



**MODUL KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH III
(NCA528)**



**MODUL 5
KANKER KULIT**

**DISUSUN OLEH
ANITA SUKARNO, S.KEP., NS., M.SC.**

Universitas
Esa Unggul

**UNIVERSITAS ESA UNGGUL
2020**

KANKER KULIT

A. Kemampuan Akhir Yang Diharapkan

Setelah mempelajari modul ini, diharapkan mahasiswa mampu :

1. Memahami dan menjelaskan definisi kanker kulit
2. Memahami dan menjelaskan etiologi dan faktor resiko
3. Memahami, menjelaskan dan menganalisa patofisiologi
4. Memahami dan menjelaskan manifestasi klinis
5. Memahami dan menjelaskan komplikasi
6. Memahami dan menjelaskan penatalaksanaan
7. Mengaplikasikan dan mempraktekkan evidence based practice
8. Menganalisa, mempraktekkan asuhan keperawatan kanker kulit

B. Uraian dan Contoh

1. Definisi

Kanker kulit adalah kanker yang paling umum di Amerika Serikat, dan jumlah kanker kulit baru dan jumlah kematian akibat kanker kulit meningkat dalam angka yang besar. Kanker kulit adalah kondisi keganasan yang disebabkan pertumbuhan dan penyebaran sel-sel abnormal yang tidak terkendali pada lapisan spesifik dari kulit. Beberapa jenis kanker kulit dibedakan oleh jenis sel yang terlibat. Tiga jenis yang paling umum adalah:

- a. Karsinoma sel basal
- b. Karsinoma sel skuamosa
- c. Melanoma maligna

Lebih dari 90% kanker kulit berada pada dua klasifikasi pertama. Karsinoma sel basal maupun skuamosa adalah tumor yang tumbuh lambat dengan angka kesembuhan 95% atau lebih setelah penanganan dini.

2. Etiologi dan Faktor Risiko

Penyebab kanker kulit diketahui. Paparan berulang terhadap radiasi sinar UV dari matahari yang berkepanjangan atau intermiten, terutama jika menyebabkan luka bakar dan lepuh, berperan penting dalam induksi kanker kulit, terutama melanoma maligna. Kebanyakan kanker kulit non-melanoma terjadi pada bagian tubuh yang tidak terlindungi oleh pakaian (wajah, leher, lengan bawah, dan punggung tangan) dan pada orang-orang yang menerima paparan matahari dalam jumlah besar. Semua orang berisiko terhadap kanker kulit apapun warna kulit dan rambutnya, walaupun sebagian berisiko lebih tinggi dibandingkan orang lainnya. Secara umum, orang dengan rambut merah, pirang, atau coklat muda dengan kulit terang atau bintik-bintik, banyak yang berasal dari Celtic atau Skandinavia, adalah yang paling rentan; orang berkulit hitam dan orang Asia adalah yang paling tidak rentan.

OCA1 adalah kelainan autosomal resesif yang dicirikan oleh penurunan sintesis melanin pada kulit, rambut dan mata dan ciri temuan okuler yang berkaitan. OCA1 disebabkan oleh mutase pada gen tirosinase, *TYR*, yang berlokasi pada kromosom 11. Temuan okuler termasuk nystagmus, penurunan pigmen iris dan retina, hypoplasia fovea dengan penurunan ketajaman penglihatan dan kesalahan rute saraf optic, menyebabkan strabismus yang bergiliran dan penurunan penglihatan stereoskopik. Terdapat dua kategori OCA1: OCA1A (paling umum), berkaitan dengan absennya sintesis melanin pada semua jaringan; dan OCA1B, berkaitan dengan jumlah sintesis melanin

yang berbeda-beda pada kulit, rambut dan mata. Klien dengan OCA1A memiliki rambut putih, kulit putih yang tidak dapat menggelap, dan iris yang biru dan translusen penuh. Klien dengan OCA1B memiliki rambut putih atau kuning terang yang menggelap dengan usia, kulit putih yang secara bertahap mengembangkan sebagian pigmen generalisata, dan iris biru yang dapat berubah warna menurut usia menjadi hijau/merah kecoklatan atau coklat sawo matang.

Aspek kritis pada perawatan klien dengan OCA1 adalah perawatan oftalmologis, termasuk sebagai contoh, koreksi kesalahan refraktif (misalnya myopia, hyperopia, astigmatisme) untuk memperbaiki ketajaman penglihatan dan pemeriksaan mata tahunan. Perawatan kulit ditentukan oleh jumlah pigmen kulit dan respons kulit terhadap sinar matahari. Klien dengan OCA1A perlu dilindungi terhadap paparan matahari dengan pakaian dan tabir surya.

Oleh karena peningkatan jumlah kanker kulit, semua klien harus didorong untuk menggunakan tabir surya. Klien harus diajari untuk memeriksa kulitnya sendiri secara rutin dan meminta seseorang memeriksa punggungnya untuk melihat tahi lalat atau lesi baru. Tanda bahaya pada tahi lalat (nervus pigmentosum) diperlihatkan pada Tabel 1.

Pola reaksi terhadap paparan matahari akut dapat dikorelasikan dengan perkembangan keratosis aktinik dan kanker kulit. Orang yang tidak pernah berjemur dan selalu terbakar setelah 1 sampai 2 jam matahari siang pada musim panas adalah yang paling rentan.

Orang yang mengalami terbakar matahari sekali atau dua kali pada awal musim panas lalu kulitnya menggelap lebih tidak rentan. Orang yang tidak pernah terbakar dan selalu menggelap adalah yang paling tidak rentan. Orang yang paling berat terpengaruh umumnya memiliki sejarah paparan matahari

jangka panjang dari pekerjaan (petani, pekerja konstruksi, petugas survey, pelaut) atau dari rekreasi (perenang, pemain ski, peselancar, mandi matahari). Semua orang yang berisiko terhadap kanker kulit harus memeriksa kulitnya secara sistematis.

Tabel 1. Tanda Dugaan Bahaya Transformasi Maligna dari Tahi Lalat

<ol style="list-style-type: none">1. Perubahan warna, terutama merah, putih dan biru; penggelapan tiba-tiba; bayangan bepercak coklat atau hitam.2. Perubahan diameter, terutama peningkatan tiba-tiba3. Perubahan garis luar, terutama perkembangan tepi yang ireguler.4. Perubahan karakteristik permukaan, terutama bersisik, erosi, perembesan, krusta, perdarahan, ulserasi, timbulnya massa berjamur pada permukaan lesi.5. Perubahan konsistensi, terutama pelunakan atau kerapuhan6. Perubahan gejala, terutama pruritus7. Perubahan bentuk, terutama elevasi ireguler dari kondisi yang sebelumnya pipih.8. Perubahan kulit sekitar, terutama "kebocoran" pigmen dari lesi ke kulit sekitar atau lesi "satelit" berpigmentasi.
--

3. Jenis Kanker Kulit

a. Karsinoma Sel Basal

Karsinoma sel basal (KSB), bentuk kanker kulit yang paling umum, adalah tumor epitel kulit maligna yang timbul dari sel-sel basal pada epidermis. Tumor ini umumnya tidak nyeri dan tumbuh lambat, umumnya tampak pada kulit yang terpajan matahari pada wajah, telinga, kepala, leher, atau tangan. Kadang-kadang, KSB dapat timbul pada badan, terutama punggung atas

dan dada. Mayoritas kasus disebabkan oleh paparan kronis berlebihan terhadap radiasi UVL dan hanya sedikit kasus yang dapat dihubungkan dengan arsenic, atau predisposisi genetic. Temuan klinis dan histologis digunakan untuk mengidentifikasi tumor.

Manifestasi klinis yang paling umum KSB adalah lesi noduler. Ini adalah papul berbentuk kubah dengan tepi yang tegas dan memiliki tekstur klasik “seperti buah pir”. KSB memiliki penampakan “buah pir” berwarna daging atau mengkilap karena tidak berkeratin. Pembuluh telangiectasis (seperti laba-laba kecil) sering menutupi lesi. Saat lesi membesar, bagian tengah dapat memipih atau berulserasi, namun tepinya tetap meninggi, memberikan penampakan “tepi yang tergulung”.

Walaupun KSB hamper tidak pernah bermetastasis, dapat destruktif secara lokal dan invasive melalui jaringan. Hal ini terutama tepat pada wajah, dimana lesi dapat menginvasi struktur dalam dengan akibat hilangnya mata atau telinga atau hidung. Jika tidak ditangani, tumor dapat menginvasi tulang dan otak. Jika tumor diidentifikasi dan ditangani dini, eksisi lokal atau bahkan destruksi noneksisi umumnya kuratif.

b. Karsinoma Sel Skuamosa

Karsinoma sel skuamosa (KSS) adalah kanker kulit kedua tersering pada orang Kaukasia. Merupakan tumor dari keratinosist epidermis dan jarang timbul pada orang berkulit gelap. Ditemukan pada area yang sering terpajan terhadap matahari, terutama tepi telinga, wajah, bibir dan mulut dan punggung tangan.

KSS lebih sulit dicirikan dibandingkan KSB. Tumor berbatas tidak tegas; tepinya sering kali membaur dengan kulit di sekitarnya yang rusak akibat matahari. KSS dapat timbul sebagai ulkus, area merah yang datar,

tanduk kulit, plak berindurasi, atau papul atau nodul hiperkeratorik. Sering kali timbul sebagai papul berwarna merah hingga sewarna kulit dengan sejumlah sisi di atasnya.

Lesi tumbuh lebih cepat dibandingkan KSB. Tumor ini berpotensi bahaya karena dapat menginfiltrasi struktur di sekitarnya dan bemetastasis ke nodus limfatik, dengan hasil yang fatal.

c. Melanoma Maligna

Melanoma maligna adalah kanker melanosit; merupakan bentuk kanker kulit yang paling mematikan. Insiden melanoma meningkat, saat ini sekita 1 dari 100 orang di Amerika Serikat diperkirakan akan menderita kanker ini dalam seumur hidupnya. Insiden dan angka kematian akibat melanoma meningkat di seluruh dunia. Pada negara-negara yang berpopulasi orang-orang Kaukasia dengan kulit terang, insidens melanoma dan angka kematian telah meningkat 7% hingga 15% per tahun, lebih dari dua kali lipat dibandingkan tahun 1990-an.

Paparan UVL terus menjadi salah satu penyebab terpenting melanoma maligna. Belum dimengerti dengan baik apa yang menyebabkan melaosit bertransformasi menjadi sel melanoma. Melanoma kulit primer dapat timbul pada precursor nevi melanosit (jenis yang umum didapat, kongenital, dan atipikal atau displastik), walaupun lebih dari 50% kasus dipercaya timbul tanpa lesi berpigmentasi. Melanoma bersifat multifactorial dan tampak berkorelasi dengan faktor risiko multiple termasuk (1) warna terang, (2) paparan matahari berlebihan saat anak-anak dan luka bakar matahari melepuh saat anak-anak, peningkatan jumlah tahi lalat umum dan displastik, riwayat melanoma pada keluarga, dan (5) adanya tahi lalat yang berubah

pada kulit. Kecurigaan terhadap melanoma didasarkan pada riwayat juga penampakan klinis.

4. Manifestasi Klinis

Manifestasi klinis cardinal melanoma adalah perubahan lesi kulit yang diobservasi selama beberapa bulan. Jika lesi tumbuh sangat cepat sehingga ukurannya bertambah dua kali lipat dalam 10 hari, umumnya adalah inflamasi. Jika lesi berubah sangat lambat sehingga klien maupun keluarga merasa pasti akan adanya perubahan, umumnya adalah jinak. Perubahan yang dapat menandai melanoma disebut perubahan A, B, C, D pada tahi lalat:

- Asimetri
- Border (tepi bercelah)
- Color (berbagai warna dengan rona hitam, coklat, merah atau putih).
- Diameter lebih dari 6 mm

Perubahan lain meliputi ukuran yang bertambah dua kali lipat dalam 3 hingga 8 bulan, perdarahan, gatal, ulserasi, perubahan warna atau timbulnya nodus limfatik yang terpalpasi. Tumor dapat bermetastasis umumnya ke otak, paru-paru, tulang, hati, serta kulit, dan pada akhirnya fatal.

Tabel 2. Jenis-jenis Melanoma dengan Manifestasi Klinis

Jenis Tumor	Informasi umum	Manifestasi Klinis
Melanoma yang menyebar superfisial (SSM)	Bentuk melanoma yang paling umum; lesi yang berubah lambat dengan pertumbuhan yang lebih cepat tepat sebelum	Area berpigmentasi dalam yang terkandung dalam nevus coklat (<i>freckle</i>); umumnya rata dan asimetris; saat lesi bertumbuh, dapat terjadi

	diagnosis	perubahan warna, berkisar dari hitam pekat hingga biru tua hingga abu-abu pucat atau putih; tampak seperti renda; lesi mungkin memiliki area yang tidak berwarna; umumnya selebar 2 cm.
Melanoma noduler (NM)	Bentuk melanoma kedua terbanyak; tumor yang lebih agresif dibandingkan SSM, dengan waktu onset klinis yang lebih singkat.	Umum pada badan, kepala, dan leher; umumnya berdiameter 1-2 cm; sering dimulai pada kulit normal dibandingkan pada lesi yang telah ada; gelap dan berwarna lebih seragam; dapat menyerupai bula berisi darah atau hemangioma berbentuk kubah dengan tepi yang tajam.
Melanoma lentigo maligna (LMM)	Tumor yang tidak; secara khas timbul pada wajah perempuan Kaukasia; umumnya telah ada dalam waktu lama (5-15 tahun).	Umumnya lesi luas dan rata yang menyerupai noda pada kulit; secara khas berwarna sawo matang dengan corak coklat; metastastasis kurang umum.
Melanoma akral lentiginosa	Umumnya timbul pada telapak tangan dan kaki;	Lesi luas, diameter sekitar 3 cm; menyerupai LMM (lesi

(ALM)	lebih umum pada orang berkulit gelap; umumnya timbul pada lansia; dapat berkembang dalam beberapa bulan hingga tahun.	sawo matang atau coklat pada kelopak tangan atau kaki); dapat salah terdiagnosis sebagai <i>clavus</i> ; ulserasi umum terjadi cenderung bermetastasis.
-------	---	---

5. Penatalaksanaan

Manajemen diarahkan untuk mengangkat tumor, jika memungkinkan. Harapan hidup langsung berkaitan dengan kedalaman invasi tumor; angka harapan hidup 10 tahun lebih dari 90% jika kedalaman tumor kurang dari 1 mm, namun jika kedalaman tumor lebih dari 4 mm, angka harapan hidup 10 tahun menurun menjadi hanya 40%. Ulserasi mikroskopik adalah fitur patologis selanjutnya yang paling penting sebagai prognostic buruk. Melanoma metastatic secara umum fatal. Olehkarena itu, melanoma maligna harus terdiagnosis dini menurut aturan ABCD.

✓ Manajemen Medis

Manajemen medis dimulai dengan kecurigaan tingkat tinggi terhadap jenis kanker kulit apapun namun secara spesifik terhadap melanoma. Perlunya deteksi dini harus ditekankan. Indikasi apapun, entah merupakan faktor risiko yang dikonfirmasi atau lesi yang mencurigakan, adalah alasan yang cukup untuk merujuk. Klien dengan penyakit kulit lokal telah diterapi dengan kemoterapi adjuvant, imunoterapi pasif nonspesifik, terapi radiasi, dan terapi biologis. Tidak dilaporkan adanya peningkatan kesintasan dengan terapi tambahan ini. Interferon (IFN) adjuvan alfa-2b dan berbagai vaksin melanoma eksperimental menjanjikan pada individu dengan risiko tinggi

melanoma kulit primer dan dengan penyakit nodal regional. Vaksin melanoma sedang diteliti untuk penggunaan terapeutik. Berbagai vaksin yang menargetkan antigen sel melanoma sedang dalam fase uji klinis.

✓ **Manajemen Bedah**

Terapi semua kanker kulit membutuhkan pengangkatan lesi. Batas sayatan specimen harus bebas dari tumor hingga jarak yang spesifik (bergantung pada jenis kanker) untuk menjamin pengangkatan yang menyeluruh.

Teknik bedah khusus yang terutama digunakan untuk pengangkatan keganasan kulit seperti KSB dan KSS adalah pembedahan Moh's yang juga dibutuhkan preservasi kulit normal (misalnya kelopak mata, daun telinga, lipatan nasolabial). Teknik ini melibatkan eksisi serial dengan pemeriksaan jaringan mikroskopik yang berhati-hati untuk "memetakan" ada atau tidaknya sel-sel ganas pada setiap specimen. Prosedur ini dapat panjang. Setelah semua jaringan tumor diangkat, luka ditutup dengan sutura atau telekap, atau dibiarkan menutup dengan penyembuhan sekunder.

KSB dan KSS juga dapat dieksisi dan luka bedah ditutup secara primer (dengan tepi-tepi kulit dijahit satu sama lain) atau dengan telekap kulit. Kelebihan teknik ini adalah membutuhkan waktu lebih sedikit dan dihasilkan parut dengan garis yang halus. Tumor dieksisi secara menyeluruh dengan batas jaringan bebas tumor yang adekuat. Jika terdapat keraguan mengenai kecukupan batas specimen dikirim untuk diagnosis patologis (dengan teknik potongan permanen).

Terapi melanoma maligna adalah eksisi lokal luas. Eksisi bedah dimulai dengan biopsy untuk menentukan derajat kanker. Biopsis eksisional adalah pengangkatan lesi dan jaringan yang tampak normal dengan batas

yang sempit. Tumor dieksisi dengan batas 1 hingga 2 cm jaringan yang tampak normal. Lebarnya batas didasarkan pada jenis melanoma. Luka bedah ditutup secara primer atau dengan tandur atau telekap.

Dokter-dokter bedah berbeda dalam menentukan waktu pembedahan definitive. Beberapa dokter mengeksisi lesi setelah pemeriksaan potong beku saat klien masih di atas meja operasi. Dokter lain menunggu hasil diagnosis patologis potongan permanen lalu melanjutkan dengan terapi definitive. Eksisi final umumnya diselesaikan dalam 1 minggu biopsi. Walaupun terdapat risiko teoritis adanya penyebaran tumor selama biopsi, tidak ada bukti yang meyakinkan bahwa menunggu 1 hingga bahkan 6 minggu setelah biopsi akan membahayakan hasil. Faktanya, kadang-kadang penundaan memberikan klien waktu untuk mempersiapkan diri terhadap pembedahan, secara fisik dan psikologis.

Kebanyakan klien dengan melanoma metastatic hidup kurang dari 1 tahun. Saat ini, tidak ada penyembuhan untuk melanoma metastatic, namun beberapa perkembangan baru dalam uji klinis dapat mengubah terapi yang kini diterima. Rencana terapi diformulasikan berdasarkan beberapa faktor: lokasi tumor, jumlah metastasis, kecepatan pertumbuhan tumor, terapi sebelumnya, respon terhadap terapi dan usia, kesehatan umum dan keinginan klien. Beberapa terapi meliputi pembedahan untuk mengangkat lesi metastatic, terapi radiasi, kemoterapi dan hipertermia lokal. Alternatifnya, klien dapat memilih untuk tidak diterapi lebih lanjut.

6. Evidence Based Practice

Penelitian yang diteliti oleh Chhabra et al (2017) melaporkan Melanoma Chemoprevention yang dapat digunakan untuk tindakan pencegahan kejadian melanoma.

Terdapat beberapa jenis chemoprevention melanoma yang terdiri dari:

- Sunscreens (masih diperdebatkan)
- Nonsteroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs)
- Statins
- Dietary Agents: resveratrol, curcumin dan green tea

Resveratrol dapat ditemukan pada anggur, angger merah, mulberi dan kacang-kacangan. Curcumin biasanya dikenal sebagai kunyit dikenal sebagai antioksidan yang kuat. Green tea mengandung beberapa kandungan polifenol yang terdiri dari catechin dan epicatechin, serta beberapa derivate epicatechin, epigallocatechin and epigallocatechin-3-gallate (EGCG). Fisetin juga disebut sebagai flafonoid yang dapat ditemukan di beberapa buah-buahan dan sayuran seperti apel, kiwi, anggur, bawang dan ketimun.

- Vitamin (C,A,D,E,K)

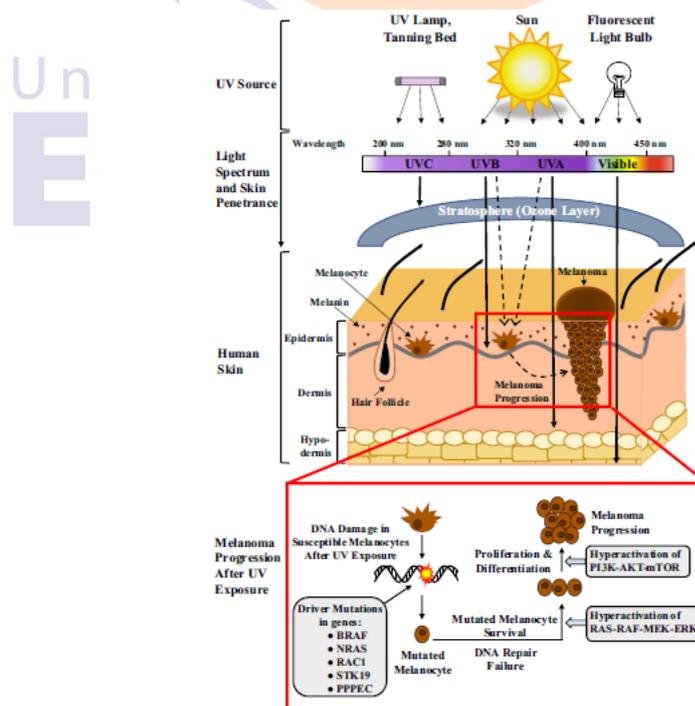


Figure 1. Schematic representation of ultraviolet (UV) radiation transmission in human skin and a proposed mechanism of melanoma progression from melanocytes after UV exposure. Solar radiation, tanning beds, UV lamps and other artificial light bulbs are all sources of UV exposure to human skin. UVA and UVB rays are mainly responsible for mutagenic effects on melanocytes and promotion of melanoma (indicated by the dashed lines). The inset box indicates the path of melanoma progression following exposure of UV light. The key genes that have been identified as having driver mutations in melanoma are outlined in the gray box on the left, including BRAF and NRAS, as well as other newly identified genes. Hyperactivation of RAS-RAF-MEK-ERK and PI3K-AKT-mTOR pathway genes have been suggested to be responsible for melanoma progression (gray boxes on the right).

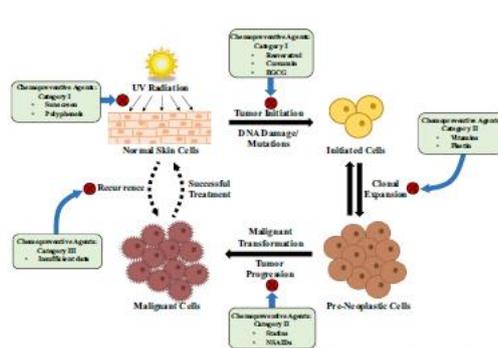


Figure 2. Schematic representation of processes involved in ultraviolet (UV) radiation-mediated development of skin cancer, and examples of chemopreventive agents reported to be useful at different stages of the carcinogenic process. Normally, when skin is exposed to UV radiation, it initiates tumor formation by DNA damage, mutagenesis and release of reactive oxygen species. After damage to the cells, the initiated cells with mutations conferring greater growth potential expand to become preneoplastic lesions. If these lesions are not found and removed, they may progress through transformation and become malignant skin cancers and require treatment, which is not always successful (as indicated by the dashed up arrow). Additionally, many melanomas recur after successful treatment (dashed down arrow). Chemopreventive agents can be applied topically that directly block the UV rays from reaching to the skin, or can be used to reverse or delay the process of multistage carcinogenesis at one or at all of the stages, depending on their efficacy. The ideal chemoprevention regimen would target all stages of cancer development and may include a combination of two or more agents in order to obtain the greatest preventive effects against UV-induced melanoma.

C. Latihan

1. Berikut ini merupakan jenis kanker kulit yang paling ganas dan bentuknya irregular adalah...
 - a) Karsinoma sel basal
 - b) Karsinoma sel epitel
 - c) Karsinoma sel skuamosa
 - d) Karsinoma sel dermis
 - e) Melanoma maligna
2. Berikut ini merupakan faktor resiko kanker kulit, kecuali...
 - a) Paparan sinar UV
 - b) Kulit terang
 - c) Kulit hitam
 - d) Paparan radiasi
 - e) OCA1
3. Berikut ini merupakan teknik pemeriksaan kulit secara mandiri untuk deteksi dini kanker kulit adalah kecuali,.....
 - a) Asimetri
 - b) Border

- c) Color
- d) Diameter
- e) Temperatur

D. Kunci Jawaban

- 1. E
- 2. C
- 3. E

E. Referensi

- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2014). *Keperawatan medikal bedah: manajemen klinis untuk hasil yang diharapkan*. Elsevier (Singapore).
- Butcher, H. K., Bulechek, G. M., Dochterman, J. M. M., & Wagner, C. (2013). *Nursing Interventions classification (NIC)* (6th Indone). Elsevier Singapore Lte Ltd.
- Gulanick, M., & Myers, J. L. (2016). *Nursing care plans: diagnoses, interventions, and outcomes*. Elsevier Health Sciences.
- Guyton, A. C., & Hall, J. E. (2007). *Buku ajar fisiologi kedokteran edisi 11*. Jakarta: EGC (11th ed.). Jakarta: EGC.
- Moorhead, S., Johnson, M., Maas, M. L., & Swanson, E. (2013). *Nursing Outcomes Classification (NOC):* (5th Indone). Elsevier Singapore Lte Ltd.
- NANDA International. (2014). *Nursing Diagnoses Definitions and Classification 2015-2017*. (T. H. Herdman & S. Kamitsuru, Eds.) (10th ed.). United Kingdom: Wiley Blackwell.
- Pearce, E. C. (2016). *Anatomi dan fisiologi untuk paramedis*. PT Gramedia Pustaka Utama.
- Sultan, M. J., Zhing, T., Morris, J., Kurdy, N., & McCollum, C. N. (2014). Compression stockings in the management of fractures of the ankle. *The Bone & Joint Journal*, 96-B(8), 1062–1069. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.96B8.32941>
- Chhabra, G., Ndiaye, M.A., Garcia-Peterson, L.M. and Ahmad, N. (2017), Melanoma Chemoprevention: Current Status and Future Prospects. *Photochem Photobiol*,

