adalah membuat pasien merasa nyaman dan tenang, oleh karena itu perawatan rumah adalah pilihan yang lebih baik untuk pasien dan keluarganya. Di Indonesia, perawatan paliatif di rumah biasanya memerlukan kunjungan tim kesehatan secara teratur di rumah. Tim dapat terdiri dari dokter, perawat, atau bidan yang melakukan pemeriksaan dan penilaian kesehatan penderita. Selain itu, diperlukan relawan ataupun pekerja sosial baik dari lembaga swadaya masyarakat, lingkungan tempat tinggal, atau keluarga pasien sendiri yang dapat membantu menjaga dan merawat penderita di rumah.^{23,24}

Di Amerika, program perawatan rumah untuk pasien kanker terminal disebut *hospice care*. *Hospice care* adalah program perawatan berkualitas untuk orang-orang yang menderita penyakit yang tak dapat disembuhkan, dengan

memberikan pelayanan berupa terapi kedokteran profesional, penanggulangan nyeri, dan dukungan emosional dan spiritual sesuai keinginan dan kebutuhan pasien dan keluarganya. Program ini diregulasi pemerintah melalui NPHCO (*National hospice and palliative care organization*) dan ditujukan untuk pasien dengan ketentuannya harapan hidup kurang dari enam bulan, adanya keinginan pasien sendiri untuk dirawat di rumah.^{23,24}

Penting untuk mengetahui dan mempraktekkan ketrampilan menyampaikan berita buruk, baik pada pasien maupun keluarganya. Isunya adalah bagaimana menyampaikan kondisi pasien secara jujur dan terbuka dengan tetap menjaga optimisme dan harapan pasien.^{1,10}

Pemilihan waktu kapan saat yang tepat menyampaikan informasi menentukan keberhasilan, terutama jika kematian sudah menjelang. Dengan melibatkan pihak dan profesional lain, dokter dapat menghindari dari beban menjadi satu-satunya tumpuan pasien dan keluarganya terhadap penyakit yang sudah progresif dan terminal.^{1,10,17} Ketika penyakit semakin progresif dan kematian sudah menjelang, tujuan utama perawatan paliatif adalah membuat pasien merasa nyaman menemui kematiannya, dan keluarga yang ditinggalkan juga dapat melalui proses kehilangan tersebut dengan baik. Pengobatan yang sudah tidak memiliki manfaat dan mengurangi rasa nyaman pasien sebaiknya dihentikan. Beberapa intervensi dan tindakan yang tidak diinginkan tidak perlu dilakukan, meskipun batasan dari 'kesia-siaan' pengobatan tersebut belum ada kesepakatan yang jelas dari para ahli.^{17,23}

Ringkasan

Terapi paliatif bukan bertujuan menyembuhkan, tapi lebih pada mengatasi gejala dan meningkatkan kualitas hidup. Pendekatannya adalah mengatasi gejala simptomatik akibat penyakit kanker sendiri ataupun efek samping dari pengobatan antikanker yang diterima pasien, misalnya kelelahan, nyeri, mual-muntah, diare dan konstipasi, gangguan tidur, dsb.

Beberapa intervensi pembedahan, radioterapi, dan kemoterapi dapat diberikan baik untuk mengatasi gejala yang mengganggu maupun untuk memperpanjang usia harapan hidup pada kanker stadium lanjut yang tidak dapat disembuhkan. Ketika sudah mendekati akhir, adalah penting untuk membantu pasien

menemui kematiannya dengan nyaman dan tenang, bila perlu dengan menghentikan segala bentuk tindakan dan intervensi medis yang tidak bermanfaat.

Kesimpulan

Terapi paliatif pada penderita keganasan ginekologi dapat diberi bersamaan ataupun setelah terapi definitif. Terapi paliatif ditujukan untuk mengurangi gejala penyakit dan memperbaiki kualitas hidup pasien. Pada pasien stadium terminal, intervensi medis yang berlebihan dan sia-sia sebaiknya dihindari untuk kenyamanan pasien.

Daftar Pustaka

1. Monk BJ, Wenzel L. Palliative Care and Quality of Life. In DiSaia PJ, Creasman WT, editors. *Clinical Gynecologic Oncology*. Edisi ke-7. Elsevier. 2007.
2. Cappucini F, Petty W, Cain J. Palliative care: A critical component of care. *Current Obstet Gynaecol*. 2003; 13; 166-72.
3. Penson RT, Wenzel LB, Vergote I, Cella D. Quality of life consideration in gynecologic cancer. *Int Fed of Gynecol and Obstet*. 2006; p.S247-57.
4. Bakitas M, Lyons KD, Hegel MT, Balan S, Brokaw FC, Seville J, et al. Effects of a palliative care intervention on clinical outcomes in patients with advanced cancer. *J Am Medical Association*. 2009; 302(7): 741-9.
5. Levy MH, Adolph MD, Back A, Block S, Codada SN, Dalal S. Palliative care; NCCN Clinical Guidelines in Oncology. 2012; 2.
6. Trajkovic M, Vidakovic M, Graeff AD, Voest E, Teunissen S. Symptoms tell it all: A systematic review of the value of symptom assessment to predict survival in advanced cancer patients. *Oncology Hematology*. 2012; 84:130-48.
7. Wenzel L, Vergote I, Cella D. Quality of life in patients receiving treatment for gynecologic malignancies: Special considerations for patient care. *International Fed of Gynecol and Obstet*. 2006; 211-29.
8. Pothuri B, Hoskins WJ. Role of palliative surgery in ovarian cancer. *Gynaecol Practice*. 2002; 2: 23-8.
9. Ripamonti CI, Easson AM, Gerdes H. Management of malignant bowel obstruction. *Europ J Cancer*. 2008; 44: 1105-15.
10. Mirensky TL, Schuter KM, Ali UA, Reddy V, Schwartz PE, Longo WE. Outcomes of small

- bowel obstruction in patients with previous gynecologic malignancies. *Am J Surgery*. 2012; 203: 472-9
11. Whitworth JM, Schneider KE, Fauci JM, Bryant AS, Cerfolio RJ, Straughn M. Outcomes of patients with gynecologic malignancies undergoing video-assisted thoracoscopic surgery (VATS) and pleurodesis for malignant pleural effusion. *Gynecologic Oncology*. 2012; 125: 646-8.
 12. Smith SC. Palliative radiation therapy for gynaecological malignancies. *Best practice & Research Clinical Obstet Gynaecol*. 2001; 15(2): 265-78.
 13. Tinger A, Waldron T, Peluso N, Katin MJ, Dosorotez DE, Blitzer PH, et al. Effective palliative radiation therapy in advanced and recurrent ovarian carcinoma. *Int J Radiation Oncology*. 2001; 51(5): 1256-63.
 14. Choan E, Quon M, Gallant V, Samant R. Effective palliative radiotherapy for symptomatic recurrent or residual ovarian cancer. *Gynecol Oncology*. 2006; 102: 204-9.
 15. Caravatta L, Padula G, Macchia G, Ferrandina G, Bonomo P, Deodato F, et al. Short-course accelerated radiotherapy in palliative treatment of advanced pelvic malignancies: A phase I study. *Int J Radiation Oncology*. 2012; 83(5): e627-31.
 16. Lonkhuijzen LV, Thomas G. Palliative radiotherapy for cervical carcinoma, a systematic review. *Radiotherapy and Oncology*. 2011; 98: 287-91.
 17. Chow E, Harris K, Fan G, Tsao M, Sze WM. Palliative radiotherapy for bone metastases: A systematic review. *J Clin Oncology*. 2007; 25(11): 1423-36.
 18. Dodwell DJ, Rathmell AJ, Ash DV. Assessment of palliative chemotherapy: A step beyond response. *Clin Oncology*. 1993; 5: 114-7.
 19. Moore DH, Blessing JA, McQuellon RP, Thaler HT, Cella D, Benda J. Phase III study of cisplatin with or without paclitaxel in stage IVB, recurrent, or persistent squamous cell carcinoma of the cervix: A gynecologic oncology group study. *J Clin Oncology*. 2004; 22(15): 3113-9.
 20. Cella D, Huang HQ, Monk BJ, Wenzel L, Benda J, McKeekin DS. Health-related quality of life outcomes associated with four cisplatin-based doublet chemotherapy regimens for stage IVB recurrent or persistent cervical cancer: A gynecologic oncology group study. *J Gynecol Oncology*. 2010; 119: 531-7.
 21. Plaxe SC, Brooks SE, Tian C, Bloss JD, Moore DH, Long HJ. Influence of race on tolerance of platinum-based chemotherapy and clinical outcomes in women with advanced and recurrent cervical cancer; A pooled analysis of 3 gynecologic oncology group studies. *Am J Obstet gynecol*. 2008; 99: 539.e1-6.
 22. LupeK, D'Souza DP, Kwon JS, Radwan JS, Harle IA, Hammond JA, et al. Adjuvant carboplatin and paclitaxel chemotherapy interposed with involved field radiation for advanced endometrial cancer. *Gynecol Oncology*. 2009; 114:94-8.
 23. National Hospice and Palliative Care Organization. *Hospice care in America*. 2012.
 24. Suhatno. *Perawatan Paliatif*. Dalam Aziz MF, Andrijono, Saifuddin AB, editor. *Buku Acuan Nasional Onkologi Ginekologi*. Edisi ke-1. Jakarta: Yayasan Bina Pustaka Sarwono Prawiroharjo; 2006