



UNIVERSITAS INDONESIA

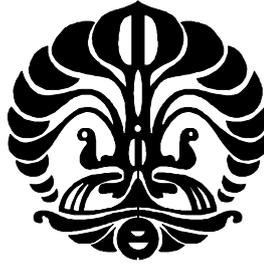
**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN CACHEXIA
PASIEN KANKER STADIUM LANJUT DAN KELUARGA
YANG MERAWAT DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

NURUL HUDA

0906620101

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2012**



UNIVERSITAS INDONESIA

**STUDI FENOMENOLOGI : PENGALAMAN CACHEXIA
PASIEN KANKER STADIUM LANJUT DAN KELUARGA
YANG MERAWAT DI RS KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai Prasyarat untuk Memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan
Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

NURUL HUDA

0906620101

**FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
PROGRAM STUDI MAGISTER KEPERAWATAN
KEKHUSUSAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
UNIVERSITAS INDONESIA
JULI, 2012**

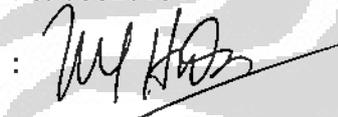
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

Tesis ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk
telah saya nyatakan dengan benar

Nama : Nurul Huda

NPM : 0906620101

Tanda Tangan :



Tanggal : 16 Juli 2012

HALAMAN PERNYATAAN BEBAS PLAGIARISME

Saya yang bertanda tangan dibawah ini dengan sebenarnya menyatakan bahwa tesis ini saya susun tanpa tindakan plagiarism sesuai dengan peraturan yang berlaku di Universitas Indonesia.

Jika di kemudian hari ternyata saya melakukan tindakan plagiarism, saya akan bertanggung jawab sepenuhnya dan menerima sanksi yang dijatuhkan oleh Universitas Indonesia kepada saya.

Depok, 16 Juli 2012



NURUL HUDA

PERNYATAAN PENGESAHAN

Tesis ini diajukan oleh :

Nama : Nurul Huda

NPM : 0906620101

Program Studi : Magister Keperawatan Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah
Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Judul Tesis : Studi Fenomenologi : Pengalaman Cachexia pada Pasien Kanker
Stadium Lanjut dan Keluarga yang Merawat
di RS Kanker Dharmais Jakarta

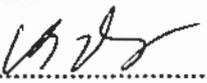
Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Keperawatan pada Program Studi Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

DEWAN PENGUJI

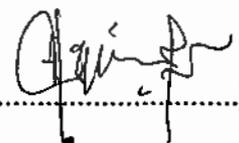
Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus S.Kp., M.App. Sc

(..........)

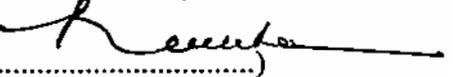
Pembimbing II : Agung Waluyo S.Kp., MSc., PhD

(..........)

Penguji : Lestari Sukmarini S.Kp., MNS

(..........)

Penguji : Kemala Rita Wahidi S.Kp., MARS, ETN

(..........)

KATA PENGANTAR

Puji dan syukur saya panjatkan kehadirat Allah SWT, karena atas rahmat dan karuniaNya saya bisa menyelesaikan Proposal Thesis yang berjudul “Studi Fenomenologi : Pengalaman Cachexia pada Pasien Kanker Stadium Lanjut dan Keluarga yang Merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta” dapat terselesaikan dengan baik.

Dalam penyusunan proposal ini penulis banyak mendapatkan bimbingan dan bantuan dari berbagai pihak. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada Ibu Dr. Ratna Sitorus, S.Kp., M.App.Sc., selaku pembimbing tesis I dan Bapak Agung Waluyo S.Kp., MSc., PhD., selaku pembimbing tesis II yang telah membimbing dan mengarahkan penulis dengan penuh kesabaran dalam menyusun tesis ini. Selanjutnya penulis juga mengucapkan terima kasih kepada :

1. Dewi Irawati, M.A, PhD., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia atas kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Astuti Yuni, S.Kp., MN selaku ketua Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, yang telah memberikan kesempatan dan fasilitas yang diberikan kepada penulis untuk menjadi mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia
3. Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau serta teman-teman sejawat di PSIK UR atas kesempatan yang diberikan sehingga menjadi mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
4. Ibu Krisna Yetti S.Kp., M.App.Sc selaku Pembimbing Akademis yang telah banyak membantu penulis selama menjalani kegiatan akademis di Universitas Indonesia

5. Suamiku tercinta Harsya Maryo Pranata dan anakku tersayang Afif Hanan Pranata yang senantiasa memberi semangat, support , doa serta dukungan moril dan materil dalam penyusunan proposal tesis ini.
6. Keluargaku tercinta (Alm) Jasri Jitar yang selalu membimbing penulis di semua tahap kehidupan, adikku M. Iqbal Jasri dan Mama Nurleli.
7. Rekan-rekan mahasiswa Program Pasca Sarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia kekhurusan Keperawatan Medikal Bedah yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini.
8. Serta semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu, yang telah membantu dalam penyusunan proposal tesis ini

Penulis menyadari bahwa proposal ini masih jauh dari sempurna, oleh karena itu penulis mengharapkan kritikan dan saran dari teman sejawat semua sehingga proposal ini bisa disempurnakan. Harapan penulis melalui proposal ini dapat memberi kemanfaatan kepada kita semua. Aamiin

Depok, Juli 2012

Penulis

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai civitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Nurul Huda

NPM : 0906620101

Program Studi : Pasca Sarjana Kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Fakultas : Fakultas Ilmu Keperawatan

Jenis Karya : Tesis

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia Hak Bebas Royalti Noneksklusif (Non-exclusive Royalty-Free Right) atas karya ilmiah saya yang berjudul :

Studi Fenomenologi : Pengalaman Cachexia pada Pasien Kanker Stadium Lanjut dan Keluarga yang Merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta

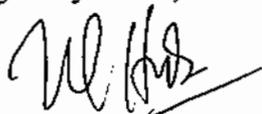
Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia / formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat dan mempublikasikan tesis saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis / pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya :

Dibuat di : Depok

Pada tanggal : 14 Juli 2012

Yang menyatakan,



Nurul Huda

Nurul Huda

**Program Magister Ilmu Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal
Bedah Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

**Studi Fenomenologi : Pengalaman Cachexia pada Pasien Kanker Stadium
Lanjut dan Keluarga yang Merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta**

xi + 132 hal + 9 tabel + 4 skema + 7 lampiran

ABSTRAK

Cachexia merupakan masalah yang umum dialami oleh pasien kanker stadium lanjut. Studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang pengalaman cachexia pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat di RS Kanker Dharmais. Data studi diperoleh dari lima partisipan pasien dan lima partisipan keluarga. Temuan memberikan informasi rinci tentang pengalaman cachexia pada pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat dengan enam tema utama yang sama yaitu 1) pengetahuan yang kurang tentang cachexia, 2) gangguan biopsikososial, 3) perubahan pola makan, 4) perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien dan keluarga, 5) kebutuhan akan pendidikan kesehatan dan 6) kebutuhan akan peningkatan fasilitas kesehatan. Pada keluarga terdapat satu tema tambahan yaitu terjadinya konflik dalam keluarga. Kemampuan dalam melakukan asuhan keperawatan yang menyeluruh pada akhirnya akan meningkatkan status nutrisi pasien dan mengurangi konflik dalam keluarga.

Kata kunci :

Pengalaman, cachexia, kanker stadium lanjut, keluarga

Daftar referensi : 65 (1991-2012)

Nurul Huda

**Magister Program of Nursing with Specialty of Medical Surgical Nursing
At Nursing Faculty University of Indonesia**

**Phenomenological Study : Experience of End Stage Cancer Patient with
Cachexia and Their Families Who were Involved During Treatment in The
Dharmais Cancer Hospital**

xi + 132 page + 9 table + 4 scheme + 7 attachment

ABSTRACT

Cachexia is a common problem for cancer patient in end stage. Phenomenological approach of qualitative study was conducted to get illustration regarding experience of end stage cancer patient with cachexia and their families who were involved during treatment in the Dharmais Cancer Hospital. Study result gathered from five participants constituted of five patients and five families. The current study showed detail information about experience of end stage cancer patient with cachexia and their families within six main themes, namely : 1) lack of knowledge about cachexia, 2) Biopsychosocial disturbances, 3) diet pattern disturbances, 4) lack of attention from nurse, 5) in need of health education and 6) in need of improvement of health facilities. Particularly within families member there were additional main theme, namely : conflict in family. Abilities in establishing holistic nursing care will lead to increase patient nutrition level and decrease conflict within families.

Keywords :

Experience, cachexia, end stage cancer, family

References : 65 (1991-2012).

DAFTAR ISI

	Hal
HALAMAN SAMPUL.....	i
HALAMAN JUDUL.....	ii
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR.....	v
HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS.....	vii
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR TABEL.....	xiii
DAFTAR SKEMA.....	xiv
DAFTAR LAMPIRAN.....	xv
1. PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Perumusan Masalah.....	6
1.3 Tujuan Penelitian.....	8
1.3.1 Tujuan Umum.....	8
1.3.2 Tujuan Khusus.....	8
1.4 Manfaat Penelitian.....	8
1.4.1 Manfaat pada Lahan Praktek.....	8
1.4.2 Manfaat Dibidang Keperawatan Medikal Bedah.....	9
1.4.3 Manfaat Riset.....	9
2. TINJAUAN PUSTAKA.....	10
2.1 Konsep Kanker.....	10
2.1.1 Defenisi Kanker.....	10
2.1.2 Etiologi Kanker.....	11
2.1.3 Penentuan Derajat Keganasan Kanker.....	12
2.1.4 Jenis Terapi pada Klien Kanker.....	14
2.2 Konsep Cachexia.....	20
2.2.1 Pengertian Cachexia.....	20
2.2.2 Etiologi.....	22
2.2.3 Patofisiologi Cachexia.....	24
2.2.4 Dampak Cachexia.....	27
2.2.5 Terapi Nutrisi pada Cachexia.....	31
2.2.6 Terapi Farmakologi pada Cachexia.....	34
2.3 Konsep Keluarga.....	36
2.3.1 Pengertian Keluarga.....	36
2.3.2 Jenis Keluarga.....	37
2.3.3 Fungsi Keluarga.....	37
2.3.4 Keluarga dengan Kanker Stadium Lanjut.....	38
2.4 Asuhan Keperawatan pada klien Cachexia dengan Kanker	

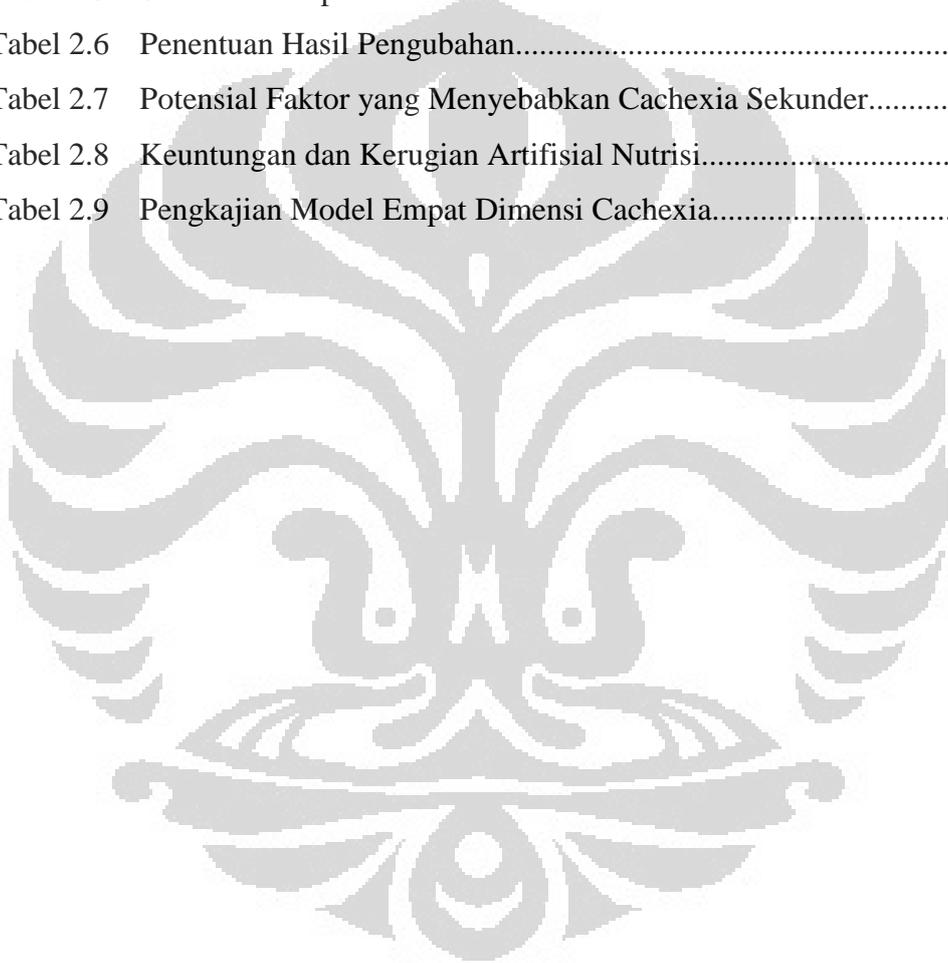
Stadium Lanjut.....	42
2.4.1 Pengkajian Keperawatan.....	43
2.4.2 Diagnosa Keperawatan.....	46
2.4.3 Intervensi Keperawatan.....	47
2.5 Pengalaman Cachexia pada Kanker Stadium Lanjut.....	53
3. METODE PENELITIAN.....	55
3.1 Rancangan Penelitian.....	55
3.2 Partisipan Penelitian.....	57
3.3 Waktu dan Tempat Penelitian.....	60
3.4 Etika Penelitian.....	61
3.4.1 Hak untuk Tidak Terlibat dalam Penelitian.....	62
3.4.2 Hak Adanya Privasi.....	63
3.4.3 Hak untuk Dijaga Otonomi dan Kerahasiaannya.....	64
3.4.4 Hak untuk Mendapatkan Perlakuan yang Adil.....	65
3.4.5 Hak untuk Terlindungi dari Hal yang Membahayakan....	65
3.5 Proses Pengumpulan Data Penelitian.....	66
3.6 Alat Pengumpul Data Penelitian.....	67
3.7 Analisa Data Penelitian.....	69
3.8 Keabsahan Data Penelitian.....	70
3.8.1 <i>Creadibility</i>	70
3.8.2 <i>Dependability</i>	70
3.8.3 <i>Confirmability</i>	70
3.8.4 <i>Transferability</i>	71
4. HASIL PENELITIAN.....	72
4.1 Karakteristik Partisipan.....	73
4.2 Analisa Tematik.....	73
4.2.1 Pengetahuan yang Kurang tentang Cachexia.....	73
4.2.2 Gangguan Biopsikosial.....	74
4.3.3 Perubahan Pola Makan.....	76
4.2.4 Perhatian Perawat yang Dirasakan Kurang oleh Pasien.....	77
4.2.5 Kebutuhan akan Pendidikan Kesehatan.....	79
4.2.6 Kebutuhan akan Peningkatan Fasilitas Kesehatan.....	80
4.2.7 Konflik dalam Keluarga.....	81
5. PEMBAHASAN.....	82
5.1 Interpretasi Hasil Penelitian.....	82
5.1.1 Pengetahuan yang Kurang tentang Cachexia.....	82
5.1.2 Gangguan Biopsikosial.....	85
5.1.3 Perubahan Pola Makan.....	88
5.1.4 Perhatian Perawat yang Dirasakan Kurang oleh Pasien.....	89
5.1.5 Kebutuhan akan Pendidikan Kesehatan.....	93
5.1.6 Kebutuhan akan Peningkatan Fasilitas Kesehatan RS Dharmais.....	94
5.1.7 Konflik dalam Keluarga.....	95

5.2 Keterbatasan Penelitian.....	96
5.2.1 Kemampuan dalam Wawancara Pasien dan Keluarga yang Dilakukan oleh Peneliti.....	96
5.2.2 Kurangnya Variasi dalam Partisipan Penelitian.....	97
5.2.3 Kurangnya Pembedaan Analisa dari Segi Psikologis antara Partisipan Laki-laki dan Perempuan.....	97
5.2.4 Instrumen CAS (Cachexia Assesment Scale) yang Masih Baru.....	97
5.3 Implikasi Keperawatan.....	98
5.3.1 Implikasi pada Pelayanan Keperawatan.....	98
5.3.2 Implikasi pada Pendidikan.....	99
5.3.3 Implikasi pada Penelitian.....	99
6. KESIMPULAN DAN SARAN	
6.1 Kesimpulan.....	100
6.2 Saran.....	101
6.2.1 Bagi Institusi dan Tenaga Kesehatan di Bidang Pelayanan...	101
6.2.2 Bagi Pendidikan.....	102
6.2.3 Bagi Peneliti Lain.....	102

DAFTAR PUSTAKA
LAMPIRAN

DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 “Waspada” dan “Caution”.....	11
Tabel 2.2 Tingkatan dan Differensiasi Sel.....	12
Tabel 2.3 Sistem Tumor, Nodus dan Metastase.....	13
Tabel 2.4 Stadium Kanker Kolorektal.....	13
Tabel 2.5 Skala Kemampuan WHO.....	14
Tabel 2.6 Penentuan Hasil Pengubahan.....	15
Tabel 2.7 Potensial Faktor yang Menyebabkan Cachexia Sekunder.....	23
Tabel 2.8 Keuntungan dan Kerugian Artifisial Nutrisi.....	32
Tabel 2.9 Pengkajian Model Empat Dimensi Cachexia.....	45



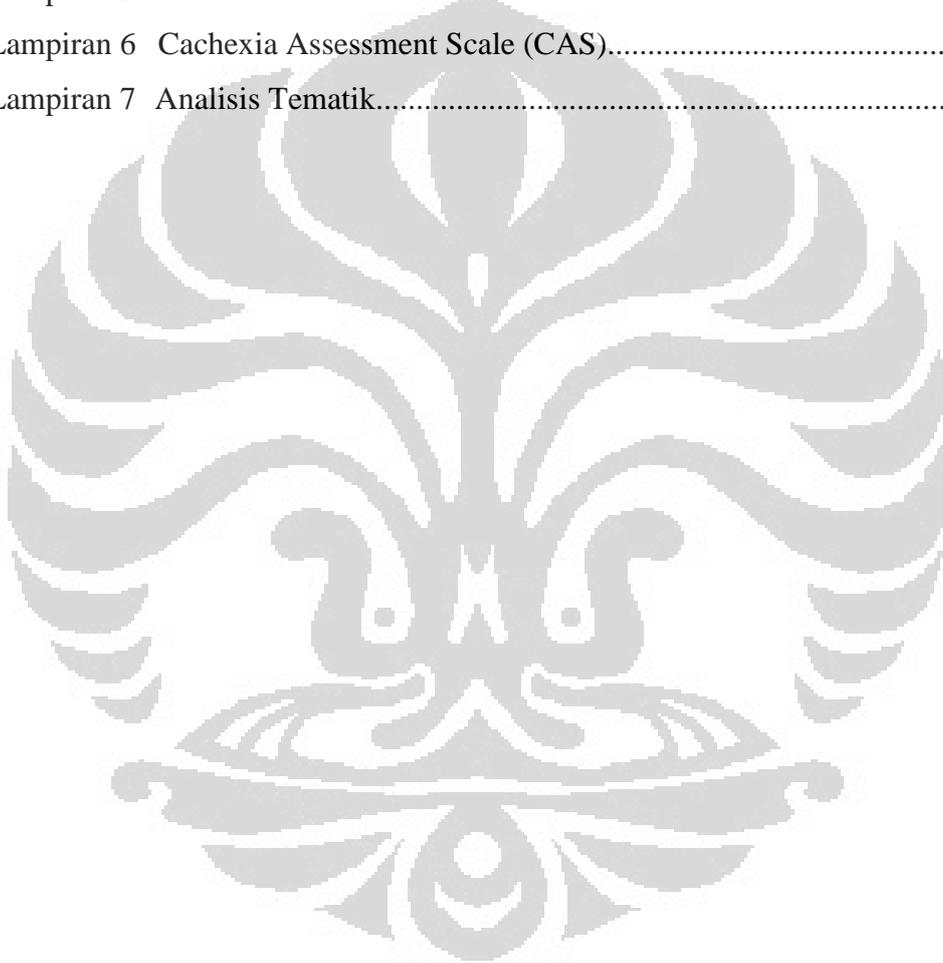
DAFTAR SKEMA

	Hal
Skema 2.1 Cachexia Proses.....	27
Skema 2.2 Konsekuensi Klinik dari Cachexia.....	29
Skema 2.3 Teori ABCX.....	40
Skema 2.4 Proses Keperawatan ADPIE.....	42



DAFTAR LAMPIRAN

	Hal
Lampiran 1 Penjelasan Penelitian.....	109
Lampiran 2 Surat Permohonan menjadi Partisipan.....	111
Lampiran 3 Surat Persetujuan menjadi Partisipan Penelitian.....	112
Lampiran 4 Format Pengumpulan Data Penelitian.....	113
Lampiran 5 Panduan Wawancara.....	114
Lampiran 6 Cachexia Assessment Scale (CAS).....	115
Lampiran 7 Analisis Tematik.....	118



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2008 terdapat 7,6 juta penderita kanker dan 13 % dari kasus tersebut berakhir pada kematian (*World Health Organization, 2008*). Di Amerika Serikat, kanker merupakan penyebab kematian kedua setelah serangan jantung. Hampir 10,1 juta orang pernah hidup dengan kanker di negara ini. Di Indonesia angka kejadian kanker juga meningkat dengan tajam. Kanker masih menjadi salah satu penyebab kematian tertinggi di Indonesia setelah kecelakaan lalu lintas, penyakit infeksi, penyakit jantung, diare dan stroke. Data statistik di RS Kanker Dharmais mengatakan bahwa pada tahun 2007 terdapat 1000 kasus baru yang ditemukan di poliklinik. Urutan empat teratas ditempati oleh kanker payudara, kanker serviks, kanker nasofaring dan kanker paru (Dharmais, 2007).

Pada pasien kanker, cachexia merupakan masalah yang sering terjadi. Dari hasil statistik didapatkan data bahwa cachexia terdapat pada 80 % pasien dengan kanker stadium lanjut (Kemp, 2001, didalam Millar, 2009). Adapun jenis kanker yang paling sering menyebabkan cachexia yaitu kanker pada gastrointestinal dengan angka kejadian berkisar 80 % dari seluruh kasus. Sedangkan urutan kedua ditempati oleh kanker paru dimana angka kejadiannya berkisar sebesar 60 % dari seluruh kasus (Danohoe et al., 2010).

Cachexia berkontribusi sebagai penyebab kecacatan dan kematian yang tinggi pada pasien kanker. Cachexia berkorelasi dengan status penampilan yang buruk, prognosis yang buruk serta angka kematian yang tinggi (Tisdalle, 2009; Brunelli et al., 2005). Suatu studi statistik mengatakan bahwa lebih dari 20 juta orang meninggal setiap tahunnya di dunia akibat cachexia (Muscaritoli et al., 2006, didalam Reid et al., 2009), atau dengan kata lain hampir 20 % kematian pada pasien kanker disebabkan oleh cachexia

(Tisdale, 2002, didalam Millar, 2009; Bruera, 1997, didalam Holmes 2011). Bucheri dan Feriigno (2001) mengatakan bahwa total penurunan berat badan merupakan indikator yang paling bagus terhadap prognosis pasien. Penurunan berat badan setiap 5 % akan meningkatkan resiko kematian sebesar 11 % pada pasien kanker (Bucheria, & Ferguson, 2008).

Cachexia merupakan sindrom pembuangan kronik yang kompleks (*complex chronic wasting syndrome*) dimana otot dan jaringan lemak hilang sebagai akibat dari gangguan metabolik yang disebabkan oleh interaksi antara host dan tumor (McDonald, Easson, Mazurak, et al., 2003, didalam Reid et al., 2009). Penurunan berat badan pada cachexia berbeda dengan penurunan berat badan yang disebabkan oleh masalah nutrisi lain seperti kelaparan, anorexia, fatipatient dan keluargaque dan lain-lain. Adanya penurunan massa otot merupakan hal yang khusus dan spesifik pada cachexia yang membedakannya dengan yang lain (O' Goman, 1999). Selain itu, pada cachexia yang parah seperti yang terdapat pada pasien kanker stadium lanjut yang ditandai dengan penurunan berat badan lebih dari 10 %, CRP lebih dari 10 mg/dL dan adanya penurunan nafsu makan, pemberian terapi nutrisi sendiri tidak secara signifikan dapat meningkatkan status nutrisi pasien (Tisdale, 2002). Berbeda dengan masalah nutrisi lain seperti kelaparan, dimana pemberian terapi nutrisi sudah cukup untuk meningkatkan status nutrisi pasien (Inui, 2002).

Cachexia memberikan dampak yang serius pada pasien. Dari segi fisik, cachexia menyebabkan pasien menjadi mudah lemas, kurang bergairah serta mudah letih. Suatu studi mengatakan bahwa pasien yang mengalami penurunan berat badan yang signifikan akan menyebabkan penurunan kemampuan bertahan hidup (*survival time*) hidup empat kali lebih rendah dibandingkan kemampuan pasien yang tidak mengalami penurunan berat badan (Deans, & Wigmore, 2009). Penurunan kemampuan hidup ini disebabkan karena pasien dengan cachexia mempunyai komplikasi pembedahan, radioterapi dan kemoterapi treatment yang lebih tinggi

dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami cachexia (Andreyev et al., 1998).

Cachexia menimbulkan penurunan kualitas hidup (*Quality of Life*) pada pasien yang menderita kanker sebanyak 30 %. Tingkatan penurunan kualitas hidup berbeda dari suatu pasien dengan pasien lainnya tergantung pada letak kanker, stase penyakit serta lamanya suatu penyakit (Gimerillus & Pearson, 2002). Penurunan kualitas hidup terjadi karena pasien dengan cachexia cenderung merasa lemah, fatigue serta rendahnya penampilan hidup (*poor physical performance*). Selain itu penurunan kualitas hidup juga disebabkan oleh menurunnya kemampuan pasien untuk melakukan aktivitas fisik serta aktivitas sosial (Whindholm et al., 2007). Penurunan aktivitas fisik pada pasien kanker dengan cachexia dapat disamakan dengan penurunan fisik yang diakibatkan oleh cedera medula spinalis dimana waktu yang dihabiskan oleh pasien lebih banyak untuk tidur dan berbaring serta hanya sedikit waktu yang dihabiskan untuk berdiri dan berjalan (Dahele et al., 2007). Hal ini tentu saja mempengaruhi ritme kehidupan dan kepuasan pasien dalam menjalani kehidupannya, walaupun kalau dilihat dari sisi positifnya pasien mempunyai lebih banyak waktu dengan keluarga. Tapi lama kelamaan pasien merasakan frustrasi akibat perubahan dari ritme kehidupan, terutama pada pasien yang tidak lagi bekerja.

Masalah psikologis akibat dari cachexia juga terlihat jelas mempengaruhi kehidupan pasien. Pasien dengan cachexia menggambarkan dirinya semakin berbeda dengan orang lain, terlihat aneh, semakin tua, seperti tengkorak dan menjadi kurang menarik serta *sex appeals* yang semakin menghilang (Hinsley, & Hughes, 2007). Selain itu pasien juga menyatakan bahwa ketika berat badannya semakin jauh berkurang, pasien menjadi semakin cemas dan berfikir bahwa penyakit mereka semakin memburuk. Pasien menjadi lebih mudah frustrasi karena tidak mampu menghentikan kehilangan berat badan serta efek samping yang ditimbulkannya.

Dari segi sosial pasien harus beradaptasi dengan diri mereka sendiri. Pasien merasa kehilangan otonomi dan menjadi beban bagi orang lain karena membutuhkan bantuan ekstra ketika ingin melakukan sesuatu. Selain itu terjadinya perubahan ritme kehidupan yang disebabkan oleh kelemahan akibat dari cachexia menyebabkan waktu pasien untuk bersosialisasi dengan orang sekitarnya menjadi lebih sedikit. Sehingga terjadilah perubahan interaksi sosial dalam kehidupan pasien (Reid et al., 2009). Kehilangan interaksi sosial ini merupakan hal yang sering dilaporkan dan dikeluhkan oleh pasien.

Dilihat dari sisi keluarga, makanan merupakan simbol kasih sayang dan perhatian yang lebih terhadap kesehatan dan kesejahteraan pasien. Penolakan pasien terhadap makanan yang telah dipersiapkan menimbulkan stress dan kecemasan tersendiri kepada keluarga. Keluarga merasa bahwa adanya korelasi antara penurunan berat badan pasien dengan prognosis penyakit. Keluarga beranggapan semakin kurus pasien, semakin jelek prognosis penyakitnya. Untuk mengatasi hal tersebut keluarga merasa bahwa pasien harus makan lebih banyak dari sebelumnya dan keluarga akan terus mengawasi jumlah intake makanan yang dimakan oleh pasien sampai keluarga merasa bahwa kalori yang dibutuhkan pasien telah mencukupi. Hal ini menimbulkan konflik antara pasien dan keluarga serta menimbulkan krisis dalam keluarga.

Keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien merupakan hal yang penting, karena keluarga mempunyai peran yang sangat besar dalam upaya peningkatan kesehatan fisik serta pemberian dukungan psikologis (Aoun et al., 2005). Selain itu, komunikasi dan rasa terikat antara keluarga dengan pasien dapat meningkatkan kesejahteraan psikososial pasien (Lin & Bauer-Wu, 2003, didalam Hopkinson, Wright & Corner, 2006). Oleh karena itu pasien dan keluarga harus saling bekerjasama dan memberikan dukungan satu dengan yang lainnya sehingga terbentuk suatu kesinergisan dalam perawatan pasien, sehingga pada akhirnya pasien dapat meningkatkan kemampuan personalnya

untuk hidup secara positif dan mempunyai kehidupan yang lebih berarti dalam akhir kehidupannya.

Secara umum, dalam tiga puluh tahun terakhir hanya sedikit kemajuan yang telah dicapai untuk menanggulangi cachexia. Selain karena mekanisme cachexia masih sedikit yang terekspos, hal ini juga disebabkan oleh masih sedikitnya riset-riset dan evidence based yang mengemukakan tentang manajemen cachexia secara efektif (Brown, 2002, Steer, 2005, didalam Millar 2009). Akibatnya cachexia masih tetap tidak terdiagnosa dan tidak diberikan intervensi yang tepat di bidang praktek klinik (Maddox & Maddox, 2004, Tape, 2004, Argile et al., 2005, didalam Reid et al., 2009).

Manajemen penatalaksanaan cachexia biasanya kombinasi antara pemberian terapi farmasi, suplementasi nutrisi dan konservasi energi serta pemberian support kepada pasien dan keluarga (Brown, 2002, Strasser, 2002, didalam Hopkinson, Wright & Corner, 2006). Perawat mempunyai peranan yang penting dalam deteksi dini dan management cachexia (Finley, 2003). Intervensi yang dapat dilakukan adalah memberikan informasi kesehatan sesuai dengan kebutuhan pasien serta pemberian konseling baik itu konseling masalah psikososial maupun masalah nutrisi (Lazarus, 1991, di dalam Hopkinson, Wright & Foster, 2008; Holmes, 2011). Pemberian informasi yang sebanyak-banyaknya tentang cachexia oleh tenaga kesehatan kepada pasien dan keluarga dapat membantu adaptasi fisik, emosi dan sosial pasien terhadap penyakit serta penerimaan pasien terhadap perubahan tubuh, jati diri dan lingkungan sosialnya (Lazarus, 1991; Williams, 2000; Ravascoet et al., 2003 di dalam Hopkinson, Wright & Corner, 2006).

Berdasarkan studi kualitatif yang dilakukan oleh Reid et al (2010) bahwa ada tiga hal yang diinginkan oleh pasien dan keluarga terhadap perawat terkait penatalaksanaan cachexia, didapatkan data bahwa ada tiga hal yang diinginkan oleh pasien dan keluarga terhadap perawat. Adapun ketiga hal tersebut adalah pemberitahuan tentang adanya penurunan berat badan yang

diasosiasikan dengan cachexia, pemberian informasi tentang cachexia serta pemberian intervensi yang mendukung. Dalam jurnal tersebut juga dikatakan bahwa tiga hal yang disebutkan di atas masih sangat kurang dirasakan oleh pasien dan keluarga. Sehingga akhirnya pasien dan keluarga berada dalam kebingungan akan perawatan terhadap diri mereka.

Di Indonesia, cachexia masih menjadi masalah yang belum diperhatikan penanganannya. Dari observasi peneliti pada waktu studi pendahuluan di RS Kanker Dharmais, perawat lebih memilih menangani masalah fisik pasien seperti masalah nyeri dan perawatan luka. Masalah cachexia sendiri dikenali oleh perawat tetapi tidak ada kelanjutan intervensinya. Selain itu artikel-artikel dan jurnal-jurnal yang ada di Indonesia, jarang yang membahas tentang cachexia. Sehingga peningkatan kewaspadaan dan pengetahuan perawat tentang permasalahan cachexia ini juga berkurang.

Berdasarkan permasalahan tersebut di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan studi kualitatif fenomenologi yang menggali tentang pengalaman cachexia pada pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta. Sehingga melalui pemahaman tentang pengalaman ini dapat diketahui nantinya masalah- masalah yang terjadi dengan pasien dan keluarga terkait dengan cachexia serta dapat teridentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga akan suatu informasi kesehatan yang dibutuhkan pasien dan keluarga dari perawat.

1.2 Perumusan Masalah

Cachexia terdapat pada 80% pasien dengan kanker stadium lanjut dan memberikan dampak terhadap aspek fisik, psikologis dan sosial bagi pasien dan keluarga. Selain itu cachexia juga menjadi sumber konflik antara pasien dan keluarga. Penyebab konflik berfokus kepada penurunan berat badan pasien yang dianggap sebagai akibat dari kurangnya asupan makanan dan reaksi keluarga terhadap penurunan berat badan pasien.

Perawat merupakan orang yang terdekat bagi pasien. Perawat bertugas untuk memenuhi kebutuhan hidup dasar pasien melalui asuhan keperawatan yang diberikannya. Tetapi sayang selama ini, pasien dan keluarga merasa bahwa perawat kurang memberikan informasi dan intervensi pendukung dalam penatalaksanaan cachexia. Keluarga juga merasa bahwa perawat tidak pernah menanyakan atau berbicara kepada mereka tentang penurunan berat badan yang telah dilaporkan dan menganggap penurunan berat badan pasien bukan merupakan suatu hal yang penting walaupun masalah tersebut membuat pasien dan keluarga merasa semakin cemas akan keadaan orang yang dicintainya. Akibatnya pasien dan keluarga merasa terisolasi dan terabaikan. Dari segi perawat, perawat lebih memilih untuk diam dan mengintervensi masalah lain seperti nyeri yang dialami oleh pasien dari pada mengintervensi masalah cachexia. Karena hal ini akan menyebabkan pembicaraan berlanjut menuju perawatan palliative yang dijalani pasien yang membuat perawat tidak nyaman untuk membicarakannya sebab akan menurunkan semangat hidup pasien. Akibatnya masalah cachexia selama ini menjadi belum tersentuh untuk diberikan intervensi yang sesuai.

Berdasarkan fenomena diatas pengalaman cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut perlu digali lebih mendalam. Tujuannya adalah supaya dapat teridentifikasi permasalahan-permasalahan yang sering terjadi pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut yang disebabkan oleh cachexia. Selain itu diharapkan juga akan tergali kebutuhan pasien dan keluarga akan suatu pelayanan kesehatan yang berguna dalam merawat pasien dengan cachexia. Penelitian ini akan dilakukan dengan menggunakan penelitian kualitatif metode fenomenologi dengan perumusan masalah “Bagaimana Pengalaman Cachexia pada Pasien dengan Kanker Stadium Lanjut dan Keluarga yang Merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta”.

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi pengalaman cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut di RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.3.2 Tujuan Khusus

1.3.2.1 Diperolehnya gambaran tentang pengetahuan pasien dan keluarga tentang cachexia pada kanker stadium lanjut

1.3.2.2 Diperolehnya gambaran tentang dampak cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut

1.3.2.3 Diperolehnya gambaran tentang respon pasien dan keluarga terhadap cachexia pada kanker stadium lanjut

1.3.2.4 Diperolehnya gambaran tentang kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh pasien dan keluarga yang mengalami cachexia pada kanker stadium lanjut

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat di Bidang Pelayanan

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan masukan-masukan serta bahan pertimbangan dalam pemecahan masalah keperawatan terutama di bidang oncology. Hasil penelitian juga diharapkan nantinya dapat digunakan sebagai data dasar dalam mengkaji, menentukan diagnosa dan intervensi keperawatan pada pasien dan keluarga yang mengalami cachexia pada kanker stadium lanjut. Selain itu hasil penelitian ini juga diharapkan menjadi dasar dalam memberikan *Counseling* pada pasien dan keluarga yang mengalami cachexia pada kanker stadium lanjut dan dapat membantu pasien dan keluarga mengenali masalah, menerima dan menentukan penyelesaian atas masalah cachexia yang dialami pasien kanker stadium lanjut.

1.4.2 Manfaat di Bidang Keperawatan Medikal Bedah

Hasil penelitian ini hendaknya dapat dijadikan sebagai salah satu acuan dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien cachexia dengan kanker stadium lanjut sesuai dengan kebutuhan terutama di bidang Keperawatan Medikal Bedah. Selain itu melalui penelitian ini diharapkan mahasiswa dapat belajar dan lebih mendalami tentang permasalahan cachexia pada pasien kanker stadium lanjut. Pada akhirnya nanti mahasiswa keperawatan dapat belajar sesuai dengan kondisi nyata atau konkrit yang ada di lapangan.

1.4.3 Manfaat di Bidang Riset

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi bahan rujukan penelitian selanjutnya terkait dengan permasalahan cachexia pada pasien kanker stadium lanjut. Selain itu penelitian ini juga dapat dijadikan dasar dalam melakukan penelitian terkait cachexia yang dilihat dari sisi pengalaman perawat dalam melakukan perawatan pada pasien dengan cachexia.

BAB II TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Konsep Kanker

2.1.1 Definisi Kanker

Penyakit kanker adalah suatu penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal. Sel-sel kanker akan berkembang dengan cepat, tidak terkendali dan akan terus membelah diri yang selanjutnya akan terus menyusup ke jaringan sekitarnya (*invasive*) serta terus menyebar melalui jaringan ikat, darah serta organ-organ penting lainnya (www.cancerhelps.com/kanker). Definisi lain dari kanker adalah suatu penyakit dari sel dimana kemampuan sel untuk mengontrol pertumbuhan dan proliferasi secara normal terganggu, bersifat invasif dan dapat menyebar secara langsung ke bagian tubuh yang lain (Black, & Hawks, 2009).

Pada kondisi normal, sel hanya akan melakukan pembelahan diri untuk memperbaiki sel-sel yang telah rusak dan mati. Sebaliknya sel kanker akan melakukan pembelahan secara terus menerus walaupun tubuh tidak memerlukannya sehingga akan terjadi penumpukan sel baru. Kondisi-kondisi yang dapat menyebabkan perubahan sel normal menjadi sel kanker adalah hiperplasia, displasia dan neoplasia. Hiperplasia merupakan pertumbuhan sel normal yang berlebihan. Displasia merupakan keadaan ketika sel berkembang tidak normal dan dicirikan dengan adanya perubahan pada nukleus, aktivitas mitosis yang meningkat dan tidak ada ciri khas sitoplasma yang berhubungan dengan diferensiasi sel pada jaringan. Sedangkan neoplasia merupakan kondisi sel pada jaringan yang berproliferasi secara tidak normal dan bersifat invasif (Weinberg, 2007).

2.1.2 Etiologi Kanker

Sjamsuhidajat & De Jong (1997), mengatakan bahwa etiologi dari kanker adalah (1) karsinogenesis kimiawi, (2) karsinogenesis fisik (3) karsinogenesis viral, (4) peranan hormon, (5) faktor gaya hidup, (6) parasit (7) sunat dan fimosis, dimana sunat terbukti menurunkan angka kejadian kanker penis (Putri,2012). Pada pasien fimosis sebaiknya dilakukan sunat karena akan meningkatkan resiko terjadinya infeksi saluran kemih serta lebih lanjut lagi juga meningkatkan resiko kanker (8) faktor genetik dan (9) penurunan imunitas. Kebanyakan faktor penyebab dari kanker merupakan faktor lingkungan yang dapat dihilangkan dengan mengubah gaya hidup masing-masing pribadi.

Pada awalnya tidak ada keluhan spesifik yang menunjukkan adanya kanker dini. Pada masa ini, penderita merasa sehat, tidak nyeri dan tetap bisa melakukan aktivitas sehari-hari tanpa adanya keluhan. Pada pemeriksaan penunjang juga tidak ditemukan adanya kelainan. Yayasan Kanker Amerika mengeluarkan peringatan (*caution*) tentang tujuh tanda dan gejala yang disebabkan oleh kanker. Sedangkan Yayasan Kanker Indonesia menggunakan kata “waspada” untuk tanda yang perlu dicurigai.

Tabel 2.1 “Waspada” dan “Caution”

W = waktu buang air besar atau buang air kecil, ada gangguan atau perubahan kebiasaan

A = alat cerna terganggu atau sukar menelan

S = suara serak atau batuk yang tak sembuh-sembuh

P = payudara atau bagian lain memperlihatkan benjolan

A = andeng-andeng yang berubah sifat, makin besar dan gatal

D = darah atau lendir yang abnormal keluar dari tubuh

A = adanya koreng atau borok yang tak mau sembuh

C = change in bowel or bladder habits

A = a sore that does not heal

U = unusual bleeding or discharge

T = thickning in breast or elsewhere

I = indigestion or difficulty in swallowing

O = obvius change in wart or mole

N = nagging cought or hoarseness

Sumber : Sjamsuhidajat, H. R., & De Jong, W., 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jilid 2. Jakarta : EGC

2.1.3 Penentuan Derajat Keganasan Kanker

Diagnosis dari kanker membutuhkan tim yang multidisiplin termasuk dokter, radiologi, ahli bedah, onkologi, patologis dan perawat. Keputusan terhadap tindakan didasarkan atas bentuk histologi dari tumor dan pengkajian perjalanan penyakit. Pemeriksaan histopatologi menentukan ada atau tidaknya keganasan, jenis keganasan, sifat dan tingkat keganasaan.

Pada proses keganasan terdapat penyusupan sel ke jaringan sehat sekitarnya. Hal ini ditandai dengan adanya batas tegas antara tumor dan jaringan normal. Selanjutnya ditentukanlah jenis keganasannya. Pada tahap ketiga mulailah ditentukan tingkat keganasan untuk meramalkan prognosis. Prognosis ditentukan berdasarkan tingkat diferensiasi jaringan. Semakin kacaunya susunan histologik atau semakin besarnya perbedaan sel satu dengan yang lain, maka semakin ganas dan semakin bersifat agresif suatu kanker tersebut yang otomatis membuat prognosis penyakitnya semakin memburuk (Sjamsuhidayat, & De Jong, 2004; Otto, 2001). Adapun tingkatan dan derajat diferensiasi sel dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2.2 Tingkatan dan Diferensiasi sel

Tingkat	Diferensiasi	Pengertian
X	Tidak dapat dikaji	
I	Diferensiasi baik	Sel matur terlihat seperti jaringan normal
II	Diferensiasi sedang	Beberapa sel belum matur, bervariasi dari jaringan normal
III	Diferensiasi buruk	Sel belum matur, tidak seperti sel normal
IV	Tanpa diferensiasi (anaplastistik)	Sel sangat tidak matur, tidak ada persamaan sama sekali dengan jaringan normal, bahkan sulit untuk menentukan jenis jaringan normalnya.

Sumber : Otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby. Inc. St. Louis. Missouri

Staging atau penentuan luas penyebaran dilakukan dengan tujuan untuk menentukan tahap perkembangan, memilih intervensi yang paling baik serta untuk memperkirakan prognosis penyakit. Selain itu, *staging* juga diperlukan untuk melihat hasil pengobatan dan

membandingkan efektifitas berbagai macam pengobatan yang diterima oleh pasien (Sjamsuhidayat, & De Jong, 1997). Untuk menentukan *staging* pada pasien dengan kanker dipakailah sistem TNM (*Tumor, Nodus dan Metastasis*). Sistem TNM ini dapat dilihat pada Tabel 2.3. Pada kanker colorectal selain penggunaan sistem TNM juga digunakan sistem *Dukes*. Perbandingan sistem TNM dan sistem *Dukes* dapat dilihat pada Tabel 2.4.

Tabel 2.3 Sistem Tumor, Nodus dan Metastasis (TNM)

Tumor	
T	Tumor primer
Tx	Tumor primer tidak dapat ditaksir
T0	Tidak terdapat bukti adanya tumor primer
Tis	Karsinoma <i>in situ</i>
T1, T2, T3	Dari T1 sampai T3 tumor primer makin besar dan makin jauh infiltrasi di jaringan dan saat berdampingan
Nodus	
N	Kelenjar limf regional
Nx	Kelenjar limf tak dapat ditaksir/diperiksa
N0	Tidak adanya bukti penyebaran ke kelenjar limf regional
N1, N2, N3, N4	Menunjukkan banyaknya kelenjar regional yang dihinggapi, dan ada/tidaknya infiltrasi di alat dan struktur berdampingan
Metastasis	
M	Anak sebar jauh (<i>distance metastasis</i>)
Mx	Tidak dapat diperkirakan adanya anak sebar
M0	Tidak ada bukti metastatis jauh
M1	Ada metastasis jauh

Sumber : Otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby. Inc. St. Louis. Missouri

Informasi yang didapat dari klasifikasi sistem TNM ini selanjutnya dapat digunakan untuk mendefinisikan stadium kanker. Informasi ini dapat digunakan sebagai dasar dalam pengambilan keputusan terhadap pengobatan kanker. Stadium sering berubah apalagi setelah dilakukan pengobatan.

Tabel 2.4 Stadium Kanker Colorectal

Stage grouping	T	N	M	Dukes
AJCC/UICC				
Stage 0	Tis	N0	M0	-
Stage I	T1	N0	M0	A
	T2	N0	M0	-
Stage II	T3	N0	M0	B
	T4	N0	M0	-

Stage III	Setiap T	N1	M0	C
	Setiap T	N2	M0	-
Stage IV	Setiap T	Setiap N	M1	-

*AJCC : American Joint Committee on Cancer

Sumber : Otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby. Inc. St. Louis. Missouri

2.1.4 Jenis Terapi pada Pasien Kanker

Keberhasilan terapi pada pasien dengan kanker tergantung kepada jenis kanker dan luas penyebarannya. Terapi mutakhir pada kanker mencakup radioterapi, kemoterapi dan pembedahan. Sebelum memulai terapi, daftar riwayat penyakit haruslah dilengkapi serta catatan mengenai tampilan klinis (*performance scale*) sudah dikaji dengan benar. Skala kemampuan dari WHO dapat digunakan untuk melihat penampilan klinis pasien dalam praktek sehari-hari (Tabel 2.5).

Tabel 2.5 Skala Kemampuan WHO

Tampilan	Keterangan
Baik	0 Aktivitas jasmani biasa, dapat bekerja
Cukup	1 Dapat kerja ringan, tidak tinggal ditempat tidur
Lemah	2 Lebih dari 50% waktu bangun, dapat jalan dan merawat diri
Jelek	3 Lebih dari 50% waktu untuk tiduran, tidak dapat jalan, tetapi dapat merawat diri
Sangat jelek	4 Tidak dapat bangun atau merawat diri, penderita tetap tinggal di tempat tidur atau di kursi

Sumber : Sjamsuhidajat, H. R., & De Jong, W., 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jilid 2. Jakarta : EGC

Pemilihan terapi yang tepat pada penderita kanker merupakan masalah yang tidak mudah untuk ditanggulangi. Terapi yang dipilih harus sesuai dengan kebutuhan pasien dan dapat memperbesar angka harapan hidup (*life expectancy*), mengatasi gejala dan keluhan pasien serta dapat meningkatkan kualitas hidup pasien (*quality of life*). Untuk menentukan hasil pengobatan, dapat dipakai kriteria objektif untuk respon (Tabel 2.6).

Tabel 2.6 Penentuan Hasil Pengobatan

Respons pengobatan		Ketentuan
Respons lengkap (<i>complete response</i>)	(CR)	Tidak terdapat metastasis tumor di mana pun dan dibuktikan pada pemeriksaan fisik, laboratorium dan radiologi
Respons sebagian (<i>partial response</i>)	(PR)	Pengecilan metastasis sekurang-kurangnya 50%
Tidak ada perubahan (<i>no change</i>)	(NC)	Tidak ada perubahan atau pengecilan kurang dari parsial respons (PR)
Penyakit memburuk (<i>proggresive disease</i>)	(PD)	Terjadi pembesaran atau muncul tumor metastasis baru

Sumber : Sjamsuhidajat, H. R., & De Jong, W., 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jilid 2. Jakarta : EGC

2.1.4.1 Terapi pembedahan

Terapi pada pasien kanker terdiri atas terapi pembedahan, radioterapi dan kemoterapi. Terapi pembedahan merupakan terapi yang sering dipakai sebagai terapi pendahuluan dan pilihan utama pada tumor maligna. Hampir 40% dari pasien kanker diterapi dengan terapi pembedahan dan sepertiganya mengalami penyembuhan. Kegagalan pada terapi pembedahan biasanya disebabkan oleh adanya metastasis pada waktu penegakan diagnosis. Oleh karena itu, pada waktu melakukan pembedahan pada pasien kanker, perawat harus secara kritis mengevaluasi tiga elemen penting yaitu (1) faktor dari tumor itu sendiri seperti lokasi, tipe histologisnya, ukuran tumor, (2) kinetik sel tumor, seperti kecepatan pertumbuhan, invasi dan metastase, (3) variabel dari pasien yang terdiri dari status kesehatan umum pasien, resistensi dari pasien, keinginan dari pasien untuk terus mengikuti pengobatan serta kualitas hidup pasien.

Otto (2001) di dalam bukunya *Oncology Nursing*, mengatakan bahwa terapi pembedahan pada pasien dengan kanker berfokus pada empat prinsipal area, yaitu:

- a. *Primary treatment* (tindakan primer)

Primary treatment (tindakan primer) melibatkan pengangkatan tumor dan daerah pinggir disekitar jaringan normal. Tujuannya adalah untuk mencapai kesembuhan dengan mengurangi beban tumor pada tubuh pasien. Kesembuhan dapat dicapai melalui beberapa tipe intervensi, seperti pengangkatan lokal maupun pengangkatan yang luas.

b. Adjuvant treatment

Adjuvant treatment meliputi cytoreductive therapy atau disebut juga dengan *debulking*. Pembedahan dikerjakan jika tumor ganas tidak dapat dikeluarkan seluruhnya karena alasan teknik. Maksud pembedahan ini adalah mengeluarkan sebanyak mungkin jaringan tumor dengan harapan kemoterapi dan radioterapi dapat menanggulangi sisa tumor yang tertinggal. Keputusan untuk melaksanakan pembedahan berdasarkan kepada (1) resiko kanker berdasarkan sejarah medis dan keluarga, (2) kehadiran dari tanda dan gejala, (3) derajat kesukaran dalam mendiagnosis kanker, (4) kemungkinan keadaan pasien setelah postoperative.

c. Salvage treatment

Salvage treatment melibatkan penggunaan pembedahan luas untuk mencegah kekambuhan setelah dilakukannya pembedahan kecil. Contohnya mastectomy setelah lumpectomy.

d. Palliative Treatment

Palliative treatment digunakan untuk meringankan atau menghilangkan keluhan dari pasien kanker sehingga diharapkan dapat meningkatkan mutu hidup penderita.

e. Combination Treatment

Combination treatment merupakan kombinasi antara pembedahan dengan tindakan lainnya yang bertujuan untuk

mengurangi perubahan dari kemampuan fisik dan fungsional dari pasien serta meningkatkan *tumor resectability*.

Nutrisi merupakan hal yang harus menjadi perhatian utama pada pasien yang menjalani terapi pembedahan. Hampir 30-50% pasien kanker dengan pembedahan memperlihatkan gejala malnutrisi dari berat ke sedang. Gangguan nutrisi pada pasien yang mengalami pembedahan akan meningkatkan resiko pembedahan karena pasien tidak mampu untuk mempertahankan *lean body mass* serta mengalami ketidakseimbangan nitrogen. Hal ini akan menyebabkan keterlambatan penyembuhan luka, anemia, infeksi, sepsis, pneumonia dan malnutrisi yang lebih parah serta peningkatan angka kematian (Otto, 2001).

2.1.4.2 Terapi radiasi

Terapi radiasi merupakan terapi yang menggunakan sinar energi tinggi ionisasi atau partikel untuk perawatan kanker. Radiasi sinar energi tinggi ionisasi dapat menghancurkan kemampuan sel untuk tumbuh dan membelah. Beberapa sel secara langsung rusak oleh sinar ion dan partikel, sedangkan beberapa sel lain tidak mampu membelah diri dan mati pada saat ber-mitosis.

Hampir 60% pasien kanker mendapatkan terapi radiasi. Keberhasilan terapi radiasi ini tergantung kepada kesensitifan dari sel – sel kanker terhadap sinar ionisasi. Menurut Otto E.S (2001) kesensitifan dari sel kanker bergantung dari beberapa faktor :

a. Tipe dari sel

Tipe dari sel mempengaruhi kesensitifan suatu kanker terhadap terapi radiasi. Ada sel kanker yang sangat sensitif

terhadap terapi radiasi dan ada juga sel kanker yang tingkat kesensitifannya rendah. Tingkat kesensitifan ini mempengaruhi tingkat keberhasilan terapi radiasi dan pengkajian ulang terhadap efek terapi harus dilakukan secara terus menerus.

b. Fase dari kehidupan sel

Sel pada fase istirahat lebih sensitif terhadap radiasi daripada sel yang aktif.

c. Kecepatan rata-rata divisi dari sel

Sel yang bergerak lebih cepat akan lebih sensitif terhadap radiasi daripada sel yang bergerak lebih lambat.

d. Derajat diferensiasi

Sel yang diferensiasinya buruk lebih sensitif terhadap radiasi daripada sel yang berdiferensiasi baik.

e. Oksigenasi

Jaringan yang mempunyai oksigenasi bagus lebih sensitif terhadap terapi radiasi. Karena oksigen dibutuhkan untuk membentuk radikal bebas.

Didalam buku Onkologi Klinis Edisi 2, dikatakan bahwa indikasi radioterapi adalah :

1. Radioterapi kuratif

Radioterapi kuratif ini digunakan untuk memusnahkan lesi primer tumor dan metastasenya. Dosis disesuaikan dengan tumor dan area target. Tumor yang secara klinis dapat disembuhkan adalah kanker kullit, kanker nasofaring, kanker laring dini, dan lain-lain.

2. Radioterapi paliatif

Radioterapi paliatif ini digunakan pada kasus stadium lanjut yang bertujuan menghambat pertumbuhan tumor, mengurangi penderitaan, memperpanjang usia dan meningkatkan kualitas hidup. Contohnya adalah untuk

hemostatis, analgesia, dan mengurangi desakan tumor. Menurut kondisi diberikan sepertiga sampai duapertiga dari dosis kuratif.

Kontraindikasi dari radioterapi adalah :

1. Tumor stadium lanjut yang menimbulkan anemia berat.
2. Infiltrasi tumor telah menimbulkan komplikasi berat, seperti fistula pada kanker esofagus, kanker paru yang disertai efusi toraks masif.
3. Profil darah tepi terlalu rendah, misalnya leukosit kurang dari $3 \times 10^9/L$, Hb $< 60 \text{ g/L}$, trombosit $< 80 \times 10^9/L$.
4. Pasien dengan tuberkolosis paru berat, penyakit jantung, ginjal, atau lainnya yang membuat pasien dapat setiap waktu mengalami krisis dan radioterapi kemungkinan akan memperparah hingga membawa kematian.
5. Jaringan organ yang pernah mendapatkan radioterapi kuratif dan sudah menampakkan radapaksa radiasi tidak boleh mendapatkan radiasi.

Terapi radiasi mempengaruhi status nutrisi pasien karena radiasi dapat menyebabkan mukositis, serostomia, gangguan pada gigi, esofagitis, dysflagia, mual dan muntah serta diare (Black, & Hawks, 2009).

2.1.4.3 Kemoterapi

Kemoterapi merupakan intervensi sistemik untuk mengobati penyakit kanker. Kemoterapi menjadi pilihan ketika penyakit telah menyebar, resiko tidak terdeteksi penyakit menjadi tinggi serta tumor tidak dapat diangkat serta telah resisten terhadap sinar radiasi. Penggunaan kemoterapi secara objektif bertujuan untuk menghancurkan sel tumor tanpa

menyebabkan kerusakan yang parah pada sel normal (Black, & Hawks, 2009).

Ada beberapa tipe kanker yang peka terhadap kemoterapi bahkan pada kanker stadium lanjut, tetapi sayang jenis tumor yang sensitif ini hanya 10% dari jenis kanker yang ada. Menurut Sjamsuhidayat dan De Jong (2004), kanker yang tinggi insidennya seperti kanker paru, kanker usus besar, kanker hati, kanker uterus dan kanker lambung kurang dipengaruhi oleh kemoterapi.

Oleh karena itu kemoterapi sering digunakan bersamaan dengan terapi bedah dan radioterapi. Pemberian kemoterapi mempengaruhi status nutrisi pasien karena kemoterapi dapat menyebabkan terjadinya stomatitis yang mengganggu intake pasien, enteritis yang dapat menyebabkan diare serta perasaan mual dan muntah.

2.2 Konsep Cachexia

2.2.1 Pengertian Cachexia

Cachexia merupakan proses metabolik yang kompleks yang pada umumnya terjadi pada pasien dengan kanker. Adapun pengertian cachexia adalah sindrom pembuangan yang progresif yang dikarakteristikan oleh kehilangan jaringan adiposa dan *lean body mass* (Holmes, 2011). Menurut Davidson & Chasen (2008), cachexia didefinisikan sebagai suatu sindrom pembuangan yang melibatkan kehilangan dari masa otot dan lemak yang disebabkan secara langsung oleh faktor tumor atau secara tidak langsung karena adanya respon dari tubuh terhadap kehadiran tumor.

Pada dasarnya, tidak ada kesepakatan yang jelas tentang karakteristik cachexia. Macdonald et al. (2003) di dalam Hopkinson,

Wright & Foster (2008) mengatakan bahwa cachexia dikarakteristikan dengan (1) penurunan berat badan lebih dari 5 %, (2) anoreksia, (3) penurunan massa otot, (4) adanya aisthesia, (5) anemia, (6) edema. Sedangkan Feeron et al. (2006) di dalam Hopkinson, Wright & Foster (2008) mengatakan bahwa karakteristik cachexia adalah (1) adanya penurunan berat badan yang lebih dari 10 % jika dibandingkan dengan kondisi sebelum sakit, (2) intake makanan kurang dari 1.500 kkal/hari, (3) adanya inflamasi sistemik yang dibuktikan dengan hasil laboratorium C-reaktif protein lebih dari 10 mg/liter. Menurut Kotler, (2000) pada cachexia selain dari perubahan berat badan yang tidak normal, cachexia dapat dikenali dari perubahan status nutrisi. Contohnya perubahan massa sel tubuh, lemak tubuh, intake kalori, total energi expenditure, sintesa protein, degradasi protein, serum insulin dan serum cortisol.

Rosenbaum & collega (2000) di dalam Kotler, (2000) menyatakan bahwa perubahan berat badan normal yang terjadi pada orang dewasa adalah kurang lebih 2% dalam satu bulan, 3,5% dalam tiga bulan, 5% dalam enam bulan, 10% dalam satu tahun dan kurang lebih 20% setelah lima tahun. Perubahan diatas limit ini dapat dikenali sebagai suatu yang tidak normal.

Penurunan berat badan pada cachexia berbeda dengan penurunan berat badan akibat kelaparan. Penurunan berat badan pada cachexia mempengaruhi massa jaringan lemak dan massa jaringan otot. Sedangkan pada kelaparan, penurunan berat badan lebih cenderung kepada penurunan massa jaringan lemak. Selain itu kehilangan berat badan yang diakibatkan oleh kelaparan dapat kembali seperti semula hanya dengan peningkatan intake makanan saja, sedangkan pada cachexia hal tersebut jarang terjadi (Espat et al., 1995, di dalam Holmes, 2010)

2.2.2 Etiologi

Penurunan berat badan yang diasosiasikan oleh cachexia pada dasarnya bisa disebabkan oleh tiga hal, yaitu penurunan berat badan yang disebabkan oleh gangguan metabolik dari kanker itu sendiri dan penurunan berat badan yang disebabkan oleh efek samping dari pengobatan kanker serta penurunan berat badan yang disebabkan oleh faktor psikososial (Finley, 2003). Cachexia primer terjadi ketika penurunan berat badan disebabkan oleh gangguan metabolik dari tumor itu sendiri. Sedangkan cachexia sekunder terjadi jika penurunan berat badan disebabkan oleh efek samping pengobatan dari kanker. Pada kanker stadium lanjut cachexia primer dan cachexia sekunder sering ditemukan.

Cachexia primer disebabkan oleh tumor yang mempengaruhi perubahan metabolik. Tumor sendiri menghasilkan suatu produk yang dapat mengganggu perbaikan jaringan normal dengan cara meningkatkan proses katabolisme dan menghambat proses anabolisme (Holmes, 2009; Hopkinson, Wright & Foster, 2008). Akibatnya terjadilah kehilangan jaringan yang signifikan. Selain itu reaksi antara kanker dan jaringan tubuh dapat memicu sistem peradangan yang juga dapat memicu peningkatan kemampuan metabolisme tubuh serta pengeluaran produk yang menekan nafsu makan serta cepat merasa kenyang (*early satiety*) sehingga terjadilah anorexia, kehilangan jaringan lemak serta kehilangan jaringan otot yang signifikan pada pasien. Penurunan berat badan yang disebabkan oleh cachexia primer tidak dapat diperbaiki hanya dengan peningkatan jumlah dan kualitas makanan saja, tetapi dibutuhkan suatu terapi anti neoplasma/*Anti Neoplastic Therapy* (Barber, & Rogers, 2002; Hopkinson, Wright & Foster, 2008).

Cachexia Sekunder disebabkan oleh faktor-faktor yang mempengaruhi pemasukan makanan dan diet pasien sehingga

mengakibatkan malnutrisi serta gangguan pada waktu makan (Holmes, 2009). Biasanya hal ini diakibatkan oleh efek samping dari terapi kanker. Permasalahan makan yang terjadi antara lain mual dan muntah, nyeri pada mulut yang disebabkan oleh sariawan, gangguan rasa dan penciuman, diare dan konstipasi, fatigue dan obstruksi mekanik. Potensial faktor yang bisa menyebabkan cachexia sekunder dapat dilihat pada tabel 2.7. Pada cachexia sekunder, terapi mencakup terapi fisik (*multiple physical*), terapi psikologi (*psychological therapy*) dan terapi sosial (*social therapy*).

Tabel 2.7 Potensial faktor yang bisa menyebabkan cachexia sekunder

Jenis gangguan	Masalah klinik
Faktor psikologi	Cemas, depresi, insomnia, penurunan motivasi, spritual distres, gangguan kognitif
Faktor sosial	Stress keluarga, stress keuangan
Kehilangan massa otot	Terlalu lama tidak beraktifitas dan penuaan
Susah makan	Penurunan nafsu makan, gangguan rasa dan bau, alternatif diet pada pasien kanker
Patologi mulut	Gangguan masalah gigi, sariawan, air ludahnya sedikit
Disphagia	Obsurbsi fisik, disfungsi neurogenik, candidiasis esofangeal
Masalah lambung	Cepat merasa kenyang, mual dan muntah
Gangguan intestinal	Obsurbsi usus, konstipasi
Malabsorbsi	Adanya fistula, diare kronik
Gejala penyakit lanjut	Nyeri, dyspnea
Kehilangan protein	Pasarintesis atau thorasentesis berulang, sindrom nefrotik
Penyakit yang sering kambuh	Gangguan jantung, infeksi akut dan kronik, penyakit paru kronik, diabetes melitus, sirosis hati, disfungsi tiroid, insufisiensi adrenal, hipogonadism

Sumber : Davidson & Chasen, 2008. A Managing Cancer Cachexia : a guide to current therapy. *Oncology Exchange*. Vol. 7 no. 3, p: 8-11

Cachexia sekunder juga disebabkan oleh faktor psikologis dan sosial (Holmes, 2011). Dari segi psikologis, status emosional seperti depresi dan kecemasan terhadap penyakit akan mempengaruhi penurunan intake makanan pasien (Hopkinson, Wright & Foster, 2008). Selain itu rasa senang terhadap makanan serta rasa menikmati makanan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan. Dari segi sosial, lingkungan pada saat makan, siapa yang menemani makan serta jenis makanan dan cara penyajiannya juga turut berperan serta

mempengaruhi intake makanan (Wooley, et al., 1979, di dalam McCorkle et al., 1991).

2.2.3 Patofisiologi Cachexia

Patofisiologi pada cachexia sebenarnya tidak terlalu dimengerti. Perubahan metabolik pada pasien cachexia merupakan hasil dari interaksi *tumor factor*, *host factor* serta *host-tumor interaction*.

2.2.3.1 Perubahan metabolik

Perubahan metabolik pada cachexia merupakan multifaktorial dan bersifat kompleks. Penurunan berat badan disebabkan oleh penurunan massa otot maupun massa jaringan lemak. Pada cachexia terjadi peningkatan katabolisme protein otot yang menyebabkan otot-otot kehilangan massanya. Aktivasi dari proteolisis merupakan kejadian awal selama pertumbuhan tumor dan berlangsung dalam waktu yang lama sesuai dengan manifestasi klinisnya. Sintesis protein juga akan mengalami perubahan.

Kehilangan jaringan lemak disebabkan karena terjadinya lipolisis. Proses ini dimotori *lipid mobilising factor* (LMF) dan tumor faktor *zinc-alpha-2 glycoprotein* yang dapat menyebabkan terjadinya proses glikolisis sehingga menyebabkan cachexia. Faktor lain yang mempengaruhi terjadinya cachexia adalah peningkatan expenditur energi istirahat (*resting energy expenditure*) yang disebabkan oleh gangguan dari metabolisme energi. Pasien kanker mempunyai *resting energy expenditure* yang lebih tinggi daripada pasien tidak terkena kanker.

2.2.3.2 Faktor tumor

Sel tumor menghasilkan baik itu *proinflammatory factor* dan *procachetic factor* yang bisa menstimulasi respon peradangan pada *host*. Tumor memproduksi *procachetic factor* yang meliputi *proteolysis-inducing factor (PIF)* dan *lipid mobilising faktor*. PIF dapat diidentifikasi di urin ketika terjadi perubahan berat badan pasien pada kanker pankreas, kanker kolon, kanker paru, kanker ovarium, kanker payudara dan kanker hati. *Lipid mobilising faktor* dapat ditemukan pada pasien kanker yang kehilangan berat badan tapi tidak ditemukan pada pasien kanker yang penurunan berat badannya masih kecil.

2.2.3.3 Interaksi host dan tumor

Peradangan pada *cytokine* yang disebabkan oleh adanya respon terhadap sel tumor dapat memicu terjadinya cachexia. *Proinflammatory cytokine* menghasilkan TNF- α , 1L-1 dan 1L-6. Dipercaya bahwa *proinflammatory cytokine* ataupun respon peradangan pada sel host terhadap sel tumor merupakan sumber penyebab terjadinya akut fase protein yang terjadi pada cachexia. TNF- α dan PIF merupakan faktor utama terjadinya atropi otot pada pasien dengan cachexia. Mereka menyebabkan peningkatan degradasi protein dan menurunkan sintesis protein. Suatu hasil studi memperlihatkan bahwa PIF level berkorelasi dengan terjadinya cachexia.

2.2.3.4 Host respon faktor

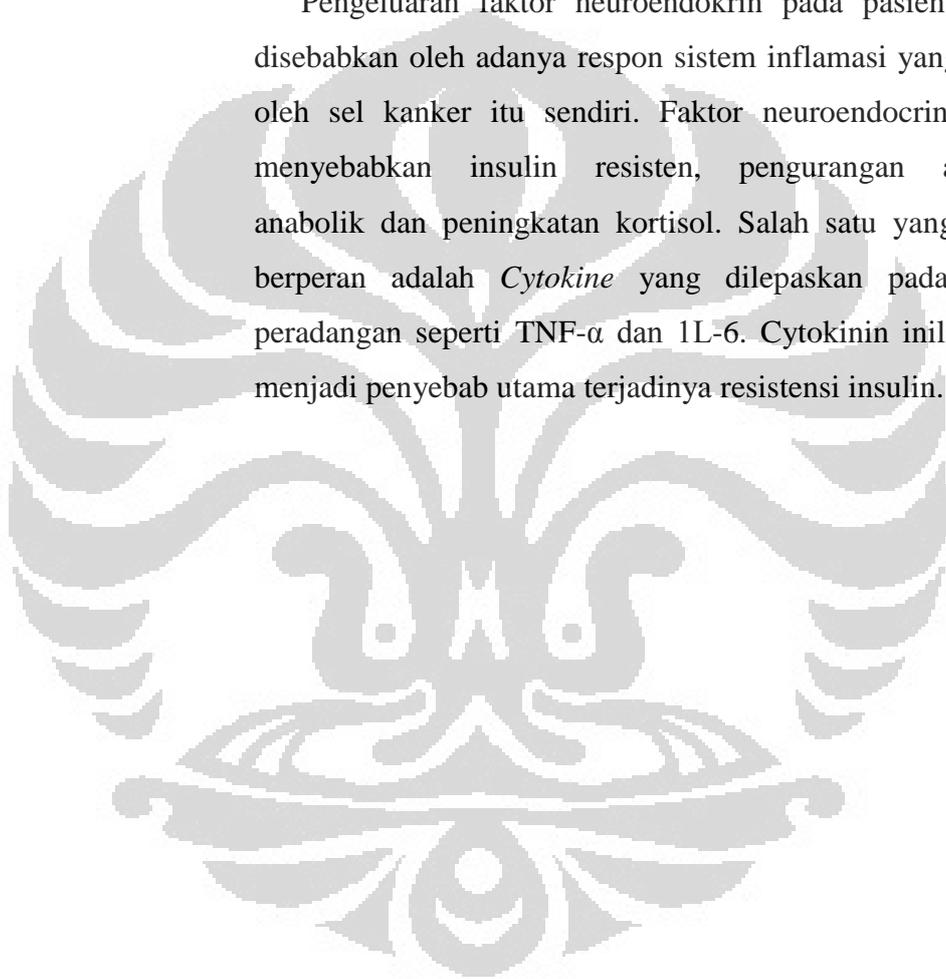
a. Akut fase protein respon

Perubahan sistemik pada proses inflamasi merupakan faktor terjadinya fase respon akut protein. 50 % dari pasien dengan kanker epitel memperlihatkan fase respon akut protein yang tinggi. C-reaktif protein (CRP) merupakan metode yang paling bagus untuk mengkaji terjadinya respon inflamasi sistemik. Peningkatan konsentrasi CRP pada waktu

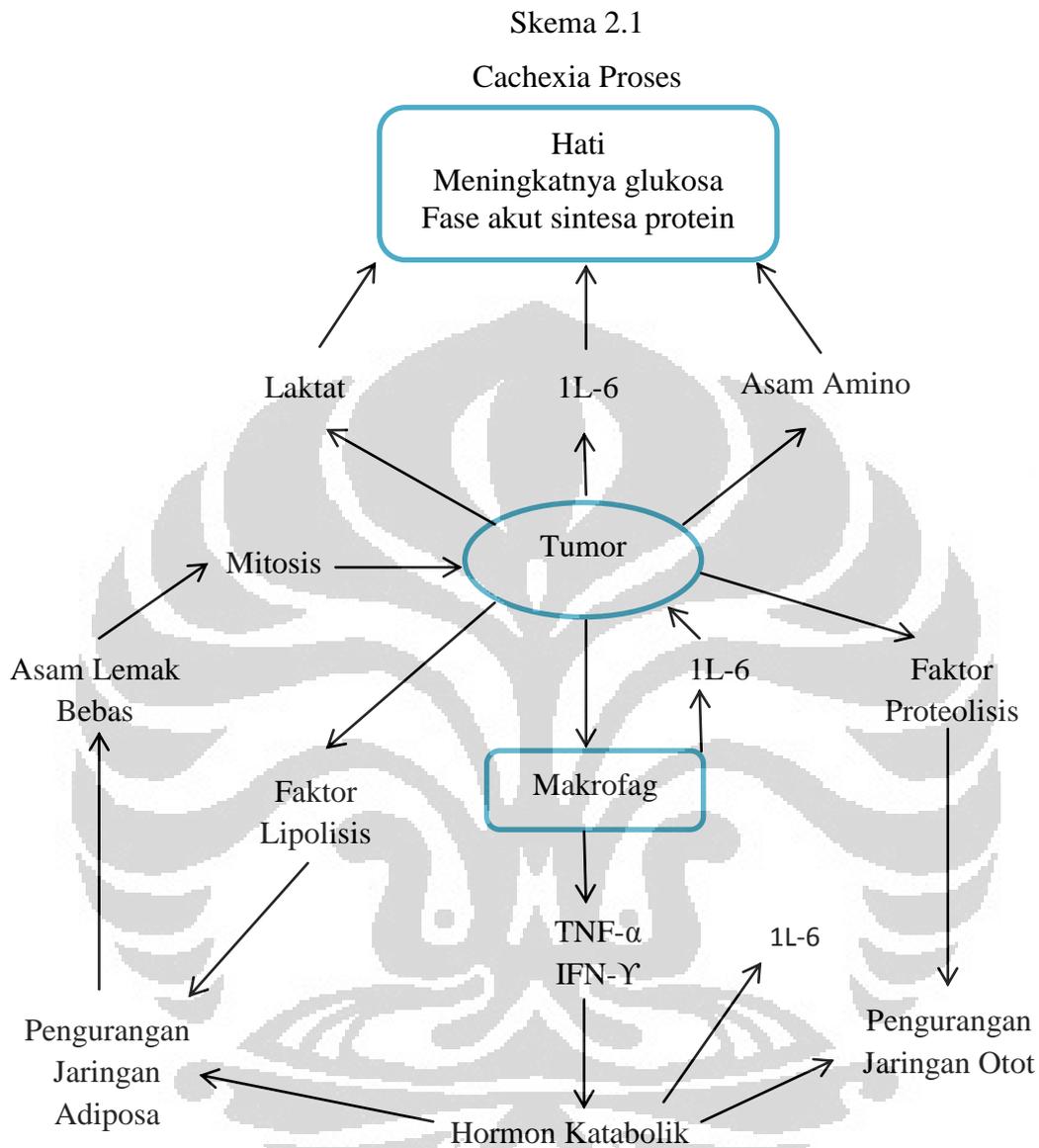
pasien pertama kali ke rumah sakit merupakan indikasi peningkatan resiko terjadinya kematian. Hal ini disebabkan karena gangguan sistemik pada metabolisme protein mengakibatkan terjadinya proteolisis pada otot. Tetapi bagaimana mekanisme hubungannya tidak diketahui secara jelas.

b. Neuroendokrin factor

Pengeluaran faktor neuroendokrin pada pasien kanker disebabkan oleh adanya respon sistem inflamasi yang dipicu oleh sel kanker itu sendiri. Faktor neuroendocrine dapat menyebabkan insulin resisten, pengurangan aktivitas anabolik dan peningkatan kortisol. Salah satu yang paling berperan adalah *Cytokine* yang dilepaskan pada waktu peradangan seperti TNF- α dan IL-6. Cytokinin inilah yang menjadi penyebab utama terjadinya resistensi insulin.



Secara umum, patofisiologi terjadinya cachexia dapat dilihat pada skema :



Sumber : Holmes. 2001. Understanding Cachexia in Patients with Cancer. *Nursing Standard*. Vol 25, No. 21

2.2.4 Dampak Cachexia

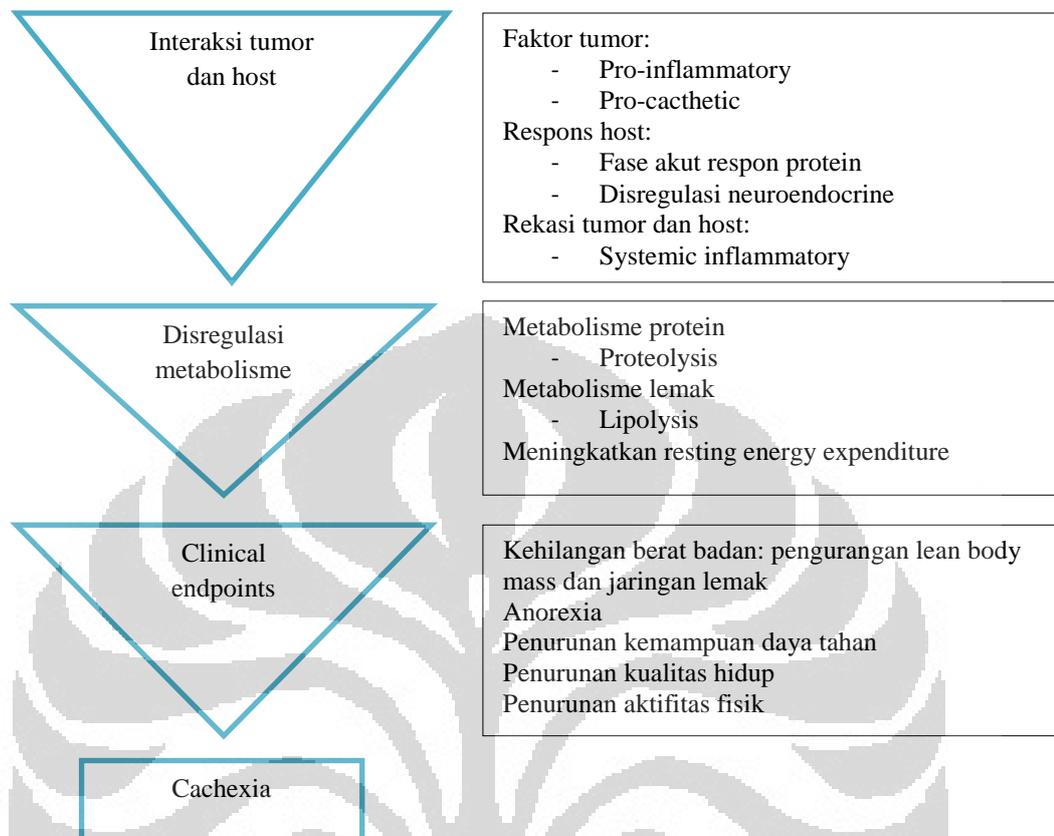
Cachexia akan berdampak pada berbagai aspek kehidupan pasien yaitu aspek fisik, aspek psikologis dan aspek sosial pasien (Argilles & Lopez-Sariano, 1999; McClement, 2006; McCarthy, 2003, di dalam Reid et al., 2010).

2.2.4.1 Aspek fisik

Pada pasien cachexia, *resting energy expenditure*-nya meningkat sehingga mengakibatkan penurunan dan kelemahan fisik pada pasien. Pasien menjadi kehilangan kebebasan serta kemampuan untuk melakukan aktifitas sehari-hari menjadi lebih rendah atau dengan kata lain aktivitas fisik pasien mulai terbatas (Hopkinson, Wright & Corner, 2006). Kebanyakan pasien menghabiskan waktunya dengan lebih banyak berbaring. Penurunan aktivitas fisik ini secara tidak langsung akan mengakibatkan penurunan *status performance*, penurunan interaksi sosial dan gangguan pada *body image*, dimana hal tersebut dimanifestasikan sebagai penurunan kualitas hidup (Danohoe et al., 2011).

Cachexia mempengaruhi daya tahan hidup (*survival time*) pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Pasien dengan cachexia mempunyai daya tahan hidup lebih pendek dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami cachexia. Pada pasien kanker esofagus dan kanker pankreas kemampuan bertahan hidup ini tiga kali lebih rendah jika dibandingkan dengan pasien yang tidak mengalami cachexia (Deans, & Wigmore, 2009). Penurunan daya tahan hidup ini disebabkan karena pasien dengan cachexia lebih berisiko tinggi mengalami komplikasi dari tindakan bedah, radioterapi dan kemoterapi (Danohoe et al., 2011). Bahkan pada pasien cachexia yang mendapatkan kemoterapi, pasien cenderung mengalami keracunan dosis sehingga dosis yang diberikan lebih rendah (Andreyev et al., 1998).

Skema 2.2
Konsekuensi Klinik dari Cachexia



Sumber : Danohoe et al. 2011. *Review Article*. Cancer Cachexia : Mechanisms and Clinical Implications. *Gastroenterology Research and Practice*. Vol 2011

2.2.4.2 Aspek Psikologis

Cachexia menyebabkan pasien mengalami kelemahan emosi, merasa kehilangan kontrol atas otonomi diri (*personal autonomy*), mudah menjadi stress serta perasaan cemas yang tinggi (Hopkinson, Wright & Corner, 2006; Holmes, 2010). Perasaan tersebut muncul karena pasien merasa penurunan berat badan menyimbolkan bahwa kanker telah mengontrol hidupnya dan tidak ada seorang pun yang bisa membantu dan perhatian kepada mereka. Selain itu pasien dan keluarga juga menganggap bahwa penurunan berat badan tersebut merupakan hal yang “taboo” dan tidak boleh dibicarakan (Hopkinson, Wright &

Corner, 2006). Karena penurunan berat badan tersebut juga mengindikasikan akan dekatnya pasien menuju kematian.

Pasien dengan cachexia merasa bahwa dirinya berbeda secara fisik dari orang lain. Perasaan berbeda ini mengakibatkan pasien mengalami gangguan konsep diri dan citra tubuh (Hinsley, & Hughes, 2007). Pasien merasa bahwa dirinya tidak menarik lagi secara seksual dan takut pasangannya akan menolak mereka. Perasaan seperti ini menyebabkan pasien menjadi tidak puas akan dirinya sendiri dan menimbulkan stress tersendiri dalam diri pasien.

Dari segi keluarga, penurunan berat badan dapat menjadi sumber konflik antara pasien dengan keluarganya. Konflik terjadi ketika pasien berusaha memicu dirinya sendiri untuk makan lebih banyak karena beranggapan bahwa tindakan tersebut merupakan salah satu jalan untuk menyelamatkan hidupnya. Padahal kondisi saat ini, pasien tidak mempunyai nafsu makan serta mengalami kesukaran makan akibat penyakitnya (Shragge et al., 2007). Keluarga menambah tekanan atau stress kepada diri pasien dengan memaksa pasien untuk makan dengan harapan seiring dengan penambahan berat badan pasien, pasien menjadi lebih sehat dan hidup lebih lama. Hal ini dikarenakan karena bagi keluarga makanan merupakan simbol kasih sayang dan perhatian keluarga terhadap penurunan berat badan pasien (Reid et al., 2009; Hopkinson, Wright & Foster, 2008)

2.2.4.3 Segi sosial

Sesuai dengan perkembangan penyakit, kemampuan pasien untuk menjaga kehidupannya untuk tetap dalam kondisi normal merupakan suatu hal yang sulit. Pasien dengan cachexia

mengalami perubahan dalam kehidupan sosialnya (Reid et al., 2009). Pasien menjadi jarang untuk ikut kegiatan sosial dan cenderung mengisolasi diri di rumah (Hinsley, & Hughes, 2007). Hal ini mengakibatkan terjadinya penurunan kualitas hidup pada pasien (Danohoe et al., 2009).

2.2.5 Terapi Nutrisi pada Cachexia

Tujuan utama dari penatalaksanaan cachexia pada kanker stadium lanjut adalah peningkatan kualitas hidup pasien. Adapun intervensi yang bisa dilakukan adalah:

2.2.5.1 Peningkatan pemberian asupan nutrisi (*nutritional care*)

Suatu hasil penelitian menyatakan bahwa, pemberian nutrisi yang sesuai dapat meningkatkan respon imun serta membantu untuk mencegah terjadinya cachexia (Merkadante, 1998, di dalam Holmes, 2010). Konsumsi makanan yang tepat juga dapat mengurangi efek samping dari terapi kanker yang dijalani pasien, mengurangi fatigue serta meningkatkan kemampuan aktivitas fisik pasien (Dimeo et al., 1997 di dalam Holmes, 2010).

Pemberian nutrisi melibatkan pemberian intake oral yang maksimal dengan memperhatikan tipe, jumlah dan waktu pemberian makan. Intake yang diberikan haruslah sesuai dengan kebutuhan pasien dengan memperhatikan keseimbangan diet pasien. Makanan sebaiknya mengandung protein yang tinggi seperti daging, telur dan ikan serta *daily product*, seperti susu, keju dan soya (Holmes, 2010).

Oral suplement dapat membantu diet pasien jika intake makanan itu tidak adekuat (Dardai, 2009, di dalam Holmes, 2010). Suplemen nutrisi ini sangat berguna sekali bagi mereka

yang dapat makan tetapi membutuhkan peningkatan protein dan energi yang tinggi. Suplemen seharusnya diberikan diantara waktu makan untuk mengurangi efek terhadap nafsu makan pasien.

2.2.5.2 Penggunaan artifisial nutrition

Artifisial nutrisi tidak dapat mengoreksi cachexia pada kanker stadium lanjut, tetapi berguna untuk mencegah terjadinya gangguan nutrisi yang lebih parah sehingga dapat menurunkan kecemasan dan meningkatkan status psikologi pasien (Bozetti et al., 1999; Bruera & Sweeney, 2000, di dalam Holmes, 2011). Pada waktu pemberian artifisial nutrisi ini haruslah dipertimbangkan keuntungan dan kerugiannya terlebih dahulu. Adapun keuntungan dan kerugian pada pasien dapat dilihat pada Tabel 2.8.

Tabel 2.8 Keuntungan dan Kerugian Artifisial Nutrisi

Kerugian	Keuntungan
Resiko aspirasi	Mengindikasikan bahwa pasien terus terpantau
Resiko infeksi	Menghindari terjadinya mal nutrisi
Potensial terjadi restriksi ketika bergerak	Mengurangi insiden komplikasi dari mal nutrisi
Gejala gastrointestinal seperti diare, konstipasi, kram perut, dan muntah	Potensial peningkatan kesejahteraan dan kualitas hidup

Sumber : Holmes, S. 2010. Nutrition in The Care of Patient with Cancer Cachexia. British Journal and Community Nursing. Vol 16, No. 7

Penggunaan nutrisi artifisial dapat dilakukan dengan dua cara yaitu melalui pemberian nutrisi enteral dan pemberian nutrisi parenteral. Nutrisi enteral merupakan pilihan yang disarankan ketika fungsi saluran gastrointestinal bagus sedangkan pemasukan makanan secara oral tidak adekuat. Nutrisi enteral mempunyai kelebihan dapat menurunkan komplikasi infeksi jika dibandingkan nutrisi parenteral serta diasosiasikan dengan penampakan klinik yang lebih bagus,

kualitas hidup yang lebih bagus dan biaya yang lebih rendah (Mercadante, 1998, di dalam Holmes, 2010).

Nutrisi enteral seharusnya diberikan dengan volume yang rendah dan meningkat secara perlahan-lahan tergantung toleransi pasien. Cara pemberiannya dapat melalui bolus, *gravity drip feeding* dan *pump kontrol feeding*. Pemberian melalui bolus digunakan ketika pasien hanya bisa tidur dan tidak ingin makan melalui selang. Penggunaan cara ini mempunyai keuntungan dapat menstimulasi pasien makan secara normal serta memfasilitasi pergerakan pasien. Namun efek sampingnya dapat menyebabkan mual, diare, kram perut dan muntah. Bagi pasien dengan usia lanjut pemberian nutrisi enteral sebaiknya menggunakan *pump control feeding* karena pasien dengan usia lanjut beresiko terjadinya aspirasi.

Pemberian nutrisi enteral dapat menimbulkan permasalahan psikososial, seperti frustrasi, marah dan gangguan *body image*. Perasaan seperti ini menyebabkan pasien sering merasa kehilangan kontrol dan merasa tingginya ketergantungan terhadap orang lain. Pada pasien yang menggunakan nutrisi parenteral di rumah terjadi perubahan gaya hidup yang sangat signifikan sehingga mengganggu aktifitas keluarga dan aktifitas sosial.

Pemberian nutrisi parenteral merupakan metode terakhir yang digunakan untuk meningkatkan status nutrisi pasien. Metode ini diberikan pada pasien yang mengalami malnutrisi dengan saluran gastrointestinal yang tidak berfungsi dan digunakan untuk kepentingan penyelamatan hidup. Nutrisi parenteral mempunyai efek samping seperti infeksi, sepsis, trombosis vena, hipoglikemi dan hiperglikemi. Selain itu dari

segi psikososial, penggunaan nutrisi parenteral tidak dapat menggantikan rasa, kesenangan atau pengalaman sosialisasi dari makanan (Orrevall et al., 2005).

Pasien yang mendapatkan nutrisi parenteral secara umum melaporkan adanya peningkatan kualitas hidup (Bozzetti, 2010). Tetapi disisi lain, beberapa pasien melaporkan adanya efek psikososial seperti kecemasan, ketakutan, marah dan depresi yang meningkat serta *body image* yang negatif. Sedangkan keluarga melaporkan bahwa dengan pemberian nutrisi enteral ini, mereka lebih merasa frustrasi dan merasa kurang kekuatan karena ketidak mampuan mereka untuk membantu pasien makan (Winkler, 2010, di dalam Holmes, 2011).

2.2.6 Terapi Farmakologi pada Cachexia

Menurut Davidson, & Jason, (2008), terapi farmakologi yang digunakan pada penderita cachexia pada pasien kanker antara lain :

2.2.6.1 Progestasional agen

Progestasional agen meliputi megestrol-acetat dan medroxy progesteron. Progestasional agen mempunyai efek meningkatkan nafsu makan dan berat badan dengan cara meningkatkan penyimpanan lemak pada tubuh. Namun progestasional agen ini mempunyai efek samping terbentuknya thrombo emboli, nausea dan pusing terutama pemberian pada dosis yang tinggi.

2.2.6.2 Glucocorticoid

Glucocorticoid meliputi dexamethasone, methylprednisolon dan prednisolon. Glucocorticoid bekerja untuk meningkatkan nafsu makan. Mekanisme terjadinya peningkatan nafsu makan pada glucocorticoid ini tidak diketahui secara jelas, tetapi dipercaya bahwa hal ini berhubungan pada aktivitas anti

peradangan. Penggunaan glucocorticoid dalam waktu yang singkat dapat meningkatkan hasil klinis yang bagus seperti peningkatan nafsu makan dan peningkatan kualitas hidup. Pada penggunaan jangka waktu yang lama dapat menimbulkan efek samping seperti penurunan massa otot dan imuno supresi. Oleh karena itu penggunaan glucocorticoid pada waktu yang lama tidak disarankan.

2.2.6.3 Kanabinoid

Penggunaan kanabinoid sendiri atau berkombinasi dengan megestrol-acetat telah memperlihatkan efek dari adanya peningkatan nafsu makan dan berat badan pada penderita cachexia. Contoh kanabinoid ini adalah tronabinol.

2.2.6.4 Antiinflammatory agent

Antiinflammatory agent meliputi asam lemak Omega-3 dan talidomide. Antiinflammatory agent dapat menurunkan TNF- α level sehingga menghasilkan peningkatan nafsu makan. Asam lemak Omega-3 rantai panjang tak jenuh *Eicosapentaenoic Acid* (EPA) dan *Docosahexaenoic Acid* (DHA) menunjukkan dapat menekan produksi zat inflamasi cytokine dan arachidonic acid.

2.2.6.5 Anabolic agent

Anabolic agent yang digunakan antara lain oksandrolon, nandrolon dekanoat dan fluoxy mesteron.

2.2.6.6 Grelin

Grelin merupakan perangsang nafsu makan. Grelin juga dapat menstimulasi hormon pertumbuhan. Pada pasien kanker dengan cachexia, grelin dapat meningkatkan intake nutrisi dan menjaga massa otot. Namun pemakaiannya pada penatalaksanaan cachexia masih kontroversial.

Terapi farmakologi lainnya antara lain, pemberian :

- a. Selektif Androgen Reseptor Modulators (SARMs)
- b. Insulin like Growth Factor-1 (IGF-1)
- c. Angiostensin Converting Enzym (ACE)
- d. Metochlopamid yang dapat meningkatkan pengosongan lambung
- e. Anti emetik meliputi serotonin antagonis dan corticosteroid
- f. Enzym pancreatic
- g. Adekuat analgesic

2.3 Konsep Keluarga

2.3.1 Pengertian Keluarga

Keluarga adalah unit terkecil dari masyarakat yang terdiri atas kepala keluarga dan beberapa orang yang berkumpul dan tinggal di suatu tempat dibawah suatu atap dalam keadaan saling ketergantungan (Depkes RI, 1998). Keluarga merupakan suatu bentuk grup sosial yang memiliki kesamaan tempat tinggal, bekerjasama secara ekonomi dan juga mempunyai fungsi reproduksi (Gillis, Highley, Roberts, & Martinson, 1989). Sedangkan definisi keluarga menurut Friedman (1998) adalah dua orang atau lebih yang disatukan oleh ikatan-ikatan kebersamaan dan ikatan emosional dan yang mengidentifikasi diri mereka sebagai keluarga. Friedman mendefinisikan keluarga secara lebih luas dan mencakup beranekaragam hubungan formal di luar definisi- definisi keluarga tradisional.

Burgess (1963) di dalam Friedman (1998) menyatakan bahwa karakteristik keluarga dapat dicirikan dengan :

- a. Keluarga terdiri dari orang-orang yang disatukan oleh ikatan perkawinan, darah dan ikatan adopsi.
- b. Para anggota keluarga biasanya hidup bersama- sama dalam satu rumah tangga, atau jika mereka hidup secara terpisah, mereka tetap menganggap rumah tangga tersebut adalah rumah mereka

- c. Anggota keluarga berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran-peran sosial keluarga seperti suami-istri, ayah dan ibu, anak laki-laki dan perempuan, saudara dan saudara
- d. Keluarga menggunakan kultur yang sama.

2.3.2 Jenis Keluarga

Friedman (1998) mengatakan bahwa bentuk keluarga terbagi atas keluarga tradisional dan keluarga non tradisional. Adapun yang termasuk keluarga tradisional adalah (1) keluarga inti (2) *reconstituted nuclear* (3) keluarga dengan lansia (4) keluarga *dyad* (5) *single parrents* (6) *dual carier* (7) *commuter married* (8) *extended family* (9) keluarga usila. Keluarga non tradisional terdiri atas (1) *commune family* (2) *cohibing family* (3) Homoseksual / lesbian (4) *Institusional* (5) keluarga orang tua / pasangan yang tidak menikah tetapi mempunyai anak.

2.3.3 Fungsi Keluarga

Keluarga mempunyai tugas dasar untuk memenuhi kebutuhan anggota keluarga. Untuk memenuhi tugasnya tersebut maka keluarga terlebih dahulu harus bisa memenuhi fungsinya. Adapun fungsi dari keluarga menurut Friedman (1998) adalah :

1. Fungsi afektif : fungsi ini berhubungan dengan peran orang tua untuk menciptakan lingkungan yang menyenangkan dan sehat secara mental, saling mengasuh, menghargai, terikat dan berhubungan antar sesama anggota keluarga. Fungsi afektif ini juga berkaitan dengan pemenuhan kebutuhan sosial emosional para anggota keluarga.
2. Fungsi sosialisasi : fungsi ini berkaitan dengan peningkatan kemampuan keluarga untuk dapat bersosialisasi dengan masyarakat untuk menjadi anggota masyarakat yang produktif.
3. Fungsi reproduksi : fungsi ini berkaitan dengan fungsi dasar keluarga untuk menjamin kontinuitas keluarga antar generasi di masyarakat.

4. Fungsi ekonomi : fungsi ini berkaitan dengan tersedianya sumber-sumber dari keluarga untuk tercukupi kebutuhan finansial dan pengalokasian sumber-sumber tersebut bagi anggota keluarga.
5. Fungsi perawatan kesehatan : fungsi ini berkaitan dengan pengetahuan keluarga terkait konsep sehat sakit dan perawatannya.

Keluarga merupakan suatu sistem dasar dimana perilaku sehat dan perawatan kesehatan diatur, direncanakan dan dilaksanakan. Keluarga memberikan perawatan kesehatan yang bersifat preventif dan secara bersama-sama merawat anggota keluarga yang sakit. Selain itu keluarga juga mempunyai tanggung jawab utama untuk mengkoordinasikan pelayanan yang diberikan oleh tenaga kesehatan.

Keluarga mempunyai lima tugas kesehatan keluarga yaitu (1) mengenal gangguan perkembangan kesehatan setiap anggotanya, (2) mengambil keputusan untuk melakukan tindakan yang tepat, (3) memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang sakit, (4) menciptakan lingkungan rumah yang dapat meningkatkan kesehatan dan perkembangan kepribadian anggota keluarga, (5) mempertahankan hubungan timbal balik antara keluarga dan lembaga-lembaga kesehatan serta mendorong pemanfaatan fasilitas-fasilitas kesehatan yang ada (Friedman, 1998). Setiap tugas kesehatan ini harus bisa dilakukan oleh keluarga. Jika salah satu tugas tidak terlaksana maka keluarga berada dalam kondisi yang tidak sehat dan membutuhkan bantuan tenaga kesehatan.

2.3.4 Keluarga dengan Kanker Stadium Lanjut

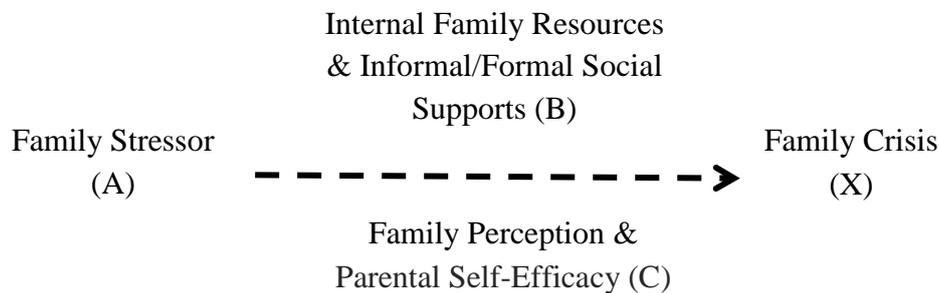
Keluarga dipandang sebagai suatu kekuatan besar yang mempengaruhi kemampuan individu dalam menghadapi penyakitnya. Pada pasien dengan kanker stadium lanjut, dukungan sosial yang diberikan keluarga sangatlah berarti bagi individu. Dukungan sosial ini membantu individu untuk bisa beradaptasi secara psikologis. Hal ini

didukung oleh hasil penelitian yang dilakukan oleh Weisman and Worden (1975) didalam Gillis et al (1989) yang mengatakan bahwa pasien yang menjaga hubungan baik dengan anggota keluarganya mempunyai kecenderungan hidup yang lebih lama.

Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Pada keluarga dengan anggota keluarga yang menderita kanker stadium lanjut, keluarga berfungsi tidak hanya sebagai suport sistem untuk membantu yang sakit tetapi juga sebagai salah satu unit yang menghadapi penyakit kanker tersebut. Pada masa ini integritas sistem dan fungsi keluarga terancam atau dengan kata lain keluarga dan seluruh anggota keluarga berada dalam krisis (Christ, 1983; GrayPrice, & Szczecny, 1985, di dalam McCorckle et al., 1991). Akibatnya akan terjadi gangguan pola komunikasi, pola peran, dan perubahan kedinamisan dalam keluarga. Oleh karena itu, intervensi yang diberikan untuk meningkatkan mekanisme koping harusnya tidak hanya diberikan kepada individu saja tapi seharusnya juga diberikan kepada seluruh anggota keluarga (Northouse, 1984; Oberst, & James, 1985 di dalam McCorckle et al., 1991).

Teori tentang stress pada keluarga dikemukakan oleh Prof. Reuben Hill yang dikenal dengan teori stress keluarga ABCX (*ABCX Theory of family stress*). Teori ini mengatakan ada dua komplek variabel yang dapat membantu keluarga menghadapi *stressor* dan mengurangi hubungan dengan berbagai macam *stressor* yaitu support sosial dan pembentukan persepsi yang positif. Secara lebih jelas, teori itu digambarkan sebagai berikut :

Skema 2.3
Teori ABCX



Sumber : Freidman, 1998. *Family Nursing: Research, Theory & Practice*.
4th ed. Stamford. Mosby

Variabel B mengacu kepada sumber coping internal dan eksternal dari keluarga serta support sosial yang bisa didapatkan oleh keluarga. Hill mengatakan bahwa isolasi sosial dapat secara signifikan meningkatkan stress kepada keluarga, sebaliknya support sosial yang positif akan meminimalkan efek dari stress keluarga. Variabel C pada teori Hill merupakan faktor persepsi, hal ini mengacu kepada tingkat kognitif dan persepsi keluarga tentang stressor, apakah stressor tersebut akan dipandang sebagai bencana atau sebuah kesempatan. Hill menyarankan supaya keluarga mempunyai penerimaan yang positif terhadap stressor sehingga mereka dapat membuat perubahan dan meningkatkan kemampuan mereka untuk beradaptasi terhadap stressor (McDonald, L., 2012).

Pada pasien kanker, terdapat empat faktor yang mempengaruhi kemampuan keluarga untuk bertahan terhadap krisis. Hal tersebut antara lain (1) karakteristik dari penyakit yang meliputi prognosis kecacatan dan persepsi terhadap suatu penyakit (2) ancaman terhadap keluarga seperti peran, status dan jenis hubungan (3) sumber daya yang mendukung (4) pengalaman masa lalu terhadap kanker (Gillis et al., 1989). Kunci keberhasilan untuk terus bertahan dalam menghadapi situasi ini adalah selalu menjaga identitas dan integritas dari setiap anggota keluarga (Lovejoy, 1986, di dalam McCorckle et al., 1991).

Keluarga yang sehat dan fungsional walaupun sedang mengalami stress atau masalah tetap memiliki mekanisme koping yang bagus sehingga dapat mengatasi stress atau masalah dalam keluarga tersebut. Ada dua strategi koping yang bisa digunakan oleh keluarga yaitu koping keluarga internal dan koping keluarga eksternal. Koping keluarga internal meliputi (1) mengandalkan anggota kelompok keluarga, (2) penggunaan humor, (3) pemeliharaan ikatan, (4) pengontrolan arti makna, masalah, (5) pemecahan masalah secara bersama-sama, (6) fleksibilitas peran, (7) normalisasi. Sedangkan koping keluarga eksternal berupa (1) mencari informasi, (2) memelihara hubungan aktif dengan komunitas, (3) mencari hubungan sosial, (4) mencari dukungan spiritual (Friedman, 1998).

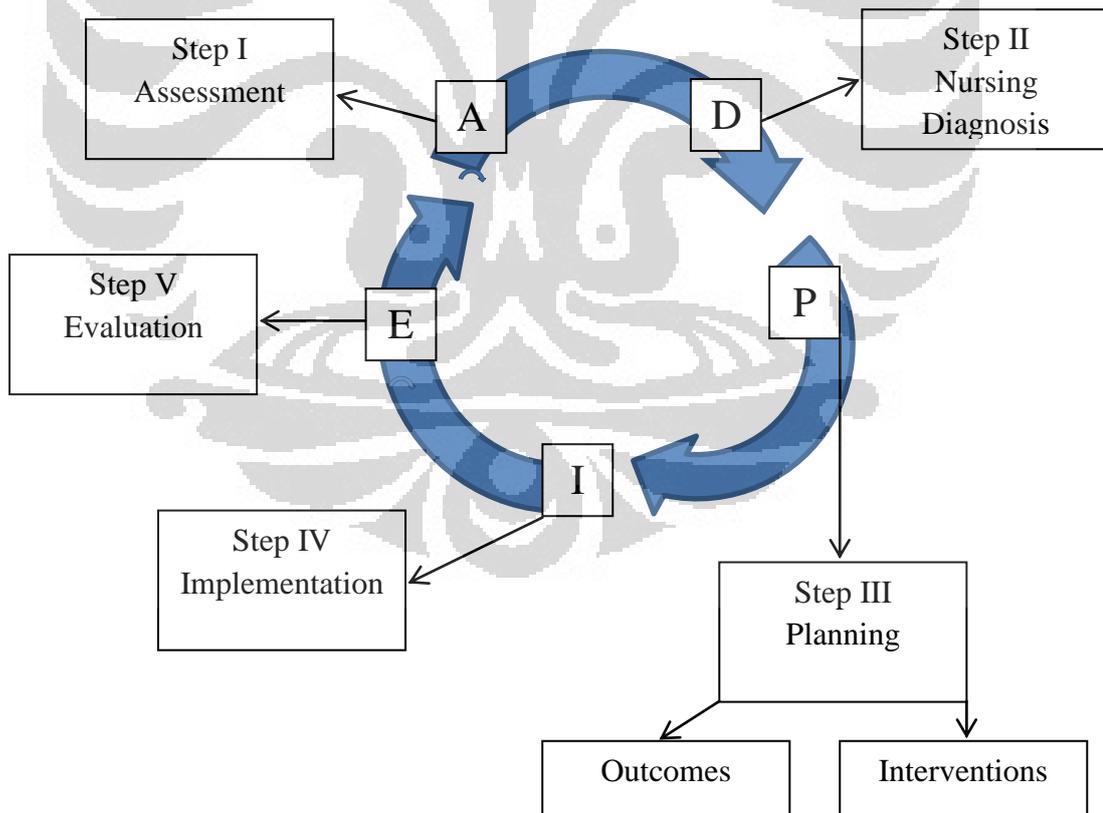
Pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut menghadapi masalah sosial dan psikologikal yang kompleks selama masa perjalanan penyakit. Mereka juga melaporkan bahwa mereka mengalami kesukaran untuk memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sakit terutama pada anggota keluarga yang sekarat. Tetapi sayangnya, permasalahan mereka tersebut kurang mendapatkan perhatian dari tenaga kesehatan sehingga pada akhirnya mereka mencari sumber koping sendiri. Koping dan adaptasi yang biasa digunakan mereka peroleh dari teman atau anggota keluarga lain serta dari berbagai pemuka agama.

Pada keluarga dengan kanker stadium lanjut diharapkan bisa menerapkan koping yang positif dalam penanganan masalah mereka baik masalah fisik maupun masalah psikososial. Penggunaan koping yang positif dapat meningkatkan kemampuan keluarga dalam perawatan pasien dan bagi keluarga sendiri juga terhindar dari efek negatif dari masalah-masalah fisik dan psikologis yang timbul selama merawat anggota keluarga.

2.4 Asuhan Keperawatan Pasien Cachexia pada Kanker Stadium Lanjut

Proses keperawatan merupakan teori bagaimana perawat mengorganisasikan asuhan bagi individu, keluarga dan komunitas (NANDA, 2011). Proses keperawatan merupakan suatu framework yang terorganisasi secara professional didalam praktek keperawatan. Proses keperawatan meliputi pengkajian (Assessment), diagnosa (Diagnosing), perencanaan asuhan keperawatan (Planning), implementasi (Implementation) dan evaluasi (Evaluation), atau ditulis dengan akronim ADPIE. Proses keperawatan ini merupakan proses yang bersifat terus menerus dan dapat divisualisasikan sebagai suatu sistem yang sirkular (Ackley, & Ladwig, 2011). Proses keperawatan ini juga diterapkan dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien cachexia dengan kanker stadium lanjut.

Skema 2.4
Proses Keperawatan ADPIE



Sumber : Ackley J.B & Ladwig BG, 2011. Nursing diagnosis handbook : an evidence-based guide to planning care. 9th ed. Mosby. United States America, p: 2

Bagi pasien cachexia, perawat merupakan orang yang secara langsung berkontak dengan mereka dalam setiap fase penyakit. Perawat juga mempunyai posisi yang ideal untuk memberikan dukungan, pendapat, dan pemberian asuhan secara langsung untuk meminimalkan efek dari cachexia yang mereka derita (Reid et al., 2009). Intervensi yang dilakukan seharusnya berfokus untuk mengurangi efek negatif dari gejala-gejala seperti mual, muntah, diare, fatigue, masalah mulut, perubahan rasa yang mempengaruhi nafsu makan dan konsumsi makanan (Finley, 2000, didalam Holmes, 2011).

Perawat mempunyai peranan yang penting dalam memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga terutama masalah nutrisi. Oleh karena itu perawat harus tahu kebutuhan nutrisi yang tepat pada pasien dan kewaspadaan terhadap status nutrisi pasien pada setiap stase penyakit. Perawat juga menjadi seorang advokat bagi pasiennya, merujuk ke ahli diet ketika dirasa perlu untuk pengkajian nutrisi secara lebih detail, memberikan perawatan yang tepat dan jika perlu memberikan suplemen nutrisi dan nutrisi artifisial. Perawat harus yakin bahwa pasien dan keluarga mengerti tentang efek dari kanker dan terapi modalitas yang diberikan terhadap status nutrisi. Perawat juga perlu memberikan intervensi untuk memenuhi kebutuhan psikososial pasien termasuk berpartisipasi dalam pola makan keluarga dan beberapa even lain dimana makanan memberikan peranan penting bagi pasien dan keluarga. Pasien dan keluarganya juga harus mengerti bahwa mereka tidak gagal ketika pasien tidak mempunyai nafsu untuk makan (Finley, 2000, di dalam Holmes, 2011).

2.4.1 Pengkajian Keperawatan pada pasien cachexia

Pengkajian telah diidentifikasi sebagai langkah awal dari proses keperawatan. Pengkajian keperawatan merupakan hal pertama yang dibutuhkan untuk membuat diagnosa keperawatan yang tepat. Pada fase pengkajian ini, perawat berusaha mengumpulkan data tentang keadaan pasien dengan menggunakan pengkajian fisik maupun dengan menggunakan teknik interview. Pengkajian awal dilakukan dengan

melihat catatan kesehatan pasien, mendengarkan dan mengobservasi pasien. Untuk mendapatkan informasi sebanyak mungkin, perawat seharusnya menggunakan “*open-ended question*” (Dreyer, 2006, didalam Ackley, & Ladwig, 2011). Informasi yang didapatkan secara verbal dari pasien dikenal dengan informasi “subjektif”. Informasi lain dari pasien juga bisa didapatkan melalui pemeriksaan fisik, pemeriksaan tanda-tanda vital, dan hasil tes diagnostik. Jika pasien tidak mampu berespon secara verbal, informasi bisa didapatkan dari data pengkajian fisik dan hasil pemeriksaan diagnostik serta dari keluarga. Nantinya semua informasi itu akan digabung menjadi satu sumber digunakan untuk memformulasikan diagnosa keperawatan. Pada keluarga, pengkajian juga harus dilakukan. Pengkajian keluarga terdiri dari kelengkapan informasi spesifik dari keluarga (data subjektif) dan hasil observasi interaksi keluarga (Weber, & Leahey, 2005, didalam Nanda, 2011).

Terdapat dua tipe pengkajian yang dilakukan untuk mendapatkan diagnosis keperawatan yang akurat, yaitu pengkajian yang komprehensif dan pengkajian yang fokus. Pengkajian komprehensif mencakup seluruh aspek dari kerangka pengkajian keperawatan dan dilakukan ketika seorang pasien masuk ke rumah sakit. Sedangkan pengkajian terfokus berpusat pada suatu hal yang khusus dan dilakukan ketika gejala spesifik perlu dieksplorasi lebih jauh.

Pada pasien cachexia, pengkajian nutrisi harus dilakukan pada waktu awal. Identifikasi awal mengenai masalah nutrisi sangat berguna bagi pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dan status fungsional pasien. Model empat dimensi telah digunakan dalam pengkajian cacahexia meliputi Storage, Intake, Potensial dan Performance (SIPP). Model empat dimensi ini dapat dilihat pada tabel 2.9

Tabel 2.9 Pengkajian Model Empat Dimensi pada Cachexia

Storage
Pengkajian terhadap berat badan terkini, kecepatan penurunan berat badan, defisit dari nutrisi yang spesifik, berat badan yang terkoreksi karena retensi cairan atau obesitas.
Intake
Kaji adanya anoreksia, cepat merasa kenyang, mual, muntah, gangguan dari rasa dan bau, gangguan gastro intestinal, presentase dari intake normal, riwayat diet dalam satu sampai dua hari.
Potensial
Kaji aktivitas katabolik tumor, C-reaktif protein.
Performance
Kaji performance status, penderitaan yang berkaitan dengan cachexia dan prognosis.

Sumber : European Clinical Guideline, 2010. Clinical Practice Guidelines of Cancer Cachexia in Advanced Cancer Patients with a focus of refractory cachexia. European Palliative Care Research Collaborative.

Berdasarkan hasil riset terbaru didunia keperawatan, untuk menentukan tingkat keparahan cachexia dapat digunakan *Cachexia Assessment Scale* (CAS) (Gabinson et al., 2010). CAS terdiri atas tiga komponen, komponen pertama terdiri atas data demografi pasien dan data klinis pasien yang meliputi umur, diagnosis, stase dari kanker serta riwayat kesehatan yang lalu. Bagian kedua dari CAS ini terdiri atas tigabelas item yang berhubungan dengan pengkajian terhadap cachexia. Ketigabelas item ini secara garis besar dibagi atas empat kategori, yaitu (1) status umum, yang terdiri atas persentase dari kehilangan berat badan, status fungsional dan indeks massa tubuh, (2) pengkajian fisik meliputi adanya stomatitis, edema, dan asites, (3) temuan laboratorium yang meliputi hasil albumin, hemoglobin dan kreatinin, (4) sistem gastro intestinal yang terdiri atas disfagia, kehilangan berat badan, diare, mual dan muntah. Tiap item diberikan score 0 (normal) sampai 4 (parah). Bagian ketiga dari CAS merupakan kesimpulan dari bagian kedua, dimana semua item dijumlahkan. Level cachexia akan dikategorikan berdasarkan hasil dari penjumlahan ini. CAS sendiri dapat dilihat pada lampiran 6.

Pengkajian psikososial juga diperlukan bagi pasien dengan cachexia karena faktor psikososial mempengaruhi intake makanan dari pasien. Selain itu efek dari cachexia juga mempengaruhi kehidupan psikososial pasien. Stress dapat terjadi karena kondisi pasien ataupun adanya hubungan yang tidak nyaman antara pasien dan anggota keluarga serta teman dilingkungan sekitarnya. Melakukan pengkajian psikososial dapat membantu pasien untuk bercerita tentang pengalaman stressnya serta membantu pasien mempunyai coping yang adekuat. Gangguan citra tubuh juga dapat terjadi pada pasien cachexia.

2.4.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan adalah langkah kedua dari proses keperawatan dimana perawat menggunakan data pasien dan kemampuan berpikir kritis untuk mengidentifikasi dan memvalidasi diagnosa keperawatan yang tepat (Ackley, & Ladwig, 2011). Untuk membuat diagnosa keperawatan yang akurat, perawat harus (1) tahu tentang diagnosa keperawatan, (2) mengumpulkan data yang valid, (3) mengelompokkan data, (4) dapat membedakan diagnosa keperawatan dan masalah kolaboratif, (5) memformulasikan diagnosa keperawatan secara benar, (6) memprioritaskan diagnosa keperawatan yang tepat (Moyet, & Carpenito, 2008). Adapun diagnosa keperawatan yang mungkin ada pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut yang mengalami cachexia adalah :

2.4.2.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk meng-ingesti makanan karena faktor biologis.

2.4.2.2 Ketidak efektifan perlindungan (*inefektive protection*) berhubungan dengan ketidak adekuat-an nutrisi.

2.4.2.3 Kegagalan untuk tumbuh pada orang dewasa berhubungan dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

2.4.2.4 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek samping treatment dan cachexia

2.4.2.5 Isolasi sosial berhubungan dengan hospitalisasi dan perubahan gaya hidup.

2.4.2.6 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan malnutrisi, fatiq dan penurunan mobilitas.

2.4.2.7 Ketidakberdayaan berhubungan dengan treatment dan progresi dari penyakit.

2.4.2.8 Gangguan proses keluarga berhubungan dengan stress terhadap diagnosis pasien, treatment, gangguan peran dan ketidak yakinan terhadap masa depan.

2.4.2.9 Ketidakmampuan coping keluarga berhubungan dengan gaya coping yang tidak sesuai antara orang terdekat dan pasien untuk menangani tugas adaptif, gaya coping yang tidak sesuai dengan orang terdekat

2.4.3 Intervensi Keperawatan pada pasien cachexia

Intervensi keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dan keluarga kanker stadium lanjut yang mengalami cachexia berdasarkan diagnosa keperawatan NANDA menurut Ackley dan Ladwig (2011) serta Moyet & Carpenito (2008) adalah :

2.4.3.1 Ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh berhubungan dengan ketidakmampuan untuk mengingesti makanan karena faktor biologis.

NOC : Status nutrisi, Intake Nutrient, Kontrol berat badan.

NIC : Management Nutrisi.

Aktivitas keperawatan : (1) catat adanya alergi pada pasien, (2) kaji makanan yang disukai pasien, (3) kerjasama dengan ahli diet tentang jumlah kalori dan nutrisi yang dibutuhkan oleh pasien, (4) berikan snack, berikan makanan yang mengandung tinggi serat untuk mencegah konstipasi, (5) sediakan pasien yang tinggi protein dan tinggi kalori dan bernutrisi yang dapat secara langsung dikonsumsi, (6) catat intake nutrisi dan kalori pasien, (7) timbang berat badan pasien secara teratur, (8) berikan informasi yang tepat tentang kebutuhan nutrisi dan bagaimana cara memenuhinya, (9) sokong pasien untuk dapat menyimpan makanan dengan aman, (10) kaji kemampuan pasien untuk memenuhi kebutuhan nutrisinya.

2.4.3.2 Ketidak efektifan perlindungan (*inefektive protection*) berhubungan dengan ketidak adekuatan nutrisi.

NOC : *Health Promoting Behaviour*, Status Imun,

NIC : Perlindungan infeksi.

Aktivitas keperawatan : (1) monitor tanda-tanda dan gejala infeksi, (2) monitor kemungkinan terjadinya infeksi, (3) batasi pengunjung, (4) pelihara aseptis untuk pasien yang beresiko, (5) berikan perawatan kulit yang tepat, (6) inspeksi kulit dari adanya kemerahan, hangat dan drainase, (7) tingkatkan intake nutrisi yang cukup, (8) sokong pemberian cairan yang cukup, (9) sokong istirahat, (10) monitor adanya perubahan dalam tingkatan energi, (11) sokong untuk meningkatkan mobilitas dan latihan, (12) ajarkan pasien dan keluarga tentang tanda-tanda dan gejala infeksi dan kapan harus melapor kepada tenaga kesehatan, (13) ajarkan pasien dan keluarga bagaimana cara menghindari infeksi.

2.4.3.3 Kegagalan untuk tumbuh pada orang dewasa berhubungan dengan ketidakseimbangan nutrisi kurang dari kebutuhan tubuh.

NOC : *Psychosocial adjustment*, Keinginan untuk hidup, Perubahan kehidupan

NIC : *Hope Instillation*.

Aktivitas keperawatan : (1) kaji pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi harapan dalam hidupnya, (2) informasi kepada pasien tentang situasi yang terjadi, (3) perlihatkan harapan dengan mengenali nilai-nilai yang ada pada diri pasien dan menggambarkan bahwa penyakit pasien merupakan salah satu yang harus dihadapi secara individual, (4) perluas mekanisme coping pasien, (5) sokong pasien untuk menciptakan tujuan yang berhubungan dengan harapan, (6) bantu pasien untuk meningkatkan kepercayaan spritualnya, (7) hindari untuk menyembunyikan kebenaran, (8) libatkan pasien secara aktif dalam perawatan dirinya, (9) sokong hubungan terapeutik dengan orang lain, (10) ajarkan keluarga tentang aspek positif dari harapan, contohnya mengembangkan percakapan yang penuh makna yang melambangkan cinta dan kebutuhan pada pasien, (11) sediakan kesempatan bagi pasien dan keluarga untuk terlibat di “support group”, (12) ciptakan lingkungan yang memfasilitasi pasien melaksanakan kegiatan religiusnya.

2.4.3.4 Gangguan citra tubuh berhubungan dengan efek samping treatment dan cachexia

NOC : Citra tubuh, Harga diri, Penerimaan status kesehatan : coping, Identitas

NIC : Peningkatan citra tubuh.

Aktivitas Keperawatan : (1) kaji pengharapan pasien terhadap citra tubuhnya berdasarkan tahap perkembangan, (2) kaji apakah gangguan pada fisiknya dapat menciptakan gangguan sosial, (3) sokong pasien untuk berdiskusi tentang perubahan pada

tubuhnya yang disebabkan oleh penyakit, (4) bantu pasien untuk memikirkan perubahan pada tubuhnya, (5) bantu pasien untuk memisahkan penampilan fisik dari perasaan harga diri, (6) identifikasi efek dari budaya pasien, agama, ras, seks dan usia terhadap konsep citra diri, (7) monitor frekuensi adanya pernyataan yang mengkritik diri sendiri, (8) kaji persepsi pasien dan keluarga tentang gangguan konsep diri, (9) identifikasi strategi koping yang biasanya digunakan oleh keluarga terhadap perubahan konsep diri pasien, (10) bantu pasien untuk mengidentifikasi tindakan yang bisa meningkatkan penampilan diri.

2.4.3.5 Isolasi sosial berhubungan dengan hospitalisasi dan perubahan gaya hidup.

NOC : *Loneliness severity*, Kemampuan untuk berinteraksi sosial, Kemampuan untuk terlibat secara sosial, dukungan sosial

NIC : Peningkatan kemampuan sosial

Aktivitas keperawatan : (1) sokong peningkatan keterlibatan pasien dalam membina hubungan, (2) sokong hubungan pasien dengan orang-orang yang mempunyai kesamaan minat dan tujuan, (3) sokong aktivitas komunitas dan sosial, (4) sokong kejujuran dalam berhubungan, (5) berikan timbal balik tentang peningkatan kemampuan personal pasien, (6) sokong menghormati hak-hak satu sama lain, (7) bantu pasien untuk meningkatkan kekuatan dan mengetahui batasan kemampuan berkomunikasi dengan orang lain, (8) berikan timbal balik yang positif ketika pasien dapat bersosialisasi dengan orang lain, (9) sokong pasien untuk mengubah lingkungan, seperti keluar berjalan-jalan sebentar, (10) fasilitasi pasien untuk terlibat untuk membuat rencana aktivitas di masa depan.

2.4.3.6 Intoleransi aktivitas berhubungan dengan malnutrisi, fatigue dan penurunan mobilitas.

NOC : Intoleransi aktivitas, *Endurance*, Konservasi energi

NIC : Therapi aktivitas.

Aktivitas Keperawatan : (1) kaji komitmen pasien untuk meningkatkan frekuensi dan range aktifitas, (2) sokong pasien untuk memilih aktifitas sesuai dengan kemampuan fisik, psikologi dan sosial, (3) sokong pasien untuk fokus terhadap apa yang akan dilakukan, (4) sokong pasien untuk mendapatkan sumber-sumber yang dibutuhkan untuk aktifitas yang diinginkan, (5) sokong pasien dan keluarga untuk mengidentifikasi defisit dalam level aktifitas, (6) sokong pasien dan keluarga untuk melakukan aktifitas yang sosial, (7) fasilitasi aktifitas pengganti ketika pasien mempunyai keterbatasan didalam waktu, energi dan pergerakan, (8) ciptakan lingkungan yang aman untuk pergerakan otot, (9) berikan reinforcement terhadap partisipasi dalam aktifitas, (10) monitor emosional, fisik, sosial respon terhadap aktifitas, (11) sokong pasien dan keluarga untuk memonitor keberhasilan pasien dalam mencapai tujuan.

2.4.3.7 Ketidakberdayaan berhubungan dengan treatment dan progresi dari penyakit.

NOC : *Depression Self Control, Health Belief : Perceived ability to Perform, Perceived Resources*, Partisipasi dalam membuat keputusan bersama tenaga kesehatan

NIC : *Self Responsibility Facilitation*

Aktivitas Keperawatan : (1) bantu pasien untuk bertanggungjawab terhadap tingkah lakunya, (2) kaji apakah pasien mempunyai pengetahuan yang adekuat tentang kondisi kesehatannya, (3) sokong kemandirian pasien tetapi tetap bantu pasien jika ada yang tidak bisa dilakukan, (4) sokong pasien

untuk bertanggungjawab terhadap perawatan dirinya, (5) fasilitasi dukungan keluarga untuk tanggung jawab yang telah diambil oleh pasien, (6) berikan timbal balik positif terhadap tambahan tanggung jawab atau perubahan tingkah laku.

2.4.3.8 Gangguan proses keluarga berhubungan dengan stress terhadap diagnosis pasien, treatment, gangguan peran dan ketidak yakinan terhadap masa depan.

NOC : Koping keluarga, Fungsi keluarga, Normalisasi keluarga, *Psychosocial Adjustment : Life change, Role Performance*

NIC : Peningkatan Integritas Keluarga.

Aktivitas keperawatan (1) jadilah seorang pendengar yang baik bagi pasien, (2) bangun hubungan saling percaya dengan anggota keluarga, (3) kaji pengertian keluarga tentang penyakit, (4) kaji tentang perasaan bersalah pada keluarga, (5) kaji kemampuan keluarga untuk menghindari rasa bersalah, (6) identifikasi mekanisme koping di keluarga, (7) identifikasi konflik yang sering terjadi di anggota keluarga, (8) kaji resolusi konflik dari keluarga, (9) sokong keluarga untuk menjaga hubungan yang positif, (10) fasilitasi komunikasi terbuka dalam anggota keluarga, (11) sediakan perawatan pada pasien oleh keluarga, (12) sediakan visitasi keluarga.

2.4.3.9 Ketidakmampuan koping keluarga berhubungan dengan gaya koping yang tidak sesuai antara orang terdekat dan pasien untuk menangani tugas adaptif, gaya koping yang tidak sesuai dengan orang terdekat

NOC : *Caregiver emotional health*, Hubungan pasien dan caregiver , koping keluarga, partisipasi keluarga dalam perawatan profesional, perawatan keluarga selama perawatan

NIC : Peningkatan keterlibatan keluarga.

Aktivitas Keperawatan : (1) bangun hubungan personal antara pasien dan keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien, (2) kaji fisik emosional dan sumber-sumber pendidikan yang bisa didapatkan oleh keluarga, (3) identifikasi defisit perawatan diri pada keluarga, (4) identifikasi harapan anggota keluarga terhadap pasien, (5) sokong anggota pasien dan keluarga untuk berinteraksi secara aseptik, (6) monitor keterlibatan anggota keluarga dalam perawatan pasien, (7) identifikasi stressor situasional pada anggota keluarga, (8) identifikasi anggota keluarga yang mempunyai anggota fisik yang berhubungan dengan stress, (9) kaji tingkat ketergantungan pasien terhadap anggota keluarga, (10) identifikasi dan hormati mekanisme koping yang digunakan oleh anggota keluarga, (11) informasikan anggota keluarga faktor-faktor yang dapat meningkatkan kondisi pasien, (12) sokong anggota keluarga untuk menjaga hubungan kekeluargaan.

2.5 Pengalaman Cachexia pada Pasien dan Keluarga dengan Kanker Stadium Lanjut

Cachexia mempunyai dampak negatif bagi pasien dan keluarga. Salah satunya dapat dilihat dari hasil penelitian yang dilakukan oleh Hopkinson, Wright & Corner (2006) yang mengeksplorasi pengalaman pasien dengan penurunan berat badan pada kanker stadium lanjut di Inggris. Penelitian ini menjadikan pasien, *care givers* dan perawat sebagai respondennya. Hasilnya ditemukan data bahwa pasien menyadari sebenarnya telah terjadi penurunan berat badan yang significant pada diri mereka. Hal ini bisa pasien rasakan ketika pakaian terasa sudah tidak pas lagi dan tulang-tulang pada tubuh pun sudah mulai menonjol. Tanda dan gejala ini pasien asosiasikan sebagai kematian yang mulai mendekat dan sesuatu hal yang “tabu”. Akibatnya pasien merasa bertanggungjawab atas penurunan berat badannya sehingga pasien berusaha untuk meningkatkan nutrisi dengan cara pasien sendiri. Pasien juga mengeluhkan bahwa penurunan berat badan menyebabkan pasien

menjadi lemah, kurangnya kemandirian dan aktivitas yang terbatas. Dari segi emosi, pasien mengatakan bahwa penurunan berat badan merupakan simbol penurunan kualitas personal. Hal ini membuat pasien menjadi stress dan merasa bahwa kanker sudah mengontrol hidupnya. Tetapi sayang tenaga kesehatan profesional kurang memberikan respon terhadap masalah cachexia ini, walaupun gejala klinis telah muncul.

Hasil penelitian ini juga didukung oleh penelitian yang dilakukan oleh Reid et al (2009) dalam jurnalnya yang berjudul "*Fighting Over Food: Patient and Family Understanding of Cancer Cachexia*" menemukan bahwa sering terjadi konflik antara pasien dan keluarga dikarenakan masalah pemenuhan kebutuhan nutrisi. Di satu sisi pasien merasakan tidak ingin makan karena merasa mual, begah dan tidak berselera. Tetapi disisi lain keluarga tetap memaksa pasien untuk terus makan karena keluarga berpikir pasien terlalu kurus dan kurang nutrisi. Perilaku keluarga yang seperti ini mengakibatkan pasien merasa terintimidasi dan merasa keluarga telah mengurangi kebebasan hidupnya. Untuk mengatasi masalah tersebut pada akhirnya pasien menggunakan dua mekanisme koping, yaitu mengisolasi dirinya dari kehidupan sosial atau terus berusaha makan demi menyenangkan hati keluarga walaupun dirinya sendiri menjadi stress dengan makanan tersebut, atau dengan kata lain hilangnya kenikmatan pasien dalam memakan makanan (*social enjoyment of food*). Bagi keluarga sendiri, penolakan untuk makan terhadap makanan yang telah disediakan diartikan sebagai penolakan terhadap kasih sayang dan perhatian dari mereka. Sehingga hal ini menimbulkan konflik yang berkepanjangan.

BAB III METODE PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Pada penelitian ini pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dimana pendekatan ini digunakan untuk menggali pengalaman cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut. Penelitian kualitatif berfokus kepada pengalaman hidup seseorang yang kompleks yang kemudian akan membentuk suatu gambaran yang jelas dari suatu fenomena yang diamati (Macnee, 2004). Penelitian kualitatif memberikan pembelajaran nyata kepada seseorang melalui pengalaman individu yang diamati atau yang secara langsung berkontak kepada individu. (Boyd, 2001, didalam Broussard, 2006).

Metodologi yang digunakan adalah fenomenologi diskriptif. Tujuan penggunaan metodologi ini adalah memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga dengan anggota keluarga menderita kanker stadium lanjut untuk memaparkan pengalamannya tentang cachexia. Sehingga melalui pengalaman ini diharapkan nantinya dapat teridentifikasi masalah yang terjadi seputar pasien dan keluarga terkait dengan perawatan cachexia. Selain itu diharapkan juga melalui pemaparan pengalaman ini akan teridentifikasi kebutuhan pasien dan keluarga akan suatu layanan kesehatan yang berhubungan dengan perawatan pasien dengan cachexia.

Dilihat dari pengertiannya sendiri fenomenologi diskriptif adalah salah satu metodologi dari penelitian kualitatif yang digunakan untuk mengeksplorasi suatu fenomena melalui interaksi antara peneliti dan peserta penelitian (partisipan) dalam penelitian tersebut (Wajnar, & Swanson, 2007). Tahapan pada penelitian ini dibedakan atas 4 tahapan yaitu : *Bracketting*, *Intuiting*, *Analyzing* dan *Describing*.

Tahap *bracketing* atau disebut juga tahap kurungan. Pada tahap ini peneliti berusaha mengidentifikasi sekaligus menghindari sikap kritis dan evaluatif terhadap semua informasi yang diberikan oleh para partisipan dengan cara tidak menghakimi dan mengurung semua informasi yang didapat oleh peneliti terkait dengan pengalaman pasien dan keluarga tentang cachexia pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Contohnya apabila pasien belum bercerita tentang permasalahannya terkait dengan intake makanan dengan keluarga, walaupun ada teori atau jurnal yang mengatakan hal tersebut, maka peneliti tidak akan menggiring atau mengarahkan pasien untuk bercerita tentang permasalahannya dengan keluarga. Peneliti akan tetap membiarkan pasien bercerita sesuai dengan alur pemikirannya tanpa mengarahkannya ke hal yang diinginkan oleh peneliti.

Tahap *bracketing* ini dilakukan oleh peneliti sejak awal hingga peneliti melakukan analisa data, sehingga hal ini akan membuat peneliti bersikap netral dan terbuka dengan fenomena yang ada (Speziale & Carpenter, 2003). Pada saat wawancara kalimat yang dipakai peneliti berupa pertanyaan sederhana seperti “ooo..iya, ada lagi.., lalu...Bagaimana pendapat Ibu?” . Analisa data disesuaikan dengan kata kunci serta tidak ada usaha untuk menghilangkan atau menambah kata, karena hal ini akan menghilangkan unsur kenetralan dalam melihat suatu fenomena.

Tahap *intuiting* atau tahap penyatuan. Pada tahap ini peneliti mencoba menyatukan secara keseluruhan fenomena-fenomena yang didapat dari partisipan. Peneliti bersikap empati terhadap semua pemaparan pasien mengenai fenomena yang diteliti. Pada tahap ini peneliti juga berusaha untuk menggali pemaparan partisipan secara lebih detail dan mendalam. *Intuiting* juga dilakukan dengan cara membaca berulang kali hasil transkrip wawancara antara partisipan dan peneliti. Sehingga melalui kegiatan ini didapatkan tujuan akhir pemahaman peneliti yang lebih mendalam tentang pengalaman cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut.

Tahap *analyzing* disebut juga tahap analisa. Pada tahap ini peneliti menggali dan mengidentifikasi data yang dikumpulkan yang selanjutnya akan dihubungkan dengan pengalaman pasien dan keluarga mengenai cachexia pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Peneliti juga menggali pernyataan partisipan yang bermakna dan signifikan yang selanjutnya akan dikategorisasikan serta mengklasifikasikan maknanya (Spielberg, 1975, didalam Boussard, 2006).

Tahap *describing* atau disebut juga tahap penjelasan. Pada tahap ini peneliti mendefinisikan fenomena yang didapat dari partisipan mengenai pengalaman cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut. *Describing* bertujuan untuk menyampaikan elemen penting apa yang diucapkan atau dituliskan partisipan (Spielberg, 1975, dalam Broussard, 2006).

3.2 Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian kualitatif ini adalah orang yang ikut berperan serta bersedia menjadi sampel penelitian, dikenal juga dengan istilah relawan, anggota atau informan (Macnee, 2004). Dari pengertian tersebut bisa diambil gambaran bahwa partisipan merupakan individu yang terlibat aktif dalam proses penelitian serta membagi pengetahuan dan pengalaman mereka kepada peneliti. Partisipan dalam penelitian kualitatif biasanya berjumlah enam sampai sepuluh partisipan (Norwood, 2000). Jika sudah terjadi suatu saturasi data, peneliti berhenti melakukan pengumpulan data dari partisipan. Saturasi data tersebut tercapai jika partisipan tidak lagi memberikan informasi yang baru, hanya berupa pengulangan atau kejenuhan data dari data yang sudah terkumpul sebelumnya (Polit, & Back, 2006).

Suatu penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Hinsley & Hughes tentang eksplorasi citra tubuh pada pasien kanker dengan stadium lanjut yang juga memakai metodologi fenomenologi mencapai saturasi pada partisipan yang ke 15. Penelitian yang dilakukan oleh Reid et al (2009) yang berjudul “

Fighting Over Food : Patient and Family Understanding of Cancer Cachexia” mendapatkan saturasi data pada pasien yang ke 8 dan keluarga yang ke 8. Oleh karena itu peneliti merencanakan akan memilih responden penelitian sebanyak 6-8 orang. Pada waktu pengumpulan data, peneliti mencapai saturasi data pada partisipan ke 5, sehingga pada akhirnya jumlah partisipan dalam penelitian ini adalah 10 orang. Lima partisipan dari pasien yang mengalami cachexia dan lima partisipan dari keluarga yang merawat pasien.

Partisipan dalam penelitian ini merupakan pasien dan keluarga yang menderita cachexia pada kanker stadium lanjut yang masih menjalani perawatan di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta pada periode Mei 2012 sampai Juni 2012. Pemilihan partisipan dilakukan dengan cara “purposive sampling”, hal ini peneliti lakukan agar peneliti dapat menseleksi partisipan yang diinginkan ataupun fenomena tertentu untuk bisa dimasukkan ke dalam penelitian sehingga data lebih bervariasi dan kaya akan informasi (Burns, & Groove, 2009). Selain itu dengan metode ini juga memungkinkan peneliti untuk mendapatkan makna dari pembelajaran yang baru sehingga memungkinkan peneliti untuk memahami pengalaman pasien dengan kompleks.

Karakteristik partisipan yang dipilih peneliti berdasarkan karakteristik tertentu. Karakteristik itu adalah pasien dewasa yang berusia lebih dari 21 sampai 50 tahun, menderita kanker stadium lanjut (berdasarkan klasifikasi TNM stadium IV), mengalami cachexia sedang (berdasarkan pengkajian CAS), tidak mempunyai gangguan kognitif yang dibuktikan oleh catatan dokter di rekam medis, mampu berkomunikasi verbal dengan menggunakan bahasa Indonesia yang dapat dimengerti oleh peneliti serta bersedia menjadi partisipan yang dibuktikan dengan bersedia menandatangani *informed consent* yang diberikan. Peneliti memilih rentang umur 21-50 tahun karena jumlah pasien dengan kanker terbanyak berada pada rentang umur 21-50 tahun.

Karakteristik keluarga yang akan dipilih menjadi partisipan oleh peneliti adalah : pasien dewasa yang berusia 21 sampai 60 tahun, mempunyai hubungan keluarga dengan pasien, telah merawat pasien sebelumnya di rumah dan selama pasien dirawat di RS Kanker Dharmais. tidak mempunyai gangguan kognitif, mampu berkomunikasi verbal dengan menggunakan bahasa Indonesia yang dapat dimengerti oleh peneliti serta bersedia menjadi partisipan yang dibuktikan dengan bersedia menandatangani *informed consent* yang diberikan. Peneliti memilih rentang umur 21-60 tahun karena peneliti menganggap bahwa pada umur 21-60 tahun, partisipan dikategorikan sebagai dewasa. Jika partisipan berada di umur 60 tahun maka tidak diambil sebagai partisipan penelitian karena penelitian ini menggunakan metodologi fenomenologi deskriptif dengan menggunakan wawancara mendalam (*in depth interview*) yang memerlukan konsentrasi dan tingkat kognitif yang baik. Sedangkan pada usia 60 tahun keatas partisipan digolongkan ke usia lanjut dimana salah satu masalah dari usia lanjut adalah kurangnya konsentrasi dan gangguan kognitif (Stanley, Mickey & Patricia G.B. 2006).

Dalam proses penelitian didapatkan sepuluh partisipan, lima partisipan dari pasien dan lima partisipan keluarga. Perolehan jumlah partisipan ini diperoleh melalui proses seleksi calon partisipan dari kepala ruangan dan *Clinical Instructor* dari ruangan Teratai Rumah Sakit Kanker Dharmais. Setelah mendapatkan daftar nama calon partisipan, peneliti menemui calon partisipan dan melakukan pengkajian CAS. Setelah sesuai dengan pengkajian CAS peneliti akan membina hubungan saling percaya terlebih dulu dengan calon partisipan dan meminta calon partisipan untuk menjadi partisipan. Jika calon partisipan bersedia, maka peneliti akan menjadikan pasien tersebut menjadi partisipan dari penelitian ini. Setelah itu, peneliti berusaha membina hubungan baik dengan keluarga partisipan dan meminta mereka untuk menjadi partisipan penelitian. Tidak jarang, keluarga menolak untuk menjadi partisipan.

Pada calon partisipan yang bersedia untuk menjadi partisipan maka tahap selanjutnya peneliti menjelaskan tentang prosedur penelitian (lampiran 1) serta memberikan kesempatan kepada calon partisipan untuk membacanya terlebih dahulu. Jika ada dari calon partisipan yang kurang mengerti tentang penelitian maka calon partisipan diberikan kesempatan untuk bertanya kembali kepada peneliti. Apabila semuanya sudah jelas dan tidak ada yang diragukan lagi, maka calon partisipan diminta untuk menandatangani *informed consent* (lampiran 2). Setelah calon partisipan menandatangani *informed consent* selanjutnya peneliti meminta partisipan mengisi terlebih dahulu format data partisipan (lampiran 3). Setelah itu barulah peneliti melakukan wawancara sesuai dengan panduan wawancara (lampiran 4) serta membuat catatan lapangan (lampiran 5) penelitian yang akan dilakukan.

3.3 Waktu dan Tempat Penelitian

Penelitian diawali dengan membuat proposal penelitian sejak pertengahan Desember 2011. Setelah proposal penelitian disetujui oleh pembimbing tesis maka dilakukan seminar proposal yang dilaksanakan pada minggu pertama Juni 2012. Tahapan selanjutnya adalah pengajuan etika penelitian kepada Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Setelah lulus uji etika penelitian maka penelitian baru bisa dilakukan. Kebijakan dari Rumah Sakit Kanker Dharmais sendiri, penelitian bisa dilakukan setelah adanya surat izin untuk penelitian serta adanya pembimbing penelitian yang ditentukan oleh RS Kanker Dharmais. Izin baru dikeluarkan pada minggu pertama Juni, sehingga peneliti baru bisa mengambil data di minggu pertama Juni. Peneliti selesai melakukan pengambilan data pada minggu ketiga Juni sehingga pengelompokan tema baru bisa diselesaikan peneliti pada akhir Juni. Seminar hasil penelitian dijadwalkan pada minggu kedua Juli 2012. Waktu kegiatan penelitian terlampir (lampiran 7).

Penelitian dilakukan di Ruang Rawat Inap Cempaka Rumah Sakit Kanker Dharmais. Ruangan ini merupakan ruang kelas tiga jaminan. Ruang

ini berkapasitas 60 tempat tidur dan khusus merawat pasien kanker baik pasien perempuan maupun pasien laki-laki.

3.4 Etika Penelitian

Penelitian ini melibatkan manusia sebagai subjek penelitian, oleh karena itu beberapa isu etik harus diperhatikan ketika melakukan penelitian pada subjek penelitian ini. Penelitian ini melibatkan pasien kanker stadium lanjut dan keluarganya.

Lasagna (1970) didalam Reid (2009) mengatakan bahwa sampel penelitian seperti ini seharusnya diikutkan dalam penelitian jika penelitian ini berguna secara langsung bagi mereka, tetapi bagaimanapun keuntungan atau resiko pada penelitian studi kualitatif tidak selalu dapat terlihat pada perkembangan setiap tahap penelitian. Oleh karena itu Johnson dan Plants (1996) didalam Reid (2010) memberikan gambaran tentang apa batasan yang di anggap sebagai keuntungan dan batasan yang dianggap sebagai resiko pada sampel penelitian yang terdiri atas pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut.

Adapun keuntungan yang didapat oleh partisipan meliputi merasa nyaman dari situasi yang tidak menghakimi mereka, meningkatkan pengetahuan mereka melalui kesempatan untuk instropeksi dan interaksi langsung dengan peneliti, merasakan perasaan terlibat dalam sebuah riset, mendapatkan petunjuk terkait informasi dan servis pendukung, sadar bahwa informasi yang mereka berikan akan membantu peningkatan kualitas layanan kesehatan bagi orang lain yang menderita cachexia di masa mendatang.

Pada studi ini potensial resiko bagi partisipan meliputi 1) kehilangan waktu mereka karena waktu mereka dipergunakan untuk melakukan interview, 2) kehilangan privasi karena membiarkan membahas isu-isu terkait permasalahan mereka, 3) potensial ketidaknyamanan fisik karena akan merasakan lelah dan peningkatan pola nafas, 4) beresiko terjadinya emosional

distres. Oleh karena itu peneliti mempunyai kewajiban etik untuk meyakinkan bahwa semua data ditangani secara sensitif. Peneliti harus mempunyai pengalaman sehingga peneliti mempunyai kemampuan untuk mendengar dan mengartikan semua hal yang dikomunikasikan oleh partisipan.

Setiap peneliti bertanggungjawab untuk melindungi hak asasi manusia (Burns, & Groove, 2009). Adapun prinsip yang harus dipenuhi dalam memenuhi pertimbangan etik adalah hak untuk menentukan keinginan sendiri, terlibat atau tidak terlibat dalam penelitian (*right to safe determination*), hak adanya privasi (*right to privacy*), hak untuk dijaga otonomi dan kerahasiannya (*right to autonomy and confidentiality*), hak untuk mendapatkan perlakuan yang adil (*right to fair treatment*), hak untuk terlindungi dari hal yang membahayakan (*right to protection from discomfort and harm*).

Dalam penelitian ini peneliti sangat memperhatikan etika penelitian. Dalam proses penelitian banyak calon partisipan yang *drop out* dari penelitian karena mengalami sesak. Jika pasien mengalami sesak, maka peneliti berhenti untuk melakukan wawancara dan membiarkan pasien untuk beristirahat sampai pasien merasa lebih baik. Jika tidak ada perubahan dalam beberapa hari maka pasien di *drop out* dari penelitian karena peneliti mempertimbangkan prinsip etika penelitian. Selain itu ada beberapa partisipan yang meminta waktu untuk istirahat sebentar atau minta berbaring karena merasa kelelahan. Hal itu peneliti penuhi karena memang potensial resiko dari penelitian dengan partisipan pasien kanker stadium lanjut adalah mudah sesak dan lelah.

3.4.1 Hak untuk Tidak Terlibat dalam Penelitian (*Right to Safe Determination*)

Right to safe determination merupakan hal untuk dapat menentukan keinginan sendiri apakah partisipan bersedia menjadi responden atau tidak tanpa adanya sanksi apapun yang berpengaruh terhadap kesembuhannya, artinya responden tetap akan mendapatkan

pelayanan seperti biasa baik itu pelayanan medis maupun pelayanan keperawatan sesuai dengan prosedur yang telah ditetapkan di rumah sakit kanker Dharmais. Selain itu responden juga harus diperlakukan secara manusiawi.

Prinsip ini merupakan wujud dari penghormatan hak orang lain dengan cara memberikan kebebasan kepada partisipan untuk menentukan keinginannya tanpa paksaan dari peneliti. Partisipan juga mempunyai hak untuk bertanya serta menolak memberikan informasi ataupun tidak ikut serta lagi dari penelitian kapanpun ia mau tanpa ada sanksi dan ancaman dari pihak lain (Polit, Beck, & Hungler, 2001).

3.4.2 Hak Adanya Privasi (*Right to Privacy*)

Hak untuk privasi merupakan hak partisipan untuk menentukan waktu dan keluasan informasi yang akan partisipan berikan kepada peneliti. Informasi ini bisa berupa sikap, kepercayaan, kebiasaan, pendapat ataupun catatan-catatan. Berdasarkan hal ini peneliti menginformasikan bahwa partisipan berhak untuk tidak menjawab pertanyaan yang diajukan jika partisipan merasa berkeberatan untuk menjawabnya.

Partisipan juga berhak menentukan tempat dan waktu wawancara. Keadaan (*setting*) lingkungan pada waktu wawancara dibuat santai serta kondusif bagi partisipan. Sehingga akhirnya partisipan dapat memberikan informasi secara lebih luas, namun privasi partisipan tetap terjaga. Penting untuk diketahui sebelum mengumpulkan data menggunakan alat perekam, peneliti terlebih dahulu meminta persetujuan dari partisipan untuk merekam wawancara yang dilakukan.

Pada proses pengambilan data, peneliti terlebih dahulu menanyakan kepada partisipan dimana tempat yang paling nyaman bagi partisipan untuk diwawancarai. Kelima partisipan pada akhirnya

memilih kamar rawat inapnya sendiri untuk menjadi tempat wawancara. Untuk menjaga *privacy* partisipan, pada saat dilakukan wawancara peneliti menutup tirai pembatas dengan pasien lain sehingga partisipan merasa lebih bebas untuk berbicara. Selain itu untuk menghilangkan perasaan merasa diwawancarai, penulis membuat suasana lebih kondusif dan santai dengan cara membiarkan partisipan untuk memilih posisi yang paling nyaman bagi mereka untuk diwawancarai. Selain itu peneliti juga menggunakan kata-kata yang mudah dimengerti serta diselingi humor sehingga membuat suasana tidak terlalu menegangkan.

Pada waktu melakukan wawancara dengan partisipan dari keluarga pasien, peneliti menanyakan terlebih dahulu tempat yang paling nyaman bagi keluarga. Kelima responden menyerahkannya kepada peneliti. Pada waktu peneliti menawarkan pemakaian ruangan kepala ruangan, kelima partisipan setuju. Untuk menghindari unsur pemaksaan, maka sewaktu sudah ada di ruangan kepala ruangan, peneliti menanyakan kembali ke calon partisipan apakah merasa nyaman dengan ruangan tersebut. Kelima partisipan mengatakan tidak ada masalah dan merasa nyaman.

3.4.3 Hak untuk Dijaga Otonomi dan Kerahasiannya (*Right to Autonomy and Confidentiality*)

Hak partisipan ini dipenuhi oleh peneliti dengan cara memberikan kode pada setiap dokumen partisipan, baik itu biodata, rekaman dan transkrip wawancara. Semua data itu kemudian disimpan dengan rapi oleh peneliti dan data tersebut hanya bisa diakses oleh peneliti saja. Nama partisipan tidak pernah disebutkan, hanya menggunakan kode saja termasuk ketika menyimpan data tersebut di dalam komputer. Walaupun pada saat mentranskripsikan data peneliti dibantu oleh orang lain tapi peneliti tetap akan menjaga kerahasiaan partisipan dengan cara tidak menyebutkan nama partisipan pada proses wawancara. Semua bentuk data hanya digunakan untuk keperluan analisis sampai laporan disusun dan diseminarkan.

3.4.4 Hak untuk Mendapatkan Perlakuan yang Adil (*Right to Fair Treatment*)

Pada prinsip ini setiap partisipan haruslah mendapatkan perlakuan yang adil sebelum, selama dan setelah berpartisipasi dalam penelitian tanpa adanya diskriminasi. Partisipan juga mempunyai hak diberikan prosedur penelitian yang sama dengan partisipan yang lain tanpa adanya diskriminasi. Partisipan diberikan informasi mengenai resiko ataupun keuntungan yang bisa didapatkan dari penelitian. Selama penelitian, peneliti menghormati kesepakatan yang dibuat dan tidak mengubah prosedur penelitian. Hal ini secara tidak langsung akan memfasilitasi proses pengambilan data dan meminimalisir “*drop-out*” partisipan dari penelitian.

3.4.5 Hak untuk Terlindungi dari Hal yang Membahayakan (*Right to Protection from Discomfort and Harm*)

Hak untuk terlindungi dari hal yang membahayakan ini merupakan hak partisipan untuk mendapatkan perlindungan dari ketidaknyamanan fisiologis, emosi, sosial dan ekonomi serta perlindungan dari bahaya. Peneliti berusaha lebih sensitif ketika mengajukan pertanyaan penelitian terutama yang bersifat pribadi serta memicu rasa takut partisipan (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Seperti pertanyaan tentang perasaan pasien dan keluarga terkait dengan penurunan berat badan, hal ini merupakan isu yang sensitif karena penurunan berat badan mereka indikasikan dengan kematian yang mulai mendekat. Peneliti berusaha memilih kalimat yang tepat dan segera berhenti ketika proses terdapat gejala stress pada partisipan. Peneliti juga bertanya apakah berhenti dulu atau mau dilanjutkan. Jika peneliti melihat bahwa adanya gejala stress pada partisipan, maka peneliti akan berhenti terlebih dahulu dalam pengambilan data dan akan dilanjutkan jika partisipan tidak menunjukkan gejala stress lagi dan masih bersedia untuk menjadi partisipan penelitian.

Secara etika penelitian, pasien dan keluarga harus mendapatkan keuntungan dari penelitian. Oleh karena itu peneliti secara langsung juga memberikan manfaat kepada partisipan penelitian. Setelah peneliti mendapatkan data dari hasil wawancara, peneliti memberikan kesempatan bertanya kepada partisipan penelitian tentang hal yang ingin mereka ketahui tentang masalah cachexia. Peneliti memberikan informasi terkait masalah cachexia dan perawatannya bagi pasien dan keluarga sampai mereka puas terhadap jawaban tersebut.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data Penelitian

Prosedur pengumpulan data penelitian akan melalui beberapa tahapan, adapun tahapannya adalah :

1. Memperoleh lulus uji etik dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Mengurus surat izin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan selanjutnya akan diteruskan kepada direktur Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta.
3. Setelah perizinan dikeluarkan oleh bagian Diklat Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta, Peneliti selanjutnya menemui pembimbing penelitian yang ditunjuk oleh RS kanker Dharmais yaitu Ibu Nani M.Kep yang juga menjabat selaku Kepala Bidang keperawatan RS Kanker Dharmais. Selanjutnya peneliti menemui Kepala Ruang Teratai Rumah Sakit Kanker Dharmais Jakarta yaitu Ibu Ns. Dewi Handayani S.Kep dan bersama sama mengidentifikasi daftar nama pasien yang menderita cachexia pada kanker stadium lanjut yang dirawat di ruangan tersebut. Selanjutnya dari nama yang teridentifikasi, peneliti melakukan pengkajian dengan menggunakan *Cachexia Assessment Scale* (CAS) untuk menseleksi calon partisipan.
4. Menemui calon partisipan dan meminta izin kepada calon partisipan untuuk berpartisipasi dalam penelitian.

5. Jika calon partisipan setuju serta bersedia menandatangani *informed consent* maka peneliti akan melakukan wawancara yang mendalam serta melakukan perekaman wawancara dengan menggunakan telepon genggam
6. Wawancara akan dilakukan ditempat yang disetujui oleh partisipan dengan waktu wawancara 30 sampai 45 menit. Sebelum wawancara dimulai partisipan diminta untuk melengkapi data demografi terlebih dahulu.
7. Wawancara dilakukan secara semi terstruktur. Keuntungannya adalah peneliti dapat mengeksplorasi lebih dalam tentang fenomena yang diinginkan dari partisipan. Peneliti memberikan pertanyaan terbuka pada partisipan. Tetapi peneliti juga dapat memodifikasi pertanyaan sehingga partisipan lebih mengerti apa yang dimaksud dari pertanyaan penelitian.

Pada waktu prosedur pengumpulan data banyak calon partisipan yang *drop out* dalam penelitian. Jumlah partisipan yang *drop out* dalam penelitian ini berjumlah 14 orang. *Drop out* disebabkan karena pasien pada waktu dilakukan wawancara mengalami sesak dan lelah sehingga pada akhirnya peneliti memutuskan untuk tidak mengikutsertakan partisipan dalam penelitian. Selain itu *drop out* dari pasien juga disebabkan karena beberapa pasien tidak bisa berkomunikasi verbal dengan baik, biasanya ini terjadi karena pasien menderita kanker di daerah kepala dan leher. Penyebab lain dari banyaknya *drop out* ini adalah penolakan keluarga untuk diwawancarai karena keluarga mengemukakan alasan sibuk mengurus Jamkesmas dan tidak punya waktu untuk wawancara. Selain itu ada beberapa keluarga yang tidak memenuhi kriteria inklusi partisipan keluarga yaitu pernah merawat pasien sebelumnya di rumah dan di rumah sakit Dharmais. Beberapa keluarga dari pasien yang dirawat di Dharmais ternyata hanya merawat pasien di rumah sakit saja tanpa sebelumnya pernah merawat pasien di rumah, sehingga tidak bisa dimasukkan ke partisipan keluarga.

3.6 Alat Pengumpul Data Penelitian

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif, maka alat pengumpulan datanya merupakan diri peneliti sendiri. Karena pada prinsipnya dalam

penelitian kualitatif segala sesuatunya belum jelas serta perlu dikembangkan sepanjang proses penelitian (Speziale & Carpenter, 2003). Selain itu peneliti dibantu dengan penggunaan CAS untuk mengidentifikasi partisipan penelitian. Alat bantu lain yang digunakan oleh peneliti dalam pengumpulan data adalah telepon genggam untuk merekam hasil wawancara, pedoman wawancara yang berisi tentang pertanyaan-pertanyaan penelitian yang akan diajukan dan buku catatan lapangan (*field note*).

Sebelum penelitian dilakukan, peneliti melakukan uji coba dengan melakukan wawancara pada satu orang pasien yang mempunyai karakteristik yang sama dengan partisipan. Pada tahap ini, peneliti berlatih bagaimana cara wawancara yang benar serta membuat catatan lapangan yang benar. Sehingga nanti pada saat penelitian akan dilakukan peneliti telah terbiasa dalam melakukan wawancara serta melihat respon non-verbal pasien.

Dalam melakukan wawancara, peneliti memakai pedoman wawancara. Wawancara yang dilakukan oleh peneliti kepada pasien dan keluarga dilakukan terpisah. Pada waktu melakukan wawancara pada pasien, peneliti meminta kepada keluarga untuk tidak mendampingi pasien dan hanya membiarkan pasien dan peneliti saja. Sedangkan ketika mewawancarai keluarga, peneliti meminta waktu kepada keluarga supaya wawancara bisa dilakukan diluar ruang pasien. Pada pedoman ini terdapat pertanyaan-pertanyaan yang berupa pertanyaan terbuka. Pedoman wawancara ini berisi tentang bagaimana pengalaman pasien dan keluarga tentang cachexia pada pasien kanker dengan stadium lanjut.

Catatan lapangan akan dibuat secara narasi. Dimana catatan lapangan ini merupakan ringkasan hasil observasi peneliti pada saat pengumpulan data (Wood, & Haber, 2010). Alat perekam juga digunakan oleh peneliti selama proses pengambilan data yang selanjutnya akan ditranskripsikan ke dalam verbatim. Alat perekam yang digunakan adalah Handphone. Jika semua uji coba pedoman wawancara selesai dilakukan barulah peneliti mengumpulkan

data. Karena uji coba bermanfaat untuk mengetahui reabilitas dan validitas instrumen wawancara (Burns, & Groove, 2009).

3.7 Analisa Data Penelitian

Analisa data penelitian dilakukan dengan membaca transkrip dan catatan lapangan berulang kali sampai peneliti dapat memahami data dengan baik. Menurut Polit & Beck (2006) analisa kualitatif merupakan suatu proses menyatukan data, membuat sesuatu yang kurang jelas menjadi lebih jelas, serta merupakan proses koreksi dan modifikasi.

Menurut Colaizzi (1978) didalam Burns dan Groove (2009), proses analisa data pada metode fenomenologi adalah :

1. Membaca tentang fenomena yang akan diteliti sehingga dapat mengetahui pengalaman pasien dan keluarga tentang cachexia pada pasien kanker stadium lanjut.
2. Membaca semua transkrip berkali-kali untuk mendapatkan tema
3. Mengelompokkan makna yang sudah didapatkan berdasarkan tema-tema.
4. Menggabungkan hasil, sehingga terbentuklah suatu deskripsi fenomena yang lengkap.
5. Memformulasikan deskripsi fenomena yang lengkap tadi menjadi suatu pernyataan yang jelas.
6. Memvalidasi kembali data yang dikumpulkan dengan cara menanyakan kembali kepada partisipan tentang data yang sudah dihasilkan.

3.8 Keabsahan Data Penelitian

Kebenaran data penelitian pada penelitian kualitatif metode fenomenologi dapat dilakukan dengan cara mengkonfirmasi lagi informasi yang telah ditemukan. Banyak hasil penelitian kualitatif diragukan kebenarannya karena unsur subjektifitas yang tinggi. Oleh karena itu *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability* perlu dipenuhi.

3.8.1 *Credibility*

Credibility tercapai ketika partisipan mengungkapkan bahwa tema yang ditemukan oleh peneliti benar merupakan pengalaman dirinya sendiri. Hal ini dilakukan dengan cara memperlihatkan kembali hasil dari tema-tema yang telah dibuat oleh peneliti kepada responden, apakah tema-tema yang telah dibuat oleh peneliti ini sesuai dengan pemikiran responden. Hasil tema yang ditangkap oleh peneliti ini kemudian akan dikonfirmasi ulang kepada responden apakah hal yang dikatakan dan dirasakannya itu bisa dikategorikan. Selain itu *credibility* juga dapat dicapai dengan mendiskusikan hasil penelitian kepada teman sejawat yang telah pernah melakukan penelitian kualitatif sebelumnya serta diskusi dengan orang yang pernah terlibat dengan fenomena penelitian yang diusung oleh peneliti (Polit, Beck & Hungler, 2001). Hal ini peneliti lakukan dengan cara berdiskusi dengan peneliti terdahulu yang pernah melakukan penelitian kualitatif sebelumnya. Tujuan *credibility* ini adalah untuk menilai kebenaran dari temuan data yang dihasilkan.

3.8.2 *Dependability*

Dependability disebut juga dengan istilah reabilitas, artinya data yang didapat akan konsisten dari waktu ke waktu. Kriteria ini digunakan untuk menilai mutu dari penelitian kualitatif dengan cara memeriksa kembali konsep rencana penelitian, pengumpulan data dan interpretasinya. Untuk itu diperlukan suatu penelaah eksternal yaitu pembimbing tesis. Sebelum hasil penelitian dipresentasikan, peneliti terlebih dahulu berkonsultasi kepada pembimbing I dan pembimbing II penelitian ini.

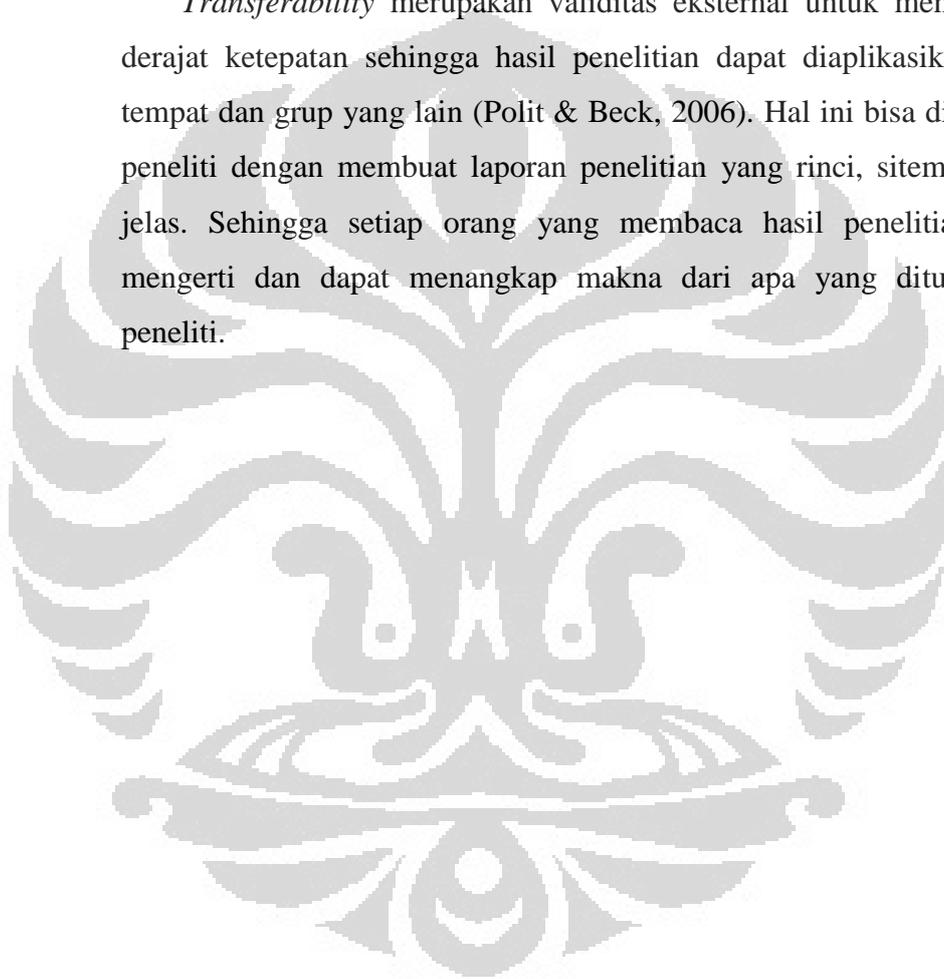
3.8.3 *Confirmability*

Confirmability merupakan objektivitas dan netralitas data. *Confirmability* data ini dilakukan peneliti dengan cara mendiskusikan transkrip, catatan lapangan, tabel pengkategorian tema, tabel analisis

tema pada orang yang tidak berkepentingan dalam penelitian. Tujuannya adalah hasil yang didapat lebih objektif. Hal ini peneliti lakukan dengan cara memperlihatkan hasil penelitian ini kepada salah satu pasien kanker tetapi tidak di rawat di Rumah sakit. Dan mereka mengatakan hal yang sama dengan hasil yang ditemukan penelitian.

3.8.4 *Transferability*

Transferability merupakan validitas eksternal untuk menentukan derajat ketepatan sehingga hasil penelitian dapat diaplikasikan pada tempat dan grup yang lain (Polit & Beck, 2006). Hal ini bisa dilakukan peneliti dengan membuat laporan penelitian yang rinci, sistematis dan jelas. Sehingga setiap orang yang membaca hasil penelitian akan mengerti dan dapat menangkap makna dari apa yang ditulis oleh peneliti.



BAB IV

HASIL PENELITIAN

Pada bab ini peneliti akan menjelaskan lebih detail tentang hasil penelitian yang dibagi atas dua bagian yaitu karakteristik partisipan dan analisis tematik tentang pengalaman cachexia pasien kanker dan keluarga yang merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta..

4.1 Karakteristik Partisipan

Partisipan pada penelitian ini berjumlah sepuluh orang, lima partisipan dari pasien dan lima partisipan dari keluarga. Sebenarnya pada partisipan ketiga dari pasien sudah terjadi saturasi data tetapi untuk lebih memperkaya data peneliti mengambil tambahan dua partisipan lagi. Sedangkan jumlah partisipan keluarga mengikuti jumlah partisipan pasien yang sudah saturasi data

Data demografi partisipan meliputi umur, pendidikan, pekerjaan, budaya, domisili, dan status perkawinan. Distribusi umur pada partisipan yang terbanyak adalah usia 40 sampai 60 tahun sebanyak 60 %. Sedangkan partisipan keluarga yang terbanyak adalah juga berumur 40 sampai 60 tahun sebanyak 60 %. Pendidikan partisipan terbanyak adalah SMU sebanyak 80 % sedangkan yang berpendidikan SD sebanyak 20 % saja. Dari segi partisipan keluarga, pendidikan yang terbanyak adalah SMU sebanyak 60 % sedangkan sisanya adalah SMP sebanyak 40 %.

Pengambilan partisipan juga berasal dari jenis kelamin yang berbeda. 60 % partisipan pasien berjenis kelamin perempuan, 40% partisipan pasien berjenis kelamin laki-laki. Hal yang sama juga terjadi pada partisipan keluarga, 60 % partisipan keluarga berjenis kelamin perempuan dan 40 % partisipan keluarga berjenis kelamin laki-laki. Partisipan berasal dari budaya yang berbeda, 40 % partisipan mempunyai budaya sunda, 40 % partisipan lainnya berbudaya Jawa, dan hanya 20 % yang berasal dari Sumatera. Dari segi partisipan keluarga budaya yang paling banyak dianut adalah budaya sunda 60 % sedangkan 40 % lagi

berbudaya Jawa. Untuk domisili partisipan paling banyak tinggal di provinsi Banten sebanyak 60 %, sedangkan sisanya berasal dari Jakarta yaitu sebanyak 40 %. Domisili partisipan keluarga juga sama yaitu 60 % berasal dari provinsi Banten dan hanya 40 % yang berdomisili di Jakarta.

Data status perkawinan partisipan menunjukkan 80 % partisipan sudah menikah dan hanya 20 % partisipan yang belum menikah. Hubungan kekerabatan antara partisipan dan keluarga partisipan menunjukkan bahwa 40 % partisipan dirawat oleh kakak atau adik, 40 % partisipan dirawat oleh istri atau suami dan hanya 20 % partisipan yang dirawat oleh anaknya.

4.2 Analisis Tematik

Setelah dilakukan proses analisis tematik, maka didapatkan enam tema yang sama pada pasien dan keluarga yaitu; 1) pengetahuan yang kurang tentang cachexia, 2) gangguan biopsikososial, 3) perubahan pola makan, 4) perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien, 5) kebutuhan akan pendidikan kesehatan dan 6) kebutuhan akan peningkatan fasilitas kesehatan. Pada analisis tematik keluarga didapatkan satu tema tambahan yaitu adanya konflik dalam keluarga.

4.2.1 Pengetahuan yang Kurang tentang Cachexia

Pengetahuan awal pasien tentang cachexia merupakan informasi penting untuk melihat sejauh mana pandangan pasien dan keluarga tentang permasalahan cachexia. Jika tingkat pengetahuan pasien diketahui, maka kita dapat memperkirakan sejauh mana masalah cachexia ini menjadi masalah pada pasien dan keluarga. Dari hasil penelitian, Partisipan pada umumnya tidak tahu bahkan tidak pernah mendengar sama sekali tentang cachexia seperti diungkapkan sebagai berikut :

“saya ngak pernah tahu.....” (P1)

“tidak pernah mendengar sama sekali.....” (P5)

Kurang pengetahuan juga tercermin dari pernyataan partisipan yang mempunyai pandangan yang salah tentang cachexia. Hal ini seperti ungkapan berikut :

“.....Tapi anak saya pernah bilang kalau makanan yang saya makan itu hanya sekian persen yang jadi daging. Sisanya diambil kanker.....”

Hasil analisa verbatim partisipan keluarga didapatkan tema yang sama dengan partisipan pasien yaitu kurangnya pengetahuan keluarga tentang cachexia serta juga terdapat adanya pemahaman yang salah tentang cachexia. Hal ini bisa dilihat dari jawaban partisipan sebagai berikut :

“Tidak pernah dengar...” (P1)

“Saya juga bingung, penderita kanker ini makannya doyan ya, tapi kok masih tetap kurus...” (P2)

4.2.2 Gangguan Biopsikososial

Cachexia mempunyai dampak terhadap aspek fisik, biologis, psikologis, dan sosial pasien. Dari segi fisik partisipan mengalami penurunan nafsu makan dan penurunan ketahanan fisik. Dari segi psikologis partisipan merasa kurang percaya diri sehingga pada akhirnya mengalami gangguan *body images*. Dari segi sosial partisipan mengalami masalah dalam bersosialisasi karena merasa tidak suka dilihat dan ditanya oleh tetangganya sehingga memilih untuk lebih senang di rumah.

Pada aspek biologis terdapat subtema yang menyatakan bahwa terjadinya penurunan nafsu makan. Hal ini bisa dilihat dari ungkapan tiga partisipan mengatakan bahwa mereka mengalami penurunan nafsu makan, bahkan satu partisipan mengatakan tidak mempunyai nafsu makan sama sekali. Berikut ungkapannya:

“Ngak ada nafsu makan lagi...” (P1)

“eneg.....” (P3)

Selain penurunan nafsu makan, partisipan juga mengalami penurunan ketahanan fisik yang ditandai dengan merasa lemas, mudah

lelah dan mudah capek sehingga mereka memilih untuk berbaring saja. Seperti terungkap dalam pernyataan berikut

“*Sekarang mudah capek.....*” (P4)
 “*Kayak ngak ada tenaga....gitu....*” (P1)
 “*Pinginnya berbaring saja.....*” (P5)

Dampak biopsikososial lain yang ditemukan dalam analisa tematik ini adalah rasa cemas, gangguan *body images* serta penurunan kemampuan sosial. Rasa cemas dipicu oleh kekhawatiran partisipan akan masa depannya. Selain itu rasa cemas ini juga dipicu oleh pemikiran buruk partisipan akan dirinya sendiri yang merasa mendekati kematian. Hal ini diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut:

“*... cemas sih...takut juga...*” (P3)
 “*... kayak mau mati saja.....*” (P1)

Masalah gangguan *Body images* dicerminkan oleh pasien dari pernyataan mereka yang menganggap bahwa mereka sudah seperti orang lanjut usia, tidak ganteng lagi serta merasa malu karena pakaian yang dipakai sudah tidak sesuai lagi dengan diri mereka. Seperti yang diungkapkan oleh partisipan berikut ini :

“*Kok seperti kakek-kakek ya....*” (P1)
 “*Ngak Pede lah suster, bajunya pada melorot semua....*” (P4)

Penurunan kemampuan sosial juga dialami oleh partisipan sejak mereka mengalami *cachexia*. Partisipan menjadi malas untuk keluar rumah karena merasa malu dilihat dan ditanya oleh tetangga tentang penurunan berat badan mereka, hal ini seperti diungkapkan oleh partisipan sebagai berikut :

“*Tambah malas aja keluar rumah.....*” (P1)
 “*malas dilihatan dan ditanyain gitu..*” (P4)

Pada keluarga dampak yang ditimbulkan oleh permasalahan *cachexia* pada pasien adalah adanya gangguan psikologis pada keluarga dimana keluarga merasa cemas akan perkembangan

kesehatan anggota keluarganya. Hal ini terlihat pada pernyataan keluarga sebagai berikut :

“perasaan saya sedih sekali...”(K1)

“lihatnya pengen nangis...”(K4)

“makin kurus begitu saya takut suami saya cepat mati....”(K2)

4.2.3 Perubahan Pola Makan

Analisis tematik yang ketiga pada penelitian ini adalah perubahan pola makan yang terjadi pada pasien dan keluarga sejak mengalami cachexia. Pasien yang mengalami cachexia merubah pola makannya untuk meningkatkan berat badan. Perubahan ini dilakukan dengan cara makan melebihi kapasitas atau mendorong makanan agar lebih mudah dimakan dengan air minum serta memantang makanan yang dianggap berakibat tidak baik terhadap kondisi tubuhnya. Hal ini terlihat dari pernyataan partisipan sebagai berikut :

“Banyakin makan lebih dari biasanya, walaupun perut saya dah kembung...”(I2)

“Kalau makan dorong pakai air, dipaksa didorong masuk....”(P2)

Pantangan makanan pada pasien ini bermacam-macam. Pantangan makan ini mereka buat sendiri tanpa adanya panduan dari petugas kesehatan sehingga dengan adanya pantangan makanan ini mereka lebih beresiko mengalami kekurangan gizi. Pantangan makanan ini contohnya terlihat dalam ungkapan sebagai berikut :

“Yang bikin batuk tidak dimakan, seperti makan apel...”(P3)

“saya tidak makan daging merah dan ayam potong....”(P3)

Dalam keluarga dengan adanya permasalahan cachexia ini, keluarga menjadi lebih perhatian dalam merawat anggota keluarga yang mengalami cachexia. Keluarga juga mencoba mengatur perubahan pola makan pada pasien. Perubahan pola makan pasien dilakukan keluarga dengan cara meningkatkan jumlah dan jenis makanan yang disediakan serta memberlakukan pantangan makan bagi pasien. Peningkatan jumlah makanan terlihat dari pernyataan keluarga sebagai berikut:

“Kasih makan yang banyak...”(K1)

Ungkapan keluarga tentang peningkatan jumlah gizi terdapat pada ungkapan berikut :

“*Kasih roti...*”(K1)

“*Kasih susu...*”(K3)

Pantangan makanan juga dilakukan oleh keluarga dengan tujuan supaya pasien cepat sembuh. Pantangan makan ini berupa tidak boleh makan daging, bakso, dan mengurangi makanan yang dipanggang. Ungkapan keluarga mengenai hal tersebut adalah sebagai berikut:

“*... Daging, bakso yang pedes-pedes...*”(K1)

4.2.4 Perhatian Perawat yang Dirasakan Kurang oleh Pasien

Analisa tematik yang keempat didapatkan data bahwa pasien dan keluarga merasa bahwa perawat kurang memperhatikan mereka terkait masalah cachexia yang pasien alami. Hal ini pasien dan keluarga rasakan dari tindakan perawat yang tidak menanyakan kepada mereka tentang permasalahan makan yang mereka alami, selain itu pasien dan keluarga juga merasa bahwa perawat hanya melakukan kegiatan rutin saja dan tidak memberikan pendidikan kesehatan terkait masalah cachexia pada pasien.

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa pasien dan keluarga berpendapat bahwa selama ini perawat tidak pernah menanyakan secara menyeluruh mengenai masalah berat badan ini kepada pasien. Padahal perawat seharusnya menanyakan masalah berat badan dan asupan nutrisi yang selama ini dimakan oleh pasien supaya didapatkan data tentang permasalahan pasien yang akurat sehingga nantinya bisa diberikan asuhan keperawatan yang tepat. Pasien dan keluarga juga menyatakan bahwa selama ini pengukuran berat badan pasien hanya dilakukan diawal masuk saja, setelah itu tidak pernah ada lagi kelanjutan (*follow up*). Dari data juga didapatkan

informasi bahwa untuk mengetahui penurunan berat badannya pasien berusaha untuk melakukan penimbangan sendiri. Hal ini terlihat dari pernyataan – pernyataan pasien :

“Paling nanya doang, ini kenapa kurus banget...”(P1)

“Nimbangnyanya paling diawal masuk saja...”(P4)

“Saya timbang sendiri...”(P3)

Keluarga juga mempunyai pendapat yang sama, dimana keluarga menganggap bahwa perawat juga tidak melakukan pengkajian menyeluruh. Pengukuran berat badan juga hanya dilakukan diawal masuk saja. Hal ini seperti diungkapkan oleh keluarga:

“Paling perawatnya hanya bilang, wah buk adeknya makin lama makin kurus nih...”(K1)

“Penurunan berat badan hanya ditanyakan diawal saja”...

Pasien dan keluarga juga mengeluhkan bahwa selama ini perawat tidak terlalu perhatian dalam melihat penurunan berat badan pasien. perawat hanya fokus kepada kegiatan rutin yang biasa mereka lakukan seperti menyuntik, mengganti infus, dan kadang-kadang hanya kontrol tekanan darah, nadi, dan suhu. Hal ini dapat dilihat dari pernyataan pasien yang menyatakan :

“...Ngak ada.... paling ganti infus, kasih suntik...”(P2)

“Ngak ada, paling kontrol doang....”(P4)

Hal yang sama juga diungkapkan oleh keluarga dimana keluarga menganggap bahwa perawat hanya melakukan kegiatan rutin saja seperti yang terungkap dalam pernyataan sebagai berikut:

“paling kasih obat, suntik...”(K1)

“paling kontrol...”(K4)

Pendidikan kesehatan mutlak diperlukan oleh pasien dan keluarga untuk membantu mereka mengatasi permasalahan dalam perawatan pasien cachexia. Tetapi sayang hal ini juga belum dilakukan oleh perawat. Pasien dan keluarga menjadi bertanya-tanya tentang makanan apa yang terbaik untuk mereka serta bagaimana

sebenarnya cara makan yang baik dalam penanganan cachexia ini. Hal ini terlihat dari ungkapan sebagai berikut :

“Ngak pernah dikasih tau makanan apa yang baik....”(P5)

“Tidak dikasih tau...”(K3)

4.2.5 Kebutuhan akan Pendidikan Kesehatan

Peningkatan pengetahuan dapat dicapai dengan cara memberikan informasi yang dibutuhkan oleh pasien dan keluarga. Pemberian informasi ini diharapkan menghasilkan terjadinya peningkatan kemampuan dalam merawat. Berdasarkan hasil wawancara dengan pasien dan keluarga didapatkan data bahwa pasien dan keluarga membutuhkan pendidikan kesehatan. Pendidikan kesehatan ini terutama tentang makanan dan cara mengatasi masalah, serta pemberian nutrisi. Hal ini terungkap dari pernyataan pasien sebagai berikut :

“Pinginnya diberi tahu makanan apa sebaiknya....”(P1)

“dijelaskan solusinya pada pasien....”(P2)

Kebutuhan akan pendidikan kesehatan juga ditemukan pada keluarga, dari wawancara yang dilakukan didapatkan data bahwa keluarga menginginkan pendidikan kesehatan terkait dengan perjalanan penyakit dan pendidikan kesehatan tentang nutrisi sebagai berikut :

“Dari keluarga pasien pingin dijelasin ini si pasien bisa kurus kenapa?....”(K1)

“Kalau saya sih pinginnya dikasih tau, makannya harusnya ini, gizinya ini....”(K3)

“Pingin diajarin, kan kita gak tau....”(K4)

4.2.6 Kebutuhan akan Peningkatan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas kesehatan memegang peranan penting dalam meningkatkan taraf kesehatan pasien. Fasilitas yang diinginkan oleh pasien antara lain peningkatan prasarana, adanya variasi makanan, peningkatan kenyamanan dan kebersihan. Pasien mengatakan bahwa

prasarana yang dibutuhkan adalah alat untuk penimbangan berat badan, hal ini terungkap dalam pernyataan pasien sebagai berikut:

“... penambahan alat untuk penimbangan pasien yang bisa tidur....” (P2)

Variasi makanan juga diinginkan oleh pasien dan keluarga dalam rangka meningkatkan nafsu makan pasien. diharapkan dengan adanya variasi makanan pasien menjadi tidak bosan dengan menu yang dihidangkan. Variasi makanan baru juga diharapkan menjadi stimulus bagi pasien untuk makan lebih banyak, seperti ungkapan berikut:

“Makanannya lebih bervariasi....” (P3)

“Taraf makanannya diperbaiki....” (K2)

Selain variasi makanan pasien dan keluarga juga mengungkapkan bahwa mereka menginginkan suasana yang lebih nyaman di ruangan. Suasana yang lebih nyaman ini digambarkan oleh pasien dengan tidak adanya bau di ruangan yang menurunkan nafsu makan mereka, selain itu suasana yang nyaman juga digambarkan oleh pasien dengan lingkungan yang bersih terutama gorden yang bersih. Seperti yang diungkapkan oleh pasien dan keluarga sebagai berikut :

“Suasana lingkungan dibuat lebih nyaman...” (P2)

“gordennya diganti secara teratur, agar suasananya lebih enak...” (K2)

Keluarga juga mengungkapkan bahwa fasilitas kesehatan lain yang perlu ditingkatkan adalah adanya program pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga terkait permasalahan cachexia. Tujuannya supaya agar keluarga mengerti tentang perjalanan penyakit pasien, hal apa yang dapat dilakukan oleh mereka untuk merawat pasien, serta mengurangi kekhawatiran mereka akan keadaan pasien. Hal ini diungkapkan oleh keluarga dengan pernyataan :

“... perlu program pendidikan kesehatannya” (K2)

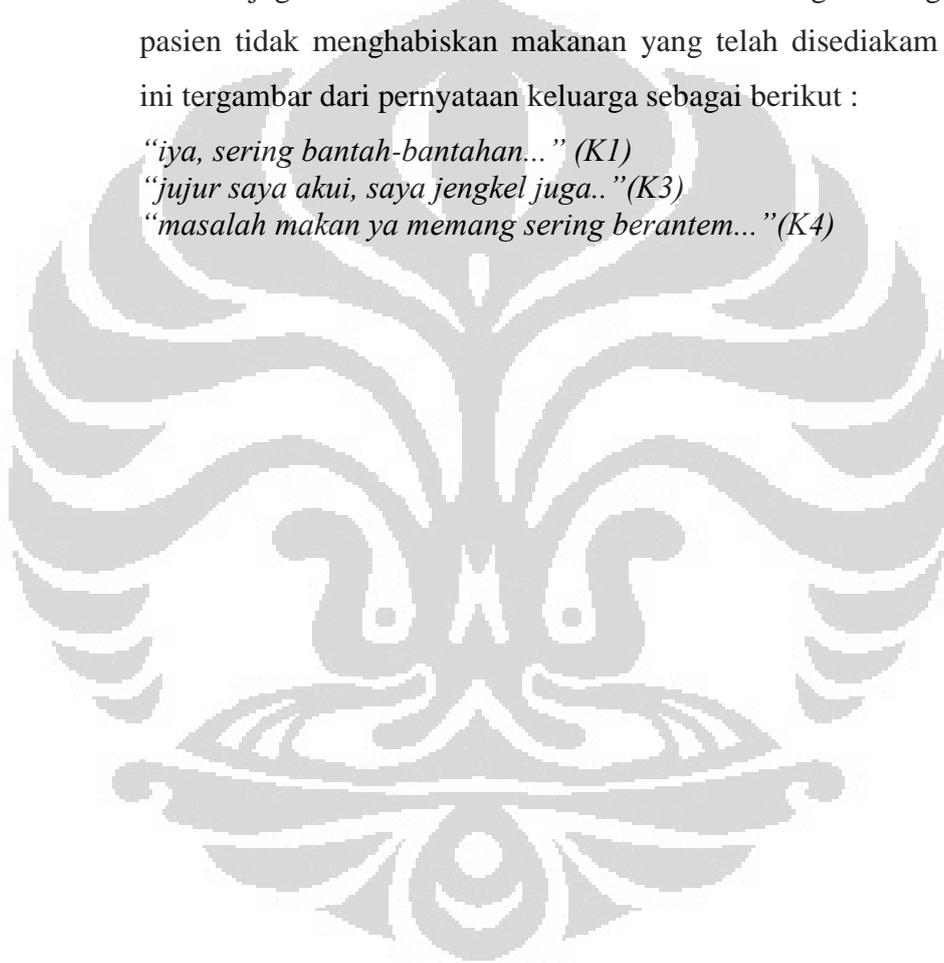
4.2.7 Konflik dalam Keluarga

Konflik dalam keluarga merupakan analisis tematik yang hanya ditemukan dari analisis tematik keluarga. Konflik dalam keluarga ini disebabkan oleh keinginan keluarga untuk meningkatkan berat badan anggota keluarganya dengan cara memberikan makanan yang lebih banyak dan sering kepada pasien, akibatnya pasien merasa tertekan dan merasa seperti diperlakukan seperti anak kecil. Selain itu konflik juga disebabkan karena rasa tidak senang keluarga ketika pasien tidak menghabiskan makanan yang telah disediakan. Konflik ini tergambar dari pernyataan keluarga sebagai berikut :

“iya, sering bantah-bantahan...” (K1)

“jujur saya akui, saya jengkel juga..” (K3)

“masalah makan ya memang sering berantem...” (K4)



BAB V PEMBAHASAN

Pada bab ini peneliti akan membahas tentang interpretasi penelitian, implikasi dalam keperawatan dan keterbatasan dalam penelitian. Interpretasi hasil penelitian ini dilakukan penulis dengan cara membandingkan temuan yang didapatkan dari hasil penelitian dengan teori-teori yang berkaitan dengan cachexia dan penatalaksanaannya dalam keperawatan. Selain itu interpretasi penelitian juga dilakukan dengan cara membandingkan data yang didapat dengan teori, konsep ilmu lain yang berhubungan dengan cachexia serta penelitian-penelitian sebelumnya yang membahas tentang cachexia. Adapun bentuk implikasi keperawatan akan peneliti jabarkan dalam bentuk implikasi pada pelayanan, pendidikan dan penelitian keperawatan.

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian

Setelah dilakukan proses analisis tematik, maka didapatkan enam tema yang sama pada pasien dan keluarga yaitu; 1) pengetahuan yang kurang tentang cachexia, 2) gangguan biopsikososial, 3) perubahan pola makan, 4) perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien, 5) kebutuhan akan pendidikan kesehatan dan 6) kebutuhan akan peningkatan fasilitas kesehatan. Pada analisis tematik keluarga didapatkan satu tema tambahan yaitu adanya konflik dalam keluarga.

5.1.1 Pengetahuan yang Kurang tentang Cachexia

Cachexia merupakan proses metabolik yang kompleks yang pada umumnya terjadi pada pasien dengan kanker. Karakteristik lain dari cachexia ini adalah kehilangan jaringan adiposa dan *lean body mass* (Holmes, 2011). Selain itu cachexia juga dapat didefinisikan sebagai sebagai suatu sindrom pembuangan yang melibatkan kehilangan dari masa otot dan lemak yang disebabkan secara langsung oleh faktor tumor atau secara tidak langsung karena adanya respon dari tubuh terhadap kehadiran tumor (Davidson & Chasen 2008).

Cachexia mempengaruhi daya tahan hidup (survival time) pada pasien dengan kanker stadium lanjut, hal ini disebabkan karena pasien dengan cachexia lebih beresiko tinggi mengalami komplikasi dari tindakan bedah, radioterapi, dan kemoterapi (Danohoe et al., 2011) selain itu pada pasien cachexia yang mendapatkan kemoterapi lebih beresiko mengalami keracunan dosis (Andreyev et al., 1998).

Pada umumnya seseorang tidak menyadari telah terjadinya permasalahan cachexia pada dirinya. Mereka menganggap bahwa penurunan berat badan yang terjadi hanya disebabkan oleh penurunan nafsu makan seperti yang diungkapkan oleh P1 dan P5. Hal yang sama juga dipikirkan oleh keluarga bahwa penurunan berat badan disebabkan karena selama ini keluarga mereka kurang nafsu makan. Pasien lain menyatakan kebingungan mereka akan penurunan berat badan ini karena nafsu makan mereka meningkat tetapi badan mereka tetap kurus. Selain itu, pada pasien dan keluarga juga sering terdapat pemahaman yang salah tentang cachexia. Mereka beranggapan bahwa cachexia itu terjadi karena kanker memakan makanan yang dimakan oleh pasien. Hal ini seperti diungkapkan oleh P4. Padahal sebenarnya yang terjadi adalah pasien kanker mempunyai *resting energy expenditure* yang lebih tinggi daripada seseorang yang tidak menderita kanker (Holmes, 2001). Selain itu tumor sendiri menghasilkan suatu produk yang mengganggu perbaikan jaringan normal dengan cara meningkatkan proses metabolisme dan menghambat proses anabolisme, sehingga terjadilah kehilangan jaringan yang signifikan. (Holmes, 2009 ; Hopkinson & Fosfer, 2008). Maka tidaklah mengherankan jika seseorang pasien kanker mempunyai nafsu makan yang baik tapi tetap saja mengalami penurunan berat badan.

Dari pernyataan yang didapat dari hasil wawancara diketahui bahwa pasien dan keluarga tidak mengetahui perbedaan ciri khas antara penurunan berat badan yang disebabkan oleh kanker ataupun penurunan berat badan yang disebabkan oleh kekurangan nutrisi.

Beberapa pasien dan keluarga menganggap bahwa penurunan berat badan hanya disebabkan oleh adanya penurunan nafsu makan. Tetapi ada juga pasien yang menanggapi bahwa penurunan berat badan ini disebabkan karena makanan yang tidak diserap, seperti yang diungkapkan oleh P1. Hal ini bisa dijelaskan kalau mereka mengerti tentang patofisiologi dari cachexia itu sendiri

Penurunan berat badan karena cachexia berbeda dengan penurunan berat badan yang disebabkan oleh masalah nutrisi lain. Penurunan massa otot merupakan hal yang khusus dan spesifik pada cachexia (O' Goman, 1999). Sehingga penampilan fisik pasien kanker yang mengalami cachexia itu khas yaitu terjadinya penurunan massa otot seperti terlihat pada P1, P3 dan P4. Pada cachexia juga terjadi peradangan yang dipicu oleh sitokin sebagai respon terjadinya tubuh terhadap kehadiran sel kanker, sehingga terjadilah akut fase protein. Akut fase protein ini menyebabkan peningkatan degradasi protein dan menurunkan sintesis protein. Hal ini sesuai dengan data yang diambil, yang memperlihatkan bahwa empat dari lima partisipan mengalami penurunan albumin. Selain itu pada cachexia, pemberian terapi nutrisi saja tidak cukup untuk meningkatkan status nutrisi pasien (Inui, 2002). Manajemen penatalaksanaan cachexia biasanya kombinasi antara pemberian terapi farmasi, suplementasi nutrisi, dan konservasi energi serta pemberian dukungan kepada pasien dan keluarga (Brown, 2002, Stresser, 2002, Hopkinson, Wright & Foster, 2008).

Kurang pengetahuan pada pasien dan keluarga ini bisa juga diakibatkan oleh kurangnya penjelasan yang didapatkan pasien dan keluarga dari perawat tentang cachexia dan cara perawatannya. Hal ini selanjutnya akan dibahas di tema yang ke empat.

5.1.2 Gangguan Biopsikososial

Cachexia mempunyai dampak yang serius bagi pasien, baik itu dari segi fisik, psikologis maupun sosial. Dari segi fisik, cachexia menyebabkan pasien menjadi mudah lemas, kurang bergairah serta mudah letih (Deans & Wignore, 2009). Hal ini sesuai dengan hasil penelitian bahwa hampir sebagian partisipan mengeluh mengalami kelemahan sehingga akhirnya mereka lebih senang untuk berbaring saja di rumah seperti yang diungkapkan oleh P1, P3 dan P4. Hal ini juga sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Dahele et al (2007) yang mengatakan bahwa pasien dengan cachexia mengalami penurunan aktivitas fisik dimana waktu yang dihabiskan lebih banyak untuk tidur dan berbaring saja sehingga menyebabkan terjadinya penurunan kualitas hidup pada pasien kanker.

Masalah psikologis juga terlihat jelas mempengaruhi kehidupan pasien. Berdasarkan hasil wawancara didapatkan data bahwa pasien merasa bahwa sejak mengalami penurunan berat badan mereka menjadi kurang percaya diri, malu dan merasa lebih tua dari umurnya, bahkan ada pasien yang mengatakan bahwa mereka sudah seperti nenek-nenek dan kakek-kakek. Hal ini juga didukung oleh pernyataan keluarga yang menyatakan bahwa sejak mengalami penurunan berat badan, istrinya agak minder, seperti yang diungkapkan oleh keluarga P3. Partisipan ke-4 bercerita kepada penulis bahwa sekarang kalau memakai baju sudah tidak percaya diri lagi karena baju dan celana sudah melorot semua. Tiap bercermin, P4 merasa bahwa dia sudah tidak menarik lagi. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hinsley & Hughes (2007) yang mengatakan bahwa pasien kanker dengan cachexia cenderung mempunyai masalah dengan *body image*. Mereka merasa bahwa dirinya berbeda secara fisik dari orang lain. Selain itu penelitian ini juga menemukan hal yang sama yang dirasakan oleh responden penelitian bahwa sejak mengalami cachexia, partisipan cenderung merasa lebih tua dan tidak menarik.

Masalah psikologis lain yang terjadi pada pasien dengan cachexia adalah rasa cemas terhadap penyakitnya, mereka menganggap bahwa penurunan berat badan yang semakin jauh berkorelasi dengan kematian yang sudah dekat, seperti yang diungkapkan oleh P1. Partisipan lain bahkan memikirkan bagaimana nanti cara memulihkan penurunan berat badan yang jauh tersebut. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hopkinson, Wright & Corner (2006) bahwa penurunan berat badan merupakan hal yang tabu karena mengindikasikan akan dekatnya pasien menuju kematian. Penelitian Hopkinson, Wright & Corner (2006) juga didukung oleh penelitian Hinsley & Hughes (2007) yang mengatakan bahwa semakin pasien merasakan penurunan berat badan pada diri mereka, semakin pasien merasakan ada sesuatu yang salah yang terjadi pada diri mereka, akibatnya terjadi kecemasan yang meningkat. Hal ini terjadi pada P1, P3 dan P4. Teori lain yang mendukung tentang permasalahan ini adalah riset yang dilakukan oleh Holmes (2010) bahwa cachexia menyebabkan pasien mengalami kelemahan emosi, mudah menjadi stress serta perasaan cemas yang tinggi.

Keluarga juga mengalami gangguan psikologis dimana keluarga merasa cemas akan terjadinya penurunan berat badan pada pasien yang diasosiasikan dengan prognosis yang buruk seperti yang terjadi pada keluarga P1, P2, P3 dan P4. Rasa cemas merupakan hal yang wajar terjadi pada keluarga, mengingat keluarga mempunyai tanggungjawab yang besar untuk membantu anggota keluarga melewati fase-fase dalam menghadapi penyakit kanker. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lainnya. Pada masa ini integritas sistem dan fungsi keluarga terancam atau dengan kata lain keluarga dan seluruh anggota keluarga berada dalam krisis. (Christ, 1983; GrayPrice, & Szczechny, 1985, di dalam McCorckle et al., 1996). Keluarga juga beresiko memiliki

negatif outcome yang disebabkan oleh peranan dan pengalaman mereka untuk merespon penyakit dari anggota keluarganya. Adapun masalah psikologis yang sering muncul pada keluarga antara lain cemas, depresi dan gangguan pola tidur serta finansial stress (Meeker, 2010).

Data yang berbeda ditemukan oleh peneliti. Ada partisipan yang tidak merasa kehilangan kontrol atas dirinya dan tetap bersemangat untuk menjalani kehidupan seperti yang terjadi pada P5. P5 menganggap bahwa penurunan berat badan harus diatasi dan dia tidak mengalami kecemasan serta khawatir karena sudah memasrahkan diri. Hasil penelitian ini bertentangan dengan hasil penelitian yang dilakukan oleh Hopkinson, Wright & Corner (2006) yang mengatakan bahwa cachexia menyebabkan pasien mengalami kelemahan emosi. Menurut peneliti sendiri, perbedaan hasil penelitian ini disebabkan karena adanya unsur spiritualitas yang tinggi pada diri partisipan yang membedakannya dengan yang lain.

Masalah sosial juga terjadi pada pasien dengan cachexia. Pasien dengan cachexia menjadi jarang untuk ikut kegiatan sosial dan cenderung mengisolasi diri di rumah (Hinsley & Hughes, 2007). Permasalahan ini sesuai dengan permasalahan yang terjadi pada P1, P3 dan P4. Hal ini bisa dijelaskan karena pasien dengan cachexia mempunyai waktu untuk bersosialisasi yang lebih sedikit, karena terjadi perubahan ritme kehidupan yang disebabkan oleh kelemahan (Reid et al., 2009). Selain itu, pasien dengan cachexia menjadi malas untuk keluar rumah karena mereka tidak suka dilihat dan ditanya oleh orang sekitar tentang penyakitnya yang dikorelasikan dengan penurunan berat badan (Hinsley & Hughes, 2007).

5.1.3 Perubahan Pola Makan

Pada pasien yang mengalami cachexia terjadi perubahan pola makan. Pasien cenderung menganggap bahwa peningkatan berat badan dapat dilakukan dengan cara makan lebih banyak dari biasanya dan mereka berusaha untuk makan sebanyak-banyaknya walaupun mereka sebenarnya sudah tidak nafsu makan lagi dan sudah tidak sanggup lagi makan yang lebih banyak. Hal ini seperti yang dilakukan oleh P1, P2 dan P3. Bahkan pada pasien P2 supaya makanan yang dimakan lebih banyak, pasien kalau makan mendorong makanannya dengan menggunakan air minum sehingga akhirnya pasien sering merasa kembung. Keluarga juga melakukan tindakan yang sama terhadap pasien yaitu memberikan makanan yang lebih banyak kepada pasien

Nutrisi yang bagus akan memberikan perbedaan pada pasien dengan kanker. Keuntungan dari menjaga status nutrisi pada pasien kanker adalah menurunkan resiko terjadinya komplikasi, meyakinkan bahwa pasien mampu untuk memenuhi peningkatan energi dan kebutuhan protein,, membantu untuk memperbaiki dan membangun jaringan normal yang rusak akibat terapi antineoplastik, meningkatkan toleransi pasien terhadap terapi, menjaga dan meningkatkan kualitas dari kehidupan (Grodner et al., 2007). Hopkinson, Wright & Corner (2006) yang mengatakan bahwa keluarga menganggap bahwa pasien harus makan lebih banyak dari sebelumnya dan keluarga akan terus mengawasi jumlah intake makanan yang dimakan oleh pasien sampai keluarga merasa kalori yang dibutuhkan telah mencukupi.

Berdasarkan dua penelitian tersebut diatas, wajar saja pasien dan keluarga berusaha untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien dengan cara makan yang lebih banyak dengan harapan penyakitnya tidak berkembang kearah perburukan. Tetapi sayang beberapa pasien dan keluarga tidak tahu cara yang baik dalam meningkatkan asupan nutrisi bahkan kadang-kadang ada pandangan yang salah tentang

makanan sehingga akan menimbulkan efek yang malah berkebalikan dari tujuan awal pasien.

Intervensi yang dilakukan keluarga seharusnya adalah memberikan nutrisi yang sesuai yang dapat meningkatkan respon imun serta membantu untuk mencegah cachexia (Merkadante, 1998, di dalam Holmes, 2010). Konsumsi makanan yang tepat dapat mengurangi efek samping dari terapi kanker yang dijalani pasien, mengurangi fatigue serta meningkatkan kemampuan aktifitas fisik pasien. Pemberian nutrisi ini juga harus memperhatikan tipe, jumlah, dan waktu pemberian makan. (Dimeo et al., 1997 di dalam Holmes, 2010).

5.1.4 Perhatian Perawat yang Dirasakan Kurang oleh Pasien

Proses keperawatan merupakan teori bagaimana perawat mengorganisasikan asuhan bagi individu, keluarga dan komunitas (NANDA, 2011). Proses keperawatan meliputi pengkajian, diagnosa, perencanaan asuhan keperawatan, implementasi dan evaluasi, dan merupakan proses yang bersifat terus menerus serta dapat divisualisasikan sebagai suatu sistem yang sirkular (Ackley & Ladwig, 2003). Pada hasil penelitian ini didapatkan data bahwa perhatian perawat terhadap permasalahan cachexia ini dirasakan kurang oleh pasien dan keluarga. Hal ini terlihat dari pernyataan pasien dan keluarga yang menyatakan bahwa perawat hanya bertanya saja tentang penurunan berat badan seperti yang diungkapkan oleh P1, P2 dan P4. Selain hampir sebagian besar partisipan mengatakan bahwa penurunan berat badan hanya dilakukan diawal masuk saja dan tidak pernah ada kelanjutannya. Jika mereka ingin mengetahui penurunan berat badan, mereka melakukan penimbangan sendiri seperti yang diungkapkan oleh P3.

Permasalahan yang diungkapkan oleh pasien dan keluarga tersebut tentu saja bertentangan dengan teori yang ada. Pada pasien

dengan cachexia pengkajian nutrisi harus dilakukan pada waktu awal (Holmes, 2011). Identifikasi awal mengenai masalah nutrisi sangat berguna bagi pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dan status fungsional pasien. Selain itu pengkajian psikososial juga diperlukan oleh pasien dengan cachexia karena faktor psikososial mempengaruhi intake makanan pasien (Hopkinson, Wright & Foster, 2008). Stress dapat terjadi karena kondisi pasien ataupun adanya ketidaknyamanan antara pasien dan keluarga serta lingkungan sekitarnya (Reid et al., 2010). Pengkajian psikososial juga dapat membantu pasien untuk bercerita tentang pengalaman stressnya serta membantu pasien untuk mempunyai coping yang adekuat (Hinsley & Hughes, 2007).

Permasalahan lain yang didapatkan dari hasil penelitian adalah pasien dan keluarga merasa bahwa perawat hanya fokus terhadap kegiatan rutin saja serta tidak pernah memberikan pendidikan kesehatan. Pernyataan ekstrim lain pernah juga diungkapkan oleh keluarga pasien yang mengatakan bahwa penurunan berat badan tidak terlalu diperhatikan seperti yang diceritakan oleh keluarga pasien 3. Keluarga juga berfikir apakah perawat mempunyai pemikiran bahwa masalah penurunan berat badan ini merupakan suatu hal yang biasa terjadi pada pasien dengan kanker, seperti yang diungkapkan oleh keluarga P1.

Pelayanan keperawatan masih sering mendapat keluhan dari masyarakat terutama dalam hal sikap dan kemampuan perawat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga. Penelitian yang dilakukan oleh Sitorus (2000) tentang mutu asuhan keperawatan yang dinilai berdasarkan tingkat kepuasan pasien dan keluarga terhadap keperawatan serta kepatuhan perawat terhadap standart penerapan proses keperawatan pada ruang rawat medikal bedah di dua rumah sakit pemerintah didapatkan hasil bahwa tingkat kepuasan pasien dengan kategori baik hanya 16,9 % saja (Sitorus 2000 di dalam

Sitorus & Yulia, 2005). Salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya mutu asuhan keperawatan yang ditinjau dari aspek pemberian asuhan keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan tidak memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan serta rencana asuhan keperawatan belum dikembangkan sesuai dengan standar karena jumlah dan kemampuan perawat yang kurang. Selain itu kemampuan kolaborasi dari perawat masih sangat rendah. Faktor lainnya antara lain masalah pasien tidak mungkin dianalisis secara komprehensif terutama masalah psikososial karena hubungan perawat dan pasien belum berdasarkan penumbuhan hubungan saling percaya (Sitorus & Yulia, 2005).

Pada pasien yang menderita cachexia, perawat merupakan seseorang yang paling ideal untuk memberikan dukungan, pendapat, dan pemberian asuhan secara langsung untuk meminimalkan efek dari cachexia yang mereka derita (Reid et al., 2009). Perawat mempunyai peranan penting dalam deteksi dini dan manajemen cachexia (Finley, 2003). Intervensi yang dilakukan seharusnya berfokus untuk mengurangi efek negatif dari gejala-gejala seperti mual, muntah, diare, fatigue, masalah mulut, perubahan rasa yang mempengaruhi nafsu makan dan konsumsi makanan (Finley, 2000, didalam Holmes, 2011). Perawat seharusnya tidak hanya melakukan kegiatan rutin ruangan saja, tetapi juga perlu mengkaji dan memberikan intervensi tentang permasalahan nutrisi yang dialami oleh pasien kanker dengan cachexia.

Perawat mempunyai peranan yang penting dalam memberikan dukungan kepada pasien dan keluarga terutama masalah nutrisi. Oleh karena itu perawat harus tahu kebutuhan nutrisi yang tepat pada pasien dan kewaspadaan terhadap status nutrisi pasien pada setiap stase penyakit. Perawat juga menjadi seorang advokat bagi pasiennya, merujuk ke ahli diet ketika dirasa perlu untuk pengkajian nutrisi secara

lebih detail, memberikan perawatan yang tepat dan jika perlu memberikan suplemen nutrisi dan nutrisi artifisial. Perawat harus yakin bahwa pasien dan keluarga mengerti tentang efek dari kanker dan terapi modalitas yang diberikan terhadap status nutrisi (Finley, 2003).

Intervensi keperawatan yang bertujuan untuk memenuhi kebutuhan psikososial pasien juga tidak kalah pentingnya dengan masalah nutrisi. Perawat diharapkan dapat berpartisipasi dalam mengatur pola makan pasien dan keluarga (Hopkinson, Wright & Foster, 2008). Pasien dan keluarganya juga harus mengerti bahwa mereka tidak gagal ketika pasien tidak mempunyai nafsu untuk makan (Finley, 2000, di dalam Holmes, 2011). Hal ini akan mengurangi stress dan konflik dalam keluarga jika harapan yang besar dari keluarga terhadap peningkatan nutrisi tidak dapat dipenuhi oleh pasien. (Reid et al., 2009).

Pemberian pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga merupakan hal yang penting dalam rangka meningkatkan pengetahuan pasien tentang penyakit dan cara perawatannya. Tetapi sebaiknya perawat terlebih dahulu mengkaji tentang pemahaman pasien dan keluarga tentang makanan sehat. Menurut penelitian yang dilakukan oleh Hopkinson, Wright & Foster (2008), dikatakan bahwa pengetahuan pasien tentang makanan sehat yang didapat dari berbagai media, seperti buku, televisi dan internet tidak jarang membuat pasien memberikan tekanan tersendiri terhadap dirinya serta membuat pasien tidak menikmati rasa makanan. Alasan yang diberikan oleh pasien tentang pemilihan makanan tersebut adalah bahwa makanan tersebut sangat bergizi walaupun dia tidak menyukainya. Ideologi seperti ini malah akan berefek negatif kepada pasien dimana mereka menjadi lebih sedikit makan dari pada porsi makanan yang biasa dimakan. Hal ini terjadi pada P1, P3 dan P4. Pada pasien ini mereka melakukan

pantangan makan berdasarkan informasi yang mereka dapatkan sendiri. Akibatnya pasien makan dengan porsi yang lebih sedikit.

5.1.5 Kebutuhan akan Pendidikan Kesehatan

Pendidikan kesehatan merupakan media yang efektif untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga. Perawat sebagai orang yang paling dekat dengan pasien dan merupakan lini pertama dalam memberikan asuhan kepada pasien. Pemberian informasi yang sebanyak-banyaknya tentang cachexia oleh tenaga kesehatan pada pasien dan keluarga dapat membantu adaptasi fisik, emosi, dan sosial pasien terhadap penyakit serta penerimaan pasien terhadap perubahan tubuh, jati diri, dan lingkungan sosialnya (Lazarus, 1991 ; Williams, 2000 ; Ravasco et al., 2003 di dalam Hopkinson, Wright & Corner, 2006).

Kebutuhan akan pendidikan kesehatan ini dinyatakan hampir semua partisipan pasien dan keluarga. Hal ini sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Hopkinson, Wright dan Corner (2006) yang menyatakan bahwa penurunan berat badan dilaporkan sebagai salah satu masalah tersering yang sering dilaporkan pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Hanya sedikit yang tahu bagaimana masalah itu terjadi dan bagaimana pasien dibantu untuk hidup dengan gejala tersebut. Selain itu ada pemikiran mengenai penurunan berat badan yang dianggap tabu. Oleh karena itu diperlukan suatu pendidikan kesehatan yang bisa membantu pasien dan keluarga untuk melakukan perawatan yang benar. Pernyataan ini didukung oleh suatu studi kualitatif yang dilakukan oleh Reid et al (2010) bahwa ada 3 hal yang diinginkan oleh pasien dan keluarga terhadap perawat terkait penatalaksanaan cachexia yaitu, pemberitahuan terhadap penurunan berat badan yang diasosiasikan dengan cachexia, pemberian informasi tentang cachexia serta pemberian intervensi yang mendukung dimana ketiga hal ini masih dirasakan kurang.

Menurut Hopkinson, Wright & Foster (2008), Pendidikan kesehatan yang dapat diberikan oleh perawat kepada pasien dan keluarga seperti 1) pemberian diet yang sehat, 2) pasien seharusnya makan makanan yang mereka senangi, 3) pasien yang mengalami penurunan nafsu makan sebaiknya makan makanan yang lunak dan mudah dicerna, 4) kanker menyebabkan perubahan metabolik sehingga menyebabkan pasien susah untuk makan, hal ini bukan berarti ada indikasi untuk tidak mencoba untuk makan, kelemahan emosional dan menyerah

5.1.6 Kebutuhan akan Peningkatan Fasilitas Kesehatan di RS Dharmais

Kebutuhan terkait fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan partisipan dan keluarga mencakup tiga hal yaitu peningkatan sarana, variasi makanan dan peningkatan kenyamanan. Peningkatan sarana yang diinginkan oleh pasien adalah adanya alat untuk penimbangan berat badan terutama pada pasien yang hanya bisa tidur seperti yang diungkapkan oleh P2. Hal ini wajar saja karena selama ini Dharmais belum mempunyai alat untuk menimbang berat badan bagi pasien yang berbaring. Sehingga pada pasien yang berbaring, tidak adanya alat tersebut menjadi kendala jika mereka ingin melakukan penimbangan berat badan.

Variasi makanan merupakan salah satu pelayanan yang diinginkan oleh pasien. Tujuannya supaya terjadi peningkatan dalam nafsu makan dan menghindari kebosanan terhadap jenis makanan tertentu. Peningkatan kenyamanan juga diinginkan oleh pasien dan keluarga karena lingkungan yang nyaman memicu untuk meningkatkan nafsu makan pasien (Holmes, 2011). Rasa senang terhadap makanan serta rasa menikmati makanan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan. Lingkungan pada saat makan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan, selain itu cara

penyajian makanan serta siapa yang menemani makan juga turut berperan serta dalam mempengaruhi intake makanan (Wooley et al., 1979, di dalam McCorkle, 1991). Salah satu caranya adalah mengurangi bau yang ada di ruangan.

5.1.7 Konflik dalam Keluarga

Konflik dalam keluarga merupakan analisis tematik yang hanya didapatkan dari keluarga. Secara teori efek dari kanker terhadap pasien dan keluarga bervariasi dari sedikit sifat destruktif sampai masalah yang buruk. Keluarga sering berespon secara aktif dan positif untuk meningkatkan kesehatan anggota keluarganya. Banyak anggota keluarga mencoba mencari informasi secara aktif dan membuat suatu persepsi dan perubahan peran yang baik sehingga mereka mampu beradaptasi terhadap permasalahan yang terjadi pada pasien kanker (McCorkle et al., 1996). Pada pasien cachexia bentuk tindakan yang diambil adalah perubahan perhatian dengan cara mencoba memberikan jumlah makanan yang banyak kepada pasien. Tetapi hal ini beresiko menimbulkan konflik karena pemaksaan makan yang banyak kepada pasien yang melebihi kapasitas menimbulkan stressor tersendiri kepada pasien (Reid et al., 2009).

Makanan merupakan simbol kasih sayang dan perhatian yang lebih terhadap kesehatan pasien. Penolakan yang dilakukan oleh pasien menimbulkan perasaan sedih dan kesal dari keluarga seperti yang diungkapkan oleh keluarga pasien P1, P3 dan P4. Tidak jarang permasalahan ini menimbulkan konflik antara pasien dan keluarga, seperti yang diungkapkan oleh keluarga pasien P1 bahwa sering terjadi bantah-bantahan. Keluarga pasien P4 mengatakan bahwa masalah makan, mereka juga sering bertengkar. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Reid et al (2009) yang menyatakan bahwa keluarga sering menawarkan makanan dan memaksa pasien untuk makan yang pada akhirnya akan menimbulkan konflik antara pasien

dan keluarga. Konflik berfokus pada kurangnya intake oleh pasien dan reaksi keluarga terhadap penolakan makan oleh pasien. Hal ini menimbulkan tekanan sendiri bagi pasien dan keluarga dalam perawatan. Penelitian ini juga membuktikan bahwa kebiasaan makan juga mempengaruhi kualitas hidup pasien dan mempunyai efek negatif terhadap keluarga.

Informasi tambahan dibutuhkan oleh keluarga untuk mengerti bahwa bagi pasien makanan adalah kesenangan sosial tersendiri dari pada sebagai sebuah perawatan untuk menghindari cachexia. Secara teori keluarga dengan kanker stadium lanjut beresiko mengalami gangguan pola komunikasi, pola peran, dan perubahan kedinamisan di dalam keluarga. Oleh karena itu intervensi yang diberikan untuk meningkatkan mekanisme koping harusnya tidak hanya diberikan oleh individu saja tetapi diberikan oleh seluruh anggota keluarga (Northouse, 1984; Oberst, & James 1985 di dalam McCorckle et al., 1991). Kunci keberhasilan untuk dapat terus bertahan dalam menghadapi krisis adalah selalu menjaga identitas dan integritas dari setiap anggota keluarga (Lovejoy, 1986 di dalam McCorckle et al., 1991).

5.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian kualitatif ini memiliki beberapa keterbatasan penelitian, adapun keterbatasan dalam penelitian ini adalah :

5.2.1 Kemampuan dalam Wawancara Pasien dan Keluarga yang Dilakukan oleh Peneliti

Penelitian ini adalah penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi dimana instrumen yang digunakan adalah diri peneliti sendiri. Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif pertama yang pernah diteliti oleh peneliti sehingga pada waktu melakukan pengambilan data dengan menggunakan wawancara, peneliti masih

sering mengalami kendala. Akibatnya kedalaman dari data penelitian ini masih kurang, terutama pada waktu menggali mengenai masalah emosi.

5.2.2 Kurangnya Variasi dalam Partisipan Penelitian

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari tingkat sosial dan ekonomi yang rata-rata hampir sama. Peneliti memilih partisipan hanya partisipan yang berasal dari ruangan Jamkesmas yang rata-rata pasiennya berasal dari tingkat ekonomi menengah ke bawah serta tingkat pendidikan paling tinggi hanya level Sekolah Menengah Atas (SMA). Sehingga hasil penelitian ini belum bisa dipakai untuk mengeneralisasi pasien-pasien untuk semua level ekonomi.

5.2.3 Kurangnya Pembedaan Analisa dari Segi Psikologis antara Partisipan Laki-laki dan Perempuan

Pada penelitian ini peneliti tidak membedakan analisa hasil partisipan berdasarkan jenis kelamin. Hal ini menjadi keterbatasan penelitian, karena pada waktu pengambilan data terlihat perbedaan reaksi emosi dan rasional tindakan antara partisipan laki-laki dan perempuan baik dari segi partisipan pasien maupun dari segi partisipan keluarga.

5.2.4 Instrumen CAS (Cachexia Assesment Scale) yang Masih Baru

Pada penelitian ini peneliti menggunakan instrumen CAS untuk menseleksi pasien yang akan dijadikan partisipan penelitian. Peneliti menemui kesukaran dalam mengaplikasikan instrumen CAS karena tidak mendapatkan manual dari penemunya sendiri, terutama dalam melakukan pengkajian fisik untuk melihat asites asimtomatik.

5.3 Implikasi Keperawatan

5.3.1 Implikasi pada Pelayanan Keperawatan

Pada dasarnya masalah cachexia merupakan masalah yang umum terjadi pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Namun permasalahan ini belum menjadi perhatian yang besar dari para perawat di bidang pelayanan jika dibandingkan masalah fisik lain seperti masalah nyeri. Selain itu, perawat juga belum melakukan pengkajian dan intervensi dari segi psikososialnya. Padahal permasalahan psikososial yang terjadi pada pasien kanker stadium lanjut dengan cachexia dan keluarga yang merawat cukup besar. Hasil penelitian yang didapatkan akan mempunyai implikasi sebagai data dasar bagi perawat dalam melakukan pengkajian, penegakkan diagnosa, intervensi serta evaluasi masalah cachexia baik dari segi fisik, psikologis maupun sosial. Dari segi fisik, perawat bisa lebih mampu untuk melakukan pengkajian dan memberikan pendidikan kesehatan mengenai nutrisi. Pendidikan kesehatan mengenai nutrisi ini meliputi pendidikan tentang penyebab penurunan berat badan pada pasien cachexia, jenis makanan yang sebaiknya dikonsumsi oleh pasien, porsi makanan pasien serta penjelasan tentang pantangan makanan yang mungkin dianut oleh pasien dan keluarga.

Dari segi psikososial, perawat lebih empati terhadap permasalahan psikologis pasien, seperti masalah *body image* dan gangguan psikologis lainnya. Perawat bisa menjadi seseorang pendengar yang baik dimana pasien bisa berkonsultasi tentang permasalahan *body image* dan masalah psikologis lainnya yang dialami oleh pasien serta memberikan alternatif solusi yang tepat bagi pasien. Dari segi sosial, perawat dapat mengetahui permasalahan sosial yang terjadi dan memberikan support kepada pasien dan keluarga supaya terus bisa bersosialisasi dengan masyarakat.

Hasil penelitian ini juga dapat digunakan untuk menyusun program pelayanan kesehatan terkait masalah nutrisi pasien, seperti peningkatan fasilitas yang berhubungan dengan pengkajian nutrisi, penyediaan ruang konsultasi khusus untuk pasien dan keluarga serta pengadaan program khusus tentang pendidikan kesehatan terkait cachexia dan permasalahannya di pasien dan keluarga

5.3.2 Implikasi pada Pendidikan

Salah satu peran dari Institusi pendidikan adalah mencetak tenaga profesional yang handal di bidang keperawatan. Diharapkan melalui penelitian ini dapat dijadikan data dasar dalam menyusun mata ajar untuk pengkajian asuhan keperawatan pasien kanker stadium lanjut yang mengalami cachexia serta perencanaan dan intervensi keperawatan.

5.3.3 Implikasi pada Penelitian

Hasil penelitian ini dapat dijadikan data dasar penelitian dan pengembangan konsep keperawatan khususnya tentang pemenuhan kebutuhan pasien kanker stadium lanjut yang mengalami cachexia. Data dasar penelitian ini dapat berpengaruh terhadap perubahan pemikiran peneliti-peneliti di bidang keperawatan untuk menghasilkan teori-teori baru tentang penanganan masalah cachexia pada kanker stadium lanjut.

Lampiran 1**PENJELASAN PENELITIAN**

Judul penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman cachexia pada pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta.

Penelitian ini bertujuan untuk memperoleh informasi tentang pengalaman cachexia pada pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat serta bagaimana pasien dan keluarga memaknai pengalaman tersebut khususnya mengenai :

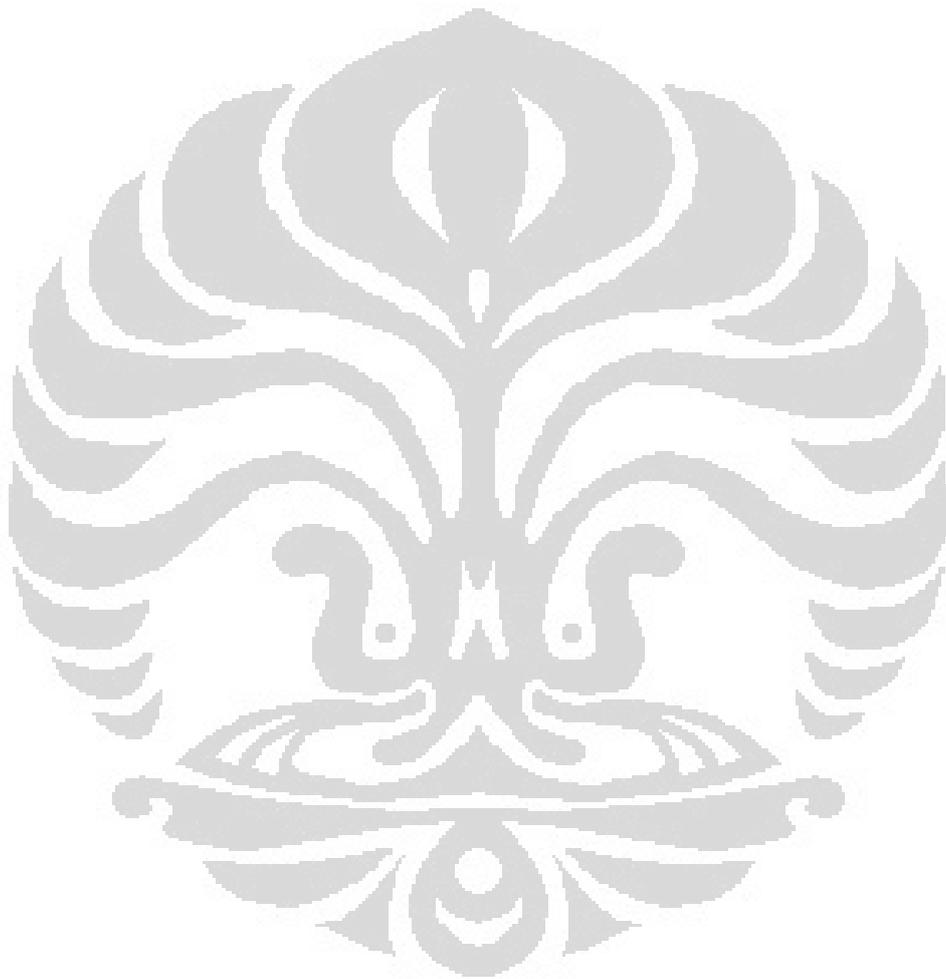
- gambaran tentang pengetahuan pasien dan keluarga tentang cachexia pada kanker stadium lanjut
- gambaran tentang dampak cachexia pada pasien dan keluarga dengan kanker stadium lanjut
- gambaran tentang respon pasien dan keluarga terhadap cachexia pada kanker stadium lanjut
- gambaran tentang masalah yang sering terjadi antara pasien dan keluarga keluarga akibat cachexia pada kanker stadium lanjut
- gambaran tentang kebutuhan pasien terkait pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh pasien dan keluarga yang mengalami cachexia pada kanker stadium lanjut

Prosedur penelitian

Bapak / Ibu akan diwawancara dengan tape recorder dalam beberapa kali pertemuan. Lama tiap satu kali pertemuan antara setengah sampai satu jam. Hasil wawancara akan disimpan rapih dan dirahasiakan. Hanya peneliti yang tahu isi wawancara dan dimana data disimpan. Data akan disimpan dan setelah selesai data akan dimusnahkan. Bapak / Ibu berhak untuk tidak bersedia menjadi peserta penelitian dan apabila ingin berhenti ditengah jalan juga tidak akan dikenakan sanksi.

Manfaat penelitian ini belum terasa saat ini, karena baru berada pada tahap pengumpulan data. Penelitian ini akan menjadi bekal untuk masa mendatang dan

diharapkan berguna untuk pelayanan keperawatan dimasa yang akan datang khususnya di bidang perawatan pada pasien kanker stadium lanjut yang mengalami cachexia.



DAFTAR PUSTAKA

- Ackley, J.B., & Ledwig, B.G., 2011. *Nursing diagnosis handbook : an evidence-based guide to planning care*. 9th ed. Mosby
- Andreyev, H., Norma, A., Oates, J., & Cunningham, D., (1998). Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *European Journal of Cancer*. 34, 503-509
- Arensmeyer, K., (2012). *Nursing management of patients with cancer related anorexia*. Abromson Cancer Centre of The University Of Pennsylvania. Diunduh pada tanggal 20 Januari 2012 di http://www.oncolink.org/includes/print_article.cfm?Page=2&id=1006&Section=Cancer_Resources
- Baron, R.B. (2005). *Nutrition. In: Current Medical Diagnosis and Treatment 44th ed.* editors : Tierney LM, Phee SJ, Papadiks MA, McGraw-Hill New York, p. 1214-1242
- Barry, D. P., (1996). *Psychosocial Nursing : Care of Physically Ill Patients & Their Families*. Philadelphia: Lipponcott
- Black & Hawks (2009). *Medical Surgical Nursing : Clinical Management for Positive Outcomes*. 8th ed. USA : Saunders Elsevier
- Booth, D. A., (1994). *Psychology of Nutririon*. London : Taylor & Francis
- Bozzetti, (1989). Effect of artificel nutrition of the nutritional status of cancer patients. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. 13 (4), 406-420.
- Bozzetti, F., Gavazzzi, C., Mariani, L., Crippa, F., (1999). Artificial nutrition in cancer patients: which route, what cmposition? *World Journal Sung*. 23 (6), 577-583
- Broussard, L., (2006). Understanding qualitative research : a school nurse perspective. *The Journal of School Nursing*, 22, 212-218
- Buccheri, G., & Ferrigno, F., (2001). Importance of weight loss definition in the pronostic evaluation of non-small-cell-lung cancer. *Lung Cancer*. 34 (3), 433-440
- Burns, N., & Groove, S.K. (2009). *The practice of nursing research : Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence*. 6ed. Missouri : Saunders Elsevier
- Davidson, A.J., & Chasen, R.M., (2008). Managing cancer cachexia : a guide to current therapy. *Oncology Exchange*. 7 (3), 8-11

- Donohoe, C.L, Ryan, A.F & Reynold J.V (2011). Review Article : cachexia and clinical Implication. *Gastroenterology Research and Practice* Volume 2011, Article ID 601434, 13 pages doi:10.1155/2011/601434
- Deans, C., & Wigmore, S.J., (2005). Systemic inflammation, cachexia and prognosis in patient with cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 8 (3), 265-269
- Denke, M. & Wilson, D. (1998). Assessment of nutritional status. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed.* New York, p 448 – 452
- Denke, M. & Wilson, D. (1998). Nutrition and nutritional requirements. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed.* New York, p 445 – 447
- Denke, M. & Wilson, D. (1998). Protein and energy malnutrition. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed.* New York, p 452 – 454
- DeWys, W., Begg, C., & Lavan, P., (1980). Prognostic effect of weight loss prior to chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Medicine*. 69, p 491-497
- Dewey, & Dean, (2008). Nurse managementt of patient with advance cancer and weght loss. *International Journal Palliative Nursing*, 14, p 132-138
- Doengoes, M.E., Moorhouse, M.F., & Murr, A.C. (2002). *Nursing care plans : Guidelines for individualizing client care across the life span*. Philadelphia : F.A. Davis Company
- Espat, N., Moldawar, L., & Copeland, E., (1995). Cytokine mediated alteration in host metabolism prevents nutrition replacement in cachectic patients. *Journal Surgical Oncology*. 58, 77-82
- Fearon, C.K., Voss, C.A., Husted, S.D., (2006). Defenition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and sistemic inflammation of functional status and prognosis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 83 (6), 1345-1350
- Finley, J.F (2003). Detection and Mangement Of Cachexia in Cancer Patient. *Advanced Studies Of Nursing*. Vol 1 No 1.
- Gabinson, R., Gibbs, M., Uziely, B., & Ganz, F.D. (2010). The cachexia assessment scale : Development and Physhometric Properties. *Oncology Nursing Forum*. 37(5), 635-640
- Gorman, P., McMillan, D., & McArdle, C., (1998). Impact of weight loss, appetite, and the inflammatory response on quality of life in gastrointestinal patient. *Nutrition Cancer*. 32, 76-80

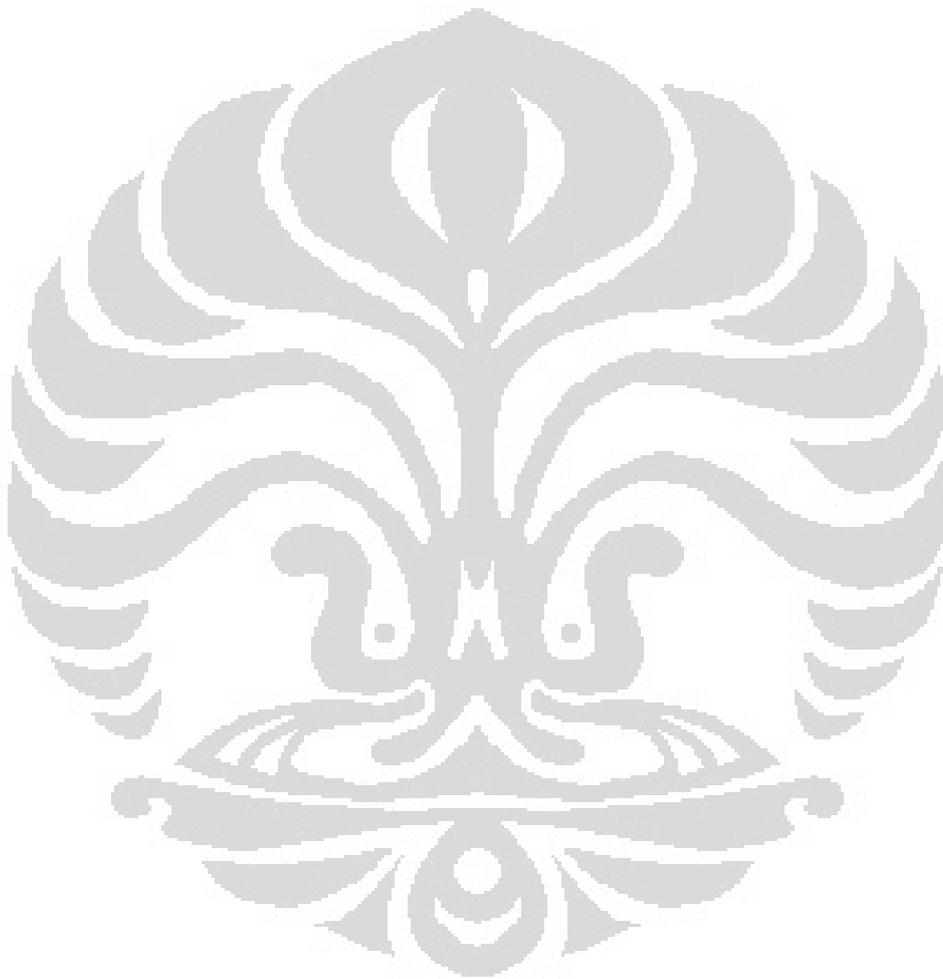
- Grodner, M., Long, S., & Walkingshaw, C. B., (2007). *Foundation and Clinical Applications of Nutrition : A Nursing Approach*. Canada : Mosby Elsevier
- Hamric, Spross & Hanson (2009). *Advanced Practice Nursing : an Integrative Approach*. USA : Saunders Elsevier
- Hinsley, R., & Hughes, R. (2007). The reflection you get': An exploration of body image and cachexia. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(2), 84-89
- Holmes, S. (2009). Nutrition in the care of patient with cancer cachexia. *British Journal of Community Nursing*. 16(7), 314-323
- Holmes, S. (2011). Understanding cachexia in patient with cancer. *Nursing Standard*. 25(21), 47-55
- Hopkinson, J.B., Wright, D.N.M., & Corner, J.L (2006). Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 54 (3), 304-312
- Hopkinson, J.B., Wright, D.N.M., & Foster, C. (2008). Management of weight loss and anorexia. *Annals of Oncology*. 19(7), 289-293
- Inui, A., (2002). Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *A Cancer Journal for Clinic*. 52, 72-91
- LaCour, K., Nordell, K., Josephsson, S., (2008). Everyday lives of people with advanced cancer: activity, time, location, and experience. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, p 154-162
- Loeser, C., von Herz, U., Kuchler, T., Rzehak, P., Muller, M.J., (2003). Quality of life and nutritional state in patients on home enteral feeding. *Nutrition*. 19 (7-8), 605-611
- Loiselle, C.G., Profetto-McGrath, J., Polit, D.F., & Beck, C.T. (2004). *Canadian essentials of nursing research*. Philadelphia : Lippincort Williams and Wilkins
- Macnee, C. (2004). *Understanding nursing rearch : Reading and using research in practice*. Philadelphia : Lippincort Williams and Wilkins
- Makoep I.W (2010). Terapi Nutrisi pada Pasien Kanker. Pusat pengembangan Palliative Care RSUD Dr Soetomo. Diunduh pada tanggal 18 Januari 2011 di http://www.docstoc.com/?doc_id=69303171&download=1
- MacDonald, N., Easson, M.A., Mazurak, C.V., Dunn, P.G., Baracos, E.V., (2003). Understanding and managing cancer cachexia. *American College of Surgeons*, p 143-157

- McCorckle, R., Grant, M., Stromborg, F. M., & Baird, B. S., (1991). *Cancer Nursing : A Comprehensive Textbook*. Philadelphia : W.B Saunders Company
- McCorckle, R., Grant, M., Stromborg, F. M., & Baird, B. S., (1996). *Cancer Nursing : A Comprehensive Textbook*. Philadelphia : W.B Saunders Company
- McDonald, L., (2012). Hill's Theory of Family Stress and Buffer Factors: build the protective factor of social relationships and positive perception with multi family groups. University of Winconsin-Madison. Diunduh pada tanggal 24 Maret 2012 di http://www.cecp.air.org/vcpresentations/2selective/31mcdonHILL'S_FAMILY
- Meeker, M.A. (2010). Steadying oneself : Reflection of family care managers in advanced cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 12(4), 236-244
- Millar, C. (2009). The challenges of managing cachexia in advanced cancer. *Cancer Nursing Practice*, 8(4), 24-27
- Moyet, & Carpenito J.L, 2008. *Handbook of Nursing Diagnosis*. Ed 12th. Philadelphia. Lipincort
- NANDA Internasional, 2010. *Diagnosis keperawatan: defenisi dan klasifikasi 2009-2011*. EGC. Jakarta
- Norwood, S.L. (2000). *Research strategies for advanced practice nurses*. New Jersey : Prentice-Hall
- Orrevall, Y., Tishelman, C., Permert, J., (2005). Home parenteral nutrition: a qualitative interview study of the experiences of advanced cancer patients and their families. *Clinical Nutrition*. 24 (6), 962-970
- Otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby. Inc. St. Louis. Missouri
- Ovensen, L., Hannibal, J., & Mortensen, E., (1993). The interrelationship of weight loss, dietary intake, and quality of life in ambulator patients with cancer of the lung, breast and ovary. *Nutrition Cancer*. 19, 159-167
- Polit, D.F., & Beck, C.T. (2006). *Essentials of nursing research : Methods, appraisal and utilization*. 6ed. Philadelphia : Lippincort Williams and Wilkins
- Putri, M.G (2012). Sunat Hindarkan Pria dari HIV dan kanker. Dikutip dari <http://health.okezone.com/read/2012/01/04/485/551516/sunat-hindarkan-pria-dari-hiv-kanker> diunduh pada tanggal 5 mei 2012.

- Radbruch, L. et al., (2010). Clinical practice guidelines of cancer cachexia in advanced cancer patients with a focus of refractory cachexia. *European Clinical Guidelines*. European Palliative Care Research.
- Reid, J., McKenna, H.P., Fitzsimons, D., & McCance, T.V. (2009). The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (5), 606-616
- Reid, J., McKenna, H.P., Fitzsimons, D., & McCance, T.V. (2010). An exploration of the experience of cancer cachexia : what patient and their families want from healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 19, 682-689
- Reid, J. (2009). Conducting qualitative research with advanced cancer patients and their families : Ethical considerations. *International Journal of Palliative Nursing*. 15(1), 30-33
- Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T.V. (2009). Fighting over food : Patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncology Nursing Forum*. 36(4), 439-445
- Sitorus, R., & Yulia, (2005). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit : Penataan Struktur & Proses (Sistem) Pemberian asuhan keperawatan di Ruang Rawat*. Jakarta : EGC
- Sjamsuhidajat, H. R., & De Jong, W., 2004. *Buku Ajar Ilmu Bedah*. Jilid 2. Jakarta : EGC
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia : Lippincott Williams and Wilkins
- Shrage, J.E, et al., 2007. Shifting to conscious control : Psychosocial and dietary management of anorexia by patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 21, 227-233
- Strasser, F & Bruera, E.D. (2002). Update on Anorexia and Cachexia. *Hematol Pncol Clin N Am*. Company Philadelphia, 16 (3), 589-617
- Stanley, Mickey&patrecia G.B. (2006). *Buku Ajar Keperawatan Gerontik*. Jakarta: EGC.
- Tomey & Alligood, (2006). *Nursing theories and their work*. 6th ed. St Louis : Mosby
- Tisdale M.J (1991). Cancer Cachexia. *British Journal Cancer*. 16 (337-342).

Wall, C., Mitchinson, S., Glenn, S., & Poole, H. (2004). Using a reflective diary to develop bracketing skill during a phenomenological investigation. *Nurse Researcher*. 11(4), 20-29

Whitman, M.M., (2000). The sarving patient: supportive care for people with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 4, 121-125



Lampiran 2**SURAT PERMOHONAN MENJADI PARTISIPAN**

Kepada Yth : Bapak / Ibu Pasien Calon Partisipan Penelitian

Di Ruang Rawat Inap Cempaka dan Teratai RS Kanker Dharmais
Jakarta.

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Nurul Huda

NPM : 0906620101

Program : Magister Keperawatan kekhususan Keperawatan Medikal Bedah

Adalah mahasiswa Universitas Indonesia yang akan mengadakan penelitian di Ruang Rawat Inap Cempaka dan Teratai RS Kanker Dharmais Jakarta dengan judul : Studi Fenomenologi : Pengalaman cachexia pada pasien kanker stadium lanjut dan keluarga yang merawat di RS Kanker Dharmais Jakarta. Peneliti menjamin bahwa penelitian ini tidak akan memberikan dampak negatif bagi Bapak / Ibu yang menjadi partisipan serta tidak akan mempengaruhi kualitas layanan keperawatan yang didapatkan selama perawatan di Ruang rawat Inap RS Kanker Dharmais Jakarta. Peneliti juga akan menghargai hak Bapak / Ibu sebagai partisipan dengan cara menjamin kerahasiaan dan identitas serta semua informasi yang Bapak / Ibu berikan.

Peneliti sangat berharap Bapak / Ibu bersedia menjadi partisipan. Atas kerjasamanya kami ucapkan terima kasih.

Jakarta,2012

Peneliti

Lampiran 3**LEMBAR PERSETUJUAN MENJADI PARTISIPAN PENELITIAN**

Setelah saya membaca surat permohonan dan mendapat tentang penjelasan tentang penelitian diatas, saya mengerti dan memahami tujuan dan manfaat penelitian yang akan dilakukan. Saya mengerti bahwa penelitian ini menghargai dan menjunjung tinggi hak hak saya sebagai partisipan. Saya juga mengerti bahwa penelitian ini tidak berdampak negatif kepada saya, bahkan penelitian ini bermanfaat dalam peningkatan pengetahuan dan kualitas pelayanan asuhan keperawatan di masa yang akan datang. Saya berhak menghentikan partisipasi dalam penelitian ini jika suatu saat saya merasa keberatan.

Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan saya menjadi partisipan dalam penelitian ini sangat besar manfaatnya bagi peningkatan layanan keperawatan pada pasien dan keluarga yang mengalami cachexia pada kanker stadium lanjut. Oleh karena itu saya secara sukarela dan tanpa adanya suatu paksaan, bersedia menjadi salah satu partisipan dalam penelitian ini.

Jakarta,2012

Partisipan

(.....)

Lampiran 4**FORMAT PENGUMPULAN DATA PENELITIAN**

KODE RESPONDEN :

UMUR :

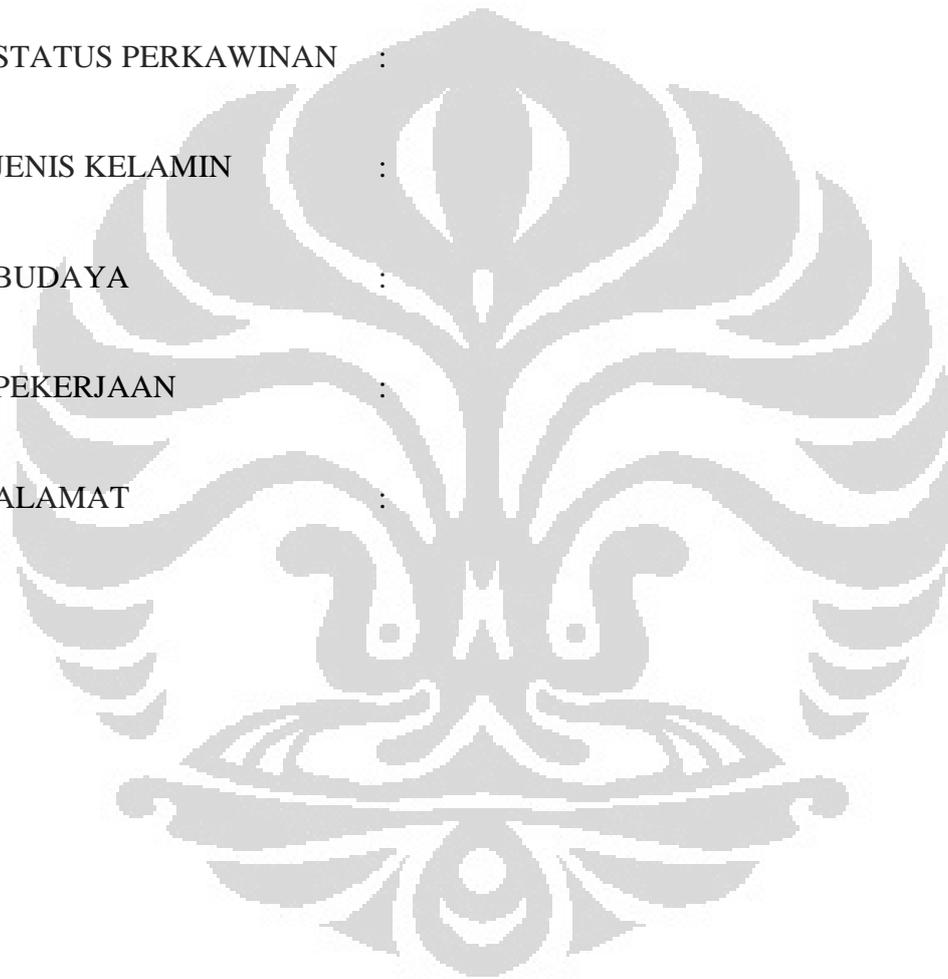
STATUS PERKAWINAN :

JENIS KELAMIN :

BUDAYA :

PEKERJAAN :

ALAMAT :



Lampiran 5**PANDUAN WAWANCARA****A. Bagi Pasien**

1. Apa yang Bapak / Ibu ketahui tentang cachexia?
2. Ceritakan pengaruh cachexia ini terhadap kehidupan Bapak / Ibu?
3. Bagaimana pengaruh pola / kebiasaan Bapak / Ibu sejak mengalami cachexia?
4. Bagaimana bapak / Ibu menyikapi pola perubahan kebiasaan Bapak / Ibu sejak mengalami cachexia
5. Bagaimana keluarga menanggapi masalah cachexia ini?
6. Bagaimana harapan Bapak / Ibu terhadap perawat dalam menangani cachexia yang Ibu / Bapak alami ?
7. Berdasarkan hal tersebut, Hal apa yang Bapak / Ibu inginkan pada fasilitas kesehatan terkait masalah cachexia yang Bapak / Ibu alami.

B. Bagi Keluarga

1. Apa yang Bapak / Ibu ketahui tentang cachexia yang dialami oleh anggota keluarga ?
2. Ceritakan pengaruh cachexia yang dialami anggota keluarga terhadap kehidupan Bapak / Ibu?
3. Bagaimana pengaruh pola / kebiasaan keluarga sejak anggota keluarga mengalami cachexia?
4. Bagaimana keluarga menyikapi pola perubahan kebiasaan ini ?
5. Apa yang dilakukan keluarga untuk menangani masalah cachexia pada anggota keluarga ?
6. Bagaimana harapan Bapak / Ibu terhadap perawat dalam menangani cachexia yang dialami oleh anggota keluarga?
7. Berdasarkan hal tersebut, Hal apa yang Bapak / Ibu inginkan pada fasilitas kesehatan terkait masalah cachexia yang dialami oleh anggota keluarga ?

Lampiran 6

Skala Pengkajian Cachexia

Nama Pasien : No rekam medis : Umur :

Evaluator :

Diagnosis dan Stadium : Tanggal :

Penyakit terdahulu :

Berat (Kg) : Tinggi (m) : BMI (kg/m²) :

Bagian 1

		0	1	2	3	4
Status keadaan umum	Status fungsional	Sangat aktif	Dapat melakukan aktivitas ringan	Aktivitas terbatas. Tetapi 50 persen waktu digunakan untuk beraktivitas	50% waktu digunakan di tempat tidur. Butuh bantuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari.	Sangat tergantung bantuan orang lain untuk dapat melakukan aktivitas sehari-hari.
	Kehilangan berat badan dalam 6 bulan terakhir	< 5 %	5%-10%	10%-20%	20%	
	Index massa tubuh	Normal (< 19)	Sedang (17-19)		Kehilangan berat badan yang parah (<17)	
Pengkajian Fisik	Stomatitis	Tidak ada stomatitis	Nyeri, lecet dan erythema pada mukosa	Nyeri, luka dan ada bintik ulkus, tapi masih	Nyeri , luka yang agak luas dan membutuhkan	Sama seperti yang ketiga, tetapi membutuhkan

				mampu untuk makan	kan cairan IV	kan nutrisi parenteral total.
	Edema (pada pretibial atau sakral)	Tidak ada	+1	+2	+3	
	Asites	Tidak ada	Asimptomatik	Simptomatik membutuhkan diuretik	Simptomatik membutuhkan sintesis	Membahayakan kehidupan
Pemeriksaan Laboratorium	Albumin (mg/L)	3-5 mg/dl	2-3 mg/dl		< 2	
	Hemoglobin (g/L)	Normal	10 (normal)	8-9,9	6,5-7,9	< 6,5
	Kreatinin	Normal	≤ 10 % kurang dari batas bawah nilai normal			
Pemeriksaan Saluran Cerna	Disphagia	Tidak ada	Simptomatik, mampu untuk makan diet yang regular	Simptomatik, Gangguan pada waktu makan, membutuhkan supplement oral	Simptomatik, Gangguan makan yang parah, gangguan menelan yang parah serta membutuhkan cairan IV.	Membutuhkan cairan IV dan nutrisi parenteral total.
	Kehilangan nafsu makan	Normal	Kehilangan ringan	Kehilangan sedang	Kehilangan yang parah dan membutuhkan cairan IV	
	Diarrhea	Tidak ada	>4x/hari dibandingkan pola biasa	4-6 x/hari dibandingkan pola biasa	>7 x/hari cairan IV dibutuhkan untuk kemungkinan adanya ketidakseimbangan	

					elektrolit.
	Mual	Tidak ada	Ringan , pemasukan oral cukup	Sedang, pemasukan orol terbatas	Parah. Pemasukan oral tidak adekuat. membutuh cairan IV.
	Muntah	Tidak ada	1x/hari	2-5x/hari	≥ 6x/hari membutuhkan cairan IV.

Part 2

Part 3

Jumlah skor tiap level	Level 1-2		Level 3-4		Derajat cachexia
	0-1	Dan	0		→	Tidak ada cachexia
2 - >2	Dan	0	→	Cachexia ringan	
2 - >2	Dan	1-2	→	Cachexia sedang	
Selalu	Dan	3 atau lebih	→	Cachexia yang parah	

Sumber : Gabison et al., 2010. The cachexia assessment scale : development and psychometric properties. *Oncology Nursing Forum*. 37 (5), p : 637

Lampiran 7

Analisa Verbatim Pasien

Judul : Studi Fenomenologi : Pengalaman Pasien kanker dan keluarga terhadap kondisi cachexia di RS Kanker Dharmais Jakarta.

Tujuan Khusus	Thema	Sub thema	kategori	Kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	
Diperolehnya gambaran tentang pengetahuan pasien	Pengetahuan yang kurang tentang cachexia	Pemahaman kurang	Tidak mengetahui	Saya ngak pernah tahu...sama sekali ngak pernah tahu..	V				V	
				Tidak pernah mendengar sama sekali			v	v		
				Bingung...kemana perginya tuh makanan.....						V
		Pemahaman yang salah	Akibat penyakitTapi anak saya pernah bilang kalau makanan yang saya makan itu hanya sekian persen yang jadi daging. Sisanya diambil kanker.....					V	
				...Akibat makanannya ngak nyerap...	V					
Diperolehnya gambaran tentang	Gangguan biopsikososial	Penurunan nafsu makan	Tidak ada	....ngak ada nafsu makan lagi..		V			
			Sedikit	...Sering merasa cepat kenyang...	V				V	

dampak cachexia			... Kalau makan sedikit saja, sudah cepat kembung.			v		
			Eneg	v		v		V
	Penurunan ketahanan fisik	Kelemahan	.. sekarang mudah capek....	v	V	V	v	v
			.. ....bikin saya susah gerak dan malas gerak...		V			
		Lemas	..rasa lemas....mudah lelah gitu..	v	V			
			..... Kayak ngak ada tenaga gitu....		V			
			...susah jalan juga...	v			v	V
			..... Pinginnya berbaring saja....	v			v	V
		... pinginnya tiduran saja...						
	Gangguan psikologis	Khawatir	...kepikiran nantinya kedepannya bagaimana...	v				
Kepikiran....mulihin 12 kilo itu					v			

				susah..						
				...kayak mau mati saja...	v					
		Cemas		...cemas sih....takut juga..			v			
		Tertekan		....stress lah makan aja dipaksa	V				
				...kayak anak kecil...	V					
	Gangguan konsep tubuh	Sudah tua		...kok seper ti kakek kakek ya...	v					
				...dulu gagah sekarang dah kayak nenek-nenek..				v		
				..pipinya kempot kayak nenek nenek....					v	
			boro-boro ganteng suster, orang kurus kering kayak gini.....	v					
			Malu		...malu....	v		V		
			Tidak PD		...ngak PD lah suster....bajunya pada melorot semua...				v	
				 dilihatin kok kayaknya aneh.....				V	
			Penurunan	Isolasi diri	... malu dilihatin sama tetangga...	v		V		

		kemampuan sosial							
				..malas dilihatin dan ditanyain gitu...				v	
				tambah malas aja keluar rumah....	v				
Diperolehnya gambaran tentang respon pasien terhadap cachexia	Perubahan pola makan	Makan melebihi kapasitas	peningkatan porsi makan	.... banyakin makan.... lebih dari biasanya....walaupun perut saya dah kembung, ...	V				
				.... Jika masih bersisa, supaya tidak merasa bersalah, nanti kalau ada nafsu dimakan lagi....			V	v	
				...kalau makan, dorong pakai air, dipaksa, didorong masuk....		V			
		Memantang makanan	Pilih makanan	....tidak makan ikan asin, cumi dan udang...takut gatal					V
				....yang bikin batuk ngak dimakan seperti makan apel....			v		
				...saya tidak makan daging merah dan ayam potong...			v		

				Tidak makan yang pedas	V	v		V		
Diperolehnya gambaran tentang kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh keluarga dan pasien	Perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien	Kurang menanyakan keadaan pasien	Hanya subjektif	...paling hanya bilang : Ya Allah ini kok kurus banget	V					
				Paling nanya doang : ini kenapa nih kurus banget....	v					
				..paling cuma tanya sekarang berat badannya berapa....		v				
			Dilakukan di awal saja	... nimbangnya paling diawal masuk saja..					v	
			...kalau mau masuk rumah sakit saja....							v
			..menanyakan berat badan diawal masuk saja...	v						
			..paling saat saya masuk atau kontrol...				v			
			..ngak rutin, hanya pertama saya masuk saja....			V				
			Tidak ada follow up	...Ngak suka ditimbang lagi ...	V					
				..ngak ada pemberitahuan..						v
... Diam saja...								v		

				Tidak pernah dipantau berat badan saya			V		
				...Saya timbang sendiri...			v		
				...ya dari kita sendiri yang ingin nimbang...				v	
				...ya itu tidak ada follow up nya..		v			
	Hanya fokus kepada kegiatan rutin	Fokus terapi		...Nggak ada yang dilakukan, paling kasih-kasih obat doang, tensi...	v				
				..ngak ada , paling ganti infus, kasih suntik..		v	v		
				..ngak ada, paling kontrol doang,...				V	
				...kasih obat...					v
	Tidak ada pendidikan kesehatan dari perawat			...Nggak pernah dikasih tahu makanan apa yang baik....	v			V	V
				....tidak dijelaskan...		v			
				...ngak pernah dijelaskan...			v	v	
				..ngak ada yang beritahu suster..					v
Kebutuhan akan	Butuh penkes	Tentang		...pinginnya diberitahu makanan	v				

pendidikan kesehatan		Nutrisi	apa baiknya...					
			..pingin dijelaskan tentang makanan...		v			
			..ingetin apa yang harus saya makan....			v		
			..supaya dikasih tahu makanan apa yang boleh dan yang tidak...				v	
			..pingin dibilangin apa yang harus dimakan dan apa yang tidak boleh dimakan..pingin dikasih tahu gitu...					v
		Cara mengatasi masalah	...dijelaskan solusinya kepada pasien..		v			
Kebutuhan peningkatan fasilitas di RS Dharmais	Peningkatan pelayanan	Peningkatan prasarana	Penambahan alat untuk penimbangan pasien yang bisa tidur		V			
		Variasi makanan	Makananannya lebih bervariasi			v		
		Kenyamanan	.. Suasana lingkungan dibuat lebih nyaman...		v			
			..batasi pengunjung...					v

			Kebersihankebersihannya....				v	
--	--	--	------------	-----------------------	--	--	--	---	--

Analisa Verbatim Keluarga Pasien

Judul Penelitian : Studi Fenomenologi : Pengalaman Pasien Kanker dan Keluarga terhadap kondisi cachexia di RS Kanker Dharmais Jakarta

Tujuan Khusus	Thema	Sub thema	Kategori	Kata kunci	P1	P2	P3	P4	P5	
Diperolehnya gambaran tentang pengetahuan keluarga tentang cachexia	Kurangnya pengetahuan tentang cachexia	Kurang pemahaman	Tidak mengetahui	..tidak pernah dengar...	v		v	v		
			Bingung	.... .. saya juga bingung si penderita kanker ini makannya doyan ya banyak lagi, tapi kok tetap kurus.....	v				
		Pemahaman yang salah	Diambil kanker	...saya pikir ya penyakit itu menggerogoti makanannya.....					V	
				..saya pikir karena umurnya....						v
Diperolehnya gambaran tentang dampak	Gangguan psikologis	Cemas	Sedih	..perasaan saya sedih sekali...	v					
				..ya sedih lah lihat badan tinggal segitu...					v	

cachexia				..lihatnya pingin nangis....				v		
				Khawatir	..kepikiran...		v			
					..memang agak khawatir...			v		
					..saya rasa khawatir....		v			
				Takut	..saya takut, tapi tidak saya tonjolan ke Bapak...		v			
					..makin kurus begitu saya takut suami saya cepat mati..		v			
				Kaget	..sempat kaget waktu baru tahu kalau ibu saya turun 10kg					v
Diperolehnya gambaran tentang respon keluarga	Perubahan Pola Makan	Perubahan perhatian	Peningkatan jumlah makan	.... kasih makan yang banyak...	V					
				..makannya saya perhatikan...	v					
				..apa yang dia minta saya kasih		v				
				..saya kasih dia makanan yang agak bergizi...			v			
				..kasih makanan sehat...				v		
				...kalau saya ada rezeki, saya kasih Ibu makanan yang lebih bergizi					v	

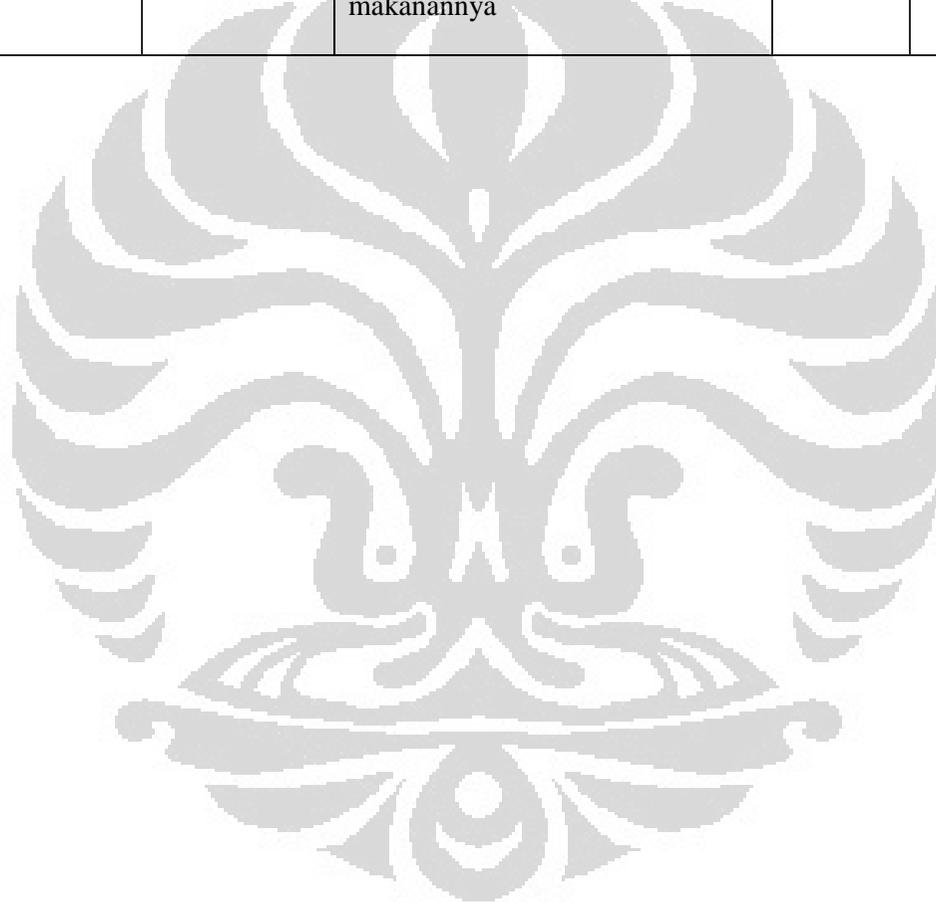
			Pantangan makanan	.... daging, bakso, yang pedes-pedes..	v					V
				..kalau pantang makan tidak boleh...						
				..tidak pakai masako	v					
				..ngak boleh makanan yang dipanggang...					v	
			Makanan khusus	..kasih roti	v					
				...nasinya dibuburin...	v			v		
				..diperbanyak makan buahnya..				v		
				..kasih susu				v	v	
			Motivasi makan	...suruh makan terus....	V	v	v			
				..kadang saya suapin...	v	v				
			Persiapan makanan	..ditelatenin....	v			v	V	
				..sebelum pergi semuanya sudah tak siapin..				v		
			Pemaksaan makan	.... suka saya paksa makan terus...	V					
				..besoknya saya paksa makan lagi...					V	

			Perhatian khusus	..adek saya kalau pingin makan apa, saya turutin...	v					
				..apa yang bapak minta saya belikan..		v				
				..kalau dia pingin makan apa saya belikan..			V			
				..... trus suka ditanyain juga mau dibawain makanan apa....		V	V	V	
	Terjadinya konflik dalam keluarga	Ada ketidakcocokkan	Bertengkar	...iya, sering bantah- bantahan...	V					
				...masalah makan ya memang sering berantem...				V		
			Kesal	...Jujur saya akui, saya jengkel juga..			v			
Diperolehnya gambaran tentang kebutuhan pelayanan kesehatan yang diperlukan oleh keluarga	Perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh keluarga	Kurang menanyakan tentang keadaan pasien	Hanya subjektif	...paling perawatnya hanya bilang, wah buk, adeknya makin lama makin kurus nih..	V					
				..Setahu saya tidak bilang apa-apa lagi..	v					
				..apa karena kurus sudah dianggap biasa...	v					
				..perawatnya hanya bilang, Bu ini penurunan berat badannya turun					V	

				jauh..					
				..penurunan berat badan tidak terlalu diperhatikan...			v		
		Tidak dilakukan		...tidak ada cerita sama saya..		v			
				..belum pernah ditanya...			v		
				..tidak ada...					v
		Dilakukan di awal saja		..penurunan berat badan hanya ditanyakan diawal saja...		v			
					..pada awal masuk saja..				
		Hanya melakukan kegiatan rutin	Fokus terapi	....paling kasih obat, suntik..	v				
					..paling kontrol ...		v		V
		Tidak ada penkes		.... Tidak dikasih tahu....	v	v	v		v
Kebutuhan akan pendidikan kesehatan	Penkes perawatan	Penkes penyakit		...dari keluarga pasien pingin dijelasin ini si pasien bisa kurus kenapa.....	v				
				..pinginnya diberitahu suster...		v			
		Penkes		.. .... Kalau saya sih pengennya dikasi tahu ... makannya harusnya				V	

			nutrisi	ini, gizinya ini bagusya.....					
				... .. , trus ada penjelasan pada keluarga apa penyebabnya dan bagaimana cara makannya...			V		
				.... pendidikan kesehatannya lah suster....			V		
				..pingin dikasih tahu bagaimana cara merawatnya...				V	
				..pingin diajarin, kan kita ngak tahu...				V	
				...mudah perawat kasih tahu saya kalau ada masalah....					v
	Kebutuhan akan peningkatan fasilitas Dharmais		Variasi makanan	..... Taraf makanannya diperbaiki....			V		
				..kasih makanannya yang lebih bagus...			V		
			Kenyamanan	..gordennya diganti secara teratur supaya suasana lebih enal		v			

			Program penkes	....program pendidikan kesehatannya...				V	
				Ada program penjelasan makanannya			V	V	



JADWAL PENELITIAN

No.	KEGIATAN	Desember- Februari				Maret				April				Mei				Juni				Juli			
		1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Penyusunan proposal	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■												
2	Seminar proposal													■											
3	Perbaikan proposal													■	■										
4	Pelaksanaan penelitian																	■	■						
5	Pengolahan data dan analisis data																	■	■	■	■				
6	Menyusun laporan akhir																					■	■		
7	Seminar hasil penelitian																					■			
8	Perbaikan laporan penelitian																					■			
9	Ujian tesis akhir																					■			
10	Pengumpulan laporan akhir																					■			