

Survei Pengetahuan Dokter Spesialis terhadap Penggunaan Opiat pada Tatalaksana Nyeri Kanker di Rumah Sakit Pemerintah, Jakarta, 2017

LENNY INDRAYANI¹, RIANTO SETIABUDY¹, VIVIAN SOETIKNO¹, COSPHIADY IRAWAN²

¹ Departemen Farmakologi dan Terapeutik, Universitas Indonesia

² Departemen Ilmu Penyakit Dalam, Universitas Indonesia

Diterima: 11 September 2017; Direview: 12 September 2017; Disetujui: 2 November 2017

ABSTRACT

Treatment of cancer pain often requires opioids, and morphine is a gold standard in the management of severe cancer pain. Inadequate knowledge of cancer pain management causes opioid usage is not optimal. Indonesia is one of the countries with very low opioid consumption. The purpose of this study was to find out the physician's knowledge about the management of cancer pain in choosing opioid, administration, doses, side effects, addiction and factors of opioid that barrier in pain management.

This cross-sectional study was conducted in General Hospital Jakarta and a Private Hospital in Tangerang. Inclusion criteria were medical specialist who treating cancer pain. This study used questionnaires that filled out by respondents and confidential. Score of adequate knowledge was ≥ 70 , and to assess the relationship between knowledge of opioid use with specialization analyzed by Chi-square test and Fisher's exact if Chi-square requirement is not fulfilled. Statistical analysis was performed by SPSS version 20.

From a total of 146 distributed questionnaires, we received 103 questionnaires (70,5%). In this study, the majority of respondents (69,9%) had inadequate knowledge. The highest rate (70,55) was found in the choosing opioid section, while the lowest rate (49,5) was found in the opioid side effects section. There is no significant relationship between physician knowledge on opioid usage and specialization ($P=0,355$). Government regulation is major obstacle to opioid use, followed by lack of training, drug availability and knowledge of side effects

Keywords: Cancer pain management, Opioid, Physician knowledge.

ABSTRAK

Penatalaksanaan nyeri kanker sering kali membutuhkan opiat dengan morfin sebagai *gold standard* menurut panduan WHO *analgesic step ladder*. Pengetahuan penatalaksanaan nyeri kanker yang kurang menyebabkan penggunaan opiat yang tidak optimal. Indonesia merupakan salah satu negara dengan konsumsi opiat yang sangat rendah. Tujuan studi ini adalah untuk mengetahui pengetahuan dokter mengenai penanganan nyeri kanker dalam pemilihan opiat, cara pemberian, dosis, efek samping, dan adanya adiksi, serta faktor-faktor yang menjadi penghambat pada penanganan nyeri kanker.

Desain penelitian ini merupakan survei potong lintang (*cross sectional*) yang dilakukan terhadap dokter spesialis yang menangani nyeri kanker di Rumah Sakit Umum Pemerintah Jakarta dan salah satu rumah sakit swasta di Tangerang. Penelitian ini menggunakan kuesioner yang diisi responden dan bersifat rahasia. Pengetahuan dianggap baik bila nilai ≥ 70 . Sedangkan untuk menilai hubungan antara pengetahuan tentang penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi dokter dianalisis dengan uji *Chi-square*. Hasil statistik dianalisis dengan menggunakan SPSS versi 20.

Dari total 146 kuesioner yang didistribusikan, didapatkan 103 kuesioner (70,5%) yang direspons. Pada penelitian ini, mayoritas responden (69,9%) mempunyai pengetahuan yang tidak adekuat. Rerata tertinggi didapatkan pada bagian pemilihan opiat 70,55; sedangkan rerata terendah didapatkan pada bagian efek samping opiat, yaitu 47,56. Tidak terdapat hubungan bermakna antara pengetahuan dokter tentang penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi ($P=$

KORESPONDENSI:

Lenny Indrayani

Departemen Farmakologi
dan Terapeutik,
Universitas Indonesia.

Email:

lenny3ma@gmail.com

0,355). Regulasi pemerintah merupakan penghambat utama pada penggunaan opiat, disusul dengan kurangnya pelatihan, ketersediaan obat dan pengetahuan tentang efek samping.

Kata Kunci: opiat, penanganan nyeri kanker, pengetahuan dokter.

PENDAHULUAN

Nyeri pada kanker merupakan salah satu gejala yang paling sering dan paling menyebabkan penderitaan dengan rerata kejadian nyeri pada kanker sekitar 70% atau lebih.¹ Ironisnya, 90% kasus nyeri kanker sebenarnya dapat dikurangi dengan pengobatan medis yang sederhana.² Namun demikian, penanganan nyeri pada penderita kanker masih kurang memadai, walaupun obat-obat yang efektif dan modalitas pengobatan telah tersedia.³ Pemberian analgetik yang tepat untuk mengontrol nyeri merupakan hal yang utama pada pasien kanker stadium lanjut. Opiat merupakan obat terpilih untuk penatalaksanaan nyeri kanker menurut panduan WHO *analgesic step ladder* dengan morfin sebagai *gold standar* pada terapi nyeri hebat kanker, tetapi 50%–70% penatalaksanaan nyeri kanker tidak optimal. Pemberian analgetik yang tidak adekuat akan memberikan konsekuensi yang merugikan, khususnya mengganggu kualitas hidup dan penderitaan bagi pasien serta keluarganya.²⁻⁴

Penanganan nyeri kanker yang tidak adekuat disebabkan adanya hambatan pada penggunaan opiat. Hambatan-hambatan ini merupakan masalah multifaktoral yang dapat disebabkan oleh faktor pasien seperti pasien menolak melaporkan nyeri, faktor dokter seperti pengetahuan penanganan nyeri yang tidak adekuat, pemeriksaan nyeri yang tidak tepat, dan faktor pada sistem pelayanan kesehatan seperti ketersediaan dan distribusi opiat yang tidak merata.^{1,6} Pengetahuan dokter tentang penanganan nyeri kanker tidak adekuat merupakan faktor yang banyak menyebabkan penggunaan opiat tidak optimal. Keadaan ini mengakibatkan banyak pasien kanker meninggal dalam penderitaan karena nyeri.^{2,7} Adanya hubungan antara pengetahuan penanganan nyeri kanker dengan konsumsi opiat dapat merupakan salah satu indikator terhadap penggunaan opiat untuk nyeri kanker. Oleh karena itu, peningkatan konsumsi opiat dapat merefleksikan peningkatan kualitas penanganan nyeri kanker.⁸

Indonesia merupakan salah satu negara dengan konsumsi opiat yang sangat rendah untuk terapi pasien kanker. Peningkatan konsumsi opiat perkapita dari 0,06 mg pada tahun 2002 menjadi 0,32 mg

pada tahun 2012, Indonesia tetap merupakan negara dengan konsumsi opiat yang rendah dibandingkan dengan negara Asia lain.⁵ Sampai saat ini, belum ada penelitian tentang hambatan penggunaan opiat di Indonesia. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan mengetahui pengetahuan dokter mengenai penggunaan opiat pada penanganan nyeri kanker dalam hal pemilihan obat, cara pemberian, dosis, efek samping, pengetahuan adanya adiksi, dan menilai hubungan antara pengetahuan dokter dengan bidang spesialnya serta faktor-faktor yang menjadi penghambat dalam penggunaan opiat.

MATERI DAN METODE

Penelitian ini merupakan survei dengan desain penelitian potong lintang (*cross sectional*) mengenai pengetahuan dokter terhadap penggunaan opiat pada tatalaksana nyeri kanker. Penelitian ini menggunakan pertanyaan/ kuesioner yang akan diisi oleh responden tanpa menyebutkan nama dan bersifat rahasia. Penelitian dilakukan pada dokter spesialis yang menangani nyeri kanker di Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) dan rumah sakit khusus kanker karena kedua rumah sakit ini merupakan rumah sakit rujukan terbesar di Indonesia, serta Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Jakarta dan salah satu rumah sakit swasta di Tangerang, pada bulan Nopember 2016–Maret 2017.

Pemilihan rumah sakit itu karena sesuai dengan alur pelayanan kesehatan dan terkait dengan klaim BPJS.

Kuesioner adalah alat yang digunakan untuk menilai pengetahuan dan hambatan. Penelitian ini dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang diambil dari penelitian sebelumnya.^{4,7,9,10} Kuesioner disusun berdasarkan panduan penatalaksanaan nyeri WHO dengan menekankan pada penggunaan obat secara oral, pemberian analgetik yang terjadwal, mempertimbangan kebutuhan setiap individu dan perhatian terhadap waktu, dosis, efektivitas, serta penanganan efek samping. Kuesioner berjumlah 20, terdiri dari 5 bagian. Bagian pertama terdiri dari 3 pertanyaan untuk menilai pengetahuan dokter mengenai pemilihan obat (pertanyaan nomor 1–3), bagian kedua terdiri dari 3 pertanyaan tentang cara pemberian obat (pertanyaan nomor 4–6), bagian ketiga terdiri dari 6 pertanyaan tentang dosis obat (pertanyaan nomor 7–12), bagian keempat terdiri dari 5 pertanyaan tentang efek samping obat (pertanyaan nomor 13–17), bagian kelima terdiri dari 3 pertanyaan

mengenai pengetahuan adanya adiksi (pertanyaan nomor 18–20)

Semua data kuesioner dibuat anonim tanpa menyebutkan nama dan dijaga kerahasiaannya. Protokol penelitian ini telah disetujui oleh Komite Etik Penelitian FK UI/RSCM (No. 949/UN2.F1/ETIK/XI/2016).

Analisis statistik dilakukan menggunakan SPSS versi 20 pada karakteristik responden; pengetahuan penggunaan opiat: pengetahuan pemilihan opiat, cara pemberian, dosis, efek samping, dan adanya adiksi yang disajikan dalam bentuk tabular serta tekstular. Sedangkan untuk melihat hubungan antara pengetahuan tentang penggunaan opiat dengan spesialisasi dokter digunakan uji *chi-square* dan *fisher exact test*.

Pengetahuan dikatakan kurang bila nilai kurang dari 70 (jawaban yang betul <70%) atau kurang dari 14 dari 20 soal yang benar.⁸ Setiap jawaban yang benar diberi nilai 5, sedangkan yang salah diberi nilai 0 sehingga nilai jawaban tertinggi 100 (100%). Kuesioner diterjemahkan oleh lembaga bahasa Universitas Indonesia (UI), kemudian kuesioner diuji cobakan dahulu kepada 6 dokter (4 dokter Sp-2 onkologi dan 2 dokter Program Pendidikan Spesialis-1/PPDS-1 penyakit dalam) untuk mengetahui bahwa kuesioner yang diterjemahkan sudah dimengerti. Setelah itu, kuesioner diberikan kepada subjek penelitian untuk diisi dengan memilih salah satu jawaban benar/setuju, salah/tidak setuju, atau tidak tahu. Kuesioner ini tidak mengesampingkan adanya tumpang tindih pengelompokan dari masing-masing kuesioner.

HASIL

Dari total 146 kuesioner yang didistribusikan, didapatkan 103 kusioner (70,5%) yang direspons dari Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN) sebanyak 54, Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) di Jakarta sebanyak 11, Rumah Sakit Khusus Kanker sebanyak 18, dan salah satu Rumah Sakit Swasta di Tangerang sebanyak 20. Banyak dokter yang tidak memberikan respons karena kesibukannya.

Dari total 103 responden yang terkumpul, sebagian besar berusia lebih dari 30 tahun. Mayoritas responden (72,8 %) menangani >10 pasien kanker dalam 6 bulan terakhir dan sebanyak 68,9% telah mengikuti pelatihan penanganan nyeri kanker. Karakteristik pasien secara lengkap dapat dilihat pada Tabel 1.

Tabel 1: Karakteristik Responden

| Data Demografi | Jumlah (%) |
|--|--------------|
| Usia | |
| < 30 tahun | 5 (4,9) |
| 31–40 tahun | 35 (34) |
| 41–50 tahun | 33 (32) |
| > 51 tahun | 30 (29,1) |
| Jenis kelamin | |
| Laki-laki | 60 (58,3) |
| Perempuan | 43 (41,7) |
| Dokter yang bekerja di : | |
| RSUD di Jakarta | 11 (10,7) |
| RS Khusus Kanker | 18 (17,5) |
| RSUPN | 54 (52,4) |
| Salah Satu RS Swasta di Tangerang | 20 (19,4) |
| Jumlah pasien kanker yang ditangani oleh responden dalam 6 bulan terakhir | |
| < 10 pasien | 28 (27,2) |
| > 10 pasien | 75 (72,8) |
| Responden yang ikut serta pelatihan pemberian opiat | 71 (68,9) |
| Sudah | 32 (31,1) |
| Belum pernah | 15 (21) |
| Waktu terakhir pelatihan penggunaan opiat | 41 (58) |
| < 1 tahun | 15 (21) |
| 1 1 tahunun | |
| > 5 tahun | 98 (95,1) |
| Responden yang menggunakan <i>step ladder</i> | 5 (4,9) |
| WHO | |
| Ya | |
| Tidak | |
| Spesialisasi Onkologi | 54,4% |
| Bedah onkologi | 11 (19,6) |
| Radioterapi onkologi | 11 (19,6) |
| Pediatrik onkologi | 10 (17,8) |
| Kandungan onkologi | 10 (17,8) |
| IPD-KHOM | 9 (16,1) |
| Neurologi onkologi | 2 (3,6) |
| THT onkologi | 2 (3,6) |
| BTKV onkologi | 1 (1,8) |
| Non-Onkologi | 45,6% |
| Ilmu Penyakit Dalam | 15 (31,9) |
| Anestesi | 14 (29,8) |
| Pediatri | 3 (6,4) |
| Rehabilitasi medik | 3 (6,4) |
| Bedah Saraf | 2 (4,3) |
| Kulit dan Kelamin | 2 (4,3) |
| Pulmonologi | 2 (4,3) |
| Oftalmologi | 2 (4,3) |
| Kebidanan dan Kandungan | 1 (2,1) |
| Bedah Umum | 1 (2,1) |
| Bedah Urologi | 1 (2,1) |
| Bedah Orthopedi | 1 (2,1) |

Pengetahuan Penggunaan Opiat pada Penanganan Nyeri Kanker

Tabel 2: Jawaban responden terhadap pertanyaan pengetahuan

| Pertanyaan | Benar/Tahu (%) | Salah/Tidak Setuju (%) | Tidak Setuju (%) |
|---|------------------|------------------------|------------------|
| 1. Ketika pasien membutuhkan obat opiat kuat (<i>strong opioid</i>) saya akan meresepkan meperidin dan bukan morfin | 16 (15,5) | 80 (77,7) | 7 (6,8) |
| 2. Untuk pasien kanker yang mengalami kesakitan yang sedang atau parah, saya akan meresepkan meperidin 50 mg tiap 4 jam PRN (Pro Re Rata, bilamana perlu) dan IM (intramuskuler) | 24 (23,3) | 63 (61,2) | 16 (15,5) |
| 3. Seorang pasien kanker usia 40 tahun dengan nyeri berat tulang belakang selama lebih dari 1 bulan yang belum diterapi, disebabkan oleh metastase pada tulang tanpa kolaps vertebra, dan tanpa gangguan kardiovaskular maupun pernafasan dengan prognosa penyakitnya lebih dari 24 bulan. Tidak alergi obat dan belum pernah diterapi dengan opiat. Saya akan memberikan terapi pada pasien ini morfin kerja cepat dan ibuprofen 3x sehari | 75 (72,8) | 23 (22,3) | 5 (4,9) |
| 4. Pemberian obat melalui suntikan atau infus lebih efektif dari pada pemberian obat secara oral untuk mengurangi rasa nye | 76 (73,8) | 27 (26,2) | 0 (0) |
| 5. Penyerapan morfin yang diberikan secara oral dalam saluran cerna berlangsung secara lambat dan tidak lengkap, walaupun pasien dapat makan secara normal, saya tidak suka memberikan morfin secara oral kepada mereka | 17 (6,5) | 84 (81,6) | 1 (1,9) |
| 6. Pemberian morfin secara oral lebih cenderung menimbulkan efek samping mual dan muntah dibandingkan dengan pemberian secara <i>parenteral</i> atau melalui suntikan atau infus | 39 (37,9) | 59 (57,3) | 5(4,9) |
| 7. Untuk pasien yang mengalami rasa nyeri yang terus menerus dan hebat, saya akan memperbesar dosis opiat dan memberinya tiap 4 jam, PRN dengan mempertimbangkan efek samping. | 47 (45,6) | 54 (52,4) | 2 (1,9) |
| 8. Memberikan opiat dengan jadwal dosis PRN dapat mengurangi efek bahaya dari opiat, seperti toleransi, adiksi, atau efek samping. | 43 (41,7) | 58 (56,3) | 2 (1,9) |

| | | | |
|---|------------------|------------------|-----------|
| 9. Dosis yang paling tepat dari morfin untuk pasien dengan nyeri kanker adalah dosis minimal yang dapat mengontrol gejala nyeri, karena tidak ada dosis maksimum untuk morfin (<i>ceiling dose</i>). | 83 (80,6) | 19 (18,4) | 1 (1) |
| 10. Morfin oral yang diserap melalui usus mengikuti metabolisme lintas pertama (<i>first-pass metabolism</i>) di hati dan ini akan membuat 1/3 dosis morfin itu menjadi tidak efektif. | 59 (57,3) | 23 (22,3) | 21 (20,4) |
| 11. Untuk pasien dengan nyeri kronik yang berat, saya akan memberikan dosis obat nyeri yang lebih tinggi dari pada pasien dengan nyeri akut. | 43 (41,7) | 58 (56,3) | 2 (1,9) |
| 12. Dosis opiat untuk menghilangkan rasa nyeri <i>breakthrough</i> (nyeri yang tiba-tiba terjadi walau pasien sudah diberi obat untuk mengatasi rasa nyeri) harus diberikan dalam jumlah 10% dari total dosis harian (setiap 1 jam sampai 2 jam sesuai dengan kebutuhan). | 67 (65) | 21 (20,4) | 15 (14,6) |
| 13. Meperidin menyebabkan efek samping yang tidak begitu membahayakan (seperti toleransi, adiksi atau efek samping lainnya) dalam penggunaan opiat jangka panjang. | 40 (38,8) | 37 (35,9) | 26 (25,2) |
| 14. Bila fungsi ginjal pasien terganggu saya tidak suka meresepkan meperidin untuk pengobatan nyeri. | 56 (54,4) | 15 (14,6) | 32 (31,1) |
| 15. Bila opiat digunakan secara teratur, depresi pernapasan jarang terjadi. | 66 (64,1) | 30 (29,1) | 6 (6,8) |
| 16. Opiat tidak dianjurkan untuk <i>dyspnea</i> pada pasien dengan penyakit kardiopulmonar lanjut. | 64 (62,1) | 32 (31,1) | 7 (6,8) |
| 17. Opiat adalah penyebab kebingungan dan jatuh pada pasien lanjut usia. Oleh karena itu sebaiknya tidak digunakan kecuali pada tahap-tahap akhir suatu penyakit. | 41 (39,8) | 58 (56,3) | 4 (3,9) |
| 18. Pemberian opiat untuk menghilangkan rasa nyeri akan menimbulkan risiko terjadinya adiksi pada 25% atau lebih pada pasien. | 51 (49,5) | 43 (41,7) | 8 (8,7) |
| 19. Kebutuhan dosis analgetik yang meningkat pada pasien nyeri kanker menandakan telah terjadi adiksi. | 31 (30,1) | 72 (69,9) | 0 (0) |
| 20. Ketergantungan fisik yang terjadi ketika sedang menggunakan opiat adalah tanda adiksi. | 50 (48,5) | 48 (46,6) | 5 (4,9) |

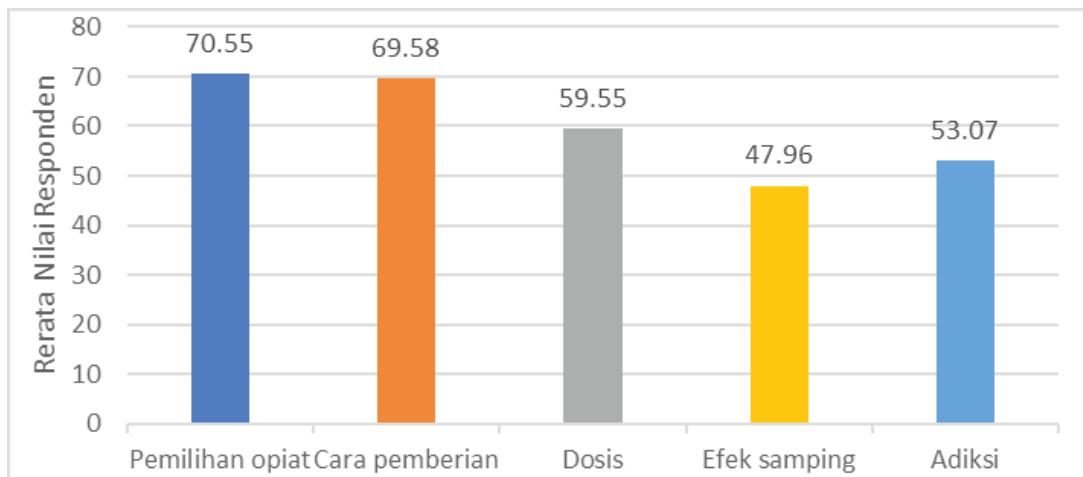
* Jawaban betul dicetak tebal

Tabel 2 memperlihatkan jawaban dari pertanyaan tentang pengetahuan dokter terhadap penggunaan opiat pada penanganan nyeri kanker. Jawaban yang paling banyak salah terdapat pada bagian efek samping obat, pada pertanyaan nomor 16 hanya 31,1% responden yang menjawab benar. Sebaliknya, jawaban yang paling banyak benar terdapat pada bagian cara pemberian obat, yaitu pertanyaan nomor 5, sebanyak 81,6% responden menjawab benar. Nilai total responden yang berpengetahuan baik (≥ 70) 30,1%, dan yang berpengetahuan kurang (< 70) 69,9%. Nilai median dari 103 responden adalah 60, dengan nilai minimal 15 dan maksimal 95.

Tabel 3: Presentase responden yang mendapat nilai baik di setiap rumah sakit

| No. | Rumah sakit | Hasil Pengetahuan yang Baik (%) |
|-----|--------------------------------|---------------------------------|
| 1. | RS Khusus Kanker | 50 |
| 2. | RSUPN | 34,5 |
| 3. | RSUD Jakarta | 18 |
| 4. | Salah Satu RS Swasta Tangerang | 5 |

Nilai responden yang berpengetahuan baik terdapat pada tiap rumah sakit. Rumah sakit khusus kanker mendapatkan nilai yang paling tinggi dengan 50% responden memiliki pengetahuan baik, diikuti RSPN sebesar 34,5%; RSUD Jakarta sebesar 18%; dan yang terakhir salah satu RS Swasta 5%.



Gambar 1 memperlihatkan rerata nilai tiap bagian kuesioner dengan nilai yang paling rendah pada bagian efek samping sebesar 47,96 diikuti pengetahuan adanya adiksi sebesar 53,0.

Hubungan antara Nilai Pengetahuan Penggunaan Opiat dengan Spesialisasi

Tingkat pendidikan dokter dibagi dalam 2 kelompok, yaitu Spesialis Onkologi dan Non-Onkologi. Tidak terdapat hubungan bermakna antara nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan spesialis ($p = 0,355$). Sebanyak 19 dari 56 responden (33,9%) spesialis onkologi dan 12 dari 47 responden spesialis non-onkologi (25,5%) mendapatkan nilai baik (≥ 70) sehingga disimpulkan spesialisasi tidak memengaruhi nilai pengetahuan penggunaan opiat. Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan spesialisasi dapat dilihat pada tabel 3.

Tabel 4: Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan spesialisasi

| Spesialisasi | Nilai Baik (%) | Nilai Tidak Baik (%) | Total | Nilai P* |
|--------------|----------------|----------------------|-------|----------|
| Onkologi | 19 (33,9) | 37 (16,1) | 56 | 0,355 |
| Non-Onkologi | 12 (25,5) | 35 (74,5) | 47 | |

*Uji Chi-square

Hubungan Nilai Pengetahuan Penggunaan Opiat dengan Jumlah Pasien Kanker yang Ditangani Responden pada 6 Bulan Terakhir

Tabel 4 memperlihatkan tidak terdapat hubungan bermakna antara nilai pengetahuan responden dengan jumlah pasien kanker yang ditangani dalam 6 bulan terakhir ($p=0,241$). Dari total 28 responden yang menangani kurang dari 10 pasien kanker dalam 6 bulan terakhir yang mendapatkan nilai baik hanya 6 responden (21,4%), sedangkan dari 75 responden yang menangani lebih dari 10 pasien kanker dalam 6 bulan terakhir yang mendapat nilai baik adalah 25 responden (33,3%).

Tabel 5: Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan jumlah pasien kanker yang ditanganin responden pada 6 bulan terakhir

| Jumlah Pasien Kanker yang Ditangani dalam 6 Bulan Terakhir | Nilai Baik (%) | Nilai Tidak Baik (%) | Total | Nilai P* |
|--|----------------|----------------------|-------|----------|
| < 10 orang | 6 (21,4) | 22 (78,6) | 28 | 0,241 |
| > 10 orang | 25 (33,33) | 50 (66,66) | 75 | |

*Uji Chi-square

Hubungan Nilai Pengetahuan Penggunaan Opiat dengan Pelatihan

Tabel 6 memperlihatkan terdapat hubungan bermakna antara nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan pelatihan ($p=0,002$). Dari total 71 responden yang sudah mendapat pelatihan 28 (39,4%) dan 3 (9,4%) dari 32 responden yang belum mendapat pelatihan, memperoleh nilai yang baik (≥ 70). Demikian pula terdapat hubungan yang bermakna antara nilai pengetahuan responden dengan waktu pelatihan ($p=0,001$). Tabel 5: Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan pelatihan

Tabel 6: Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan pelatihan

| Pelatihan | Nilai Baik (%) | Nilai Tidak Baik (%) | Total | Nilai P* |
|-----------|----------------|----------------------|-------|----------|
| Sudah | 28 (39,4) | 43 (60,6) | 71 | 0,002 |
| Belum | 12 (25,5) | 29 (90,6) | 32 | |

*Uji Chi-square

Hubungan Nilai Pengetahuan Penggunaan Opiat dengan Waktu Pelatihan

Tabel 7 memperlihatkan terdapat hubungan yang bermakna antara nilai pengetahuan responden dengan waktu pelatihan ($p=0,001$). Dari 15 responden yang mendapatkan pelatihan dalam 1 tahun terakhir, yang mendapatkan nilai baik adalah 12 responden (80%). Selanjutnya, sebanyak 12 dari 41 responden yang mendapatkan pelatihan dalam 1 sampai 5 tahun terakhir mendapatkan nilai baik (29,3%), diikuti 4 dari 15 responden yang mendapatkan pelatihan lebih dari 5 tahun yang lalu yang mendapatkan nilai baik (26,7%).

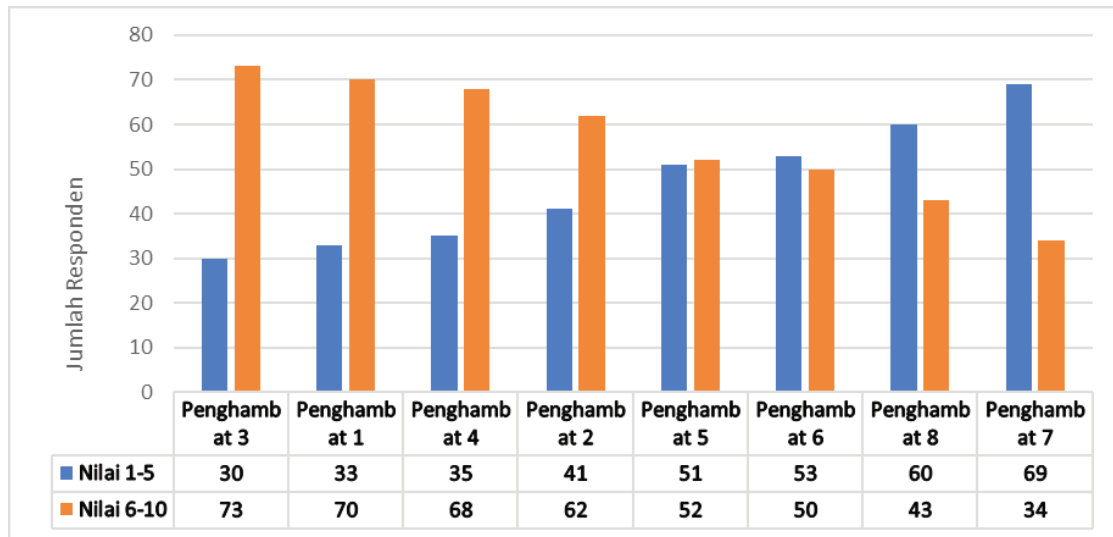
Tabel 7: Hubungan nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan waktu pelatihan sebelumnya

| Jumlah Pasien Kanker yang Ditangani dalam 6 Bulan Terakhir | Nilai Baik (%) | Nilai Tidak Baik (%) | Total | Nilai P* |
|--|----------------|----------------------|-------|----------|
| < 1 tahun | 12 (80) | 3 (20) | 15 | 0,001 |
| 1-5 tahun | 12 (29,3) | 29 (70,7) | 41 | |
| > 5 tahun | 4 (26,7) | 11 (73,3) | 15 | |

*Uji Chi-square

Faktor Penghambat Penggunaan Opiat Menurut Pandangan Klinisi

Terdapat 8 faktor penghambat penggunaan opiat yang diberikan ranking 1–10, dengan nilai 1 yang paling kecil pengaruhnya dan nilai 10 paling besar pengaruhnya. Pada Gambar 2 dapat dilihat bahwa faktor kurangnya pelatihan, kekhawatiran terjadinya adiksi, dan efek samping, regulasi, dan ketersediaan obat (nomor 1–4) berada pada ranking 6–10. Faktor regulasi penggunaan opiat (nomor 3) menjadi penghambat utama penggunaan opiat, sebanyak 73 responden memberikan ranking 6–10, yang diikuti oleh faktor kurangnya pelatihan (nomor 1) dengan 70 responden memberikan ranking 6–10. Faktor penghambat ketiga adalah kekhawatiran terjadinya adiksi dan efek samping obat (nomor 2), sebanyak 68 responden memberikan ranking 6–10.



Gambar 2: Penghambat Penggunaan Opiat

Keterangan Penghambat:

1. Kurangnya pelatihan pemberian opiat
2. Kekhawatiran terjadinya adiksi dan efek samping obat
3. Regulasi penggunaan opiat oleh pemerintah
4. Ketersediaan dan distribusi obat
5. Pembatasan penggunaan opiat oleh dokter
6. Kepatuhan pasien yang rendah
7. Pasien tidak melaporkan nyeri
8. Harga analgetik tinggi

PEMBAHASAN

Pada penelitian ini, semua responden adalah dokter spesialis yang pernah menangani nyeri kanker. Hasil penelitian ini sebanyak 69,9% mempunyai pengetahuan yang kurang. Hasil yang sama juga terlihat pada penelitian yang dilakukan Ger dkk., terhadap dokter spesialis yang menangani kanker di dua rumah sakit pusat di Taiwan, di mana 66% responden mempunyai pengetahuan yang kurang.⁷ Demikian pula Srisawang dkk., yang melakukan penelitian terhadap dokter umum dan dokter spesialis di Thailand dan hasilnya 62,1% responden juga mempunyai pengetahuan yang kurang.⁸ Penelitian yang dilakukan oleh Yun dkk., pada tahun 2005 dan melibatkan 147 dokter spesialis di Korea mendapatkan beberapa variabel yang dapat memengaruhi pengetahuan responden, antara lain pelatihan penanganan nyeri kanker kurang dari 1 tahun dan rumah sakit atau tempat responden praktik.¹¹ Pada penelitian ini hanya 21% responden yang mengikuti pelatihan < 1 tahun dan 19,4% responden praktik di rumah sakit swasta. Hal ini berbeda dengan 2 penelitian di Taiwan dan Thailand yang semua respondennya berasal dari rumah sakit umum.

Nilai rerata responden pada pemilihan opiat menduduki peringkat paling tinggi (70,6) dibandingkan dengan bagian cara pemberian, dosis, efek samping,

dan pengetahuan adanya adiksi (Gambar 1). Lebih dari 70% responden (Tabel 2) mengetahui bahwa opiat kuat adalah obat terpilih untuk nyeri berat pada awal terapi karena 95,2% responden menggunakan *analgetic step ladder* WHO untuk menangani nyeri kanker (Tabel 1). Penelitian yang dilakukan oleh Kim dkk., pada tahun 2011 di Korea terhadap responden yang berusia rerata 30 tahun menunjukkan hasil yang berbeda, di mana 36,1% responden akan memberikan opiat kuat untuk nyeri berat pada awal terapi dan hanya 20,2% yang menggunakan WHO *analgetic step ladder*. Pertanyaan nomor 2 tentang pemberian meperidin pada pasien dengan nyeri sedang atau parah menjadi jawaban paling rendah karena hanya 61,2% responden yang menjawab benar (Tabel 2). Pada penelitian yang dilakukan oleh Ger dkk., di Taiwan, didapatkan keadaan yang sama dengan 54% responden yang juga ingin memberikan meperidin.⁷ Hal ini bisa terjadi karena responden tidak mengetahui indikasi penggunaan meperidin.

Pengetahuan responden mengenai cara pemberian opiat cukup tinggi dengan nilai rerata 69,6 (Gambar 1). Sebagian besar responden (81,6%) mengetahui bahwa pemberian oral menjadi pilihan yang paling tepat untuk pasien kanker, sesuai dengan panduan WHO, yaitu pemberian opiat secara oral pada

penanganan nyeri kanker bilamana memungkinkan.¹² Hal tersebut serupa dengan penelitian yang dilakukan oleh Srisawang dkk., di mana mayoritas responden (76,3%) setuju dengan pemberian opiat secara oral. Pemberian secara oral ini tidak memperburuk efek mual atau muntah karena efek samping tersebut tidak dipengaruhi oleh cara pemberiannya.

Rerata nilai responden pada bagian pengetahuan dosis hanya 59,6 (Gambar 1). Mayoritas responden (80,6%) mengetahui bahwa morfin tidak memiliki *ceiling dose* (Tabel 2). Hasil serupa juga didapatkan pada penelitian Furstenberg dkk., di *New Hampshire*, di mana 87% responden mengetahui bahwa morfin tidak memiliki *ceiling dose*.²² Sebaliknya, dari penelitian Kim dkk., di Korea hanya 31% responden yang mengetahui bahwa morfin tidak memiliki *ceiling dose*.³ Batasan dosis tertinggi setiap pasien berbeda-beda dan efektivitas Morfin sebagai analgesik hanya ditentukan oleh terjadinya efek samping yang semakin serius, termasuk somnolen dan depresi pernapasan.¹³ Hanya 52,4% responden (Tabel 2) yang tidak setuju bahwa pemberian opiat untuk nyeri yang terus menerus dan hebat diberikan tiap 4 jam, PRN (bilamana perlu). Opiat sebaiknya diberikan dengan teratur sepanjang hari (*around the clock*).⁸ Pemberian PRN biasanya diterapkan untuk nyeri akut, bukan pada nyeri kronik. Untuk mengurangi efek samping opiat maka pemberiannya dapat dengan titrasi dosis sehingga efektivitas analgesik dapat ditentukan.^{13,14} Jawaban responden pada bagian pengetahuan dosis yang banyak salah adalah tentang nyeri kronik berat yang membutuhkan dosis obat lebih tinggi daripada nyeri akut. Hanya 41,7% responden yang menjawab benar. Studi yang dilakukan Zanolin dkk., terhadap 4.961 tenaga kesehatan (dokter dan perawat) di 20 rumah sakit kecil dan sedang di Itali juga mendapatkan hanya 46,6% responden yang menjawab benar.¹⁰

Pengetahuan responden akan efek samping opiat mendapatkan nilai rerata yang paling rendah, yaitu 47,9 (Gambar 1). Jawaban yang paling banyak salah adalah pada pertanyaan nomor 16, di mana hanya 31,3% responden yang menjawab benar. Berbeda dengan jawaban responden dari studi yang dilakukan oleh Gallagher dkk., terhadap 4.618 dokter dan spesialis bedah di Kolumbia Inggris, mayoritas responden (71,2%) menjawab dengan benar.⁹ Terdapat beberapa studi tentang penggunaan opiat pada *Chronic Obstructive Pulmonary Disease* (COPD), di antaranya studi yang dilakukan oleh Currow dkk., terhadap 48 pasien COPD yang diberikan morfin kerja lambat (*slow release*) 20–30 mg dua kali sehari dengan rerata pemberian selama 3 bulan.¹⁵ Sebanyak

51% pasien mendapatkan manfaat yang cukup berarti selama terapi dan memutuskan untuk melanjutkan pemakaian obat. Mekanisme peningkatan oksigen dengan pemberian opiat pada pasien COPD belum diketahui secara pasti. Opiat dapat menyebabkan relaksasi otot sehingga kadar oksigen meningkat karena pasien lebih relaks dan tidak merasa sesak.¹⁶ Hasil yang rendah pada penelitian ini dapat terjadi karena sebagian besar responden (62,1%) mengkhawatirkan terjadinya efek samping opiat, yaitu depresi pernafasan. Hanya 6,8% responden yang menjawab tidak tahu. Pada penelitian ini, pengetahuan responden akan efek samping meperidin rendah (pertanyaan nomor 13). Hanya 35,9% responden yang menjawab benar dan 25,2% menjawab tidak tahu. Namun, responden mengetahui bahwa pemilihan opiat kuat untuk nyeri kanker adalah morfin, bukan meperidin. Sebagian besar responden (56,3%) tidak setuju pemakaian opiat pada usia lanjut. Namun demikian, tetap perlu diberikan dengan sangat hati-hati. Pemberian opiat perlu memperhatikan beberapa faktor, seperti indikasi pada awal dan akhir terapi dengan jadwal pemberian yang teratur, diikuti dengan penentuan titrasi secara hati-hati, serta pemilihan yang konservatif untuk dosis awal dan dosis intervalnya. Pada akhirnya, kebutuhan pemberian opiat pada usia lanjut sama seperti pada usia muda.¹¹

Nilai rerata responden pada bagian ini juga rendah, yaitu 53,1 (Gambar 1). Mayoritas responden (69,9%) tidak setuju bahwa peningkatan dosis opiat pada pasien kanker menandakan telah terjadi adiksi (Pertanyaan nomor 19). Hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian yang dilakukan Zanolin dkk., di Itali, hanya 25% responden yang tidak setuju.¹⁰ Sedangkan responden yang mengetahui akan risiko terjadinya adiksi (pertanyaan nomor 18) hanya 41,7% (Tabel 2). Studi di Inggris yang dilakukan oleh Gallagher dkk., mendapatkan hasil yang berbeda bahwa sebagian besar responden (73,4%) memiliki pengetahuan akan risiko terjadinya adiksi.⁹ Pada bagian pertanyaan yang membedakan ketergantungan fisik dengan adiksi (pertanyaan nomor 20), hanya 46,6% responden menjawab benar.

Pada penelitian ini, didapatkan tidak ada hubungan antara pengetahuan penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi yang tampak dari analisa *chi-square* ($P=0,355$). Tidak adanya hubungan antara pengetahuan penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi terjadi karena banyak variabel yang memengaruhi, antara lain pelatihan, waktu pelatihan, tempat responden/ dokter praktik. Hasil yang berbeda didapatkan pada penelitian yang dilakukan oleh

Gallagher dkk., di mana terdapat perbedaan bermakna antara pengetahuan penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi.⁹ Nilai pengetahuan yang paling tinggi didapatkan oleh spesialis onkologi. Sebaliknya, nilai yang paling rendah didapatkan oleh spesialis bedah ($P < 0,001$).

Hasil uji *Chi-square* memperlihatkan perbedaan yang bermakna antara pengetahuan penggunaan opiat dengan responden yang telah mengikuti pelatihan penanganan nyeri kanker ($P = 0,002$). Hasil penelitian ini menunjukkan sebagian besar responden 71 (68,9%) telah mengikuti pelatihan. Liu dkk., melakukan penelitian pada dokter spesialis onkologi di China dan menyatakan bahwa pelatihan penanganan nyeri kanker merupakan sarana yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan penggunaan opiat.⁴ Uji *Chi-square* memperlihatkan terdapat hubungan berbeda bermakna antara waktu pelatihan dengan nilai pengetahuan ($p = 0,001$). Makin lama jangka waktu pelatihan, makin menurun responden yang mendapat nilai baik. Responden yang mendapat pelatihan lebih dari 5 tahun yang lalu hanya 26,7% yang mendapat nilai baik; kemudian yang mendapat pelatihan 1–5 tahun yang lalu 29,3%; sedangkan kurang dari 1 tahun 80%. Berdasarkan studi yang dilakukan Srisawang dkk., didapatkan bahwa responden yang menerima pelatihan penanganan nyeri kurang dari 1 tahun sebelumnya mempunyai pengetahuan yang lebih baik.⁸ Pada uji *Chi-square* diperlihatkan tidak terdapat hubungan bermakna antara jumlah pasien kanker yang ditangani dengan nilai pengetahuan penggunaan opiat. Tidak terdapat perbedaan dalam nilai pengetahuan responden yang menangani kurang dari 10 maupun yang lebih dari 10 pasien kanker dalam 6 bulan terakhir ($p = 0,241$). Terdapat pula penelitian lain yang menggunakan jumlah pasien kanker yang dirawat kurang dari 24 atau lebih dari 24 pasien dalam 6 bulan. Menurut Cleeland dkk., tidak terdapat hubungan antara jumlah pasien kanker yang dirawat dengan pengetahuan penggunaan opiat. Sebaliknya, Levin dkk., berpendapat bahwa semakin banyak pasien kanker yang dirawat, semakin baik pengetahuan penggunaan opiat. Sebanyak 50% dari responden yang mendapat nilai baik (≥ 70) berasal dari rumah sakit khusus kanker, selanjutnya 34,5% berasal dari Rumah Sakit Umum Pusat Nasional (RSUPN), 18% dari Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD), dan yang terakhir 5% dari rumah sakit swasta. Menurut Yun dkk., tempat praktik atau rumah sakit responden menjadi variabel yang dapat memengaruhi pengetahuan penggunaan opiat.

Faktor yang menjadi penghambat pada penggunaan opiat dalam tatalaksana nyeri kanker dapat terjadi karena pihak pasien, dokter, dan sistem pelayanan kesehatan. Pada penelitian ini, penghambat penggunaan opiat terdiri dari 8 faktor yang diberikan ranking 1–10, dengan nilai 10 yang paling besar pengaruh hambatannya dan nilai 1 paling kecil pengaruh hambatannya. Kemudian penyusunannya dibagi dalam dua kelompok, yaitu ranking 1–5 untuk pengaruh kurang dan ranking 6–10 untuk pengaruh besar (Gambar 2). Pada penelitian ini, penghambat utama pada penggunaan opiat adalah faktor regulasi. Terdapat 73 responden yang memberikan ranking 6–10 sebagai penghambat pada penggunaan opiat. Faktor regulasi atau peraturan pemerintah yang ketat sering menjadi hambatan pada penggunaan opiat, seperti pembatasan waktu pemberian opiat hanya beberapa hari hingga 3 bulan. Dokter Indonesia harus menjalani prosedur yang kompleks untuk dapat meresepkan opiat dan harus membuat laporan setiap penggunaannya kepada Menteri Kesehatan.¹⁹ Penghambat kedua yaitu kurangnya pelatihan penanganan nyeri kanker. Hal ini tetap menjadi salah satu penghambat utama pada penatalaksanaan nyeri kanker. Pada penelitian ini, meskipun 68,9% responden telah mengikuti pelatihan, tetap menjadi penghambat pada penanganan nyeri kanker dan sebanyak 70 responden memberikan ranking 6–10. Pelatihan yang teratur merupakan sarana yang penting untuk meningkatkan kualitas penanganan nyeri kanker.⁵ Penghambat ketiga yaitu ketersediaan dan distribusi obat, dengan 68 responden memberikan ranking 6–10. Suatu sistem distribusi dari peraturan pemerintah kemudian didistribusikan kepada tingkat retail dari farmasi, rumah sakit, klinik, serta program *palliative care* di mana tenaga kesehatan yang terdaftar akan meresepkan atau mengeluarkan obat untuk pasien.²⁰ Namun, sering kali distribusi obat tidak merata, hanya pada rumah sakit yang lebih tinggi tingkatannya.⁵ Kekhawatiran terjadinya adiksi dan efek samping obat merupakan penghambat keempat, dengan 62 responden memberikan ranking 6–10. Hal ini ditunjukkan dengan hasil pada bagian pengetahuan dokter terhadap efek samping obat dan pengetahuan tentang adiksi dengan nilai paling rendah dibandingkan dengan bagian lain (Gambar 1). Kekhawatiran terjadinya adiksi dan efek samping obat ini terjadi karena pengertian yang salah tentang adiksi, akibat kurangnya pengetahuan penggunaan opiat.⁵

Hasil keseluruhan dari penelitian ini menunjukkan bahwa pengetahuan dokter tentang pemilihan dan

cara pemberian opiat untuk penanganan nyeri kanker sudah baik, sedangkan pengetahuan dokter tentang dosis, efek samping, dan adiksi masih kurang. Hal ini mungkin menyebabkan rendahnya penggunaan opiat untuk penanganan nyeri kanker. Faktor-faktor lain yang juga menyebabkan rendahnya penggunaan opiat antara lain regulasi, pelatihan yang minimal, dan ketersediaan opiat.

Survei ini selain melampirkan pengetahuan, juga pemahaman dokter terhadap penggunaan opiat pada penanganan nyeri kanker. Pemahaman berarti bahwa seseorang mampu memikirkan sesuatu konsep dan menggunakannya serta menjelaskannya.²¹ Terdapat 9 dari 20 pertanyaan tentang pemahaman dokter pada nomor 5, 7, 8, 10, dan 16.

Hasil penelitian ini dapat dijadikan gambaran awal mengenai pengetahuan dokter tentang penggunaan opiat pada penanganan nyeri kanker. Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan seperti kuesioner yang digunakan merupakan kompilasi dari berbagai penelitian yang masih perlu dilakukan pengujian untuk memastikan validitas dan reliabilitasnya sehingga tidak dapat menggambarkan apakah pengetahuan responden dapat disimpulkan baik atau kurang. Selain itu, sebagian besar responden menolak untuk secara langsung diwawancarai dalam pengisian kuesioner.

KESIMPULAN

Proporsi nilai pengetahuan responden mengenai penggunaan opiat pada penanganan nyeri kanker yang baik sebesar 30,1%. Nilai rerata pengetahuan responden tertinggi pada pemilihan opiat 70,6 dan yang terendah pada efek samping opiat 47,96. Tidak terdapat hubungan antara nilai pengetahuan penggunaan opiat dengan bidang spesialisasi. Penelitian ini menunjukkan empat faktor penghambat utama penggunaan opiat menurut responden, yaitu regulasi oleh pemerintah, kurangnya pelatihan, ketersediaan dan distribusi obat, serta kekhawatiran terjadinya adiksi dan efek samping

DAFTAR PUSTAKA

1. Data dan Informasi Kesehatan: Situasi Penyakit Kanker. Pusat Data dan Informasi. September 2015
2. Setiabudy R, Irawan C, Sudoyo AW. Opioid use in cancer pain management in Indonesia: a call for attention. *J Intern Med.* 2015; 47: 244-50

3. Kim MH, Park HG, Park EC, Park K. Attitude and knowledge of physicians about cancer pain management: Young Doctors of South Korea in Their Early career. *J Clin Oncol.* 2011; 41(6): 783-91
4. Liu W, Xie S, Yue L, Liu J, Woo ML Stephanie, et al. Investigation and Analysis of Oncologist Knowledge of Morphine Usage in Cancer Pain Management. *Onco Targets Ther.* 2014; 7: 729-37
5. Javier FO, Irawan C, Mansor MB, Sriraj W, Tan KH, Thinh DHQ. Cancer pain management insight and reality in southeast Asia: expert perspectives from six countries. *J Glob Oncol.* August 2016; 2: 235-42
6. Tanra AH. Barrier in using opioid in Indonesia. In A workshop on assuring the availability and accessibility of opioid for pain and palliative care at Boracay Island, Philippines. 2008 April: 19-21
7. Ger LP, Ho ST, Wang JJ. Physicians' knowledge and attitude toward the use of analgesic for cancer pain management: a survey of two medical center in Taiwan. *J Pain Symptom Manage.* 2009; 50: 335-44
8. Srisawang P, Rashid ORH, Hirosawa T, Sakamoto J. Knowledge, attitude and barriers of physician policy makers/ regulators regarding use of opioids for cancer pain management in Thailand. *Nagoya J Med.* 2013; 75: 201-12
9. Gallegher R, Hawley P, Yeomans W. A survey of cancer pain management knowledge and attitudes of British Columbians physicians. *Pain Res Manage.* 2004; 9: 188-94
10. Zanolin ME, Visentin M, Trentin K, Saiani L, Brugnolli A, Grassi M. A questionnaire to evaluate the knowledge and attitude of health care providers on pain. *J Pain Symptom Manage.* 2007; 33: 727- 36
11. Yun YH, Park SM, Lee K, Chang YJ, Heo DS, Kim SY, et al. Predictors of prescription of morphine for severe cancer pain by physicians in Korea. *Ann Oncol.* 2005;16: 966- 71
12. World Health Organization. Cancer pain relief. Second edition. Geneva: World Health Organization, 1996.
13. Lynch M, Katz NP. Cancer pain management II: Oncology board review manual. *Oncology.* 2000; 5, part 2: 1-12
14. DB Gordon, TA Pelino, GA Higgins, C Pasero, K Murphy-Ende. Nurses' opinions on appropriate administration of PRN range opioid analgesic orders for acute pain. *Pain Manag Nurs.* 2008 Sept; 9: 131- 40
15. Currow DC, Kenny B, McDonald C, et al. Multi site open label dose ranging study to determine the minimum effective dose of sustained release morphine (SRM) for reducing refractory breathlessness. *Eur J Pain Palliat Care* 2009 (in press).
16. Young J, Donahue M, Farquhar M, Simpson C, Rocker G. Using opioids to treat dyspnea in advanced COPD. *Can Fam Physician* 2012; 58: 401-7
17. Cleeland CS, Cleeland LM, Dar R, et al. Factors influencing physician management of cancer pain. *Cancer.* 1986; 58: 796-800

18. Levin ML, Berry JI, Leiter J. Management of pain in terminally ill patients: physician reports of knowledge, attitudes, and behavior. *J Pain Symptom Manage.* 1998; 15: 27- 40
19. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomer 3 Tahun 2015 tentang Peredaran, penyimpanan, pemusnahan dan pelaporan narkotik, psikotropika dan prekursor farmasi.
20. Single convention on narcotic drugs. United Nations. 1961
21. D W N Dissanayake, D M D Dissanayake. The physiology of pain: an update and review of clinical relevance. *J of the Ceylon Collage of Physician* 2015;46:19-23
22. Furstenberg CT, Ahles TA, Whedon MB, Pierce kL, Dolan M, Roberts L, Silberfarb PM. Knowledge and attitudes of health-care providers toward cancer pain management: A comparison of physicians, nurses, and pharmacists in the state of New Hampshire. *J Pain Symptom Manage.* 1998;15: 335–49