

Case Report

MANAJEMEN NYERI PASCA-BIOPSI KANKER NASOFARING PADA REMAJA

Intan Widya Astuti^a, Astrid Pratidina Susilo^{b,c}

^a Program Studi Profesi Dokter, Fakultas Kedokteran, Universitas Mulawarman, Samarinda, Indonesia

^b SMF Anestesiologi dan Terapi Intensif, RSUD Abdoel Wahab Sjahranie, Samarinda, Indonesia

^cFakultas Kedokteran, Universitas Surabaya, Surabaya, Indonesia

Korespondensi: intanwidya10@gmail.com

Abstrak

Karsinoma nasofaring (KNF) adalah tumor ganas yang tumbuh di daerah nasofaring dengan predileksi pada fossa Rossemuller dan atap nasofaring. Histopatologi dari biopsi nasofaring merupakan baku emas untuk diagnosis KNF. Biopsi dapat menyebabkan nyeri, risiko perdarahan, dan efek traumatis. Oleh karena itu tindakan biopsi pada anak dan remaja membutuhkan fasilitasi anestesi. Laporan kasus ini bertujuan mendiskusikan remaja 14 tahun dengan KNF yang menjalani biopsi untuk evaluasi hasil radioterapi dan kemoterapi. Manajemen nyeri pasca-biopsi membutuhkan pengkajian dan pengukuran yang benar. Komunikasi yang baik antara klinisi, orangtua, dan remaja penting dalam membangun kesepakatan bersama untuk keberhasilan pengobatan yang optimal dan pemulihan pasien.

Kata kunci: Karsinoma nasofaring, manajemen nyeri, komunikasi, remaja

Abstract

Nasopharyngeal carcinoma (NPC) is a malignant tumor that grows in the nasopharynx with a predilection for the Rossemuller fossa and the roof of the nasopharynx. The histopathology of nasopharyngeal biopsy is the gold standard for the diagnosis of NPC. Biopsy often causes pain, risk of bleeding, and traumatic effects. Therefore, biopsy in children and adolescents requires anesthesia. This case report aims to discuss a 14-year-old adolescent with NPC who underwent a biopsy to evaluate radiotherapy and chemotherapy results. Post-biopsy pain management requires proper assessment and measurement. Good communication between clinicians, parents, and adolescents is essential in building a mutual agreement for optimal treatment success and patient recovery.

Key words: Nasopharyngeal carcinoma, pain management, communication, adolescent

PENDAHULUAN

Pengambilan jaringan melalui biopsi dapat menyebabkan nyeri dan perdarahan.¹ Manajemen nyeri pasca-biopsi pada remaja membutuhkan pengkajian dan pengukuran yang sesuai dengan usianya.² Remaja memiliki cara mengekspresikan nyeri yang berbeda dari kelompok usia anak lainnya. Remaja dapat melokalisasi, mengungkapkan atau menyangkal rasa nyeri. Remaja dapat mengalami perubahan pola tidur atau nafsu makan, menunjukkan ketegangan, atau menunjukkan perilaku regresif pada keluarganya karena nyeri yang dialaminya. Pengukuran nyeri pada remaja dapat menggunakan *Visual Analog Scale* (VAS), *Numerating Rate Scale* (NRS), Skala Wajah Wong Baker dan Kuesioner Nyeri McGill.^{3,4}

Bagian integral dari persiapan pra bedah adalah komunikasi dengan orang tua dan remaja yang disesuaikan dengan usianya. Pengetahuan tentang sejauh mana prosedur pembedahan dan tingkat nyeri yang diantisipasi penting untuk manajemen nyeri perioperatif yang baik.² Komunikasi dengan remaja perlu mempertimbangkan perasaan mereka, membangun suasana komunikasi yang ramah, dan menghindari kemungkinan mereka menutup diri. Pemberian ruang untuk remaja berpendapat dan bertanya diperlukan agar remaja mau mengekspresikan perasaannya seperti rasa cemas, khawatir dan takut terhadap tindakan yang akan dilakukan.^{5,6} Rasa cemas yang berlebihan dapat mempengaruhi bagaimana pasien mengalami nyeri dan memperburuk atau memperpanjang nyeri akut.⁶

Laporan ini melaporkan sebuah kasus manajemen nyeri pasca-biopsi pada remaja laki-laki usia 14 tahun dengan diagnosis KNF.

KASUS

Seorang remaja laki-laki berusia 14 tahun masuk rawat inap di RSUD A. W. Sjahranie Samarinda untuk dilakukan biopsi sebagai evaluasi pengobatan KNF. Pasien telah melakukan pengobatan radioterapi dan kemoterapi. Pasien sering mengeluh telinga berdenging dan mimisan tanpa disertai nyeri. Pasien sebelumnya pernah menjalani pembedahan, yaitu biopsi dengan hasil *undifferentiated carcinoma*. Pasien tidak pernah menderita penyakit lain, tidak memiliki alergi, tidak merokok, serta tidak mengonsumsi alkohol dan obat rutin.

Pada pemeriksaan fisik ditemukan pasien dengan BB 36 kg dan TB 146 cm. Kesadaran komposmentis. Tekanan darah pasien 100/70 mmHg, nadi 90 kali/menit, laju nafas 20 kali/menit, dan suhu 36°C. Mallampati grade 1, buka mulut >3 jari, gigi komplrit, tidak ada gigi goyang dan gigi palsu, serta leher bebas digerakkan. Pada pemeriksaan paru, jantung, abdomen, dan ekstremitas tidak didapatkan kelainan.

Pasien diklasifikasi sebagai ASA *physical status* 2 atau pasien dengan penyakit sistemik ringan. Pemeriksaan laboratorium darah lengkap menunjukkan jumlah leukosit menurun yaitu 3.540/ μ L.

Pasien dan keluarganya sudah diberikan kunjungan pra anestesi dan mendapatkan penjelasan mengenai diagnosis, dasar diagnosis, tindakan, indikasi, tata cara, tujuan, risiko, komplikasi, prognosis serta alternatif tindakan. Penjelasan risiko mencakup kemungkinan munculnya nyeri pasca-tindakan dan pengelolaannya. Pasien menjalani puasa selama enam jam sebelum pembiusan.

Pasien diberikan anestesi umum menggunakan midazolam, fentanyl, propofol, dan rocuronium. Setelah itu, dilakukan pemasangan intubasi endotrakeal melalui mulut pasien. Biopsi berlangsung selama 1 jam 15 menit dengan tanda vital selama biopsi tetap stabil. Pada akhir biopsi, pasien diberikan neostigmin methylsulphate sebagai antagonis dari rocuronium dan sulfas atropin sebagai anti-muskarinik. Pasien mendapatkan antiemetik ondancetron 4 mg dan dexametason 10 mg, serta antinyeri paracetamol 750 mg dan ketorolac 20 mg dengan injeksi intravena.

Pasien bangun dan langsung menangis. Pengukuran skala nyeri dengan menggunakan VAS dan NRS tidak dapat dilakukan karena pasien tidak mau menjawab dan terus menangis ketika ditanya. Penilaian menggunakan skala Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) pada pasien menunjukkan skor 5, di mana wajah pasien berkerut (1), tungkai gelisah (1), aktivitas bergerak pelan, tangisannya berupa merengek dan kadangkala menangis (1), serta rewel (1). Tekanan darah pasien 115/60 mmHg, nadi 70 kali/menit, laju nafas 18 kali/menit, dan suhu 36°C. Petugas kesehatan mencoba menenangkan pasien dengan mengajak berkomunikasi. Di ruang pemulihan, dilakukan pemeriksaan dan pemantauan tanda vital berkala. Setelah skor Aldrete 10 dan pasien tenang, pasien pindah ke bangsal.

PEMBAHASAN

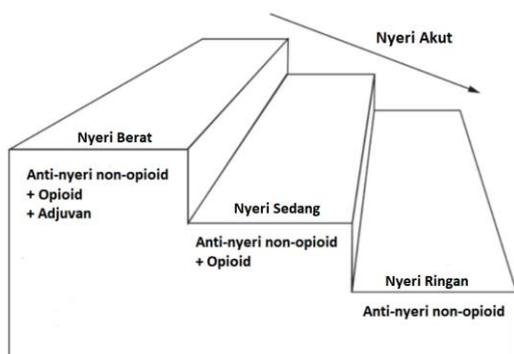
Manajemen nyeri merupakan salah satu manajemen perioperatif dan pasca-anestesi dari pasien pasca-bedah. *American Society of Anesthesiologists (ASA)* menyebutkan bahwa penilaian rutin dan pemantauan nyeri dapat

mendeteksi komplikasi, mengurangi hasil yang merugikan, dan harus dilakukan selama munculnya nyeri dan pemulihan nyeri pasca-bedah.⁷

Manajemen nyeri pasca-bedah meliputi penilaian dan pengukuran nyeri. Remaja sudah mampu untuk melokalisasi, mengungkapkan atau menyangkal rasa nyeri. Berdasarkan hal tersebut, penilaian intensitas nyeri pada remaja dapat menggunakan skala VAS dan NRS. Namun, dapat terjadi kesulitan dalam penggunaannya saat pasca-bedah.³ Pada kasus ini, dijumpai kesulitan dalam penggunaan skala VAS dan NRS karena pasien cenderung menangis dan tidak menjawab bila ditanya. Berdasarkan kondisi pasien, maka Skala Wajah Wong Baker dan Kuesioner Nyeri McGill tidak dapat digunakan untuk menilai intensitas nyeri pada kasus ini.

Face, Legs, Activity, Cry and Consolability (FLACC) adalah metode lain untuk mengukur nyeri dan dapat digunakan untuk anak yang tidak dapat dinilai dengan skala lain.⁸ Berdasarkan hal tersebut maka FLACC dapat digunakan dalam kasus ini. Penilaian intensitas nyeri menggunakan skala FLACC menunjukkan skor 5 yang berarti nyeri sedang. Manajemen nyeri pada remaja meliputi intervensi farmakologis dan non-farmakologis. Edukasi nyeri adalah salah satu intervensi non-farmakologis. Menurut *American Pain Society*, edukasi nyeri, seperti intervensi dan manajemen nyeri pasca-bedah selama kunjungan prabedah untuk pasien dan keluarganya penting untuk pemahaman mereka terhadap manajemen nyeri.⁹ Pada kasus ini telah dilakukan kunjungan pra anestesi. Pada kunjungan pra-anestesi, remaja dan keluarga mendapatkan penjelasan mencakup kemungkinan munculnya nyeri pasca-tindakan dan pengelolaannya. Komunikasi antara dokter dan remaja yang dilakukan secara hati-hati dan

hadirnya keluarga saat memberikan penjelasan diharapkan dapat membentuk komunikasi yang baik antara dokter, orang tua dan remaja untuk keberhasilan pengobatan yang optimal.⁵



Gambar 1. Modifikasi Tangga Nyeri WHO untuk Manajemen Nyeri Akut⁵

WHO merekomendasikan tangga nyeri untuk manajemen nyeri. Tangga nyeri ini pada awalnya digunakan untuk penanganan nyeri kanker. Karena nyeri pasca-biopsi adalah nyeri akut yang diharapkan menurun seiring waktu, maka penurunan rejimen pada kasus ini dapat menggunakan tangga nyeri WHO dimodifikasi untuk manajemen nyeri akut (Gambar 1). Pasien dalam kasus ini menderita nyeri sedang, maka pemberian anti-nyeri yang sesuai yaitu kombinasi opioid dan non-opioid dan dilanjutkan pemberian anti-nyeri non-opioid bila nyeri berkurang.¹⁰

Pemberian anti-nyeri non-opioid saja tidak cukup untuk mengatasi nyeri pada pasien. Namun demikian, ketidaksesuaian ini dapat disebabkan oleh bias dari penilaian intensitas nyeri secara subjektif oleh pemeriksa sehingga hasil penilaian nyeri tidak sesuai dengan terapi yang diberikan.¹¹ Respon fisiologis nyeri seperti takikardi, takipnu, dan hipertensi, dapat menjadi indikator nyeri.¹² Pada kasus tidak didapatkan temuan klinis tersebut. Tidak adanya temuan klinis tersebut tidak

berarti bahwa pasien tidak merasakan nyeri.¹² Faktor lain yang mungkin mempengaruhi yaitu kurang kuatnya terapi non farmakologis lain yang dapat diberikan untuk menenangkan remaja seperti menghadirkan keluarga dan memberikan pengalihan. Pengalihan yang dapat dilakukan yaitu dengan mengajak remaja untuk mengobrol atau latihan nafas dalam.⁴

SIMPULAN

Manajemen nyeri pada remaja perlu pengkajian dan pengukuran yang disesuaikan dengan usianya. Dengan demikian intervensi yang diberikan dapat optimal dalam mengatasi nyeri yang dirasakan oleh remaja.

DAFTAR PUSTAKA

1. Kristyono I, Yusuf M. Comparisons of Cytological Results from Brushing Method Under Nasopharyngoscopy Guidance and Histopathological Results from Blind Biopsy of Nasopharynx in Nasopharyngeal Carcinoma Patients. *International Journal of Nasopharyngeal Carcinoma (IJNPC)*. 2019;1(02):69-72.
2. Málek J, Ševčík P, Bejšovec D, Gabrhelík T, Hnilicová M, Křikava I, Mixa V. Postoperative pain management. Prague, Czech Republic: Mladá fronta, 2017.
3. Mazur A, Radziewicz Winnicki I, Szczepański T. Pain management in children. *Annals of Agricultural Environmental Medicine*. 2013;1(1):28-34.
4. Srouji R, Ratnapalan S, Schneeweiss S. Pain in children: assessment and nonpharmacological management. *International journal of pediatrics*. 2010;2010:47838.
5. Soenarto Y, Hapsara S. Membangun Hubungan Baik dengan Orang Tua dan Anak dalam Konteks Budaya Hirarkis Indonesia. In Claramita M, Susilo AP, Rosenbaum M, van Dalen J, editors. *Komunikasi Petugas*

Kesehatan dan Pasien dalam Konteks Budaya Asia Tenggara. Jakarta: EGC; 2016. p. 67-82.

6. Gai N, Naser B, Hanley J, Peliowski A, Hayes J, Aoyama K. A practical guide to acute pain management in children. *Journal of anesthesia*. 2020;34(3):421-433. Gambar 1, The World Health Organization (WHO) pain ladder modified for Acute Pain Management. Adjuncts include non-opioid analgesics such as ketamine, lidocaine, and gabapentinoids; h. 422.
7. Committee on Standards and Practice Parameters. Practice guidelines for postanesthetic care: an updated report by the American Society of Anesthesiologists Task Force on Postanesthetic Care. *Anesthesiology*. 2013;118(2):291-307.
8. Voepel-Lewis T, Malviya S, Merkel S, Tait AR. Behavioral pain assessment and the Face, Legs, Activity, Cry and Consolability instrument. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research. 2003;3(3):317-325.
9. Kalsay H. Assessment and treatment of pain in pediatric patients. *Current Pediatric Research*. 2017;21(1):148-157.
10. Republic of Rwanda Ministry of Health. Health sector policy. Kigali, Rwanda: Republic of Rwanda Ministry of Health; 2012.
11. von Baeyer CL. Children's self-reports of pain intensity: scale selection, limitations and interpretation. *Pain Research and Management*. 2006;11(3):157-162.
12. Erden S, Demir N, Ugras GA, Arslan U, Arslan S. Vital signs: Valid indicators to assess pain in intensive care unit patients? An observational, descriptive study. *Nursing & health sciences*. 2018;20(4):502-508.