



**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN PASIEN KANKER
DENGAN NEUTROPENIA AKIBAT KEMOTERAPI DI RS.
KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

ACHMAD FAUJI

1006748425

MAGISTER ILMU KEPERAWATAN

PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH

PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

UNIVERSITAS INDONESIA

DEPOK

JULI 2012



**STUDI FENOMENOLOGI: PENGALAMAN PASIEN KANKER
DENGAN NEUTROPENIA AKIBAT KEMOTERAPI DI RS.
KANKER DHARMAIS JAKARTA**

TESIS

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar
Magister Ilmu Keperawatan

ACHMAD FAUJI

1006748425

**MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
PROGRAM PASCA SARJANA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN
UNIVERSITAS INDONESIA
DEPOK**

JULI 2012

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

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

Nama : Achmad Fauzi
NPM : 1006748425
Tanda Tangan :



Tanggal : 11 Juli 2012



HALAMAN PENGESAHAN

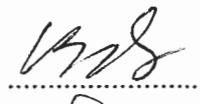
Tesis ini diajukan oleh

Nama : Achmad Fauzi
NPM : 1006748425
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Judul Tesis : Studi Fenomenologi: Pengalaman Pasien Kanker Dengan Neutropenia Akibat Kemoterapi Di RS. Kanker Dharmais Jakarta

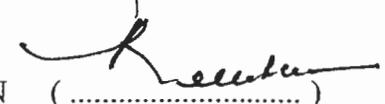
Telah berhasil dipertahankan dihadapan Dewan Penguji dan diterima Sebagai Bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Magister Ilmu Keperawatan Pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan, Universitas Indonesia.

DEWAN-PENGUJI

Pembimbing I : DR. Ratna Sitorus, SKp., M.App.Sc (.....)

Pembimbing II : Agung Waluyo, SKp., MSc., Ph.D (.....)

Penguji : Riri Maria, SKp., MANP (.....)

Penguji : Kemala Rita Wahidi, SKp., MARS., ETN (.....)

Ditetapkan di : Salemba

Tanggal : 11 Juli 2012

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI
TUGAS AKHIR UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Achmad Fauji
NPM : 1006748425
Program Studi : Magister Ilmu Keperawatan
Departemen : 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 Pasien Kanker Dengan Neutropenia Akibat Kemoterapi Di RS Kanker Dharmais Jakarta

Berserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan hak bebas royalti noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan memublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demi pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di: Salemba

Pada Tanggal: 11 Juli 2012

Yang Menyatakan



(Achmad Fauji)

UNIVERSITAS INDONESIA
PROGRAM MAGISTER ILMU KEPERAWATAN
PEMINATAN KEPERAWATAN MEDIKAL BEDAH
FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Tesis, Juli 2012

Studi Fenomenologi: Pengalaman Pasien Kanker Dengan Neutropenia Akibat
Kemoterapi Di RS. Kanker Dharmais Jakarta

Achmad Fauji

Abstrak

Penelitian ini bertujuan untuk mengeksplorasi fenomena yang terjadi pada pasien kanker yang mengalami neutropenia akibat kemoterapi. Desain penelitian yang digunakan adalah studi kualitatif dengan menggunakan pendekatan fenomenologi deskriptif. Fenomenologi deskriptif digunakan karena peneliti ingin memperoleh makna dari pengalaman yang diungkapkan partisipan selama penelitian dilakukan. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien yang dirawat atau dalam pengobatan RS Kanker Dharmais Jakarta, berjumlah 5 partisipan. Metode pengumpulan data pada penelitian dengan menggunakan wawancara mendalam (*indepth interview*) dengan bantuan *tape recorder/digital voices recorder* dilengkapi catatan lapangan (*field notes*). Hasil penelitian ditemukan enam buah tema yaitu: 1) waktu pengobatan dan perawatan yang lama, 2) persepsi yang salah tentang neutropenia, 3) perasaan negatif dan koping saat neutropenia, 4) kesulitan perawatan diri, 5) dukungan keluarga dan teman, dan 6) harapan saat neutropenia. Implikasi untuk keperawatan dapat memberikan informasi pengalaman pasien saat mengalami neutropenia akibat kemoterapi, serta dapat digunakan dalam penelitian selanjutnya.

Kata Kunci: Kanker, Neutropenia akibat kemoterapi, pengalaman

Daftar Pustaka: 50 (1996 – 2011)

POST GRADUATE PROGRAM
MASTER IN MEDICAL SURGICAL NURSING
FACULTY OF NURSING UNIVERSITY OF INDONESIA

Thesis, July 2012

Phenomenology Study: The Experience of Cancer Patients with Chemotherapy-
Induced Neutropenia at Dharmais Cancer Hospital Jakarta

Achmad Fauji

Abstract

The purpose of this study is to explore the phenomena that occur in cancer patients who experience chemotherapy-induced neutropenia. The design of this study is qualitative study using descriptive phenomenology. Descriptive phenomenology used because researcher wants to gain the meaning of the experiences of the participants during neutropenia. Samples used in this study were patients who were treated in Dharmais Cancer Hospital Jakarta, amounted to 5 participants. Data collection methods in this study using in-depth interviews with the help of a tape recorder/digital voices recorder and field notes. The research found six themes, namely: 1) the length of treatment and care, 2) a wrong perception of neutropenia, 3) the negative feelings and coping when neutropenia, 4) the difficulty of self-care, 5) support of family and friends, and 6) expectations and hope when neutropenia. Implication for nursing practice are can give an information about experiences in cancer patients when having neutropenia, also as a base for further research.

Keyword: Cancer, experience, Neutropenia-induced neutropenia

References: 50 (1996 – 2011)

KATA PENGANTAR

Puji syukur kehadiran Allah SWT yang senantiasa memberikan rahmat dan perlindunganNya sehingga penulis dapat menyelesaikan tesis yang berjudul “Studi Fenomenologi: Pengalaman pasien kanker dengan Neutropenia akibat Kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta”, penelitian disusun dalam rangka untuk memenuhi salah satu syarat untuk mencapai gelar Magister Ilmu Keperawatan Medikal Bedah di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.

Pada kesempatan ini pula peneliti mengucapkan terima kasih yang sebanyak-banyaknya kepada:

1. Ibu Dewi Irawati, MA., Ph. D., selaku Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
2. Ibu Astuti Yuni Nursasi, S. Kp., MN., selaku ketua Program Studi Magister Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia.
3. Ibu DR. Ratna Sitorus, SKp., M. App. Sc., selaku pembimbing I yang telah banyak memberikan ide, bimbingan, perhatian dan motivasi pada penulis dalam penyusunan proposal tesis ini.
4. Bapak Agung Waluyo, SKp., MSc., Ph. D., selaku pembimbing II yang telah banyak memberikan bimbingan, bantuan, pengertian, motivasi perhatian dan semangat selama penyusunan proposal tesis ini.
5. Seluruh staf dan pengajar Program Pascasarjana Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, khususnya bagian keilmuan keperawatan medikal bedah yang telah banyak memberikan ilmunya.
6. Bidang Keperawatan dan Bidang Diklat RS Kanker Dharmais yang telah memberikan bantuan dan bimbingan selama penyusunan proposal tesis ini.
7. Ibu Ns. Retno Setiowati, S.Kep. selaku pembimbing selama peneliti mengambil data di RS Kanker Dharmais.
8. Seluruh staf keperawatan dan non keperawatan Ruang Rawat Inap khususnya RIIM RS Kanker Dharmais yang telah membantu kelancaran penyusunan proposal tesis ini.

9. Keluarga yang telah memberikan do'a dukungan dan bantuan selama penulis menempuh pendidikan terutama untuk istriku, kedua orang tua dan kedua mertuaku.
10. Lisa Paulus seorang Laboratorium Technition at Swammerdam Institute for Life Sciences University of Amsterdam Belanda sahabat sekaligus teman yang telah membantu mengirimkan jurnal yang berkaitan.
11. Sahabat seperjuangan dalam penyusunan tesis: Mbok Ketut, Pak Sadar, Pak Andy, Mbak Nurul dan Mbak Rika F atas segala bantuan dan motivasinya.
12. Teman-teman program magister ilmu keperawatan angkatan 2010 khususnya peminatan keperawatan medikal bedah, atas perhatian, pengertian, bantuan dan dukungan serta kerjasama selama menempuh pendidikan.
13. Semua pihak yang telah membantu dalam penyusunan tesis ini, yang tidak bisa penulis sebutkan satu persatu.

Semoga penelitian ini memberikan manfaat bagi perkembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam perawatan pasien kanker. Peneliti menyadari penelitian ini jauh dari sempurna, oleh karena itu peneliti mengharapkan kritik dan saran yang membangun demi kesempurnaan penelitian ini.

Depok, April 2012

Penulis

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL	i
HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS	ii
HALAMAN PENGESAHAN	iii
LEMBAR PERSETUJUAN PUBLIKASI KARYA ILMIAH	iv
ABSTRAK	v
KATA PENGANTAR	vii
DAFTAR ISI	ix
DAFTAR TABEL	xi
DAFTAR GAMBAR	xii
DAFTAR LAMPIRAN	xiii
I. PENDAHULUAN	
1.1 Latar Belakang	1
1.2 Rumusan Masalah	7
1.3 Tujuan Penelitian	8
1.4 Manfaat Penelitian	8
II. TINJAUAN PUSTAKA	
2.1 Kanker	10
2.1.1 Pengertian	10
2.1.2 Proses Perkembangan Sel Kanker	13
2.1.3 Klasifikasi Kanker	19
2.1.4 Diagnosa Kanker	22
2.1.5 Pengobatan Kanker	22
2.2 Kemoterapi	23
2.2.1 Pengertian	23
2.2.2 Tahapan Pengobatan	26
2.2.3 Efek Samping	27
2.3 Neutropenia	28
2.3.1 Pengertian	28
2.3.2 Klasifikasi Neutropenia	30
2.3.3 Faktor Penyebab	31
2.3.4 Dampak Neutropenia	33
2.3.5 Manajemen Terapi	35
2.4 Perawatan Diri pada Pasien Neutropenia	35
2.4.1 Teori Perawatan diri	35
2.4.2 Peran Perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia ...	37
2.5 Manajemen Asuhan Keperawatan	41
2.5.1 Pengkajian	41
2.5.2 Diagnosa Keperawatan	41
2.5.3 Intervensi Keperawatan	42
III. METODOLOGI PENELITIAN	
3.1 Rancangan Penelitian	45
3.2 Sampel dan Partisipan	48
3.3 Tempat dan Waktu Penelitian	50
3.4 Etika Penelitian	51
3.5 Prosedur Pengumpulan Data	53
3.6 Analisa Data	59
IV. HASIL PENELITIAN	
4.1 Data Umum	64

	4.1.1 Karakteristik Tempat Penelitian	64
	4.1.2 Karakteristik Partisipan	65
	4.2 Analisa Tema	67
V.	PEMBAHASAN	
	5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan Diskusi	75
	5.2 Keterbatasan Penelitian	84
	5.3 Implikasi untuk Keperawatan	86
VI.	SIMPULAN DAN SARAN	
	6.1 Simpulan	88
	6.2 Saran	89

DAFTAR PUSTAKA

LAMPIRAN



DAFTAR TABEL

	Hal
Tabel 2.1 Jenis Karsinogen	17
Tabel 2.2 Klasifikasi Obat Kemoterapi	24
Tabel 2.3 Kriteria toksisitas neutropenia dan febrile neutropenia menurut NCI	29
Tabel 4.1 Rekapitulasi partisipan penelitian	66
Tabel 4.2 Skreening awal neutropenia	67



DAFTAR GAMBAR

	Hal
Gambar 2.1 Siklus Hidup sel	14
Gambar 2.2 Diferensiasi selular	16
Gambar 2.3 Faktor resiko neutropenia akibat kemoterapi dan komplikasinya	32
Gambar 2.4 Rentang Self-care	38
Gambar 2.5 Peta pendekatan self care	39



DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1	Penjelasan Penelitian
Lampiran 2	Lembar Persetujuan Menjadi Partisipan
Lampiran 3	Data Demografi Partisipan
Lampiran 4	Pedoman Wawancara
Lampiran 5	Field Note/Catatan Lapangan
Lampiran 6	Surat Ijin Penelitian
Lampiran 7	Surat Lulus Uji etik
Lampiran 8	Analisa tema



BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang

Kanker merupakan penyakit tidak menular yang timbul akibat kondisi fisik yang tidak normal dan pola hidup yang tidak sehat. Data yang diperoleh dari GLOBOCAN (2008, dalam Jemal, Bray, Center, Ferlay, Ward, & Forman, 2011) menyebutkan bahwa sekitar 12,7 juta kasus baru kanker terdiagnosa pada tahun 2008 diseluruh dunia, serta sekitar 7,6 juta kematian disebabkan oleh kanker itu sendiri. GLOBOCAN (2008) juga mengatakan bahwa diagnosa tertinggi adalah kanker paru, kanker payudara dan kanker colorektal. Sedangkan penyebab kematian oleh kanker diakibatkan oleh kanker paru, lambung dan kanker hati.

Diperkirakan pada tahun 2020 akan terjadi kenaikan angka kejadian kanker mencapai 15 juta kasus baru diseluruh dunia (World Health Organization [WHO], 2003). Masih menurut WHO (2003) menyatakan bahwa pada tahun 2000 tumor malignansi merupakan penyebab kematian pada sekitar 56 juta penduduk dunia. Berdasarkan laporan tersebut menunjukkan bahwa kanker telah menjadi masalah kesehatan utama terutama pada negara berkembang. GLOBOCAN (2008) mencatat pada tahun 2008 di negara berkembang terdapat 12.1 juta kasus baru kanker dengan angka kematian sebesar 8,5 juta.

Indonesia sebagai salah satu negara yang sedang mengalami perkembangan baik teknologi informasi, industri dan perkembangan ekonomi yang cukup pesat mengakibatkan perubahan gaya hidup pada warganya seperti kurangnya berolah raga, merokok, pola hidup tidak sehat, stress, dan pola makan yang tidak sehat. Akibat perubahan gaya hidup tersebut salah satu masalah kesehatan yang dapat muncul adalah kanker. Kanker menjadi penyebab kematian paling umum urutan ketiga terbesar setelah penyakit jantung dan penyakit menular di Indonesia (WHO, 2010). Data yang didapatkan dari bidang rekam medis RS Kanker Dharmais tahun 2007 menyebutkan bahwa pada tahun tersebut sekitar 1296 kasus baru terdiagnosa atau mengalami kenaikan dari tahun sebelumnya yaitu sekitar

1231 kasus baru pada tahun 2006. Seiring meningkatnya angka kejadian kasus kanker maka tindakan medis yang agresif perlu dilakukan.

Pengobatan kanker dewasa ini hampir selalu melibatkan operasi, penyinaran dan/atau kemoterapi. Tujuan kemoterapi pada penyembuhan kanker adalah menghambat atau menghentikan pertumbuhan sel-sel kanker pada tubuh pasien. Prinsip kerja obat-obatan kemoterapi adalah menyerang fase tertentu atau seluruh fase pada pembelahan mitosis pada sel-sel yang bereplikasi atau berkembang dengan cepat, yang diharapkan adalah sel kanker. Obat kemoterapi hampir tidak menimbulkan dampak pada sel yang sedang dalam masa beristirahat (tidak melakukan pembelahan), namun dapat juga membahayakan sel-sel yang membelah secara cepat seperti sel dalam sum-sum tulang, saluran pencernaan, dan folikel rambut akibatnya akan terjadi efek samping seperti myelosupresi, mucositis dan alopecia (Caudel, Cuaron, & Galluci, 1996). Myelosupresi dan khususnya neutropenia adalah efek samping utama dari kemoterapi sitotoksik pada pasien kanker dan hemotologi (Tervit & Philips, 2006 dalam Coughlan & Healy, 2008). Crawford, Dale, dan Lyman (2003) menyatakan bahwa pasien dengan neutropenia memiliki resiko yang lebih besar terhadap infeksi, akibatnya adalah terjadinya kegawatan onkologi yang disebabkan oleh pengobatan ataupun efek langsung dari tumor itu sendiri.

Seth dan Bhat (2011) menyatakan bahwa kegawatan onkologi yang kerap ditemukan di klinik diantaranya adalah *sindrome vena cava superior*, kompresi *spinal cord*, *tumor lysis syndrome*, *hipercalcemia* yang mengancam serta febrile neutropenia. Friese (2006) menjelaskan bahwa masalah paling serius yang dapat menyebabkan toksisitas pada pemberian kemoterapi terutama pada pasien kanker adalah terjadinya neutropenia dengan angka kejadian sekitar 40% atau lebih yang berkembang menjadi Febrile neutropenia akibat kemotrapi (Chemotherapy-induced neutropenia).

Neutropenia didefinisikan sebagai hitung neutropil kurang dari 500 cel/mm^3 , sedangkan febrile neutropenia adalah keadaan demam pada pasien dengan

neutropenia dimana suhu tubuhnya mencapai $> 38.8^{\circ}$, berlangsung selama 7–10 hari, hal tersebut dapat meningkatkan resiko infeksi lebih lanjut serta meningkatkan angka kematian akibat infeksi. Dengan angka kejadian lebih tinggi pada pasien dengan keganasan hematologi (Friese, 2006).

National Cancer Institute Common Toxicity Criteria Version 3 (2006) mengkatagorikan neutropenia menjadi derajat 1-5. Derajat 1 berdasarkan jumlah *absolute neutrophil count* (ANC) antara nilai normal sampai $1500\text{mm}^3/\text{L}$, sampai derajat 4 kurang dari $500\text{mm}^3/\text{L}$ dan derajat 5 adalah kematian. Disebutkan bahwa terdapat hubungan terbalik antara nilai ANC dan kejadian infeksi, dimana angka kejadian infeksi akan meningkat jika nilai ANC $1000\text{mm}^3/\text{L}$ atau kurang.

Caggiano (dalam Lopes-Pousa, Rifa, Casas De Tejerina, Gonjalez-Larriba, Iglesias, Gasquet, et al., 2010) memperkirakan bahwa inseedensi kejadian neutropeni adalah 7.83 per 1000 pasien kanker. Namun Smith (dalam Lopes-Pousa, et al., 2010) mengobservasi sekitar 6-50% kejadian neutropenia tergantung pada tipe kanker, tahapan penyakit, status fungsional pasien dan regimen kemoterapi. Sedangkan febrile neutropenia sendiri di Amerika menunjukkan bahwa sekita 41.000 pasien kanker dewasa dirawat karena FN, 15% dari total tersebut membutuhkan perawatan yang intensif, 44% memiliki lebih dari satu komplikasi akibat infeksi dan 9,5% meninggal di rumah sakit. (Kuderer et al., dalam Maxwell & Stein, 2006).

Febrile neutropenia menjadi salah satu penyebab tingginya tingkat hospitalisasi di Amerika, juga memberikan dampak bagi ekonomi pasien akibat hari rawat yang menjadi lebih lama sehingga biaya RS menjadi lebih mahal. Febrile Neutropenia juga dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien kanker. Hal ini dapat diakibatkan karena pada pasien dengan febrile neutropenia menjadi lebih cepat lelah, *fatigue*, gangguan tidur, *myalgia*, nyeri, serta terjadinya perubahan aktifitas sehari-hari, dan perasaan terisolasi karena ditempatkannya pasien di ruang isolasi. Dampak yang paling penting adalah neutropenia dapat meningkatkan angka mortalitas

akibat infeksi yang dapat menyebabkan sepsis jika tidak segera ditangani dengan baik, akibatnya adalah menurunnya kualitas hidup pasien dengan neutropenia.

Donohue dan Carbo (2005) melakukan penelitian yang bertujuan untuk mengevaluasi alat yang dikembangkan dan digunakan untuk mengkaji resiko terjadinya neutropenia akibat kemoterapi dan komplikasinya pada pasien kanker yang bukan keganasan hematologi. Hasil penelitian menunjukkan keterlambatan pemberian dosis kemoterapi, *febrile neutropenia*, pemberian antibiotik IV, dan perawatan karena *febrile neutropenia*, lebih jarang terjadi pada pasien yang dikaji dengan alat pengkajian tersebut serta penggunaan *colony stimulating factors* (CSF) dibandingkan dengan yang tidak dikaji. Rekomendasi dari penelitian tersebut menyebutkan bahwa perawat dapat menggunakan alat pengkajian tersebut untuk menentukan apakah pasien beresiko tinggi terjadi neutropenia beserta komplikasinya. Sedangkan bagi pasien alat pengkajian tersebut dapat membantu menentukan target perawatan suportif pada pasien tertentu, dan memberikan manajemen perawatan yang lebih baik dalam pemberian kemoterapi.

Ropka dan Padilla (2007) melakukan penelitian tentang kualitas hidup pasien kanker dengan neutropenia. Penelitian ini didasari bahwa perkembangan neutropenia dapat mempengaruhi kualitas hidup pasien sehingga memberikan berdampak terhadap hasil pengobatan yang diharapkan. Penelitian tersebut mengungkapkan bahwa neutropenia memiliki efek yang signifikan terhadap kualitas hidup pasien yang mendapatkan kemoterapi. Rekomendasi penelitian ini adalah penggunaan pengkajian kualitas hidup pasien kedalam praktek klinik yang dapat meningkatkan dan memberikan intervensi keperawatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup pasien kanker neutropenia akibat kemoterapi.

Penelitian yang dilakukan oleh DeMille, Deming, Lupinacci, & Jacobs (2006) yang bertujuan untuk menentukan apakah diet neutropeni pada pasien rawat jalan dapat menurunkan kejadian demam dan kultur darah positif yang dihubungkan dengan neutropenia akibat kemoterapi. Penelitian ini menemukan bahwa walaupun pasien sudah mengkonsumsi makanan sesuai diet neutropenia namun

masih ditemukan adanya bakteri gram negatif dalam kultur darah. Hasil lain dari penelitian ini adalah tidak ada perbedaan yang signifikan dalam angka kejadian demam atau kultur darah positif antara pasien yang dilibatkan dalam penelitian dengan yang tidak.

Salah satu hal penting untuk mencegah terjadinya infeksi adalah dibutuhkan kesadaran dari pasien akan pola kebersihan diri yang baik, karena kebersihan diri meminimalkan resiko terjadinya infeksi terutama jamur. Penelitian tentang faktor yang berhubungan dengan febrile neutropenia pada pasien leukemia akut yang mendapatkan kemoterapi telah dilakukan oleh Lekdamrongkul, Pongthavornkamol, Chewapoonpon, & Siritanaratkul (2009) bertujuan untuk mengkaji perilaku perawatan diri (*self-care behaviour*) pasien akut leukemia yang mendapatkan kemoterapi serta untuk meneliti hubungan antara usia, jenis kelamin, *self-care behaviour* dan febrile neutropenia. Adapun hasil dari penelitian tersebut menunjukkan bahwa pasien dengan akut leukemia memiliki tingkat *self-care behaviour* yang baik (89.3%) serta menemukan bahwa tidak ada hubungan yang signifikan antara jenis kelamin, usia dan *self-care behaviour*.

Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien kanker dengan neutropenia terutama ditujukan dalam usaha untuk meningkatkan dan mencegah terjadinya infeksi pada pasien. Perawat onkologi mempunyai peran yang penting dalam mengedukasi pasien dan caregiver tentang pencegahan neutropenia seperti perawatan diri. Pasien perlu diajarkan bagaimana cara menghindari infeksi, tanda dan gejala infeksi. (Marss, 2006). Coughlan dan Healy (2008) menyebutkan beberapa manajemen asuhan keperawatan pada pasien kanker dengan neutropenia seperti: single room (ruang isolasi), kebersihan lingkungan, pencegahan infeksi silang, memfasilitasi perlindungan kulit yang baik, perawatan mulut, pembatasan nutrisi serta manajemen dalam resiko yang diakibatkan oleh saluran pencernaan dan genitourinaria.

Penerapan asuhan keperawatan yang bertujuan untuk mencegah infeksi di Indonesia terutama di rumah sakit belum banyak diterapkan, hal ini terkait karena

belum terciptanya manajemen ruangan yang mampu mendorong perawat untuk melakukan asuhan keperawatan terhadap pasien secara komprehensif dan kegiatan perawat masih berorientasi pada tindakan pengobatan seperti pemberian obat serta masih dilakukannya kegiatan non keperawatan. Hasil pengamatan yang dilakukan selama melakukan kegiatan studi awal di RS. Kanker Dharmais terutama ruang Teratai/Jamkesmas didapatkan bahwa pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi masih ditempatkan dalam satu ruang dengan pasien lainnya. Hal lain yang menjadi kendala dalam menerapkan asuhan keperawatan pada pasien adalah terbatasnya sarana edukasi seperti lembar balik dan leaflet yang mendukung dalam memberikan asuhan keperawatan terutama dalam memberikan pendidikan kesehatan bagi pasien dan caregiver.

Pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta pastinya pernah mendapatkan edukasi, namun edukasi yang diberikan oleh perawat hanya berupa nasihat, belum terstruktur dan menggunakan saran pendidikan kesehatan yang baik. Hal ini menyebabkan pasien kanker yang mendapatkan kemoterapi sering melupakan hal-hal yang sudah diingatkan oleh perawat dan tenaga kesehatan seperti dokter dan ahli gizi sebelumnya. Umumnya pasien kanker dengan kemoterapi pernah mengalami keadaan dimana nilai leukositnya menjadi rendah serta nilai neutrofil batang dan segmen menjadi rendah, beberapa pasien yang telah tereduksi dengan baik akan mengerti dampak hal tersebut bagi dirinya, hal yang biasa dilakukan pasien adalah dengan hanya menggunakan masker disposable namun dipakai untuk beberapa hari hal tersebut dapat meningkatkan terjadinya kejadian infeksi. Perilaku perawatan seseorang melalui pengalaman yang pernah dialaminya tidak dapat digeneralisasikan, melalui penelitian ini diharapkan mampu untuk mengeksplorasi lebih dalam perilaku perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia yang dialaminya.

Berdasarkan pemaparan beberapa hasil penelitian diatas, diketahui bahwa kemoterapi mempunyai dampak yang dapat dirasakan oleh pasien salah satunya adalah neutropenia. Telah banyak dilakukan penelitian dengan metode kuantitatif terkait neutropenia akibat kemoterapi baik mengkaji pasien ataupun perawat

dengan berbagai pendekatan dan skala pengukuran salah satunya adalah penelitian yang dilakukan di Thailand, namun melalui penelitian ini peneliti ingin mengeksplorasi pengalaman perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia dan peneliti berkeyakinan bahwa untuk melakukan penelitian yang mengeksplorasi pengalaman dibutuhkan penelitian kualitatif karena pengalaman tidak dapat dinilai secara kuantitatif. Dilain pihak beberapa penelitian kualitatif sudah dilakukan yang terkait pengalaman pasien neutropenia di ruang isolasi. Namun di Indonesia sendiri masih sangat minim ditemukan penelitian kualitatif yang melibatkan pasien secara langsung terutama penelitian pasien neutropenia akibat kemoterapi, dengan pemikiran tersebut maka perlu dilakukan penelitian kualitatif yang mengeksplorasi secara mendalam pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi dengan menggunakan pendekatan studi fenomenologi.

1.2 Rumusan Masalah

Neutropenia merupakan salah satu kegawatan pada pemberian kemoterapi dengan angka kejadian sekitar 40% atau lebih (Friese, 2006). Caggiano et al. (2005, dalam Lopes-Pousa, et al., 2010) memperkirakan bahwa insidensi kejadian neutropenia adalah 7.83 per 1000 pasien kanker, namun Smith et al. (2006, dalam Lopes-Pousa, et al., 2010) mengobservasi kejadian neutropenia sekitar 6-50% tergantung pada tipe kanker, tahapan penyakit, serta status fungsional pasien dan regimen kemoterapi. Di Amerika diperkirakan bahwa sekitar 41.000 pasien kanker dewasa dirawat karena febrile neutropenia, namun dari studi awal yang dilakukan di RS Kanker Dharmais menyatakan bahwa untuk jumlah kasus dan angka kejadian neutropenia sendiri belum terdokumentasi dengan baik.

Neutropenia terutama apabila telah disertai dengan demam yang kemudian lebih dikenal dengan febrile neutropenia memberikan dampak bagi pasien berupa lamanya hari perawatan, mempengaruhi kualitas hidup serta dapat meningkatkan angka mortalitas akibat infeksi yang menyebabkan sepsis jika neutropenia/febrile neutropenia tidak segera ditangani dengan baik. Asuhan keperawatan yang diberikan kepada pasien untuk mencegah infeksi belum secara maksimal

dilakukan ruang rawat. Padahal dengan asuhan keperawatan yang maksimal diberikan diharapkan pasien mengerti dan mampu melakukan perawatan diri untuk mencegah terjadinya infeksi.

Pengalaman pasien kanker dengan neutropenia belum banyak diketahui, pada studi awal didapatkan bahwa pasien hanya menggunakan masker disposable yang digunakannya selama sehari-hari, hal tersebut tentu saja dapat menimbulkan resiko terjadinya infeksi sehingga akan berdampak pada lamanya hari rawat bahkan dapat mengakibatkan kematian. Perilaku perawatan seseorang melalui pengalaman yang pernah dialaminya tidak dapat digeneralisasikan, melalui penelitian ini diharapkan mampu untuk mengeksplorasi lebih dalam pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi yang dialaminya. Rumusan penelitian ini adalah bagaimana pengalaman pasien kanker yang mengalami neutropenia akibat kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta.

1.3 Tujuan Penelitian

Penelitian bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman yang dialami oleh pasien kanker yang mengalami neutropenia akibat kemoterapi selama menjalani perawatan dan pengobatan di RS. Kanker Dharmais Jakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat bermanfaat bagi semua pihak dalam mengembangkan pelayanan keperawatan yang meliputi:

1.4.1 Bagi instansi pelayanan keperawatan

1. Sebagai dasar intervensi keperawatan karena dilakukan berdasarkan penemuan secara ilmiah tentang perawatan pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi.
2. Mengajarkan pasien dan keluarga perilaku perawatan diri yang baik dalam upaya mencegah terjadinya infeksi.
3. Memberikan kerangka berpikir ilmiah dalam strategi intervensi keperawatan khususnya kepada pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi.

4. Menjembatani kesenjangan antara teori dan praktek, sehingga dapat diaplikasikan dalam praktek keperawatan untuk meningkatkan mutu pelayanan keperawatan yang prima.

1.4.2 Bagi perkembangan ilmu pengetahuan dan pendidikan keperawatan khususnya keperawatan medikal bedah

1. Menambah bahan kajian dalam studi kepustakaan, untuk lebih membuka wawasan perawat onkologi secara khusus yang dikaitkan pada pengembangan teori dan konsep yang telah ada mengenai kemoterapi yang menyebabkan terjadinya neutropenia.
2. Bermanfaat sebagai acuan ataupun pertimbangan untuk mengembangkan kurikulum pendidikan khususnya dalam perawatan pada penyakit-penyakit terminal dan mengancam kehidupan

1.4.3 Pengembangan Penelitian

Melalui hasil penelitian ini, dianggap perlu untuk dilakukan penelitian kualitatif lebih lanjut terkait perawatan pasien dengan neutropenia akibat kemoterapi.

adipokines dapat merangsang atau menghambat pertumbuhan sel; sebagai contoh *leptin* pada orang gemuk dapat menyebabkan proliferasi sel, sedangkan *adiponektin* pada orang gemuk kadarnya sedikit memiliki efek antiproliferatif. Sel lemak memiliki efek langsung dan tidak langsung pada pengatur pertumbuhan tumor, termasuk *mammalian target of rapamycin* (mTOR) dan *AMP-activated protein kinase*. Orang gemuk sering memiliki inflamasi kronis tingkat rendah atau “subakut” yang dikaitkan dengan peningkatan resiko kanker. Mekanisme lain yang mungkin termasuk respon *kappa beta* dan stres oksidatif.

12. Terpapar matahari

Radiasi *Ultraviolet* (UV) berasal dari matahari, sinar lampu UV, dan alat penghitam badan/tanning dapat menyebabkan penuaan dini dan kerusakan kulit yang menyebabkan kanker kulit.

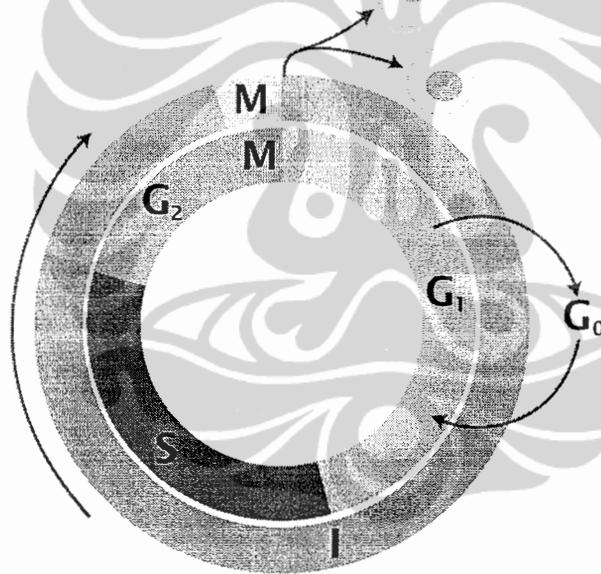
2.1.2 Proses Perkembangan Sel Kanker

Kanker dapat timbul pada setiap sel tubuh yang mampu untuk melakukan kontrol regulasi terhadap proliferasi dan diferensiasi. Dua sumber utama yang terjadi pada proses terjadinya kanker adalah akibat proliferasi seluler (pertumbuhan) dan akibat diferensiasi sel (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010).

a. Akibat proliferasi seluler

Umumnya pada setiap sel jaringan tubuh manusia dewasa mengandung populasi sel *predeterminan* dan sel yang belum berdiferensiasi yang disebut dengan sel batang. *Predeterminan* berarti bahwa sel batang dari jaringan akan berdiferensiasi menjadi bentuk matur, berfungsi sebagai sel dari jaringan tersebut.

Proliferasi sel berasal dari sel batang dan bermula saat sel batang memasuki siklus sel (gambar 2.1). Siklus sel terdiri dari empat fase yaitu: Fase G₁, fase S (Sintesis), fase G₂ (sering disebut sebagai interfase) dan fase M (mitosis). Fase M terdiri dari dua buah proses mitosis yang berpasangan yaitu saat kromosom sel membelah menjadi dua buah sel kembar dan *cytokinesis* saat sitoplasma membelah menjadi setengah untuk membentuk sel yang berbeda. Fase G₀ merupakan fase istirahat dari sebuah sel untuk membelah dan keluar dari siklus tersebut. Waktu yang dibutuhkan oleh sel memasuki siklus sel sampai sel membelah menjadi dua jenis sel yang sama disebut waktu pertumbuhan (*generation time*), sel matur akan terus berfungsi sampai berdegenerasi dan mati.



Gambar 2.1 Siklus hidup sel (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010)

Semua sel dari sebuah jaringan dikendalikan oleh mekanisme intraselular yang menentukan kapan saatnya dibutuhkan proliferasi. Pada kondisi normal, kondisi keseimbangan dipertahankan (proliferasi selular = degenerasi selular dan kematian). Proses pembelahan dan proliferasi diaktifkan jika terjadi kematian jaringan. Proliferasi selular juga akan terjadi jika tubuh secara

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker

2.1.1 Pengertian

Pitot (dalam Caudel et al., 1996) membedakan istilah kanker dan neoplasma berdasarkan kesatuan klinis dari kanker dan proses biologis dasar yang membuatnya disebut sebagai neoplasia. Istilah tumor sendiri didefinisikan sebagai setiap pembengkakan (Stedman, 1982 dalam Caudel et al., 1996) dan berasal dari pembengkakan akibat proses inflamasi (Cotran, Kumar & Robbins, 1994 dalam Caudel et al., 1996). Neoplasia dapat menyebabkan pembengkakan atau tumor namun perkembangan selanjutnya tumor sering didefinisikan sebagai neoplasma. Bonfiglio dan Terry (dalam Caudel et al., 1996) mendefinisikan kanker sebagai penyakit dari sel dimana terjadi gangguan pada proses pengontrolan pertumbuhan dan proliferasi.

Kanker merupakan kelompok penyakit dengan berbagai manifestasi tergantung organ tubuh yang terkena dan tipe sel tumor terkait. Kanker dapat mengenai siapa saja tidak memandang usia, jenis kelamin, ras atau tempat tinggal. Kanker masih merupakan salah satu penyakit yang paling ditakuti didunia, kanker sendiri menempati urutan ke-3 setelah penyakit jantung sebagai salah satu penyakit penyebab kematian. Kanker biasanya terjadi jika sel normal bermutasi menjadi bentuk abnormal hal ini dapat terjadi akibat berbagai beberapa hal yang akan diuraikan selanjutnya. Fokus perawatan pada pasien dengan kanker adalah holistik atau menyeluruh dan komprehensif, karena tidak hanya berfokus kepada kanker sebagai satu penyakit namun juga sebagai rangkaian dari berbagai penyakit penyerta. *Oncology Nursing Society* (2006) dalam Lemone & Burke (2008) memberikan batasan bahwa perawat yang terlibat dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker harus melibatkan pencegahan, deteksi dini, perawatan, dukungan, *follow-up* jangka panjang dan kemungkinan perawatan *end-of-life*.

Beberapa faktor resiko yang diduga dapat menyebabkan kanker menurut LeMone dan Burke (2008) antara lain:

1. Keturunan

Diperkirakan 5%-10% kanker memiliki hubungan dengan keturunan, seperti pada kanker mamae dan kanker kolon, juga telah ditemukan kaitan antara keturunan dengan kanker paru, kanker ovarium, dan kanker prostat.

2. Usia

Kanker sering dikaitkan dengan penuaan, 76% kanker terdiagnosa setelah berusia 55 tahun (ACS, 2006) hal ini sering dikaitkan dengan meningkatnya resiko seperti paparan terhadap agen penyebab kanker, juga akibat pengaruh perubahan imun, radikal bebas yang terakumulasi dalam sel sehingga sel menjadi rusak dan bermutasi. Hal lain adalah perubahan hormon yang sering dikaitkan dengan terjadinya resiko kanker mamae dan kanker uterus pada wanita.

3. Jenis kelamin

Jenis kelamin menjadi faktor utama pada beberapa jenis kanker. Kanker mamae sering terdiagnosa pada perempuan walaupun tidak menutup kemungkinan laki-laki pun dapat terkena, seperti halnya kanker prostat yang hanya terjadi pada laki-laki. American Cancer Society (2006) memperkirakan bahwa kanker bladder 4 kali lebih sering pada laki-laki dibanding perempuan, namun kanker thyroid lebih sering pada perempuan dibanding laki-laki.

4. Kemiskinan

Kemiskinan dapat menyebabkan tidak adekuatnya mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai terutama untuk pencegahan dan skrining. Hal ini menyebabkan lambatnya usaha pencegahan dan penanganan serta pengobatan kanker, pasien biasanya akan ke rumah sakit bila kondisi tubuhnya sudah menurun dan tingkatan penyakitnya sudah mematikan.

5. Stress

Stress dapat memicu epinephrin dan kortisol pada tingkat yang tinggi sehingga menyebabkan kelemahan sistemik dan gangguan imunologi.

6. Diet

Beberapa bahan makanan diperkirakan menyebabkan *genotoxic* seperti *nitrosamine* dan *nitrous indoles* yang ditemukan dalam daging yang diawetkan dan acar atau makanan yang diasinkan. Makanan lain seperti lemak yang tinggi, rendah serat diperkirakan menyebabkan... . Selain itu beberapa zat tambahan yang ditambahkan kedalam makanan seperti borak dan formalin diduga dapat memicu terjadinya kanker.

7. Pekerjaan

Beberaa pekerjaan yang diduga dapat meningkatkan terjadinya kaker adalah petani dan pekerja luar ruang akibat paparan radiasi matahari, pekerja yang terpapar asbestos, dan terpapar radiasi seperti x-ray.

8. Infeksi

Virus yang diduga menyebabkan kanker seperti *Epstein barr*, *herpes genital papiloma virus* penyebab *wart* genital.

9. Penggunaan tembakau

Sering diasosiasikan dengan kanker paru, hal ini akibat kandungan *genotoxic* pada tembakau sehingga menyebabkan kerusakan sel paru. Walaupun masih banyak substansi lain terkandung didalamnya yang dapat menyebabkan kanker.

10. Penggunaan alkohol dan obat-obatan

Penggunaan kedua jenis zat tersebut diduga menyebabkan terjadinya *genotoxic* sehingga menyebabkan terjadinya kerusakan pada sel.

11. Kegemukan

Penelitian menunjukkan orang yang mengkonsumsi lemak tinggi dapat memiliki resiko kanker colon, uterus dan prostate. Kurangnya olahraga dan kegemukan dapat menjadi faktor kanker payudara, colon, esophagus, ginjal dan uterus. Jaringan lemak memproduksi jumlah estrogen yang banyak dan diasosiasikan dengan resiko kanker payudara, endometrium serta beberapa kanker lainnya. Orang gemuk sering memiliki peningkatan kadar insulin dan *insulin-like growth factor-1* (IGF-1) dalam darah (kondisi yang disebut *hiperinsulinemia* atau resistensi insulin), sehingga dapat meningkatkan beberapa jenis kanker. Sel lemak yang memproduksi hormon yang disebut

fisiologis membutuhkan tambahan sel seperti saat terjadi infeksi dimana tubuh akan meningkatkan jumlah sel darah putih.

Penjelasan lain untuk fenomena proliferasi normal adalah inhibisi kontak. Sel secara normal menghargai dan menghormati batas-batas sel lain yang mengelilinginya. Mereka tidak akan melakukan invasi terhadap batas sel tetangga mereka. Sel yang bertetangga akan diinhibisi pertumbuhannya melalui proses kontak fisik dari membran sel.

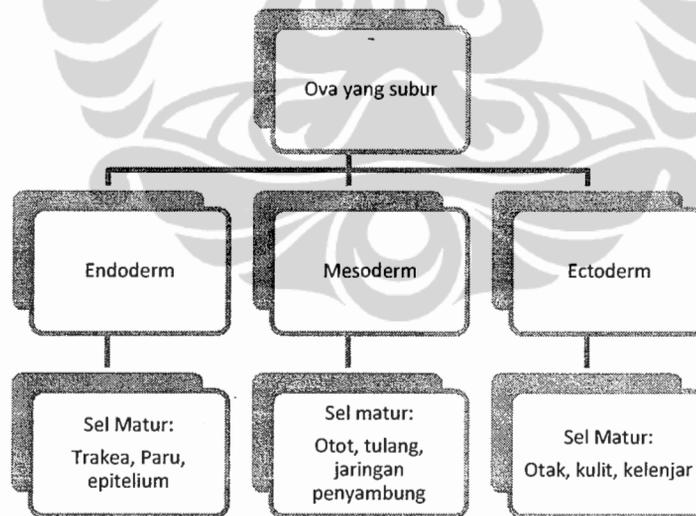
Kecepatan proliferasi sel secara normal berbeda satu dengan yang lainnya, berbeda dari satu jaringan dengan jaringan lainnya seperti sumsum tulang, polikel rambut, dan sel epitel pada lambung yang memiliki kecepatan yang cepat. Sedangkan pada beberapa organ seperti *myocardium*, *neurons*, *cartilago* tidak terjadi proliferasi.

Sel kanker biasanya berproliferasi dalam cara dan kecepatan yang sama dengan sel normal dimana mereka berasal, namun sel kanker berespon secara berbeda dengan sel normal melalui sinyal intraselular yang meregulasi keadaan keseimbangan dinamik. Sel kanker membelah secara acak dan membahayakan, terkadang menghasilkan lebih dari dua sel pada saat mitosis. Hilangnya kontrol intraselular terhadap proses proliferasi merupakan hasil dari mutasi pada sel batang. Sel batang dapat dipandang sebagai target atau asal dari perkembangan sel kanker. *Deoxyribonucleic Acid* (DNA) pada sel batang disubstitusi atau disusun ulang. Ketika hal ini terjadi sel batang menjadi bermutasi dan memiliki potensi menjadi malignan. Biasanya proliferasi sesuai dengan sel asal dan pada beberapa subpopulasi dapat memicu perkembangan tumor menjadi sel malignan (seperti pada sel yang memiliki kemampuan invasif dan metastasi). Teori sel batang perkembangan kanker belum lengkap, karena telah dicatat bahwa sel batang malignan dapat berkembang menjadi sel normal.

Kesalahan umum yang sering terjadi terkait kanker adalah karakteristik sel kanker dalam kecepatan proliferasi yang lebih cepat dibandingkan sel normal. Pada beberapa situasi sel kanker berproliferasi seperti sel normal asal perbedaannya adalah bahwa sel kanker berproliferasi secara acak dan terus menerus. Dengan kata lain setiap pembelahan sel menghasilkan dua atau lebih anak sel, juga terdapat pertumbuhan yang terus menerus dari masa tumor: $1 \rightarrow 2 \rightarrow 4 \rightarrow 8 \rightarrow 16$ dan seterusnya yang disebut efek piramida, dan waktu yang dibutuhkan oleh masa tumor untuk membesar menjadi lebih besar disebut waktu penggandaan.

b. Akibat diferensiasi seluler

Diferensiasi selular normalnya berlangsung sesuai urutan yaitu dari bentuk imatur menjadi bentuk matur. Karena semua sel tubuh berasal dari ova fertilisasi, maka semua sel memiliki potensi untuk melakukan fungsi tubuh. Saat sel berdiferensiasi, potensi ini direpresi dan sel matur mampu membentuk fungsi spesifik (gambar 2.2)



Gambar 2.2 Diferensiasi selular (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010)

Gen yang bertanggung jawab sebagai regulator normal terjadinya proses seluler normal adalah *proto-oncogen*, mutasi yang terjadi dan mengaktifasi *proto-oncogen* yang berfungsi sebagai oncogen (gen yang menginduksi terjadinya tumor) dengan cara menginduksi mitosis namun menghambat proses diferensiasi. Fungsi *proto-oncogen* adalah sebagai kunci genetik yang

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

menahan fungsi sel dalam keadaan imatur, namun jika terpapar dengan virus oncogenesis, dan zat karsinogenik maka akan menyebabkan terbukanya kunci genetik tersebut yang menyebabkan terjadinya perubahan genetik dan mutasi sel.

Proses perkembangan sel kanker yang diuraikan oleh Workman (2010) (dalam Ignatavicius & Workman, 2010) sebagai berikut: karsinogenesis dan oncogenesis merupakan nama lain dari perkembangan kanker. Proses perubahan sel normal menjadi sel kanker disebut transformasi malignansi, proses tersebut meliputi tahapan inisiasi, promosi, progresi dan metastasis. Inisiasi merupakan tahap pertama dari karsinogenesis. Tahapan ini dimulai setelah memasuki awal embrionik, dimana semua sel yang dapat penetrasi kedalam sel tersebut dan mencapai nukleus serta merusak DNA dapat menyebabkan perubahan atau mutasi gen proses ini merupakan proses yang ireversibel. Sebuah sel dapat menjadi sel kanker jika perubahan selular yang terjadi selama proses inisiasi tersebut berlanjut dan pembelahan sel tidak terganggu. Substansi yang dapat menyebabkan aktifitas genetik sehingga sel dapat berubah menjadi kanker disebut karsinogen. Karsinogen dapat berupa kimiawai, agen fisik, atau virus bahkan obat-obatan. (Tabel 2.1)

Tabel 2.1 Jenis Karsinogen

Karsinogen	Neoplasma yang diakibatkan
Kimiawi	
Rokok	Paru, saluran pernafasan atas, blader, cervix Mesothelioma, paru
Asbestos	Paru, colon, hati
Acrylonitrile	Kulit, paru, hati
Arsenic	Leukemia
Benzene	Prostate, ginjal
Cadmium	Paru
Chromium	Paru, sinus nasal
Nickel	Paru
Uranium	Hati
Aflatoxin	Lambung
Nitrites	Paru
Chloromethyl ethers	Sinus nasal
Isopropyl oil	Bladder
Benzidine	Angiosarcoma hati
Vinyl Chloride	Berbagai tempat

Radiation	Paru, kulit
Polycyclic hydrocarbon	paru
Mustard gas	
<hr/>	
Obat	
Radioisotop	
Fospor	Leukemia akut
Radium, mesothorium	Osteosarcoma dan sinus carcinoma Hemangioendothelioma hati
Thorotrast	
<hr/>	
Agen Immunosupresive	
Antilymphocyte serum	Sarcoma sel retikulum, kanker kulit epitel dan viscera, leukemia myelogenus akut,
Antimetabolites	Lymphoma, reticulum cell carcinoma,
Alkylating agents	kanker kulit, Kaposi's sarcoma
Corticosteroids	
Azathiorine	
<hr/>	
Obat cytotoxic	
Phenylalanine mustard	Bladder cancer
Cyclophosphamide	Leukemia myelogenus akut
<hr/>	
Hormon	
Estrogen sintetik	Vaginal dan cervical
Prenatal	Adenocarcinoma (tipe clear cell)
Postnatal	Endometrial carcinoma (tipe adenosquamousa)
Androgenic-anabolic steroid	Hepatocellular carcinoma
Diethylstilbestrol (DES)	Vaginal cancer
<hr/>	
Lain	
Arsenic	Kulit, ca. Hati
Phenacetin-containing drugs	Renal pelvis carcinoma
Coal for ointment	
Diphenylhydantoin	Kanker kulit
Chloramphenicol	Lymphoma
amphetamines	Leukemia Hodgkin's disease
<hr/>	
Virus	
Epstein-Barr	Limpoma Burkitt
Hepatitis B Virus	Hepatocellular carcinoma
Human papillomavirus	Cervical cancer

(Black & Hawks, 2005), (Black & Hawks, 2009), (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010), (Workman, 2010)

Promosi merupakan peningkatan pertumbuhan dari sel yang terinisiasi. Promotor merupakan substansi yang mempromosikan atau meningkatkan pertumbuhan dari sel yang terinisiasi. Setelah normal terinisiasi oleh karsinogen, dapat menyebabkan tumor jika pertumbuhannya meningkat. Beberapa substansi yang disinyalir dapat berperan sebagai promotor adalah hormon dan protein tubuh seperti insulin dan estrogen, sehingga dapat

mengganggu pembelahan sel lebih sering. Waktu antara inisiasi sel dan perkembangan menjadi tumor disebut masa laten yang memiliki rentang waktu dari beberapa bulan sampai beberapa tahun, paparan terhadap promotor dapat mempercepat waktu laten tersebut.

Progresi merupakan perubahan lanjutan dari kanker, membuatnya semakin malignan setiap waktu. Banyak proses dari tumor harus melibatkan progresi untuk terjadi. Setelah sel kanker tumbuh pada ukuran yang dapat dideteksi (tumor 1 cm memiliki sekitar 1 miliar sel didalamnya), kejadian lain harus terjadi bagi tumor ini hingga akhirnya dapat menyebabkan masalah kesehatan. Pertama tumor harus memiliki suplai darahnya sendiri. Pada tahap awal tumor hanya menerima nutrisi hanya dari proses difusi, setelah mencapai ukuran sekitar 1 cm proses difusi tidak efisien lagi dan pusat tumor menjadi hipoksia dan mulai mati. Agar dapat bertahan hidup tumor membuat *Tumor Angiogenesis Factor* (TAF) yang berfungsi sebagai triger agar kapiler dan pembuluh darah disekitarnya tumbuh dan memiliki cabang kedalam tumor, pembuluh darah inilah yang meneruskan pertumbuhan dan memberikan makanan kepada sel tumor.

Ketika sel tumor melanjutkan untuk terus membelah, beberapa sel merubah fungsi dari sel utamanya, perubahan ini dapat menyebabkan malignansi. Tumor asal disebut dengan tumor primer yang dapat diidentifikasi dari asal jaringan tersebut berasal. Ketika tumor menyebar dari asalnya kedalam area yang vital, fungsi hidup manusia menjadi terganggu dan dapat mengakibatkan kematian. Hal tersebut lebih dikenal dengan metastasis. Metastasis terjadi ketika sel kanker berpindah dari lokasi primer dengan cara memecah dari group asalnya dan membuat koloni baru. Tumor tambahan inilah yang disebut metastasis atau tumor sekunder.

2.1.3 Klasifikasi Kanker

Kanker diklasifikasikan dari asal jaringan dan awal munculnya, selain itu dapat juga diklasifikasikan menurut perilaku biologis, letak anatomis dan derajat

diferensiasi. Kanker dibedakan menjadi dua kategori yaitu solid dan hematologi. Solid tumor berkembang dari jaringan yang spesifik (seperti Ca. Mamae, Ca. Paru) sedangkan kanker hematologi berasal dari jaringan pembentuk sel darah.

Tumor dapat diklasifikasikan berdasarkan letak anatomis, analisa histologis (grading) dan tahapan penyakit (stage) (Black & Hawks, 2005), (LeMone & Burke, 2008), (Black & Hawks, 2009), (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010), (Workman, 2010). Tujuan dari klasifikasi ini adalah untuk memberikan standar dalam:

1. Mengkomunikasikan status kanker kepada anggota tim kesehatan: dokter, perawat dan sebagainya.
2. Membantu menentukan perencanaan pengobatan yang efektif.
3. Mengevaluasi perencanaan pengobatan.
4. Sebagai faktor dalam menentukan prognosa.
5. Membandingkan pada kelompok yang sama sebagai bahan pertimbangan statistik.

2.1.3.1 Klasifikasi anatomis

Tumor diidentifikasi berdasarkan asal jaringan, letak anatomis, dan sifat dari tumor itu sendiri (*benigna* atau *maligna*). *Karsinoma* berasal dari *embrional ectoderm* dan *endoderm*, *sarcoma* berasal dari *embrional mesoderm* sedangkan *lympoma* dan *leukemia* berasal dari sistem *hematopoesis*.

2.1.3.2 Analisa histologis

Analisa histologi membagi grade tumor, umumnya terdapat empat grade, yaitu:

- | | |
|-----------|---|
| Grade I | Sedikit terjadi diferensiasi (<i>displasia</i> ringan) dan berdiferensiasi baik |
| Grade II | Sel menjadi abnormal (<i>displasia</i> sedang) dan berdiferensiasi sedang |
| Grade III | Sel sangat abnormal (<i>displasia</i> berat) dan berdiferensiasi buruk |
| Grade IV | Merupakan sel imatur dan primitif (<i>anaplasia</i>) dan tidak berdiferensiasi, asal sel sulit untuk ditentukan |

2.1.3.3 Tahapan penyakit

Klasifikasi ini didasarkan kepada deskripsi tahapan dibandingkan dari penampilan sel tersebut, walaupun terdapat kesamaan dalam tahapan kanker namun terdapat beberapa perbedaan berdasarkan sifat alami dari setiap sel kanker tersebut.

Tahapan Klinik

- Stage 0* Kanker in situ
- Stage I* Tumor terbatas pada asal jaringan, pertumbuhan tumor yang terlokalisasi
- Stage II* Penyebaran lokal yang terbatas
- Stage III* Penyebaran yang lebih besar terbatas pada daerah sekitar
- Stage IV* Metastasis

Sistem klasifikasi TNM

Tumor Primer (T)

- T_0 Tidak ada bukti adanya tumor primer
- T_{is} Kanker in situ
- T_{1-2} Derajat peningkatan ukuran tumor dan keterkaitan

Kelenjar limfe

- N_0 Tidak ada bukti keterlibatan kelenjar limfa
- N_{1-4} Derajat keterlibatan kelenjar limfa
- N_x Kelenjar limfa regional tidak dapat dinilai secara klinis

Metastasis (M)

- M_0 Tidak ada bukti adanya metastasis
- M_{1-4} Derajat metastasis, keterikatan host termasuk kelenjar yang jauh
(LeMone & Burke, 2008), (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010),
(Workman, 2010)

Sebagai tambahan dalam sistem klasifikasi tumor terdapat juga sistem klasifikasi yang digunakan untuk menentukan status pasien pada saat diagnosis, pengobatan dan pengobatan ulang dan setiap selesai follow-up yang disebut dengan skala Karnofsky (*The Karnofsky functional performance scale*) yang terdiri dari skor dalam rentang 0 – 100, dimana dalam skala tersebut skala naik setiap kelipatan

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

10, adapun nilai skala 0 adalah kematian dan nilai skala 100 adalah normal tanpa keluhan dan tidak ada bukti adanya penyakit.

2.1.4 Diagnosa Kanker

Diagnosa kanker ditegakkan bergantung kepada dugaan kanker primer atau sumber metastasis, beberapa contoh penegakkan menurut Lewis, Heitkemper, & Dirksen, (2010) diagnosa kanker adalah sebagai berikut:

1. Cytologi
2. Pemeriksaan X-ray dada
3. Hitung darah lengkap
4. Pemeriksaan protoscopic (Guaiac test)
5. Pemeriksaan fungsi hati
6. Pemeriksaan radiografi (Mamogram)
7. Scan Radioisotop(hati, otak, tulang dan paru)
8. CT
9. MRI
10. Pemeriksaan oncogenital sebelumnya seperti CEA dan AFP
11. Pemeriksaan sumsum tulang (jika terduga hematolymphoid)
12. Biopsy

2.1.5 Pengobatan Kanker

Tujuan pengobatan untuk penyembuhan adalah pasien bebas dari penyakit dan akan memiliki masa hidup yang normal. *Kontroling* ditujukan untuk berbagai kanker yang diperkirakan akan menjadi kronik, pasien akan menjalani serangkaian terapi dan akan dilanjutkan dengan terapi *maintenance* untuk beberapa waktu dan diikuti dengan ketat sehingga tanda-tanda awal kekambuhan dapat dipantau. Sedangkan untuk *paliassi* bertujuan untuk mengurangi dan mengontrol gejala serta untuk mempertahankan kualitas hidup yang memuaskan, dibandingkan sebagai pengobatan atau untuk mengontrol penyakit. Salah satu contoh paliatif adalah radiasi yang bertujuan mengurangi nyeri pada metastasis tulang.

Berbagai tujuan pengobatan tersebut dapat dilakukan melalui modalitas pengobatan seperti: pembedahan, terapi radiasi, kemoterapi dan terapi biologi. Pembedahan, radiasi dan kemoterapi dapat digunakan sebagai pengobatan tunggal atau dikombinasikan dalam fase pengobatan. Saat ini terapi biologi masih dalam penelitian untuk digunakan sendiri atau digunakan secara bersamaan dengan terapi yang lain. Untuk beberapa tipe kanker dua atau lebih terapi modalitas digunakan yang bertujuan untuk menyembuhkan atau mengontrol dalam jangka waktu yang lama.

2.2 Kemoterapi

2.2.1 Pengertian

Kemoterapi adalah pengobatan sistemik dengan menggunakan bahan kimia (obat). Tujuan pengobatan kanker dengan kemoterapi adalah untuk memperoleh penyembuhan atau remisi jangka panjang dan merupakan salah satu terapi yang digunakan untuk mengobati penyakit malignansi (Boyer & Tannock, 1998). Umumnya terapi untuk pengobatan kanker bersifat sitotoksik terhadap sel malignansi juga terhadap sel normal terutama sel normal dengan pertumbuhan yang cepat seperti dalam sumsum tulang. Secara umum kemoterapi bersifat cytotoksis bagi sel dengan pertumbuhan yang cepat. Beberapa obat kemoterapi dapat bersifat siklus-sel spesifik, beberapa dapat mempengaruhi proses mitosis pada sintesis DNA, namun semuanya mempengaruhi pertumbuhan sel pada tahap yang berbeda dalam siklus hidup sel. Kemoterapi umumnya diberikan sebagai kombinasi beberapa obat dalam klasifikasi obat yang berbeda berdasarkan aktifitas biokimia asal. Terdapat sejumlah strategi dalam pemberian obat kemoterapi yaitu yang bertujuan sebagai penyembuhan (kuratif) dan dapat juga diberikan untuk meringankan gejala (paliatif).

Modalitas kemoterapi adalah penggunaan obat atau manajemen medis lain untuk pengobatan kanker seperti radiasi dan operasi, umumnya sebagian besar kanker menggunakan modalitas semacam ini yaitu menggunakan beberapa kombinasi dalam pengobatan pasien. Dalam metode seperti ini terdapat beberapa istilah yang sering digunakan yaitu kemoterapi *neoadjuvant* dan *adjuvan*. Kemoterapi

neoadjuvan diberikan sebelum pengobatan dengan pembedahan tujuan dari *neoadjuvan* adalah untuk mengecilkan ukuran tumor primer, sehingga terapi lain seperti pembedahan dan radiasi menjadi lebih efektif. Sedangkan dalam kemoterapi *adjuvan* merupakan pengobatan kemoterapi yang diberikan setelah proses pembedahan diberikan jika ditemukan bukti bahwa ada resiko kekambuhan dari sel kanker tersebut. Kemoterapi adjuvan berguna untuk mengurangi resiko resistensi juga berguna untuk membunuh sel kanker yang telah menyebar atau bermetastase ke organ tubuh yang lain. Kemoterapi paliatif diberikan tanpa ada tujuan untuk mengobati namun hanya untuk mengurangi beban tumor dan meningkatkan harapan hidup pasien (Black & Hawks, 2005)

Obat kemoterapi dapat dibagi kedalam agen alkali, antimetabolit, dan derivat produk alami seperti anthracyclin, taxanes atau alkaloid vinca, topoisomerasi inhibitor dan agen tumor lainnya. Hampir semua obat kemoterapi dapat menyebabkan myelosupresi. (Tabel 2.2)

Tabel 2.2 Klasifikasi obat kemoterapi

Mekanisme aksi	Contoh
<i>Alkylating Agents</i>	
<i>Cell Cycle-Nonspecific drugs</i>	
Merusak DNA dengan cara memecah ikatan ganda (mirip seperti terapi radiasi), jika tidak terjadi perbaikan sel akan mati segera (cytotoxic) atau saat sel berusaha membelah (cytostatic)	Mechlorethamine (nitrogen mustards), cyclophosphamide (cytoxan), chlorambucil (leukeran), melphalan (alkeran), thiotepa, busulfan (myleran), dacarbazine (DTIC), ifosfamide (ifex), estramustine (Emcyt)
Memiliki efek logam berat pada DNA	Cisplatin (platinol), Carboplatin (Paraplatin)
<i>Antimetabolites</i>	
<i>Cell Cycle Phase-specific drugs</i>	
Mengganggu sintesa DNA dengan cara meniru metabolit esensial seluler dalam sintesa DNA, sel akan mati segera (Cytotoxic)	Methotrexate (Amethopterin), Cytarabine (Ara-C, Cytosar), 5-Fluorouracil (5-FU), 6-mercaptopurine (6-TG), thioguanine (6-TG), fluxoridine (FUDR), Vidarabine (Vira-A), 5-azacytidine, hexamethylmelamine, pentostatine (Nipent), fludarabine (fludara), hydroxyurea (Hydrea)

<i>Antitumor Antibiotics</i>	
<i>Cell Cycle-Nonspecific drugs</i>	
Memodifikasi fungsi DNA dan mengganggu transkripsi RNA, Cytocidal atau Cytostatic Mithramycin	Doxorubicin (Adriamycin), bleomycin (blenoxane), mitomycin (Mutamycin), daunorubicin (Daunomycin), Mitracin
<i>Plant Alkaloids (Mitotic Inhibitor)</i>	
<i>Cell Cycle Phase-specific drugs</i>	
Mengganggu proses replikasi mitosis pada metafase, cytocidal	Vinblastine (Velban), vincristine (oncovin), etoposide (VePesid), paclitaxel (Taxol), vinorelbine (Navelbine), taxotere (Docetaxel), vindesine (Eldisine), teniposide (Vumon)
<i>Nitrosureas</i>	
<i>Cell Cycle-nonspecific drugs</i>	
Memiliki efek yang serupa dengan alkylating agents, juga memblokir enzim spesifik yang dibutuhkan untuk sintesis purine, cytocidal, cytostatic	Carmustine (BCMU), lomustine (CCNU), semustine (Methyl CCNU), streptozocin (Zanosar), chlorozotocin (DCNU)
<i>Corticosteroids</i>	
<i>Cell Cycle-nonspecific drugs</i>	
Merusak membran sel dan menghambat proses sintesis protein, mengurangi limfosit sirkulasi, menghambat mitosis, menekan sistem imun, meningkatkan perasaan sejahtera	Cortisone, hydrocortisone, methylprednisolone, methylprednisone, prednisone, dexamethasone (Decadron)
<i>Hormones</i>	
<i>Cell Cycle-nonspecific drugs</i>	
Menstimulasi proses diferensiasi seluler, lesi metastatik menjadi kurang mampu bertahan dalam lingkungan yang kurang mengukung, mengurangi proses proliferasi seluler	Androgens (testosterone, fluoxymeterone [Halostestin]), estrogen (diethylstilbestrol [DES]), progestine (provera, Delalutin, Megace)
<i>Lain-lain</i>	
Menghancurkan suplai eksogen L-asparaginase, yaitu zat yang dibutuhkan dalam proliferasi seluler, sel normal akan mampu mensintesis namun tidak dengan sel kanker	L-asparaginase (Elspar)
Antiestrogen digunakan dalam kanker payudara	Tamoxifen (Nolvadex)
Obat antiadrenal menghalangi produksi adrenal steroid	Aminoglutethimide (Cytadren)
Menghasilkan rantai tunggal dan ganda	Amsacrine (m-AMSA)

dalam DNA	
Menekan mitosis pada interfase, muncul untuk mengganggu peran DNA, RNA dan protein	Procarbazine (Matulane, Natulan)
Menekan aktifitas adrenocortical, memodifikasi metabolisme periferol steroid	Mitotane (Lysodren)
Menginhibisi sintesis DNA dan RNA	Mitoxantrone (Novantrone)

(Black & Hawks, 2005), (Black & Hawks, 2009), (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010), (Workman, 2010)

2.2.2 Tahapan pengobatan

Terkadang dalam penatalaksanaan kemoterapi obat kemoterapi diberikan dalam beberapa kombinasi obat. Tujuan pemberian obat dalam kombinasi adalah untuk memaksimalkan fungsinya dalam mematikan sel, untuk memaparkan sel kanker terhadap obat yang efektif sebagai agen tunggal pada kanker yang sedang diobati namun memiliki mekanisme aksi berbeda, untuk atau mungkin memperlambat perkembangan terjadinya resistensi obat, dan untuk meminimalkan efek potensial yang mematikan pada sistem organ individu (Chu & Devita, 2005). Kombinasi kemoterapi seperti ini biasanya diberikan dalam siklus yang berkesinambungan atau dalam beberapa tahapan. Pengobatan pada kanker dengan tumor solid bergantung kepada regimen obat yang diberikan, dosis obat dan jadwal pemberian kemoterapi, serta siklus pengobatan (Berkery, Cleri, & Skarin, 1997).

Tahapan pengobatan kemoterapi yang biasa diberikan pada keganasan haematologi dibagi sebagai berikut, yaitu:

a. Induksi

Merupakan usaha untuk memberikan remisi. Induksi merupakan pengobatan yang agresif, yang bertujuan menghancurkan sel leukemia dalam jaringan, darah tepi, dan sumsum tulang. Selama fase induksi pasien akan merasakan sangat sakit dan menjadi salah satu predisposisi komplikasi karena sumsum tulang menjadi terdepresi oleh obat. Selama fase induksi, intervensi keperawatan dan terapi difokuskan kepada anemia, trombositopenia, dan neutropenia yang mempengaruhi harapan hidup pasien. Kemoterapi yang umum digunakan pada fase induksi adalah *cytarabin (cystosine arabinoside)*

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

anti metabolit yang diberikan selama 7 hari, dan 3 hari pemberian anti tumor antibiotik (*anthracyclines*) termasuk *daunوروبicin*, *doxorubicin*, *idarubicin*, *amsacrine*, atau *mitoxantrone*. Setelah satu siklus induksi, sekitar 70% pasien yang baru terdiagnosa akan mendapatkan remisi komplit.

b. Intensifikasi

Merupakan terapi dosis tinggi, yang diberikan segera setelah terapi induksi selama beberapa bulan. Terapi ini menggunakan obat yang sama dengan fase induksi namun dalam dosis yang lebih tinggi. Obat-obatan lain yang mempunyai sel target dengan cara yang sedikit berbeda dibandingkan fase induksi dapat diberikan.

c. Konsolidasi

Diberikan setelah remisi terjadi. Berisi satu atau dua obat tambahan yang sama dengan fase induksi atau dosis yang lebih tinggi (intensif konsolidasi) tujuan dari fase konsolidasi adalah untuk menghilangkan sisa sel kanker.

d. Maintenance

Pengobatan dengan dosis lebih rendah dengan obat yang sama dengan fase induksi atau obat lain yang diberikan setiap 3-4 minggu selama waktu yang lama, biasanya tahunan. Tujuannya adalah untuk mempertahankan remisi, menjaga tubuh dari sel kanker.

(Black & Hawks, 2009), (Lewis, Heitkemper, & Dirksen, 2010), (Workman, 2010)

2.2.3 Efek samping

Farmakodinamik dari obat-obatan kanker sangat kompleks, karena umumnya memiliki jeda waktu antara paparan terhadap obat dan perkembangan toksisitas secara klinis, seperti myelosupresi (Takimoto, 2005). Terdapat beberapa variabel yang luas dalam farmakokinetik obat kemoterapi kanker yang bergantung pada bagian tubuh tertentu, faktor dari pasien itu sendiri seperti usia dan kondisi komorbiditas. Hal-hal tersebut menimbulkan beberapa efek samping yaitu berupa:

myelosupresi, perubahan nafsu makan, konstipasi, diare, *fatigue*, *alopecia*, infeksi, *nause* dan *vomiting*, ulserasi pada mulut dan luran pencernaan (*mucositis*) dan beberapa perubahan lain terutama pada sel yang berkembang biak dengan cepat seperti pada kulit, dan kuku, perubahan pada sistem syaraf, nyeri, perubahan dalam seksualitas dan kesuburan (Caudel, Cuaron, & Galluci, 1996).

Myelosupresi merupakan toksisitas yang terjadi akibat pembatasan dosis pada kemoterapi (Crawford et al., 2004). Pemberian kemoterapi bergantung pada recovery sumsum tulang dan waktu secara umum untuk menentukan panjang siklus pengobatan. Hitung jenis darah perifer harus dalam batas normal, sementara sel matang terus berdiferensiasi. Hitung jenis darah akan turun secara cepat saat sel yang matang menjadi "*depleted*". Usia neutrofil yang matang adalah 1-2 hari dan nadir neutrofil berlangsung sekitar 7-10 hari setelah pemberian kemoterapi myelosupresi namun tergantung pada tipe agen kemoterapi dan regimen kombinasi yang diberikan juga bergantung pada pasien seperti tipe dan tahapan kanker dan keterlibatan sumsum tulang.

Myelosupresi termasuk didalamnya neutropenia, trombositopenia atau anemia. Dalam bahasan ini yang menjadi fokus pembahasan hanya pada neutropenia. Waktu terjadinya myelosupresi berkisar antara 7-14 hari setelah pemberian obat. Untuk itu diperlukan pengetahuan petugas kesehatan terutama perawat dalam memonitor nilai laboratorium terutama nilai hitung darah lengkap (complete blood count) dan hitung diferensial yang dapat menentukan nadir terjadi dan apakah pasien mempunyai sel darah yang cukup dan adekuat, serta memberikan petunjuk pemulihan sumsum tulang.

2.3 Neutropenia

2.3.1 Pengertian

Neutropenia merupakan kelainan hematologi yang ditandai oleh rendahnya hitung sel darah putih (Neutrofil), terjadi pada kurang lebih 50% pasien yang mendapatkan kemoterapi setiap tahun di Amerika Serikat (NCCN, 2003). Pada pasien kanker neutropenia dapat menyebabkan tingginya angka kematian sekitar 30% (Hsieh, et. al. 2007). Neutropenia jika tidak tertangani dapat menimbulkan

sepsis dan menyebabkan kematian oleh karena itu membutuhkan penanganan yang tepat dalam perawatan pasien.

The National Cancer Institute (2003) mendefinisikan neutropenia sebagai *Absolute Neutrophil Count*/hitung neutrofil absolut (selanjutnya disebut ANC) kurang dari 1500/ml. Neutropenia sendiri dapat dikategorikan sebagai mild sampai berat berdasarkan tingkat ANC. (Tabel 2.3).

Tabel 2.3. Kriteria toksisitas Neutropenia dan Febrile neutropenia menurut NCI

Kejadian	Derajat				
	1	2	3	4	5
Neutropenia	<LLN- 1500/mm ³	<1500- 1000/mm ³	<1000- 500/mm ³	<500/mm ³	Kematian
Febrile neutropenia	-	-	Ada	Konsekuensi menganca m kehidupan (Shock sepsis, hipotensi, asidosis, necrosis	Kematian

Catatan:

LLN – *Lower limit of normal* (dibawah nilai normal)

Febrile neutropenia dapat diidentifikasi sebagai temperatur tubuh 38.3⁰C dalam waktu lebih dari 1 jam dan total ANC kurang dari 500 neutrofil/mcl atau kurang dari 1000 neutrofil/mcl dan terjadi penurunan menjadi kurang dari 500/mcl dalam waktu lebih dari 48 jam

Sumber: National Cancer Institute, 2003; National Comprehensive Cancer Network, 2005

Untuk mengetahui kejadian neutropenia perlu dilakukan penghitungan ANC. Penghitungan tersebut didasarkan pada penghitungan nilai leukosit dikalikan dengan persentasi neutrofil segmen dan batang dalam penghitungan diferensiasi (Caudel, Cuaron, & Galluci, 1996). Sebagai contoh jumlah leukosit pasien adalah 1600/mm³ hasil penghitungan diferensiasi didapatkan 41% segmen, 14% batang, 38% limfosit, 0% eosinofil, 0%basofil, dan 7% monosit, maka dari hasil tersebut dapat dilakukan penghitungan nilai ANC sebagai berikut:

$$\text{ANC} = \text{Total Leukosit} \times ((\% \text{Hitung jenis segmen} + \% \text{Hitung jenis Batang}) : 100)$$

$$\text{ANC} = 1600 \times ((41+14):100)$$

$$\text{ANC} = 880$$

Berdasarkan uraian sebelumnya bahwa neutropenia terjadi apabila nilai ANC kurang dari 1000/mm³, maka dari hasil perhitungan tersebut pasien dengan ANC 880 sudah mengalami neutropenia derajat 3 serta memiliki resiko menjadi febrile neutropenia.

Resiko infeksi terjadi jika jumlah ANC turun dibawah 1000/ml (Hsieh et al. 2007). Beberapa istilah yang sering digunakan untuk menggambarkan neutropenia adalah leukopenia dan granulositopenia, walaupun sesungguhnya hal tersebut berbeda karena leukopenia merujuk pada rendahnya hitung total sel darah putih, sedangkan granulositopenia merujuk pada penurunan nilai ANC. Sedangkan agranulosit merujuk pada ANC kurang dari 500/ml (Donohue, 2005).

2.3.2 Klasifikasi Neutropenia

Neutropenia dapat diklasifikasikan berdasarkan penyebab, yaitu dapat berupa pengobatan kanker atau agen sistemik (Hsieh et al. 2007) klasifikasi ini berdasarkan riwayat pasien. Adapun klasifikasi neutropenia adalah sebagai berikut:

1. Neutropenia post-infeksi

Merupakan jenis neutropenia yang muncul akibat isolasi neutropenia yang didapat, ini dapat terjadi ketika infeksi menyebabkan penurunan sel darah putih.

2. Neutropenia akibat obat dan agranulosit

Merupakan jenis neutropenia yang terjadi akibat reaksi kebalikan idiosyncratic. Angka kejadian neutropenia akibat obat masih belum diketahui lebih sering terjadi akibat agranulocytosis. Salah satu kejadian neutropenia akibat obat adalah agen kemoterapi, obat antithyroid, antibiotik dan antiviral.

3. Neutropenia imun

Terjadi akibat sindrom myeloid spesifik atau sering juga dihubungkan dengan cytopenia, penyebab yang sering dikaitkan dengan jenis neutropenia ini adalah beberapa penyakit infeksi, obat-obatan, dan defisiensi imun.

4. Felty's syndrome

Sering dihubungkan dengan antibodi dalam granulosit- colony-stimulating factor (G-CSF) yang sering diberikan pada pasien yang mendapatkan kemoterapi. Jenis neutropenia dapat terjadi pada keadaan hipertirodisme, thematoid arthritis, dan systemic lupus erythematosus (SLE).

5. Hypersplenisme

Hipersplenisme merupakan pembesaran limpa akibat berbagai etiologi yang dapat menyebabkan neutropenia.

6. Kelainan sumsum tulang

Kelainan sumsum tulang seperti beberapa penyakit yang mempengaruhi sumsum tulang seperti anemia aplastik, leukemia, myelodysplasia dan post kemoterapi. Bukan hanya neutropenia yang terjadi namun juga berbagai derajat anemia, dan trombositopenia.

7. Neutropenia kongenital

Merupakan kasus yang jarang dari kejadian neutropenia, biasanya terjadi pada populasi pediatrik dan diasosiasikan dengan infeksi berulang yang hebat. Sindrom neutropenia kongenital termasuk infantil agranulosit, sindrom chediak-higasi, dan reticular dysgenesis.

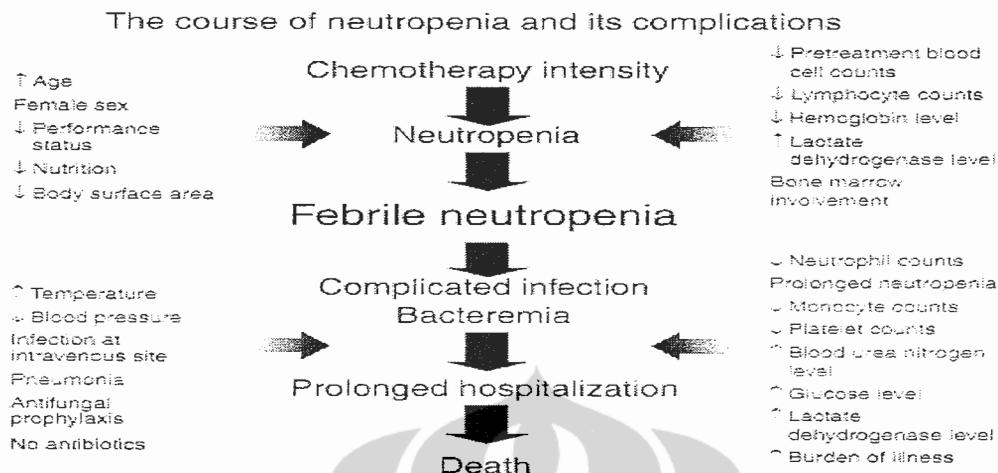
8. Neutropenia cyclical

Neutropenia jenis ini dapat dikenali sebagai akibat dari infeksi mulut berulang dan beberapa variasi dalam komponen sel darah putih reguler pada pemeriksaan darah rutin. Biasa terjadi pada masa anak sebagai sindrom keluarga, namun dapat juga terjadi pada saat dewasa.

2.3.3 Faktor Penyebab

Neutropenia terjadi karena berbagai faktor terutama disebabkan oleh kemoterapi tersebut, faktor lain yang menyebabkan terjadinya neutropenia pada pasien adalah, usia, gender, status nutrisi, penampilan umum, luas permukaan tubuh, komposisi dalam sel darah itu sendiri seperti dijelaskan dalam gambar 2.3

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012



Gambar 2.3 Faktor resiko Neutropenia akibat kemoterapi (Lyman, Lyman, & Agboola, 2005)

Dari gambar tersebut terlihat bahwa intensitas pemberian kemoterapi serta faktor lain yang terlibat mempengaruhi terjadinya neutropenia, neutropenia jika disertai dengan demam dapat mengakibatkan salah satu kegawatan dalam onkologi yaitu *Febrile neutropenia* (FN). Febrile neutropenia meningkatkan resiko terjadinya komplikasi oleh bakteri sehingga menimbulkan bakteremia yang ditunjukkan oleh beberapa gejala seperti peningkatan suhu tubuh, penurunan tekanan darah, turunnya hitung neutrofil dan sebagainya seperti yang tampak pada gambar. Jika bakterimia terjadi akan meningkatkan lamanya hari rawat bagi pasien, dan jika tidak mendapatkan penatalaksanaan yang tepat dapat meningkatkan resiko kematian bagi pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Lekdamrongkul, et al. (2009) yang bertujuan melihat faktor yang mempengaruhi terjadinya Febrile Neutropenia pada pasien Leukemia Akut yang mendapatkan kemoterapi merekomendasikan penelitian lebih lanjut untuk melihat berbagai faktor yang berhubungan dengan febrile neutropenia dan juga hubungan antara infeksi pada pasien dengan perilaku perawatan diri.

2.3.4 Dampak Neutropenia

Neutropenia akibat kemoterapi merupakan predisposisi pasien mendapatkan infeksi terutama infeksi oleh endogenous oportunistik, umumnya merupakan organisme normal dalam tubuh atau permukaan sekitar. Sumber utama terjadinya infeksi pada pasien adalah makanan (makanan mentah seperti sayur dan buah-buahan), air, organisme yang masuk kedalam saluran nafas lewat proses respirasi, ataupun organisme yang masuk melalui kontak langsung. Pasien dengan neutropenia umumnya mudah menjadi sepsis dan angka kematian akibat sepsis antara 30% - 80%, untuk itu diperlukan pemantauan *Complete blood count* (CBC) dan hitung diferensiai sebelum pemberian obat myelosupresi dan pemeriksaan tersebut diulangi selama masa perawatan (Black & Hawks, 2009).

Infeksi persisten merupakan satu-satunya dampak yang penting dari neutropenia. Gejala klasik infeksi merupakan bukti terjadinya neutropenia pada pasien. Pada pasien dengan neutropenia manifestasi klinis sulit dilihat karena tidak adanya neutrofil untuk memproduksi respon inflamasi terhadap infeksi. Demam (suhu diatas 38C dalam 24 jam atau suhu sekali pengambilan diatas 38.5 C) merupakan satu-satunya pertanda bahwa pasien sudah mengalami infeksi. Insidensi kejadian infeksi pada pasien neutropenia umumnya dihubungkan dengan tingkatan ANC, durasi neutropenia dan pengobatan penyakit atau proses penyakit. Lokasi yang umum terjadinya infeksi adalah pada rongga oral, membran mukosa, dan kulit, sedangkan pada yang berat (*severe neutropenia*) akan menjadi persisten, infeksi sistemik paru dan aliran darah dapat terjadi. Namun yang dapat menjadi tanda adanya neutropenia adalah adanya infeksi bakteri pada mulut (Finberg, 1999).

Sekitar 80% pasien dengan *severe neutropenia* teridentifikasi memiliki kejadian infeksi dalam 2 minggu dan 100% pada minggu ketiga. (Crighton 2004). Walaupun resiko infeksi secara absolute lebih rendah dalam beberapa penelitian terdahulu namun masih terdapat hubungan antara derajat neutropenia dengan resiko infeksi (Talcot et al. 1992). Sebagai perbandingan, derajat neutropenia tidak berhubungan secara langsung dengan infeksi pada pasien yang memiliki cadangan sumsum tulang yang adekuat dari sel darah putih imatur. Menurut

Talcot et al. (1992) perbedaan cadangan sumsum tulang akan sel darah putih berkontribusi terhadap resiko infeksi. Penyembuhan neutrofil merupakan bukti pada jaringan sebelum terjadi perubahan hitung darah. Observasi memperlihatkan bahwa ANC tidak selalu akurat menunjukkan kemampuan neutrofil pada jaringan atau organ yang terinfeksi.

Bakteri patogen yang secara spesifik diisolasi dari pasien infeksi dengan neutropenia umumnya menunjukkan *pyogenik* atau bakteri *enteric* atau beberapa jamur yang biasanya bakteri endogen, termasuk *Staphylococcus aureus* dari kulit dan organisme gram negatif dari saluran pencernaan dan saluran perkemihan. Pasien yang diisolasi pun tidak menutup kemungkinan mendapatkan infeksi parasit atau virus, termasuk jumlah yang banyak dari patogen basil gram negatif dan grup cocci (Tefferi & Steensma, 2007).

Penelitian kualitatif yang dilakukan oleh Lee, Lang, dan Tho (2011), berupa sistematik review terhadap beberapa penelitian kualitatif sebelumnya dengan judul "*the experience of being neutropenic cancer patient in acute care isolation room: a systematic review of qualitative evidence*". Pada penelitian tersebut terdapat enam buah hasil penelitian kualitatif, berupa deskripsi, fenomenologi, dan grounded theory. Sintesa data dilakukan dengan menggunakan penemuan yang sama dengan arti yang serupa. Kategori kemudian dibaca kembali untuk mengembangkan dua sintesa yang merepresentasikan pernyataan untuk memadu dalam praktek klinik. Kedua sintesa tersebut digeneralisasi berdasarkan meta-agregasi. Sintesa yang pertama menyatakan bahwa petugas kesehatan perlu untuk lebih sadar bahwa isolasi fisik dapat mengakibatkan isolasi sosial pada pasien sehingga membuatnya lebih tidak berdaya. Sintesa yang kedua menyatakan bahwa petugas kesehatan selayaknya mendorong pasien untuk menggunakan mekanisme koping kognitif dalam beradaptasi dengan pengalaman isolasi. Selain itu keluarga, teman, dan perawat selayaknya terlibat dalam memberikan bantuan dalam berbagai bentuk yang diperlukan oleh pasien. Kesimpulan dari penelitian tersebut bahwa efek psikologis dari perawatan dalam ruang isolasi mungkin menjadi urusan belakangan dalam mengontrol infeksi. Oleh karena itu penelitian

tersebut menyarankan diperlukannya penelitian lebih lanjut untuk mengevaluasi penggunaan ruang isolasi dalam mencegah infeksi pada pasien kanker dengan neutropenia.

2.3.5 Manajemen Terapi

Infeksi akibat penurunan nilai ANC sering diasosiasikan dengan tingginya angka morbiditas dan mortalitas, sehingga kejadian neutropenia harus dirawat sebagai sebuah kegawatan dalam onkologi. Manajemen terapi yang sering dilakukan oleh dokter adalah pemberian terapi antibiotik untuk meningkatkan hasil yang positif, selain itu juga dilakukan pemeriksaan kultur, ronsen dada, dan evaluasi fisik untuk mengidentifikasi sumber infeksi, antibiotik spektrum luas dan monitoring tanda-tanda vital. Selain itu juga diberikan G-CSF (*Granulocyte-Colony Stimulating Factor*) atau GM-CSF (*Granulocyte Macrophage-Colony Stimulating Factor*) untuk mengurangi durasi dan keparahan neutropenia.

Penelitian yang dilakukan oleh Zidan et al. (2006) karena didasari oleh mahalnnya *Colony-stimulating factors* (CSFs) sebagai pengobatan primer maupun sekunder dari neutropenia pada pasien maka dilakukan penelitian yang menggunakan madu selama lima hari dalam pencegahan dan untuk mengurangi penggunaan CSFs pada pasien neutropenia. Hasilnya dari 30 pasien yang diteliti 40% pasien tidak ada neutropenia dan tidak mendapatkan CSFs, 60% tetap membutuhkan CSFs karena neutropenia. Tingkat hemoglobin darah pada 64% pasien membaik, hanya 10% pasien yang mengalami trombocytopenia selama konsumsi madu. Sedangkan dalam peningkatan kualitas hidup dilaporkan 32% pasien memiliki kualitas hidup yang lebih baik selama konsumsi madu tersebut.

2.4 Perawatan Diri Pada Pasien Neutropenia

2.4.1 Teori Perawatan Diri

Orem mendefinisikan *self care* sebagai perawatan diri yang dibutuhkan oleh individu setiap hari, dalam teori tersebut disebutkan bahwa manusia mempunyai *self-care agency* yaitu sebuah kemampuan untuk melakukan perawatan diri. Selain itu juga dijelaskan tentang *self care requisites* yang diperlukan oleh

manusia untuk mempertahankan struktur dan fungsi dirinya, *self care requisites* tersebut dibagi kedalam tiga kategori yaitu:

a. Universal self care requisites

Sering diasosiasikan dengan proses kehidupan dan mempertahankan integritas struktur dan fungsi manusia itu sendiri, umumnya berupa aktifitas kegiatan sehari-hari, seperti:

- 1) Mempertahankan asupan makanan, air dan udara yang mencukupi
- 2) Perawatan yang dihubungkan dengan proses eliminasi
- 3) Keseimbangan antara aktifitas dan istirahat, antara kesendirian dan interaksi sosial
- 4) Pencegahan bahaya yang dapat mengancam kehidupan serta,
- 5) Memberikan dukungan terhadap fungsi manusia.

b. Developmental self care requisites

Sering diasosiasikan dengan proses perkembangan/berasal dari kondisi atau kejadian seperti:

- 1) Penyesuaian dengan lingkungan kerja yang baru
- 2) Penyesuaian dengan perubahan tubuh

c. Health deviation self care requisites

Diperlukan dalam beberapa kondisi seperti penyakit, injuri, atau keadaan sakit. Hal tersebut seperti mencari dan memperoleh bantuan kesehatan, menjadi sadar akan efek dan hasil dari kondisi patologis, mendapatkan pengobatan sesuai dosis, memodifikasi konsep diri untuk memperoleh diri sendiri sebagai bagian dari kesehatan dan dalam perawatan kesehatan yang spesifik, serta untuk terus belajar terhadap efek akibat kondisi patologis

Selain tiga *self care requisites* tersebut Orem juga menjelaskan tentang *therapeutic self care demand* yang berisi tentang gabungan aktifitas perawatan yang diperlukan pada waktu yang spesifik atau selama beberapa waktu untuk memenuhi semua kebutuhan *self care requisites* untuk beberapa kondisi dan situasi menggunakan metode yang sesuai sebagai berikut:

- a. Mengontrol atau mengatur faktor-faktor yang diketahui dalam *requisites*, nilai yang mengatur fungsi manusia (udara yang cukup, air dan makanan).
- b. Memenuhi semua elemen *requisites* (mempertahankan, meningkatkan, mencegah dan menentukan)

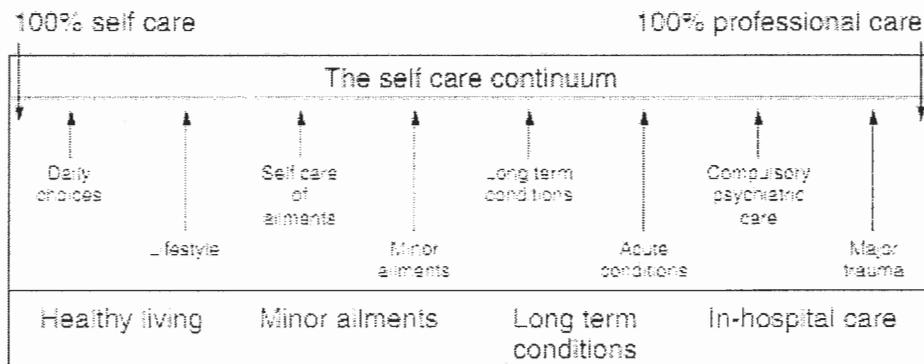
(Orem, 2001, dalam Tomey & Alligood, 2006 hal. 523)

Therapeutic self-care demand menjelaskan faktor-faktor pada individu atau lingkungan yang harus ditegakkan dalam rentang nilai dalam hidup pasien. kesehatan dan kesejahteraannya, selain itu juga memiliki derajat instrumental efektif dari teknologi dan tehnik yang spesifik untuk digunakan, dirubah atau dalam beberapa cara mengontrol pasien atau faktor lingkungan.

Pasien kanker dengan neutropenia diharapkan memiliki persyaratan yang diperlukan dalam *self care requisites* seperti memiliki kesaran untuk mempertahankan fungsi integritas sebagai manusia, melakukan penyesuaian dengan perubahan yang terjadi dalam tubuh dan lingkungannya akibat keadaan neutropenia, serta memiliki kesadaran yang baik akan kondisi kesehatannya akibat neutropenia seperti bahaya akan terpapar infeksi. Selain hal tersebut diharapkan pasien juga memiliki aktifitas perawatan diri yang baik sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan dan kesehatan dirinya.

2.4.2 Peran Perawatan Diri Pasien Kanker Dengan Neutropenia

Self care merupakan sebuah rentang, dimulai dari tanggung jawab individu dalam menentukan pilihannya dan resiko yang diambil sampai membutuhkan perawatan profesional. Gambar 2.4.



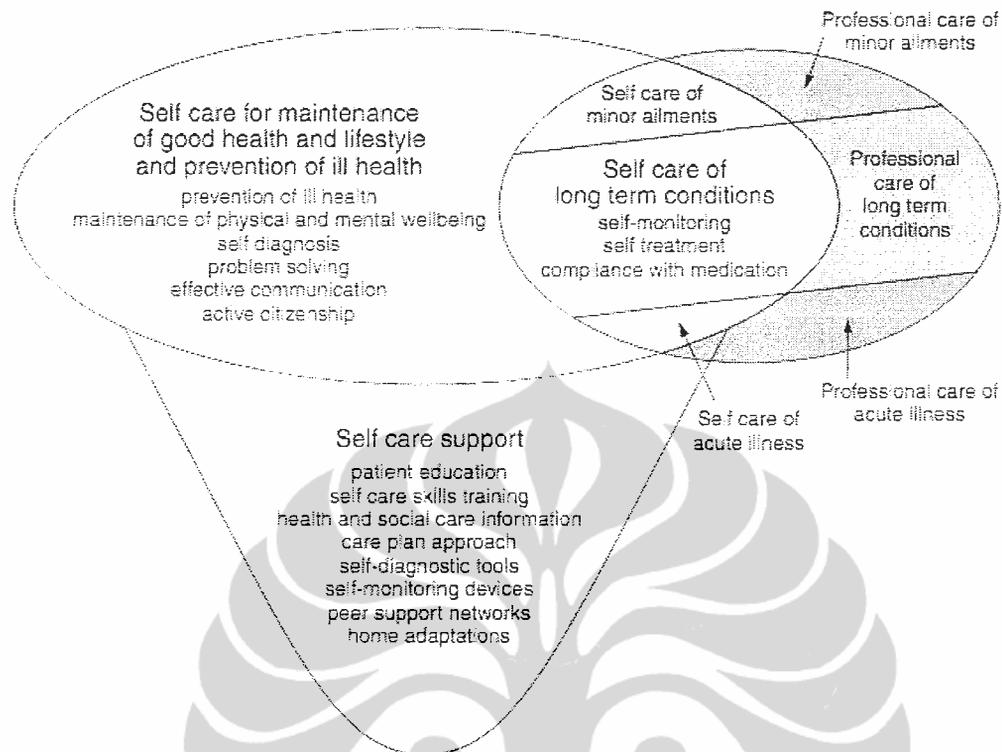
Gambar 2.4 Rentang self care (Chambers, 2006)

Sisi sebelah kanan menunjukkan rentang dimana perawatan diri yang membutuhkan bantuan profesional care atau Orem menyebutnya *dependen care* karena tidak memungkinkan dilakukannya perawatan diri secara mandiri hal ini bisa ditemukan pada keadaan seperti resiko kematian yang sangat kompleks, penyakit terminal, atau trauma besar, sampai terjadinya proses penyembuhan dimana self care dapat dilakukan kembali oleh pasien sepenuhnya seperti dalam sisi sebelah kiri.

Pasien kanker dengan neutropenia berada pada rentang antara *long term conditions* dan *inhospital care*, hal ini didasarkan pada kondisi neutropenia merupakan kondisi keadaan akut dan terjadi saat pasien dalam perawatan di rumah sakit ketika mendapatkan kemoterapi sebagai pengobatan kankernya, walaupun tidak menutup kemungkinan neutropenia dapat terjadi dirumah karena pasien melakukan pengobatan rawat jalan sehingga neutropenia dapat terjadi di rumah karena neutropenia dapat terjadi 7-10 hari setelah pemberian kemoterapi.

Selanjutnya Chambers (2006) menyebutkan bahwa terdapat peta untuk menjelaskan pendekatan yang digunakan dalam self care mulai dari usaha untuk mendapatkan sampai usaha untuk mempertahankan kesehatan yang baik, gaya hidup yang sehat sampai pencegahan penyakit dan meminimalkan gejala penyakit yang ringan. (gambar 2.5)

Gambar 2.5 Peta Pendekatan Self-Care (Chambers, 2006)



Self care support for maintenance of good health and lifestyle, and prevention and care of ill health (courtesy of Ayesha Dost, Department of Health).

Berdasarkan peta pendekatan self care diatas, pasien neutropenia berada pada kondisi self care of acute illness. Berdasarkan gambaran tersebut dapat dilihat bahwa posisi self care of acute illness berhimpitan dengan profesional care of acute illness karena walaupun perawatan diri dapat dilakukan secara mandiri oleh pasien namun masih membutuhkan supervisi dan pendampingan oleh tenaga kesehatan berupa self care support seperti edukasi dan informasi yang baik, sehingga pasien mampu melakukan perawatan diri guna menciptakan kesehatan yang baik, perawatan dan pencegahan penyakit dalam hal ini pencegahan infeksi akibat neutropenia.

Self care merupakan usaha pemeliharaan kesehatan pribadi, dan merupakan aktifitas individu, keluarga atau komunitas yang bertujuan meningkatkan atau memulihkan kesehatan atau mengobati atau mencegah penyakit. Self care termasuk keputusan yang diambil semua orang bagi dirinya, keluarganya dan lingkungannya untuk tetap sehat secara fisik dan mental. Didalam self care

mengandung unsur mempertahankan kesehatan tubuh dan kesehatan mental, makan dengan baik, pengobatan sendiri, mempraktekan pola kebersihan yang baik dan menghindari bahaya kesehatan untuk mencegah penyakit. Self care juga termasuk perawatan diri terhadap penyakit ringan, kondisi jangka panjang, atau kesehatan diri sendiri setelah keluar dari perawatan.

Pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi diharapkan memiliki kebiasaan dan perilaku perawatan diri yang baik untuk mempertahankan dari keadaan atau kondisi bebas infeksi dengan mempertimbangkan hal yang telah diuraikan sebelumnya seperti analisa kegiatan perawatan diri yang dapat dilakukannya secara mandiri untuk mempertahankan dirinya bebas dari infeksi, menganalisa atribut apa saja yang dibutuhkan dalam mempertahankan kondisinya tersebut dengan mempertimbangkan resiko, situasi, keahliannya dan yang terakhir dengan memperhatikan sumber-sumber yang dimilikinya selama perawatan rumah sakit untuk mempertahankan kondisi bebas infeksi.

Infeksi pada pasien kanker dengan neutropenia dapat berasal dari dirinya sendiri akibat perkembangan flora normal tubuh yang berkembang menjadi patogen karena tidak adanya pertahanan tubuh pasien, serta dari lingkungan. Melihat hal tersebut maka diperlukan beberapa tindakan perawatan dari pasien tersebut untuk mencegah terjadinya resiko infeksi, karena bahasan dalam penelitian ini adalah untuk melihat perilaku perawatan diri maka *self efficacy* terutama pembahasan tentang perilaku diikut sertakan dalam penulisan ini atas dasar bahwa perilaku perawatan diri klien selama perawatan saat menjalani kemoterapi dipengaruhi oleh dirinya (pasien), lingkungan, sumber informasi yang didapatkan dari tenaga kesehatan seperti dokter dan perawat, status kondisi umum klien, role model dan efek psikologis secara langsung sehingga diharapkan pasien dapat menerapkan perilaku perawatan diri yang baik untuk mencegah resiko infeksi.

2.5 Manajemen Asuhan Keperawatan

2.5.1 Pengkajian

Pengkajian keperawatan terutama ditujukan kepada pengkajian: status mental, status hidrasi, mukosa oral dan faringeal, kulit termasuk akses IV, sistem pernafasan, abdomen, hindari pemeriksaan daerah rektal termasuk inspeksi perirektal, serta melakukan pengkajian pada sistem kardiovaskular termasuk tanda sepsis (Alberta Health Services, 2008). Gippslan oncology nurses group/GONG (2010) menambahkan hal yang perlu dilakukan pengkajian seperti: tipe kanker, pengobatan/kemoterapi saat ini, tanda-tanda vital dan saturasi oksigen. GONG (2010) juga mengingatkan bahwa tanda dan gejala infeksi mungkin tidak nampak atau tidak ada sama sekali karena pasien dengan neutropenia menunjukkan sedikit respon inflamasi akibat menurunnya nilai neutrofil dalam darah. Panduan pengkajian pasien terutama pengkajian untuk follow up pasien dengan febrile neutropenia telah dibuat oleh *Cancer Centre of Southeastern Ontario at Kingston General Hospital*. Selain melakukan pengkajian perlu juga melakukan beberapa pemeriksaan penunjang.

Pemeriksaan profil histologi dan profil kimia darah harus dilakukan dengan cermat. Alberta Health Services (2008) memberikan panduan pemeriksaan penunjang yang dapat dilakukan yaitu: pemeriksaan CBC dan diferensial darah, transamin, bilirubin dan alkaline phosphatase, elektrolit, kreatinin dan urea, kultur darah terutama dari area invasif pemasangan IV line, analisa dan kultur urin, pemeriksaan BTA jika batuk produktif, pungsi lumbal dan analisa CSF harus rutin dilakukan. Selain itu juga dilakukan pemeriksaan rontgen dada untuk melihat adanya tanda dan gejala infiltrat pulmonar

2.5.2 Diagnosa Keperawatan

Diagnosa keperawatan utama pada pasien kanker dengan neutropenia adalah resiko infeksi, selain itu masih terdapat beberapa diagnosa tambahan sesuai dengan kondisi keadaan klien. Berikut beberapa diagnosa keperawatan pada pasien kanker dengan neutropenia berdasarkan klasifikasi Nanda International (2009-2011):

- a. Resiko infeksi (00004, kelas 1: infeksi, domain 11: keamanan/perlindungan)
- b. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) berhubungan penyakit, prognosa, perawatan, self care (00126, kelas 4: kognisi, domain 5: persepsi/kognisi)
- c. Kesiapan untuk meningkatkan perawatan diri (00182, kelas 5 self care, domain 4: aktifitas/istirahat)
- d. Gangguan interaksi sosial berhubungan dengan dampak isolasi (00052, kelas 3: performa peran, domain 7: peran hubungan/role relationships)
- e. Tidak efektif perlindungan berhubungan dengan profil darah abnormal (leukopenia; neutropenia) (00043, kelas 2: injuri fisik, domain 11: keamanan/perlindungan)
- f. Resiko injury (00035, kelas 2: injuri fisik, domain 11: keamanan/perlindungan)
- g. Resiko ketidakberdayaan (00152, kelas 1: konsep diri, domain: persepsi diri/self perception)
- h. Resiko ketidak seimbangan temperatur tubuh (00005, kelas 6: termoregulasi, domain 11: keamanan/perlindungan)

2.5.3 Intervensi Keperawatan

Tujuan utama perencanaan pasien kanker dengan neutropenia berdasarkan NOC (2008) sebagai berikut: 1) mengontrol resiko infeksi, 2) perawatan diri: hygiene, 3) promosi kesehatan, 4) tingkat fatigue, 5) keterlibatan lingkungan sosial

Intervensi dari diagnosa keperawatan yang mungkin muncul berdasarkan panduan yang ditulis oleh NCCN & ACS (2002), Wilsin (2002), Lorzel (2005), NIC (2008), Smith (2009), Departement Of Clinical Haematology Oxford Radcliffe Hospitals Trust (2009), GONG (2010) untuk dua diagnosa keperawatan resiko infeksi dan kurang pengetahuan adalah sebagai berikut:

a. Resiko infeksi

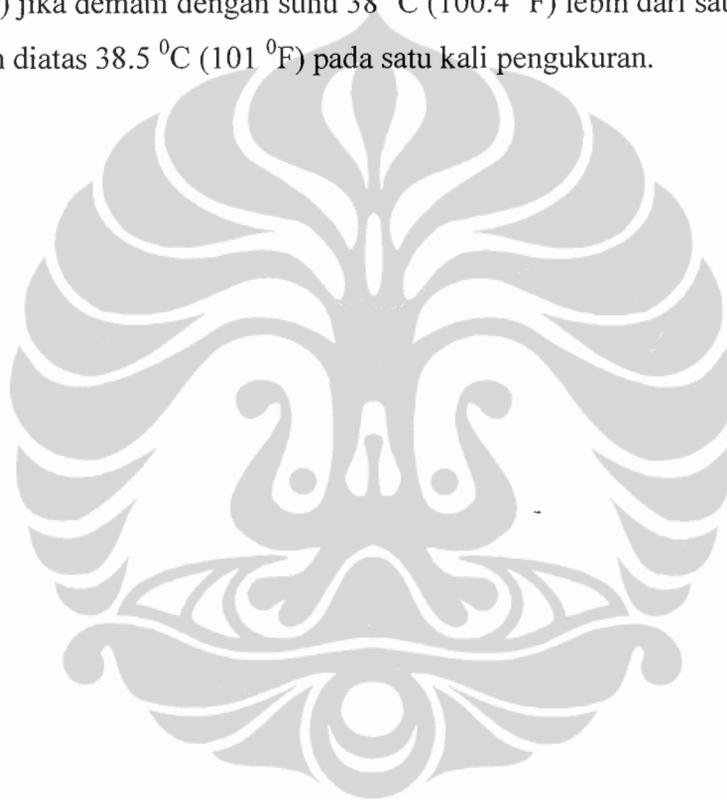
Adapun aktifitas keperawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: 1) Catat tanda-tanda vital dan saturasi oksigen, 2) Pantau secara rutin setiap jam sampai kondisi pasien stabil dan lanjutkan setiap 4 jam sekali, 3) Lakukan kultur darah dari setiap lumen CVC dan perifer, 4) Observasi adanya infeksi

terfokus seperti pada lokasi pemasangan IV, CVC, kateter, batuk, diare dan muntah, lakukan pemeriksaan swabs atau sampel jika dibutuhkan, 5) Bersihkan tangan sebelum dan setelah kontak dengan pasien, berikan perawatan pada pasien dengan neutropenia terlebih dahulu untuk mengurangi resiko kontaminasi silang, 6) Berikan dan pertahankan kebersihan kulit, perianal dan oral, 7) Kaji kulit dan membran mukosa setiap shift catat dalam medikal record dan laporkan setiap perubahan, 8) Jangan memberikan pengobatan via rektal kecuali ada indikasi, 9) Usahakan tidak memasang kateter in-dwelling, jika terpaksa gunakan teknik aseptik, 10) Jangan biarkan tanaman atau bunga potong dalam air di ruangan, hindari setiap sumber air diam dalam ruangan seperti, teko, gelas kumur, semua peralatan respirasi diganti setiap hari, 11) Lakukan skrining pada pengunjung terhadap penyakit, 12) Anjurkan pengunjung untuk menjaga dan melakukan teknik kebersihan tangan ketika berada disekitar pasien, 13) Gunakan standar-precaution ketika merawat semua pasien, 14) Kolaborasi pemberian antibiotik, 15) kolaborasi pemberian paracetamol untuk memfasilitasi kenyamanan jika tekanan darah dalam rentang normal.

- b. Kurang pengetahuan (kebutuhan belajar) berhubungan penyakit, prognosa, perawatan, self care

Adapun aktifitas keperawatan yang dapat dilakukan adalah sebagai berikut: 1) Anjurkan untuk mencuci tangan secara rutin, terutama sebelum makan dan setelah dari kamar mandi, 2) Hindari keramaian atau orang yang sakit, 3) Mandi setiap hari, 4) Gosok gigi dua kali sehari menggunakan sikat gigi dengan bulu sikat yang lembut, 5) berkumur dengan obat kumur bebas alkohol seperti air yang mengandung saline empat sampai 6 kali sehari, 6) Anjurkan penggunaan dental floss, jika trombosit tidak rendah, 7) Anjurkan penggunaan laksatif dan pelunak feces, 8) Hindari penggunaan supositoria dan enema, 9) Pertahankan nutrisi dan asupan cairan yang adekuat, 10) Tidak berbagi peralatan makan dengan orang lain, 11) Anjurkan untuk makan yang dimasak dan dicuci dengan baik, 12) Anjurkan untuk makan daging yang dimasak matang, 13) Anjurkan untuk menghindari meminum susu yang

belum dipasteurisasi, 14) Ajarkan tanda dan gejala infeksi seperti: Demam atau menggigil yang merupakan salah satu tanda infeksi, Perubahan dalam batuk atau timbul batuk, Tenggorokan serak atau adanya lesi dimulut, Sensasi panas dan nyeri saat miksi, Kemerahan atau pembengkakan di tubuh, Lokasi kateter yang nyeri dan perih, Diare, Nyeri pada abdomen dan daerah rektum, Perubahan dalam status mental; 15) Anjurkan untuk istirahat dan aktifitas yang adekuat; 16) Anjurkan untuk memberitahu tenaga kesehatan (perawat dan dokter) jika demam dengan suhu 38°C (100.4°F) lebih dari satu jam atau suhu tubuh diatas 38.5°C (101°F) pada satu kali pengukuran.



BAB III

METODOLOGI PENELITIAN

3.1 Rancangan Penelitian

Penelitian kualitatif yang didefinisikan oleh Denzin dan Lincoln (dalam Creswell, 2010) adalah penelitian yang multimetoda, melibatkan interpretasi, dan pendekatan alami kepada subjek. Sementara Creswell (2010) mendefinisikan penelitian kualitatif sebagai proses memahami dan mengeksplorasi makna yang berasal dari masalah sosial atau masalah manusia. Definisi penelitian kualitatif lain yang ditulis oleh Lincoln dan Guba (dalam Polit, Beck & Hungler, 2001) menyebutkan bahwa pemilihan penelitian kualitatif berdasarkan keinginan peneliti untuk memahami realita dan sudut pandang subjek penelitian. Menurut Denzin dan Lincoln (dalam Wood dan Haber, 2010), penelitian kualitatif mempelajari suatu kondisi alami, memahami atau menafsirkan, dan mengungkapkan makna dari fenomena manusia. Definisi penelitian kualitatif juga dikemukakan oleh Strauss dan Corbin (2009) sebagai penelitian yang temuan-temuannya tidak diperoleh melalui prosedur statistik atau bentuk hitungan lainnya.

Polit, Beck & Hungler (2001) menjelaskan karakteristik penelitian kualitatif sebagai berikut:

1. Fleksibel dan elastik, mampu menyesuaikan dengan apa yang sedang menjadi fokus selama pengumpulan data.
2. Melibatkan strategi pengumpulan data yang beragam.
3. Umumnya bersifat holistik, berusaha untuk memahami keseluruhan.
4. Peneliti menjadi terlibat secara intens didalamnya, biasanya membutuhkan waktu yang lama untuk tinggal di lapangan.
5. Peneliti menjadi instrumen penelitian.
6. Membutuhkan analisa data yang terus menerus.

Desain penelitian yang digunakan dalam penelitian ini menggunakan pendekatan fenomenologi terutama fenomenologi deskriptif, karena peneliti ingin

memperoleh makna dari pengalaman yang diungkapkan partisipan selama penelitian dilakukan. Penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi yaitu pendekatan spesifik secara deskriptif dan interpretif, untuk memperoleh makna atau arti dari suatu pengalaman (Morse & Field, dalam Polit, Beck, & Hungler, 2001). Pendekatan fenomenologi merupakan strategi penelitian dimana peneliti mengidentifikasi hakikat pengalaman manusia tentang suatu fenomena tertentu (Creswell, 2010). Fenomenologi adalah ilmu yang tujuannya menggambarkan fenomena tertentu, atau tampilan hal, sebagai pengalaman hidup (Speziale & Carpenter, 2003). Terdapat dua desain penelitian kualitatif dengan menggunakan desain fenomenologi, yaitu fenomenologi deskriptif dan fenomenologi interpretatif.

Fenomenologi deskriptif pertama kali dikembangkan oleh Husserl pada tahun 1962 yang bertujuan untuk mendeskripsikan pengalaman manusia terhadap suatu fenomena (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Desain penelitian fenomenologi deskriptif bertujuan untuk mengeksplorasi pengalaman individu terutama pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi dalam perawatan diri. Fenomenologi deskriptif menurut Polit, Beck, & Hungler, (2001) melibatkan empat tahapan, yaitu: *bracketing*, *intuiting*, *analyzing* dan *describing*, selanjutnya akan dijelaskan masing-masing tahapan tersebut.

Pada tahap *bracketing* merupakan proses identifikasi dan proses menahan kepercayaan yang dimiliki oleh peneliti tentang fenomena yang diteliti. Peneliti harus mengupayakan *bracketing* agar data yang diperoleh dalam bentuk asli. Wood dan Haber (2010) menyatakan *bracketing* merupakan usaha peneliti mengidentifikasi bias personal dari fenomena yang akan diteliti untuk mengklarifikasi bagaimana pengalaman dan keyakinan yang dimilikinya memberikan warna dari apa yang didengar dan dilaporkan, peneliti diharapkan mengesampingkan personal bias ketika berhadapan dengan partisipan. Kesadaran akan bias personal ini, peneliti akan mendapatkan *issue* penting yang dikemukakan oleh partisipan dibandingkan dengan mengarahkan *issue* yang dimiliki oleh peneliti itu sendiri. Pada tahap ini peneliti diharapkan memiliki kesadaran

diri/*self-awareness* diawal penelitian sebelum wawancara dilakukan agar peneliti tidak menilai benar atau salah pernyataan yang dikemukakan oleh partisipan.

Saat proses wawancara, asumsi ini tetap dipertahankan dengan hanya merespon setiap jawaban partisipan dengan sikap menerima pernyataannya tanpa mengarahkan keyakinan diri peneliti tentang neutropenia. Kalimat-kalimat yang dipakai hanyalah berupa pernyataan “ooo, iya... lalu”, “ada lagi”. Upaya ini dilakukan untuk tetap menetralkan asumsi. Pada saat dilakukan transkrip verbatim, peneliti tidak sedang berusaha memasukkan persepsi dirinya atas jawaban partisipan yang didengar, sehingga tidak terjadi asumsi bahwa apa yang dikatakan partisipan adalah sama dengan persepsi peneliti.

Tahapan *intuiting*, merupakan langkah peneliti untuk dapat menyatukan secara keseluruhan fenomena yang sedang diamati atau diteliti. *Intuiting* memerlukan konsentrasi mental yang memungkinkan seorang peneliti untuk melihat, mendengar, dan sensitif terhadap setiap aspek dari fenomena. Pada tahap ini peneliti sebagai alat penelitian akan mengamati, mendengarkan setiap ungkapan partisipan melalui proses wawancara, mempelajari data yang dideskripsikan, mengulang kembali serta memahami fenomena yang disampaikan oleh partisipan terhadap perilaku perawatan diri yang dilakukan selama mengalami neutropenia akibat kemoterapi. Dalam proses interaksi saat wawancara terjadi komunikasi resiprokal dan permintaan opini dari partisipan baik sebagai permintaan atau upaya tak disengaja. Pada tahap ini peneliti menghindari kritik, evaluasi atau opini tentang hal-hal yang disampaikan partisipan dan lebih menekankan pada fenomena yang diteliti, artinya peneliti hanya mengeksplorasi pengalaman partisipan tanpa memberikan penilaian atau pendapat apapun. Tindakan ini dilakukan untuk mendapatkan gambaran yang murni dan sebenarnya dari partisipan. Pada tahap ini peneliti berperan sebagai instrumen dalam proses pengumpulan data.

Pada proses wawancara, terdapat 2 partisipan yang meminta masukan tentang neutropenia dan upaya serta perawatan yang dilakukan. Namun peneliti tetap

mempertahankan alur wawancara sesuai dengan tujuan sehingga kembali lagi fokus dengan tetap memperhatikan kondisi. Peneliti menyatakan “saat ini saya hanya meminta bapak/ibu menjelaskan sepengetahuan bapak/ibu saja, penjelasan mengenai neutropenia akan saya jelaskan setelah wawancara ini selesai dilakukan”.

Tahapan *analyzing*, peneliti mengidentifikasi tema-tema, arti dan makna perilaku perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi. Peneliti akan menelaah data secara berulang-ulang untuk meyakinkan keaslian dan keakuratan deskripsi partisipan. Pada saat peneliti melakukan analisa data, analisa data disesuaikan dengan kata kunci dan tidak berusaha untuk menghilangkan unsur kenetralan dan keterbukaan atas fenomena apa saja yang ditemukan saat pengambilan data. Analisis ini dilakukan berkali-kali dan teliti sehingga mendapatkan tema yang sesuai.

Tahap *describing*, peneliti menuliskan tentang deskripsi, verbal, kejelasan dan elemen atau esensi yang kritikal dari sebuah fenomena. Tahap ini peneliti mendeskripsikan elemen kritis atau esensi pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi sehingga didapatkan pemahaman yang mendalam tentang fenomena yang dialami oleh partisipan.

3.2 Sampel dan Partisipan

Populasi dalam penelitian ini adalah pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta. Sampel diambil dari populasi tersebut dengan menggunakan teknik *purposive sampling criterion*. Teknik sampling ini berguna jika sampel memiliki pengalaman yang sama (Creswell, 2010) yaitu pasien yang mengalami atau pernah mengalami neutropenia selama menjalankan kemoterapi. Kriteria sampel antara lain:

1. Pasien dewasa berusia 17 tahun keatas

Usia ini adalah usia yang diakui secara hukum sudah dewasa sehingga partisipan dapat memberikan pernyataannya tanpa harus meminta persetujuan dari keluarga ataupun *caregiver*.

2. Bersedia menjadi partisipan dengan menandatangani *informed consent*.
3. Sedang menjalani pengobatan/kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta
Kriteria ini dibuat sebab neutropenia terjadi 7-10 hari setelah kemoterapi. Dari kelima partisipan hanya partisipan 1 yang tidak menjalani kemoterapi namun direncanakan akan kembali mendapatkan kemoterapi dan dirawat di RIIM. Partisipan lainnya yang juga tidak sedang kemoterapi adalah P3 dan P5 yang telah selesai kemoterapi, P3 dengan kemoterapi oral sedang P5 dengan kemoterapi intravena.
4. Mengalami neutropenia atau pernah mengalami neutropenia dalam fase kemoterapi yang dijalani
Pemilihan partisipan dengan melakukan screening awal neutropenia yaitu menghitung nilai Absolute Neutrophil count/ANC ataupun melihat dari catatan perawatan pasien dalam status medis jika nilai ANC tidak ditemukan untuk melihat apakah dalam perawatan sebelumnya calon partisipan pernah mengalami neutropenia. Untuk partisipan yang dirawat di ruang rawat kelas 2 peneliti hanya menemukan catatan pernah mengalami neutropenia dalam perawatan sebelumnya. Untuk partisipan lainnya peneliti dapat langsung menghitung ANC sehingga peneliti dapat langsung melakukan wawancara mendalam.
5. Tidak memiliki gangguan persepsi dan gangguan kesadaran; mampu menceritakan kembali persepsinya tentang pengalamannya selama mengalami neutropenia akibat kemoterapi; mampu berkomunikasi dengan baik menggunakan bahasa Indonesia. Tiga hal ini merupakan syarat untuk mendapatkan informasi pengalaman dengan baik

Jumlah sampel penelitian kualitatif yang dikemukakan oleh Polit, Beck & Hungler (2010) berjumlah 10 atau lebih, sedangkan Dukes (1984, dalam Creswell, 2010) menyebutkan jumlah sampel dalam penelitian kualitatif adalah 3 sampai 10 orang, tetapi jika saturasi telah tercapai dimana tidak ada lagi informasi baru yang didapatkan pada pertanyaan yang sama maka pengambilan data dapat dihentikan dan jumlah partisipan tidak ditambah sebagai contoh jika partisipan mengungkapkan bahwa akibat dari infeksi yang tidak ditangani adalah

menyebabkan kematian, semua partisipan dalam penelitian akan menyebutkan hal yang intinya adalah neutropenia menyebabkan infeksi dan kematian atau bila sudah tidak ada pernyataan lain dari partisipan tentang akibat neutropenia maka data dinyatakan sudah saturasi. Sampel yang digunakan dalam penelitian ini adalah 3 orang partisipan atau sampai terjadi saturasi dan maksimal adalah 10 partisipan, pada penelitian ini jumlah sampel adalah 5 orang partisipan. Hal lain yang menjadi pertimbangan dalam penelitian kualitatif adalah *the richness of data* misalnya data diambil dari dua jenis kelamin laki-laki dan perempuan, berbagai suku, pendidikan, pekerjaan, jenis kanker dan sebagainya.

Perolehan jumlah partisipan ini melalui proses seleksi melalui *screening* awal yaitu dengan menghitung nilai *absolute neutrophil count* (ANC). Tiga orang partisipan yang dirawat di RIIM sedang mengalami neutrofenia dan bersedia menjadi responden, begitu juga satu partisipan di ruang rawat kelas 2 pernah mengalami neutropenia dan pernah dirawat di RIIM dan satu partisipan dari poli onkologi yang sedang mengalami neutropenia.

3.3 Tempat dan Waktu Penelitian

3.3.1 Tempat Penelitian

Penelitian dilaksanakan di ruang isolasi imunitas menurun (RIIM), ruang rawat kelas 2 dan poli onkologi RS Kanker Dharmais Jakarta. Pemilihan dua ruangan selain RIIM adalah jumlah partisipan yang belum memenuhi syarat minimal jumlah partisipan yang dibutuhkan dalam penelitian ini. Rumah sakit tersebut memberikan kemudahan untuk melakukan penelitian dengan prosedur yang tidak rumit dan para staf (perawat dan dokter) memberikan dukungan, mengingat rumah sakit tersebut merupakan salah satu rumah sakit rujukan kanker nasional dan rumah sakit pendidikan yang memberikan ruang bebas untuk dilakukan penelitian.

3.3.2 Waktu Penelitian

Proses penelitian dilaksanakan mulai dari penyusunan proposal, pengambilan data, analisa data dan penyajian hasil sampai terdokumentasi dalam bentuk

laporan tugas akhir. Penyusunan proposal dimulai sejak Februari 2012 – 01 Mei 2012, ujian proposal tesis 02 Mei 2012, proses uji etik dan perijinan penelitian 07-25 Mei 2012, pengumpulan, pengolahan dan analisa data serta pembahasan dimulai pada 28 Mei – 04 Juli 2012.

3.4 Etika Penelitian

Sebagai pertimbangan etik, peneliti meyakinkan bahwa partisipan akan tetap merasa nyaman dan terlindungi dengan memperhatikan aspek kebebasan dan rasa sukarela (*self determination*). Setelah mendapat penjelasan dari peneliti tentang prosedur penelitian, manfaat dan resiko yang mungkin dapat timbul selama penelitian, partisipan diberi kebebasan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk berkontribusi dalam penelitian.

Sebelum pelaksanaan wawancara dan observasi, peneliti terlebih dahulu melakukan pendekatan informal serta membantu aktifitas keperawatan pada partisipan. Pendekatan informal yang dilakukan peneliti dengan menggunakan pertanyaan-pertanyaan umum (*informal conversational interview*). Bila partisipan telah mengerti secara jelas tentang prosedur penelitian dan setuju untuk berpartisipasi, maka peneliti memberikan lembar persetujuan menjadi responden. Peneliti meminta partisipan untuk menandatangani lembar *informed consent* sebagai bukti tertulis bersedia turut berpartisipasi dalam penelitian. Peneliti kemudian menginformasikan penggunaan *tape recorder* untuk merekam percakapan selama wawancara, dan menyatakan bahwa peneliti sesekali akan mencatat hal-hal yang dirasa penting selama wawancara berlangsung. Peneliti sangat menghormati hak-hak partisipan untuk menghindari pemahaman yang salah dan merugikan bagi partisipan.

Pertimbangan etik dalam penelitian menurut Wood dan Harber (2010), menyebutkan lima prinsip etik yang dipakai dalam penelitian kualitatif yaitu *self determinant, privacy and dignity, anonimity and confidentiality, fair treatment/justice* dan *to protection from discomfort and harm*. Prinsip etik tersebut tergabung didalam pertimbangan etik berdasarkan Pedoman Nasional

Etik Penelitian Kesehatan (PNEPK) tahun 2004. PNEPK ini terdiri atas tiga prinsip yaitu menghormati seseorang (*respect for persons*), Kemanfaatan (*beneficence*), dan Keadilan (*justice*).

3.4.1 *Respect for persons*

Berdasarkan prinsip etik partisipan harus diperlakukan sebagai individu yang memiliki suatu otonomi berupa kebebasan memilih tanpa adanya tekanan dari siapapun. Adapun dalam penelitian ini, peneliti memberi kesempatan dan kebebasan kepada partisipan untuk menentukan apakah bersedia atau tidak untuk menjadi partisipan dalam penelitian ini. Peneliti menghormati dan menghargai keputusan tersebut. Peneliti memberi hak pilihan dan *privacy* kepada partisipan dan peneliti tidak akan memaksa calon partisipan dalam kegiatan penelitian. (Wood & Haber, 2010). Pada penelitian ini partisipan diberi penjelasan tentang penelitian dan diberi kebebasan untuk bersedia atau tidak bersedia ikut serta dalam penelitian ini secara sukarela. Data yang terkumpul dijamin kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk kepentingan penelitian. Apabila dalam proses penelitian partisipan menyatakan keberatan maka partisipan dipersilakan untuk mengundurkan diri. Untuk memenuhi hak partisipan ini peneliti memberikan *informed consent* kepada partisipan dengan menandatangani setelah diberikan penjelasan tentang tujuan penelitian, prosedur penelitian, durasi keterlibatan partisipan dan hak-hak partisipan.

3.4.2 *Beneficence*

Berdasarkan prinsip *anonymity* peneliti melakukan interview hanya dengan partisipan (*one to one*). Pada penelitian ini peneliti memberikan kebebasan kepada partisipan untuk memilih waktu wawancara sesuai kesepakatan antara partisipan dan peneliti. *Confidentiality* berarti identitas partisipan tidak akan disampaikan dan tidak akan dipublikasikan (Creswell, 2010). Pada penelitian ini untuk menjaga kerahasiaan partisipan (*Anonymity*) selanjutnya setiap partisipan diberi kode partisipan dengan kode P1, P2 dan seterusnya untuk mencegah diketahuinya informasi yang diberikan oleh partisipan.

Penerapan *confidentiality* dilakukan dengan memberikan penjelasan kepada partisipan bahwa identitas serta alamat partisipan akan dirahasiakan. Peneliti menjelaskan menggunakan *tape recorder* untuk merekam semua pembicaraan selama wawancara sebagai dokumentasi. Hasil wawancara akan disimpan dalam bentuk rekaman dan transkrip diberikan kode partisipan dengan kode P1, P2 dan seterusnya. Selanjutnya hasil rekaman ditransfer dalam komputer pada file khusus dengan kode partisipan. Semua data hanya dapat dibuka oleh peneliti dan pembimbing tesis untuk kepentingan penelitian. Data hanya disimpan oleh peneliti selama satu tahun setelah itu data akan dimusnahkan demi menjaga kerahasiaan dan kemanfaatan.

3.4.3 *Justice*

Berdasarkan prinsip etik *justice*, seseorang harus diperlakukan secara adil dan harus menerima sesuatu yang seharusnya partisipan dapatkan. Perlakuan adil adalah pemilihan partisipan secara adil dan perlakuannya selama penelitian. Hal ini termasuk pemilihan partisipan secara langsung dalam penelitian dengan kenyamanan dari partisipan itu sendiri (Wood & Haber, 2010). Prinsip etik *justice* peneliti terapkan dengan memperlakukan partisipan serta reward yang diberikan secara adil tanpa adanya perbedaan. Pemilihan partisipan karena sesuai dengan kriteria penelitian bukan karena rasa dekat dan kenal serta bukan karena alasan kenyamanan bagi peneliti.

3.5 Prosedur Pengumpulan Data

Prosedur pengumpulan data meliputi cara pengumpulan data, prosedur pengumpulan data, dan alat pengumpulan data. Hal ini dijelaskan sebagai berikut :

3.5.1 Cara pengumpulan Data

Metode pengumpulan data pada penelitian ini dengan menggunakan metode wawancara mendalam (*indepth interview*) dan catatan lapangan (*field notes*) dengan bantuan *tape recorder/digital voices recorder*. Wawancara mendalam dilakukan untuk mengeksplorasi secara mendalam pengalaman partisipan saat mengalami neutropenia dan peneliti berusaha menangkap arti yang diberikan

partisipan pada pengalamannya. Wawancara mendalam digunakan dalam penelitian ini untuk dapat mengeksplorasi secara mendalam pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi selama menjalani perawatan di rumah sakit atau dirumah. Pertanyaan yang digunakan selama wawancara adalah pertanyaan terbuka menggunakan pedoman wawancara (lampiran 4). Salah satu contoh pertanyaan yang akan diajukan seperti: “bisa bapak/ibu jelaskan bagaimana pengalaman dan perasaan bapak/ibu saat mengalami neutropenia?”

Hal ini dilakukan agar selama wawancara informasi yang diberikan oleh partisipan tidak melebar dari fokus penelitian, namun sesekali peneliti menggunakan kalimat yang dapat mengarahkan partisipan dari maksud yang ingin disampaikan dari partisipan seperti “apa yang bapak ibu ketahui tentang neutropenia atau keadaan jumlah leukosit menurun?”. Sebelum pelaksanaan penelitian peneliti meminta data demografi partisipan (lampiran 3). Wood (2010) menyatakan bahwa wawancara yang efektif dilakukan selama 60-90 menit, sedangkan Creswell (2010) menuliskan bahwa wawancara yang efektif dilakukan selama 30-60 menit. Wawancara pada penelitian ini dilakukan selama 30-60 menit dengan alasan telah terbina *trust* antara partisipan dan peneliti sehingga peneliti dapat lebih mengeksplorasi pengalaman partisipan.

Observasi kualitatif merupakan observasi yang didalamnya peneliti langsung turun ke lapangan untuk mengamati perilaku dan aktifitas individu di lokasi penelitian (Creswell, 2010). Pada penelitian ini metode observasi digunakan untuk melihat respon non verbal partisipan pada saat wawancara dan data dikumpulkan dalam bentuk catatan lapangan (*field notes*) (lampiran 5).

Peneliti juga mengumpulkan dokumentasi dalam bentuk materi audio dengan merekam hasil wawancara dengan menggunakan *tape recorder*. Untuk menjaga hasil wawancara tetap terjaga keasliannya peneliti membuat catatan tangan (Creswell, 2010).

3.5.2 Prosedur pengumpulan data

3.5.2.1 Tahap Persiapan

Prosedur pengumpulan data dimulai Setelah mendapatkan surat keterangan lulus uji etik dan surat ijin penelitian dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (FIK-UI) (lampiran 7). Surat lulus uji etik dan surat ijin penelitian kemudian diserahkan ke RS Kanker Dharmais Jakarta. Setelah mendapatkan ijin penelitian dari rumah sakit (lampiran 6), selanjutnya peneliti menjelaskan dan mendiskusikan kepada penanggung jawab ruangan atau pembimbing lahan, karakteristik partisipan yang sesuai kriteria penelitian dan meminta dukungan serta bantuan dari penanggung jawab ruangan/pembimbing lahan dalam menyeleksi calon partisipan berdasarkan kriteria yang ditetapkan. Baru kemudian peneliti melakukan pendekatan kepada calon partisipan yang terpilih. Pendekatan kepada calon partisipan dimulai Peneliti dengan memberikan penjelasan (lampiran 1) kepada partisipan tentang maksud penelitian dan peneliti kemudian memberikan lembar persetujuan menjadi partisipan/*Informed Consent* (lampiran 2) kepada partisipan. Setelah partisipan menandatangani serta menyetujui menjadi partisipan peneliti kemudian menanyakan kepada partisipan kesediaan waktu partisipan untuk dilakukan wawancara.

3.5.2.2 Tahap Pelaksanaan

Pada tahap ini wawancara dilakukan dengan tiga fase yaitu fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi. Fase orientasi dilakukan setelah partisipan menandatangani *informed consent* sebagai bukti persetujuan menjadi partisipan kemudian peneliti memulai wawancara ditempat yang disetujui oleh partisipan. Selama wawancara peneliti membuat suasana senyaman mungkin. Peneliti dan partisipan saling berhadapan dan jarak antara peneliti dengan partisipan cukup dekat yaitu lebih kurang 50 cm. Peneliti menyiapkan alat tulis dan *tape recorder*. *Tape recorder* diletakkan diruangan terbuka tepatnya diatas meja antara peneliti dan partisipan agar selama wawancara proses perekaman bisa berjalan dengan baik dan jelas. Saat telah terjalin rasa *trust* antara partisipan dengan peneliti dimana partisipan terlihat lebih terbuka, peneliti mulai melakukan wawancara mendalam.

Pada Fase Kerja wawancara mendalam dilakukan dengan mengajukan pertanyaan kepada partisipan “coba anda ceritakan pengalaman anda dalam menghadapi pengobatan kemoterapi terutama perawatan diri yang dilakukan sehari-hari untuk mencegah terjadinya infeksi yang diakibatkan oleh menurunnya kadar leukosit” pertanyaan tersebut digunakan sebagai jembatan untuk memulai proses wawancara untuk masuk ke pertanyaan inti sesuai dengan pedoman wawancara (lampiran 4). Pedoman wawancara digunakan sebagai panduan wawancara yang berisi pertanyaan terbuka untuk menguraikan pertanyaan inti. Peneliti mengikuti arah jawaban yang diberikan oleh partisipan. Ketika partisipan tidak mampu memberikan informasi, peneliti mencoba memberikan ilustrasi yang hampir sama dengan pertanyaan peneliti kemudian mempersilakan kembali partisipan untuk menjawab pertanyaan peneliti. Proses wawancara diakhiri jika setelah diperoleh informasi sesuai tujuan penelitian. Selama wawancara peneliti berusaha untuk tidak melakukan penilaian terhadap pemahaman yang dimiliki oleh partisipan sebelumnya. Selama wawancara peneliti menulis ungkapan non verbal partisipan yang penting dengan menggunakan catatan lapangan dengan tujuan melengkapi hasil wawancara sehingga tidak menghilangkan unsur kealamiah data. Catatan lapangan digunakan untuk mendokumentasikan respon non verbal dari partisipan, suasana lingkungan, ekspresi wajah selama wawancara berlangsung yang digabungkan pada transkrip. Transkrip ini dilakukan secara kata perkata dan dilihat lagi keakuratannya dengan mendengarkan kembali hasil rekaman serta menggabungkan dengan catatan lapangan dan membaca berulang-ulang hasil transkrip. Hal ini dilakukan untuk keakuratan dari transkrip.

Wawancara berlangsung selama 30 – 60 menit untuk setiap partisipan sebanyak 1 – 3 kali pertemuan sampai peneliti mendapatkan data sesuai dengan tujuan penelitian disamping untuk mengklarifikasi dan menyesuaikan data sehingga didapatkan data yang valid. Hal ini peneliti lakukan dengan alasan menggali lebih

jauh lagi tentang pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi.

Fase terminasi apabila partisipan telah menjawab semua pertanyaan. Peneliti menutup wawancara dengan mengucapkan terima kasih kepada partisipan atas kesediaan dan partisipasi partisipan dalam proses wawancara. Peneliti membuat kontrak kembali untuk pertemuan selanjutnya dengan partisipan yaitu melakukan validasi data.

3.5.2.3 Tahap Terminasi

Tahap terminasi akhir dilakukan peneliti setelah semua partisipan memvalidasi hasil transkrip *verbatim* dan rekaman wawancara. Peneliti memastikan hasil transkrip *verbatim* maupun wawancara sudah sesuai dengan fakta. Peneliti melakukan terminasi akhir dengan partisipan dan mengucapkan terima kasih atas partisipasi partisipan telah ikut serta dalam proses penelitian dan menyampaikan bahwa proses penelitian telah selesai.

3.5.3 Alat pengumpul data

Alat pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah: 1) peneliti sendiri; 2) pedoman wawancara mendalam; 3) catatan lapangan (*field note*); 4) *tape recorder/digital voices recorder*; 5) data demografi.

Dalam penelitian kualitatif alat penelitian utama adalah peneliti sendiri. Peneliti merupakan instrumen kunci karena peneliti bersifat independent (tidak memihak) dan tidak berpikir negatif kepada partisipan. Pengetahuan yang dimiliki oleh peneliti dikesampingkan selama proses wawancara dengan partisipan. Peneliti sebagai alat utama dalam melakukan data, selama proses pengumpulan data peneliti akan menggunakan teknik komunikasi terapeutik dengan mendengarkan semua ungkapan partisipan, fokus selama kegiatan wawancara, tidak mengganggu fokus partisipan, memperhatikan proses nonverbal partisipan dan melakukan pencatatan penting selama wawancara. Alat bantu pengumpul data lainnya yang akan digunakan peneliti adalah

data demografi, pedoman wawancara, alat tulis, dan alat perekam. Data demografi digunakan untuk mengetahui data dasar yang menjadi responden (lampiran 3). Pedoman wawancara adalah panduan wawancara yang tidak baku. Pedoman wawancara ini digunakan peneliti selama wawancara dengan tujuan sebagai panduan peneliti selama wawancara dengan tujuan memfokuskan kembali partisipan jika partisipan tidak fokus terhadap informasi yang disampaikannya sesuai dengan tujuan penelitian.

Respon nonverbal partisipan ditulis dengan menggunakan alat tulis. Tulisan ini kemudian digabung dengan hasil wawancara kedalam transkrip. Hal ini bertujuan untuk mempermudah proses analisa data. *Tape recorder* digunakan peneliti untuk merekam pembicaraan selama proses wawancara berlangsung antara partisipan dan peneliti sehingga tidak ada ungkapan-ungkapan dari partisipan yang terlewatkan. Bantuan *tape recorder* memungkinkan peneliti lebih menjalin hubungan dengan partisipan agar lebih leluasa melakukan wawancara tanpa perlu sibuk mencatat setiap perkataan partisipan serta membantu peneliti untuk lebih berkonsentrasi terhadap ungkapan dan pernyataan partisipan. Untuk menjaga aspek etis sebelum menggunakan alat perekam tersebut, peneliti meminta ijin kesediaan dari partisipan, sedangkan untuk kesiapan alat dilakukan kalibrasi dan cek berulang dengan cara mengecek ke posisi awal dan *memeriksa recording program*.

Proses uji coba wawancara mendalam dilakukan dengan tujuan menguji kemampuan peneliti sebagai instrumen dalam melakukan wawancara mendalam untuk mengeksplorasi fenomena penelitian, kemampuan dalam proses wawancara, kelengkapan dalam penelitian serta kesulitan yang dialami peneliti selama proses penelitian. Hasil rekaman wawancara di ulang kembali dipindahkan dalam bentuk verbatim sebagai dokumentasi yang kemudian digabung dengan catatan lapangan dan dibuat dalam bentuk transkrip. Hasil uji coba transkrip di konsulkan kepada pembimbing untuk diminta saran dan masukannya. Uji coba pertanyaan penelitian dilakukan dihadapan pembimbing

tesis, dengan bantuan peneliti lain yang melakukan penelitian kualitatif dengan melakukan *indepth interview*.

3.6 Analisa Data

3.6.1 Pengolahan data

Proses pengolahan data dimulai dengan proses dokumentasi. Hasil wawancara yang direkam dalam handphone didengarkan berulang-ulang dan dipindahkan dalam bentuk verbatim yang kemudian digabung dengan catatan lapangan. Hasil verbatim dibuat dalam bentuk transkrip. Hasil transkrip dibaca berulang-ulang dan mendengarkan kembali hasil rekaman secara berulang untuk memastikan keakuratannya, untuk melakukan ini peneliti meminta bantuan kepada peneliti lain yang melakukan penelitian kualitatif dan pembimbing tesis. Data kemudian dipindahkan ke dalam file khusus di komputer dan di lakukan *back up* dengan *flash disc* serta disimpan kedalam media penyimpanan maya seperti *google document* untuk menghindari kehilangan data.

Data yang telah terkumpul diberikan kode (*coding*). *Coding* dilakukan untuk memudahkan analisa data terhadap kata kunci dari partisipan satu dengan yang partisipan lainnya. *Coding* dilakukan dengan memberikan angka 1,2 dan seterusnya pada kata kunci dan memberi kode P1 pada partisipan 1, P2 pada partisipan 2 dan seterusnya. Hal ini dilakukan untuk membedakan antara transkrip masing-masing partisipan.

3.6.2 Analisa data

Analisis data merupakan proses berkelanjutan yang membutuhkan refleksi terus menerus terhadap data, mengajukan pertanyaan-pertanyaan analitis, dan menulis catatan singkat sepanjang penelitian (Creswell, 2010). Proses analisis data pada penelitian ini menggunakan metode Colaizzi 1978 (Creswell, 2010). Metode Colaizzi digunakan jika peneliti melakukan validasi ulang kepada partisipan hasil analisa, pada penelitian ini peneliti berencana akan melakukan validasi ulang kepada partisipan, alasan lainnya karena metode Colaizzi

merupakan salah satu metode yang peneliti kuasai dan paling mudah untuk diaplikasikan.

Pengolahan dan analisis data pada penelitian ini dilakukan langsung setelah mengumpulkan data dari setiap partisipan. Langsung dalam hal ini adalah tidak menunda-nunda setelah data diperoleh. Proses pengolahan data dilakukan secara simultan dengan proses pengumpulan data. Tahapan proses analisis data menggunakan langkah dari Colaizzi (1978) dalam Speziale dan Carpenter (2003) sebagai berikut:

1. Penyusunan transkrip

Peneliti mencatat data yang diperoleh, yaitu semua hasil wawancara dicatat dengan mengubah dari rekaman suara menjadi bentuk tertulis secara verbatim, begitu juga hasil catatan lapangan terhadap partisipan, lingkungan dan aktivitas partisipan sebagai tambahan untuk analisis selanjutnya. Untuk mendapatkan kelengkapan transkripsi, maka peneliti berkali-kali mendengarkan rekaman (baik di *tape recorder* maupun yang sudah ditransfer ke laptop), mencocokkan dengan transkrip yang sudah ditulis dengan verbal yang didengar. Untuk menghindari bias data baik oleh pengaruh internal maupun eksternal peneliti, maka peneliti meminta bantuan kepada teman lain sebagai pendengar kedua untuk membantu mendengarkan dan mencocokkan hasil verbatim.

2. Pembacaan transkrip

Setelah transkrip disusun, maka peneliti membaca hasil transkrip berulang-ulang untuk memperoleh ide yang dimaksud partisipan. Dalam proses membaca berulang tersebut, peneliti memilih kutipan kata dan pernyataan yang berhubungan dengan fenomena yang diteliti, kutipan kata yang dipilih adalah pernyataan bermakna (kata kunci).

3. Penentuan dan pembuatan kategori

Peneliti mengulang proses pembacaan semua hasil transkrip partisipan kemudian ditentukan kategori data. Pernyataan yang bermakna sama atau hampir sama akan dijadikan kategori. Penyusunan kategori sangat ditentukan oleh kemampuan peneliti memahami dan memvalidasi suatu makna kalimat,

maka dalam pengkategorikan diperlukan pendapat dari *external reviewer* yang lebih berpengalaman, memerlukan analisis kalimat dalam waktu yang lama. *External reviewer* dilakukan dengan meminta bantuan teman yang melakukan penelitian kualitatif dan pembimbing.

4. Formulasi tema

Formulasi tema didapatkan dari sub tema kemudian yang sejenis dikelompokkan dalam bentuk terstruktur dan terkonsep yang disebut tema. Tema ini sangat dipengaruhi oleh hasil verbatim dalam transkrip, dan didasarkan pada tinjauan teori. Dalam tahap ini peneliti melakukan *coding* dan pengelompokan data kedalam berbagai kategori untuk selanjutnya dipahami secara utuh dan ditelusuri tema-tema yang muncul. Peneliti kembali kedeskripsi aslinya untuk validasi tema. Hasil analisis didapatkan enam tema, setiap tema terdiri dari minimal 1 sub tema dan paling banyak 7 sub tema. Setiap sub tema dapat terdiri dari beberapa kategori.

5. Formulasi klaster tema

Kelompok data yang sudah terstruktur dan terkonsep dikelompokkan oleh peneliti, mengorganisasikan data dengan cara mengembangkan hubungan antar kategori, sub tema dan tema. Pengorganisasian ini dilanjutkan dengan membandingkan deskripsi asli ditranskrip dengan hasil pengelompokkan tema akhir sehingga terbentuk klaster tema yang sesuai dan siap dideskripsikan secara lengkap.

6. Deskripsi lengkap

Peneliti mengintegrasikan hasil secara keseluruhan kedalam bentuk deskripsi naratif mendalam dari fenomena yang diteliti. Deskripsi yang disusun adalah lengkap, sistematis dan jelas.

7. Penyusunan laporan hasil analisis

Sebagai langkah akhir peneliti kembali kepartisipan untuk klarifikasi data dan hasil wawancara berupa transkrip yang telah dibuat kepada partisipan, untuk memastikan apakah sudah sesuai dengan apa yang disampaikan oleh partisipan atau belum. Pada tahap ini ada pengurangan atau penambahan hasil transkrip yang telah disusun peneliti berdasarkan persepsi partisipan.

Proses analisis data diperoleh dari hasil wawancara, pengamatan terhadap data yang dibutuhkan yaitu tentang pengalaman pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi untuk dideskripsikan dan disimpulkan, oleh karena itu pada analisis data peneliti tetap memperhatikan: transkrip wawancara, catatan lapangan dari hasil pengamatan peneliti, dan hasil rekaman. Pada tindakan akhir, setelah semua isi transkrip diklarifikasikan dengan partisipan dan terjadi proses memperhalus data, akhirnya akan disusun suatu hasil penelitian.

3.6.3 Keabsahan Data (*Trustworthiness of Data*)

Keabsahan data adalah validitas dan realibilitas dari penelitian kualitatif. Penelitian kualitatif dikatakan absah bila penelitian tersebut mampu menampilkan pengalaman partisipan yang diteliti dengan akurat (Struebert & Carpenter, 2010). Menurut Guba (1981, dalam Struebert & Carpenter, 2010) teknik operasional yang mendukung keakuratan penelitian adalah *credibility*, *dependability*, *confirmability* dan *transferability*.

Credibility adalah kepercayaan terhadap suatu penelitian ketika partisipan mengakui temuan penelitian sebagai pengalamannya (Struebert & Carpenter, 2010). Dalam penelitian ini *credibility* dilakukan dengan meminta partisipan membaca kembali transkrip hasil wawancara dan memberi tanda *check list* (√) jika mereka menyetujui kutipan ucapannya dalam transkrip. Hal lain yang dilakukan adalah dengan bantuan *peer analysis checking* dalam hal ini peneliti meminta bantuan kepada peneliti lain dalam satu kekhususan terutama yang menggunakan penelitian kualitatif dalam desain penelitiannya.

Dependability adalah kestabilan data pada setiap waktu dan kondisi. Teknik *inquiry audit* digunakan untuk mencapai *dependability* data, yaitu dengan cara melibatkan penelaah eksternal untuk menelaah data dan dokumen yang mendukung secara menyeluruh dan detail (Polit, Beck, & Hungler, 2001). Untuk memperoleh *dependability* peneliti meminta pembimbing tesis sebagai penelaah eksternal dengan cara menyerahkan transkrip hasil wawancara dan catatan lapangan kepada pembimbing sehingga pembimbing dapat menelaah hasil

penelitian yang didapatkan serta memeriksa kestabilan data yang peneliti dapatkan.

Confirmability adalah obyektifitas atau kenetralan data, untuk mencapai obyektifitas data, peneliti menunjukkan seluruh transkrip wawancara beserta catatan lapangan, dan analisa data pada penelaah eksternal yaitu pembimbing tesis. Proses ini dicapai bersamaan dengan teknik *dependability*. Peneliti membuat hasil analisis sementara dari transkrip wawancara dan catatan lapangan, kemudian diberikan kepada pembimbing untuk dilakukan analisis yang sama. Cara lain untuk meningkatkan obyektifitas adalah dengan menyerahkan kembali hasil analisa kepada partisipan, hampir sama seperti proses *credibility* partisipan diminta untuk membaca kembali hasil analisa yang telah dilakukan dan memberi tanda *check list* (√) jika mereka menyetujui kutipan ucapannya dalam transkrip dan analisa.

Transferability adalah kemungkinan hasil penelitian untuk diterapkan pada kelompok lain dengan situasi yang sama. Harapannya menentukan apakah penelitian layak atau dapat digunakan oleh orang lain bukan hanya peneliti sendiri. *Transferability* dilakukan dengan cara menggambarkan tema yang telah teridentifikasi pada kelompok lain dengan karakteristik sama dan kemudian dilihat apakah kelompok tersebut menyetujui tema-tema yang telah ditentukan. Caranya adalah peneliti membacakan tema-tema yang muncul kepada pasien kanker dengan neutropenia lainnya yang tidak ikut dalam penelitian dengan bahasa yang mudah dipahami, kemudian bila pasien lain tersebut mengalami sesuai dengan tema yang telah teridentifikasi peneliti memberikan tanda *check list* (√).

BAB IV

HASIL PENELITIAN

4.1 Data Umum

4.1.1 Karakteristik Tempat Penelitian

Penelitian dilakukan di RS Kanker Dharmais Jakarta, berlokasi di Jl. S. Parman Jakarta Barat, merupakan salah satu rumah sakit rujukan kanker nasional. Sesuai dengan variabel penelitian, maka ruangan yang digunakan adalah ruang isolasi imunitas menurun (RIIM) lantai 5, ruang rawat kelas 2 serta ruang poli atau instalasi rawat jalan. RIIM adalah ruangan khusus untuk perawatan pasien yang mengalami *imunocomprimise* karena mendapatkan kemoterapi agresif biasanya adalah kanker darah *Acute Myeloid Leukemia* (AML) atau *Acute Lymphocytic leukemia* (ALL) namun dapat juga pasien dengan leukosit rendah selain kanker darah seperti kanker payudara setelah kemoterapi leukositnya tidak naik dalam jangka waktu tertentu. Pasien lain yang dapat dirawat di RIIM adalah pasien limfoma dan pasien *peripheral blood steem cell rescue* yaitu pasien yang dikemoterapi diruang rawat inap kemudian mendapatkan stem cell yang telah mengalami proses penyimpanan dan pengolahan. Rata-rata pasien yang dirawat di RIIM mengalami neutropenia akibat kemoterapi agresif ataupun pengobatan yang diterima oleh pasien. RIIM merupakan ruang perawatan yang steril, perawat dan tenaga kesehatan yang masuk kedalamnya wajib menggunakan jas dril steril lengkap dengan masker dan mencuci tangan dengan teknik steril, selain itu semua barang yang masuk kedalam ruangan tersebut harus disterilkan terlebih dahulu. RIIM terdiri dari 7 ruang perawatan kelas 1 dan 3 serta 2 ruang perawatan VIP.

Selain di RIIM penelitian juga dilakukan di ruang rawat kelas 2. Pemilihan ruang rawat kelas 2 adalah karena pasien di RIIM belum memenuhi jumlah partisipan yang direncanakan sebab sampai 1 minggu peneliti di RIIM belum ada pasien lain yang masuk ke ruangan tersebut. Alasan lain digunakannya ruang rawat kelas 2 adalah karena salah satu partisipan adalah pasien yang pernah dirawat di RIIM sebelumnya serta pernah mengalami neutropenia. Ruang rawat kelas 2 merupakan ruang perawatan dimana setiap ruangan diisi oleh dua orang pasien, pada saat wawancara dilakukan diruangan terdapat pasien lain untuk menjaga privacy pasien menutup screen/tirai antar Study on epidemiology, Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

Tempat lain yang digunakan adalah poli onkologi khususnya pasien dari salah satu dokter yang sedang kontrol. Alasan pemilihan lokasi ini adalah sampai 1 minggu jumlah partisipan atau pasien yang mengalami neutropenia baik di RIIM atau ruang rawat lain belum bertambah, sehingga peneliti memilih lokasi ini dengan melihat hasil laboratorium pasien yang akan kontrol pada hari itu ke dokter tersebut. Wawancara dilakukan di salah satu ruang yang sepi, sehingga privacy partisipan terjaga.

4.1.2 Karakteristik Partisipan

Partisipan dalam penelitian ini berasal dari lima pasien dengan riwayat pernah mengalami neutropenia atau sedang mengalami neutropenia di Rumah Sakit Kanker Dharmas Jakarta. Usia partisipan termuda adalah 17 tahun dan tertua 58 tahun, empat orang berkelamin laki-laki dan seorang perempuan, diagnosa medis rata-rata adalah leukemia. Pekerjaan partisipan beragam mulai dari pelajar sampai pensiunan. Tiga orang partisipan sedang dalam perawatan di RIIM, satu orang dirawat di ruang rawat kelas 2, serta satu orang dari poli onkologi.

Karakteristik partisipan yang akan peneliti paparkan adalah usia, agama, status perkawinan, pekerjaan, diagnosa medis, jenis kemoterapi serta fase kemoterapi. Berikut akan diuraikan karakteristik dari seluruh partisipan:

Partisipan pertama:

Partisipan pertama adalah seorang klien yang berusia 17 tahun, laki-laki, beragama Islam, belum menikah, pekerjaan pelajar. Partisipan pertama pernah dirawat di RIIM dalam perawatan sebelumnya serta mengalami neutropenia. Saat dilakukan wawancara partisipan dirawat di ruang rawat kelas 2 dan sedang menunggu untuk perawatan di RIIM untuk kemoterapi selanjutnya.

Partisipan kedua:

Partisipan kedua adalah seorang klien berusia 48 tahun, laki-laki, beragama Kristen, menikah, pekerjaan pegawai negeri sipil. Partisipan kedua saat dilakukan wawancara sedang mengalami neutropenia dan dalam perawatan di RIIM.

Partisipan ketiga:

Partisipan ketiga adalah seorang klien berusia 58 tahun, laki-laki, beragama Islam, menikah, pekerjaan pensiunan. Pada saat wawancara dilakukan partisipan sedang menunggu untuk konsultasi rutin di instalasi rawat jalan atau poli onkologi lantai 2 RSKD. Partisipan belum pernah dirawat di RIIM, namun dari hasil laboratorium saat wawancara pasien mengalami neutropenia.

Partisipan keempat:

Partisipan keempat adalah seorang klien berusia 38 tahun, laki-laki, beragama Islam, menikah, pekerjaan swasta. Pada saat dilakukan wawancara klien sedang dirawat di RIIM dan sedang mengalami neutropenia, serta sedang menjalankan kemoterapi.

Partisipan kelima:

Partisipan kelima adalah seorang klien berusia 36 tahun, perempuan, beragama Islam, menikah, pekerjaan swasta. Pada saat dilakukan wawancara klien sedang dirawat di RIIM, dan dua hari sebelumnya mengalami neutropenia. Karakteristik partisipan dapat diamati pada tabel berikut:

Tabel 4.1 Rekapitulasi partisipan penelitian

P	Usia	Jenis Kelamin	Agama	Pekerjaan	Diagnosa Medis	Jenis Kemoterapi	Fase kemoterapi
1	17	L	Islam	Pelajar	AML	-	-
2	48	L	Kristen	PNS	ALL	ARA-C dan Daunocyn	Konsolidasi
3	58	L	Islam	Pensiunan	CLL	Fludara	-
4	38	L	Islam	Swasta	AML	ARA-C dan Daunocyn	Induksi LAM VIII
5	36	P	Islam	Swasta	ALL	Vincristin dan Daunocyn	ALL 80

P= Partisipan; Usia dalam tahun; jenis kelamin L= Laki-laki, P= perempuan; AML=Acute Myeloid Leukemia, ALL=Acute Lymphocytic leukemia, CLL=Chronic Lymphocytic leukemia

Saat dilakukan wawancara P1 belum mendapatkan kemoterapi direncanakan mendapatkan kemoterapi dan menjalani perawatan kembali di RIIM sehingga jenis dan fase kemoterapi masih kosong, P3 dalam status medis pasien tidak tertulis fase kemoterapi sehingga dikosongkan.

4.1.2 Screening Awal Neutropenia

Sesuai dengan penentuan partisipan, terlebih dahulu dilakukan screening awal untuk menentukan kejadian neutropenia pada calon partisipan. Screening digunakan dengan menghitung nilai ANC yang terdiri dari nilai leukosit, nilai hitung jenis segmen, nilai hitung jenis batang dan nilai ANC itu sendiri. Adapun screening awal akan diuraikan sebagai berikut:

Tabel 4.2 Skreening awal Neutropenia

Partisipan	Nilai Leukosit	Hitung Jenis Segmen	Hitung Jenis Batang	Nilai ANC
1	103980	*	*	*
2	30	0	0	0
3	24550	3	0	736,5
4	5660	3	0	160,8
5	5360	18	2	1072

*Keterangan: * hasil masih di laboratorium*

Partisipan pertama tidak ditemukan nilai pemeriksaan hitung jenis segmen dan hitung jenis batang pada saat dilakukan wawancara sampai beberapa hari setelahnya, sehingga peneliti kesulitan menentukan nilai ANC, namun dari perawat ruangan maupun pembimbing klinik menyatakan bahwa dalam perawatan sebelumnya partisipan pernah dirawat di RIIM dan mengalami neutropenia.

4.2 Analisis Tema

Analisis data menghasilkan enam tema yang diharapkan dapat memberikan gambaran pengalaman perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia. Tema yang dihasilkan adalah: 1) waktu pengobatan dan perawatan yang lama, 2) persepsi yang salah tentang neutropenia, 3) perasaan negatif dan koping saat neutropenia, 4) kesulitan perawatan diri, 5) dukungan keluarga dan teman dan 6) harapan saat neutropenia.

Setiap tema terdiri dari kategori dan sub tema (lampiran 8). Tema pertama terdiri dari dua sub tema dan beberapa kategori yaitu sub tema lama pengobatan dan perawatan di RIIM serta awal mula terdiagnosa dan pengobatan. Tema kedua terdiri dari dua sub tema dan beberapa kategori, sub tema pengetahuan tentang neutropenia, definisi neutropenia serta akibat neutropenia. Tema ketiga didapatkan

dua sub tema yaitu jenis perasaan negatif dan jenis coping. Tema keempat terdiri beberapa sub tema diantaranya: persepsi perawatan diri, jenis perawatan diri kumur dan sikat gigi, alat perawatan diri kumur dan sikat gigi, jenis perawatan diri mandi, alat perawatan diri mandi, perasaan saat menggunakan alat perawatan diri, dan kendala. Tema kelima terdiri dari sub tema dukungan keluarga dan jenis dukungan keluarga. Tema keenam terdiri dari satu sub tema harapan partisipan.

Tema yang dihasilkan diharapkan dapat memberikan pemahaman bagaimana pengalaman perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia. Tema-tema yang dihasilkan tidak disusun berdasarkan urutan kepentingan ataupun tema yang satu tidak lebih penting dari tema yang lainnya.

Tema 1: Waktu perawatan dan pengobatan yang lama

Waktu perawatan pasien kanker terutama pasien kanker yang dirawat di RIIM membutuhkan waktu yang sangat lama. Waktu yang diperlukan setiap partisipan berbeda. Jumlah perawatan yang dialami pasien bervariasi mulai dari hitungan satuan, dan dalam hitungan minggu serta dalam rentang hitungan bulan.

Sudah hampir dua setengah bulan disini (suara tidak jelas) itu kemo-kemoterapinya itu sudah tujuh... Disini empat belas... 21 kali (partisipan 2)

Sementara partisipan yang lain mengungkapkan perawatan yang dialaminya selama di RIIM sudah beberapa kali perawatan dan setiap kalinya mengalami neutropenia. Partisipan ini merupakan partisipan yang sudah sering keluar masuk ruang perawatan RIIM.

Kalo diitung-itung kira-kira udah ada delapan, delapan ya, sekitar delapanan (partisipan 1)

Berbeda dengan pendapat partisipan yang pernah mengalami perawatan di RIIM partisipan yang hanya menjalani pengobatan dengan rawat jalan hanya menceritakan pengalamannya sejak awal terdiagnosa dalam rentang waktu hitungan tahun.

Eee sejak kapan ya, ee lupa ya kayanya sih udah sejak eee tahun 2007 apa 2008 ya, kayanya 2008 ya...(partisipan 3)

Dua orang partisipan lain yang baru menjalani perawatan dan mengalami neutropenia menceritakan pengalamannya saat terdiagnosa sampai dirawat di RIIM.

Partisipan menceritakan suka duka mulai terdiagnosa sampai mendapatkan kamar di RIIM

Saya sakit sejak bulan september 2011, boleh saya cerita sedikit... (partisipan 5)

Tema 2: Persepsi yang salah tentang neutropenia

Menjalani perawatan yang lama tidak menjamin persepsi dan tingkat pengetahuan yang dimiliki partisipan mengenai neutropenia baik. Hal ini dapat diketahui dari hasil wawancara dimana partisipan menyatakan tidak mengetahui neutropenia. Saat ditanyakan persepsinya tentang pengertian sampai akibat neutropenia partisipan tidak menjawab seperti apa yang diharapkan.

...Kalo neutropenia saya tidak tahu ya (partisipan 5)

Selain pernyataan tidak tahu, terdapat pernyataan partisipan yang menganggap neutropenia sebagai kanker darah. Pernyataan tersebut diungkapkan partisipan dengan sedikit ragu.

... eee... Kanker darah (partisipan 2)

Namun secara keseluruhan partisipan yang diwawancara tidak mengetahui neutropenia seperti apa. Begitu juga saat ditanyakan definisi atau pengertian dari neutropenia beberapa partisipan masih tidak mengetahui definisi dari neutropenia.

Ya kalo neutropenia itu belum ya, paling Cuma itu aja kalo eee minum obat fludara itu nanti eee leukosit turun, hb turun, trombosit turun (partisipan 3)

Ada beberapa partisipan yang menganggap bahwa neutropenia sama dengan leukemia. Hal ini dapat terlihat pada beberapa jawaban partisipan saat ditanyakan pertanyaan yang sama mengenai pengertian neutropenia.

... eee...Leukemia ya? (partisipan 4)

Leukemia sama mungkin sama neutropenia ya? (partisipan 5)

Sama halnya dengan pengetahuan serta definisi dari neutropenia, saat wawancara didapatkan kenyataan dari pernyataan partisipan bahwa partisipan masih memiliki persepsi yang salah mengenai akibat dari neutropenia.

Eeh (suara tidak jelas)... Jangankan orang yang sakit orang yang meninggalpun kalo Tuhan mau bisa hidup (partisipan 2)

Partisipan lainnya menyatakan bahwa saat mengalami neutropenia dan menjalani kemoterapi ada beberapa aturan yang harus diikuti, hal tersebut dinyatakan partisipan sebagai berikut:

Eee itu jangan kena eee infeksi, jangan kerja cape-cape sama eee jangan sampe luka (partisipan 3)

Partisipan lain menyebutkan bahwa neutropenia mempunyai efek terhadap ginjal dan hatinya. Partisipan menganggap perut kembung dan membesar merupakan salah satu akibat dari neutropenia.

Efeknya ke ginjal sama hati, soalnya perut saya jadi membesar, kaya kembung gitu (partisipan 5)

Tema 3: Perasaan negatif dan koping saat neutropenia

Mengalami neutropenia serta menjalani perawatan dan pengobatan yang lama memiliki dampak pada perasaan partisipan. Partisipan mengungkapkan perasaan negatif terhadap neutropenia. Beberapa perasaan yang dapat diidentifikasi dari hasil analisa adalah takut, susah, banyak aturan, tidak tahu, dan sedih.

Sebenarnya ya Takut sih, Jadi dibawa senang aja... (partisipan 1)

...eee gimana yah... pokoknya susahlah... (partisipan 2)

...ya susah ya... Jadi banyak aturannyalah istilahnya... (partisipan 3)

Partisipan lain menyatakan perasaannya tidak tahu bagaiman saat mengalami neutropenia. Peneliti berpendapat bahwa ketidak tahuan yang dialami oleh partisipan karena salah persepsi pada tema sebelumnya.

...apa ya... ya jadi ndak anu... ya ndak tahulah bagaimana... (partisipan 4)

Sementara partisipan lain menyatakan sedih harus berpisah dengan orang yang dicintai seperti anaknya. Pernyataan ini disampaikan oleh partisipan perempuan, saat menyatakan tersebut raut muka partisipan berubah menjadi sedih.

...saya sedih ya pisah sama anak saya kalo seperti ini... (partisipan 5)

Selain memiliki perasaan negatif seperti takut dan sebagainya pada bahasan sebelumnya, partisipan memiliki berbagai koping yang digunakan saat mengalami neutropenia dan menjalani perawatan di RIIM.

Seperti ya... ya memikirin hal-hal yang senang-senang aja... (partisipan 1)

Anu... ya ndak dibawa susah aja, dibawa senang aja... (partisipan 4)

Partisipan lain memiliki koping berupa keyakinan untuk sembuh hal ini dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

...ooo harus punya keyakinan sembuh... (partisipan 2)

Harus punya semangat dan optimis untuk sembuh... (partisipan 5)

Partisipan lain memilih untuk berdo'a dan menonton televisi saat mengalami neutropenia, walau pada akhirnya partisipan mengatakan dibantu oleh perawat untuk melakukan aktifitas perawatan dirinya.

Apa ya paling nonton tivi aja ... (partisipan 4)

Berdo'a aja ya sayakan dari kecil diajarkan agama, syukurnya orang tua saya terutama bapak didikan agamanya kuat kalo ibukan mualaf... (partisipan 5)

Berbeda dengan beberapa partisipan lainnya, partisipan yang menjalani pengobatan rawat jalan dan mengalami neutropenia di rumah memiliki koping yang berbeda dengan koping yang digunakan oleh partisipan yang mengalami perawatan di RIIM. Partisipan lebih memilih untuk mengikuti apa yang dianjurkan oleh dokter.

Ya gimana ya dibilang banyak aturannya ya emang harus begitu tapi eee gimana ya... Ya dijalaniin ajalah ngikutin apa kata dokter... (partisipan 3)

..., Ya dibawa seneng aja jangan dibawa stres, ... (partisipan 3)

Tema 4: Kesulitan perawatan diri

Menjalani perawatan dan pengobatan selama kemoterapi serta mengalami neutropenia mengharuskan partisipan merubah beberapa kebiasaan sehari-hari terutama dalam perawatan diri. Partisipan mengungkapkan pengalamannya saat melakukan perawatan diri. Perawatan diri yang didapatkan pada partisipan seperti berkumur setiap habis makan, dan mandi menggunakan betadin atau betadin cair. Saat diwawancarai mengenai perawatan diri beberapa partisipan tidak mengetahui maksud dari perawatan diri namun setelah dijelaskan bahwa perawatan diri adalah aktifitas sehari-hari untuk merawat diri sendiri terutama ditujukan untuk menghindari infeksi saat neutropenia barulah partisipan mengerti.

... perawat maksudnya? (partisipan 1)

... perawatan diri? (partisipan 3)

Perawatan diri? Ndak tau itu... (partisipan 4)

Berbeda dengan pernyataan partisipan lainnya, salah satu partisipan bertanya kembali apakah perawatan diri yang dimaksudkan oleh peneliti adalah kebersihan diri. Hal tersebut dinyatakan oleh partisipan sebagai berikut:

... kebersihan diri maksudnya? (partisipan 5)

Beberapa aktifitas kebersihan diri yang dilakukan oleh partisipan selama perawatan di RIIM terutama untuk kebersihan rongga mulut adalah berkumur. Partisipan yang menjalani pengobatan dengan rawat jalanpun menyatakan hal yang serupa dengan partisipan yang menjalani perawatan di RIIM.

Ooo setiap habis makan kumur-kumur ... (partisipan 1)

Kalo gosok gigi selama disini (RIIM) ndak, saya Cuma kumur-kumur ... (partisipan 4)

Aktifitas perawatan diri selain berkumur-kumur partisipan juga mengungkapkan perawatan diri dilakukan untuk menjaga kebersihan rongga mulut lainnya adalah dengan melakukan sikat gigi.

Gosok gigi boleh saja kalo sudah diperbolehkan, jadi ya disana itu rata-rata ya itu aja karena leukositnya turun naik ... (partisipan 1)

Kegiatan perawatan diri tidak terlepas dari penggunaan alat-alat kebersihan diri. Alat kebersihan diri yang digunakan selama perawatan di RIIM terutama untuk menjaga kebersihan rongga mulut adalah minosep, nystatin, dan betadin kumur.

... dengan minosep selanjutnya mikostatin (partisipan 1)

Kalo kumur saya pake nystatin sama betadine kumur ... (partisipan 5)

Berbeda dengan partisipan yang menjalani perawatan di RIIM, partisipan yang menjalani pengobatan dan mengalami neutropenia selama di rumah mengungkapkan selama neutropenia menggunakan alat kebersihan diri yang berbeda.

Pake sikat yang So... Sop.. Sop gitu yang alus (partisipan 3)

Iya, biasa sikat gigi pake odol juga (partisipan 3)

Kebersihan diri partisipan tidak hanya terbatas pada kebersihan mulut, kebersihan diri lain yang dilakukan oleh partisipan adalah mandi. Berbeda dengan mandi yang dilakukan pada saat tidak dalam perawatan, mandi yang dilakukan berupa mandi dengan dilap atau jika partisipan dapat melakukan sendiri dapat mandi di kamar mandi.

Kalo keadaan bisa ya kita ke kamar mandi lalu di lap seluruh tubuh (partisipan 1)

Kalo mandi itu anu dilap sama perawat, kalo memungkinkan ya sendiri (partisipan 2)

Seperti halnya dengan kebersihan mulut, kebersihan diri saat mandipun menggunakan alat kebersihan diri. Alat kebersihan diri yang digunakan selama perawatan di RIIM adalah betadin yang dicairkan.

... pake air betadin, pake sabun juga bisa sih (partisipan 1)

... betadin Iyah betul betadin (partisipan 2)

Pake betadin itu disana (menunjuk botol berisi betadin) ... (partisipan 4)

Selama disini saya mandi pake betadin cair... (partisipan 5)

Partisipan lain yang tidak dalam perawatan RIIM menyebutkan bahwa alat kebersihan diri yang digunakan untuk mandi selama neutropenia ataupun sehari-hari berbeda dengan yang digunakan di RIIM. Partisipan menjelaskan alat kebersihan diri yang digunakan hanyalah sabun kesehatan.

Sabun cair (menyebutkan merek sabun kesehatan) (partisipan 3)

Pengalaman lain yang diungkapkan oleh partisipan adalah perasaan yang dialami saat menggunakan berbagai alat perawatan diri yang telah disebutkan sebelumnya. Perasaan yang ditimbulkan saat menggunakan alat kebersihan diri tersebut seperti betadin atau betadin cair dan penggunaan nystain serta minosep adalah perasaan tidak nyaman.

Perasaan tidak nyaman yang diungkapkan partisipan saat menggunakan betadin yang dicairka sebagai alat kebersihan diri untuk mandi seperti bau, kurang segar, kulit menjadi kering, nempel, dan lengket.

... bau sih (partisipan 1)

Kurang seger aja rasanya, buat kulit kering jadinya ... (partisipan 1)

Seolah ndak anu itu Nempel semua ... (partisipan 2)

... Lengket (partisipan 2)

Berbeda dengan dua orang partisipan diatas, partisipan lain menyebutkan pengalamannya menggunakan betadin sebagai alat kebersihan diri adalah biasa saja. Pada saat partisipan menunjukkan betadin cair yang digunakannya sedikit berbeda dengan beberapa partisipan lain yang berwarna lebih gelap.

... pake betadin ya seperti mandi biasa aja itu ndak beda (partisipan 4)

Partisipan lain menambahkan bahwa menggunakan betadin sama saja rasanya namun terasa licin.

Pake betadin buat mandi sama aja ya rasanya Cuma agak licin aja tapi sama aja ya ga beda kalo pake sabun ... (partisipan 5)

Pengalaman yang sama juga tertuang saat menggunakan alat kebersihan rongga mulut seperti minosep, nystatin dan betadin kumur. Partisipan ada yang mengungkapkan perasaannya menggunakan minosep sebagai berikut:

Apa ya... Ya itu aja merasa sudah bersih dengan sikat gigi sama kerasa pahit ... (partisipan 3)

Partisipan lain yang menggunakan nystatin mengungkapkan pengalamannya saat menggunakan nystatin sebagai alat kebersihan mulut. Partisipan menyebutkan rasa nystatin pedas

Kalo pake nystatin rasanya agak pedas ya ... (partisipan 4)

Berbeda dengan partisipan sebelumnya, partisipan lain yang menggunakan nystatin mengungkapkan pengalamannya saat menggunakan nystatin seperti menggunakan air tawar biasa.

Kalo nystatin itu sama seperti air tawar ya, ... (partisipan 5)

Perasaan lain juga terungkap saat partisipan menggunakan betadin kumur sebagai alat kebersihan diri untuk berkumur. Partisipan mengungkapkan rasa saat dia menggunakan betadin kumur adalah manis.

..., kalo betadin kumur manis (partisipan 5)

Perawatan diri saat neutropenia khususnya selama perawatan di RIIM menimbulkan kendala bagi partisipan, tetapi partisipan juga memiliki solusi saat kendala tersebut muncul. Kendala pertama yang dirasakan oleh partisipan adalah tidak ada tenaga.

Kalo kendala kadang ada sih, kadang kalo trombosit rendah, leukosit rendah badan jadi ga ada tenaga jadi terpaksa ditempat tidur semua ... (partisipan 1)

Partisipan lain menyebutkan kendala yang dialami saat menjalani perawatan adalah hilang kebebasan dan perasaan risih. Hal ini karena saat menjalani perawatan di RIIM pasien atau partisipan berada di ruang steril dan diisolasi.

Ooo pasti itu apa, kebebasan sudah pasti yah ... (partisipan 2)

..., Risih pasti,... (partisipan 2)

Selain hal tersebut yang telah diungkapkan oleh 2 partisipan, partisipan lain mengungkapkan kendala saat neutropenia tidak bisa bertemu keluarga secara langsung ataupun dikarenakan oleh kendala dipisahkan oleh tempat dan waktu.

Kendalanya ndak ada ya selama disini, pelayanannya baik paling itu aja ndak bisa ketemu keluarga, keluarga di Batam ... (partisipan 4)

Berbeda dengan beberapa partisipan yang sama-sama mendapatkan perawatan di RIIM partisipan lain mengungkapkan kendalanya adalah merasa terbatas atau perasaan merasa dibatasi, walaupun merasa hal tersebut demi kebaikan partisipan sendiri.

Kendalanya ya terbatas ya, tapi ya itukan buat kebaikan saya juga ya (partisipan 5)

Tidak jauh berbeda dengan partisipan yang merasa terbatas, partisipan yang tidak mendapatkan perawatan di RIIM merasa banyak aturan.

Ya gimana ya dibidang banyak aturannya ya emang harus begitu tapi eee gimana ya... Ya dijalanin ajalah ngikutin apa kata dokter, ... (partisipan 3)

Tema 5: Dukungan keluarga dan teman

Menjalani perawatan dan pengobatan selama kemoterapi khususnya saat neutropeni partisipan sangat bergantung kepada dukungan dari keluarga dan teman. Membutuhkan dan memiliki support merupakan salah satu hal terbesar dalam pengalaman mereka saat mengalami neutropenia. Terdapat berbagai jenis dukungan yang diberikan oleh keluarga dan teman saat menjalani pengobatan dan perawatan di RIIM khususnya saat mengalami neutropenia. Pernyataan dukungan terhadap partisipan selama perawatan diungkapkan partisipan sebagai berikut:

Keluarga sangat mensupport saya selama saya dirawat baik dirumah sakit sebelumnya maupun saat disini ... (partisipan 5)

Jenis dukungan yang diberikan oleh keluarga dan teman berbeda-beda. Salah satu partisipan mengungkapkan dukungan yang diberikan oleh temannya saat dirinya pulang kegiatan yang dilakukan bersama teman biasanya adalah bermain game.

..., Temen-temen main kerumah (partisipan 1)

Dukungan yang diberikan keluarga saat partisipan menjalani perawatan di RIIM diantaranya dengan menunggu ataupun melihat lewat kaca, karena di RIIM antara pasien dan keluarga tidak bisa bertemu secara langsung hal ini karena partisipan

berada dalam ruang isolasi yang steril sehingga keluarga tidak dapat dengan leluasa masuk ke dalam ruang perawatan.

... Dari kaca aja, ... (partisipan 1)

... ya paling menunggu aja, sekarang adik saya yang menunggu diluar, belum lama istri saya tapi sekarang sudah pulang ke Batam gantiaan sama adik saya (partisipan 4)

..., tapi kalo disini paling Cuma nunggu aja dari luar kan terbatas keluarga tidak bisa masuk (partisipan 5)

Berbeda dengan partisipan lain yang dirawat di RIIM, partisipan yang belum pernah dirawat di RIIM dan hanya mendapatkan pengobatan dengan cara kontrol secara teratur mengungkapkan beberapa dukungan yang diberikan oleh keluarga.

Selalu mengantar tiap kontrol (partisipan 3)

Ngingetin minum obat, kalo keluar pake masker... Ya intinya sih keluarga mendukung (partisipan 3)

Tema 6: Harapan saat Neutropenia

Berbagai harapan dikemukakan oleh partisipan saat mengalami neutropenia. Harapan tersebut merupakan salah satu penyemangat partisipan dalam menjalani pengobatan. Harapan tersebut diharapkan meningkatkan kualitas hidup partisipan selama menjalani perawatan dan pengobatan selama mengalami neutropenia baik saat perawatan di RIIM atau saat mengalami neutropenia di rumah. Harapan yang diungkapkan partisipan adalah harapan untuk sembuh.

Tetap semangat pastinya ya Selalu berpikir positif aja, ini sudah wajar leukosit rendah karena artinya obat ini berhasil istilahnya gitu jadi ya buat semangat aja lebih menjaga diri karena leukosit rendah rawan infeksi (partisipan 1)

Partisipan lain merasa penyakit yang dialami saat ini merupakan hidayah dari Tuhan walaupun tetap yakin untuk sembuh.

Kalo saya yakin dan optimis pasti sembuh, karena Tuhan tidak mencoba umatnya ini hanya hidayah dari Tuhan ... (partisipan 5)

BAB V

PEMBAHASAN

5.1 Interpretasi Hasil Penelitian dan diskusi

Penelitian menggunakan pendekatan studi fenomenologi berusaha untuk menjelaskan dan memahami bagaimana partisipan mengalami fenomena yang berbeda. Penelitian ini mengeksplorasi pengalaman 5 partisipan (4 orang laki-laki dan 1 perempuan) yang mengalami neutropenia atau pernah mengalami neutropenia akibat kemoterapi untuk lebih memahami bagaimana pengalaman mereka dalam melakukan aktifitas perawatan diri. Neutropenia memiliki efek yang tidak hanya mempengaruhi kondisi fisik partisipan namun juga mempengaruhi kondisi psikologis partisipan. Penelitian dalam area ini menjadi sesuatu yang penting dalam literatur terbaru mengingat bahwa neutropenia terutama febrile neutropenia menjadi salah satu kegawatan onkologi (Seth & Bath, 2011). Penelitian sebelumnya lebih menitikberatkan kepada penelitian dalam penggunaan terapi pengganti GCSF yang memiliki harga mahal dengan menggunakan madu (Zidan, et al., 2006), penelitian lain juga telah mengkaji faktor yang berhubungan dengan febrile neutropenia pada pasien leukemia akut yang menerima kemoterapi (Lekdamrongkul, 2009), serta beberapa penelitian lain dalam bidang keperawatan.

Beberapa tema yang telah diidentifikasi pada partisipan yang mengalami neutropenia. Tema-tema tersebut adalah: 1) waktu pengobatan dan perawatan yang lama, 2) persepsi yang salah tentang neutropenia, 3) perasaan negatif dan koping saat neutropenia, 4) kesulitan perawatan diri, 5) dukungan keluarga dan teman dan 6) harapan saat neutropenia. Beberapa tema yang telah dianalisa diatas telah dan pernah diteliti dalam penelitian sebelumnya, walaupun penelitian kualitatif dalam area dan topik ini masih terbatas. Bab ini akan membahas temuan dari penelitian dan dihubungkan dengan penelitian sebelumnya.

5.1.1 Waktu Pengobatan Dan Perawatan Yang Lama

Pasien yang mengalami neutropenia akan mengalami perawatan di RIIM selama lebih kurang 25-35 hari yang dihitung dari dimulainya kemoterapi, lamanya perawatan di RIIM bergantung kepada kenaikan leukosit. Empat orang partisipan yang pernah atau sudah mengalami perawatan di RIIM, pernah atau sudah mengalami perawatan yang

dialami di RIIM bervariasi antara hitungan minggu maupun dalam hitungan satuan. Partisipan yang ditemui ada yang sudah mengalami neutropenia akibat kemoterapi pada minggu pertama perawatan di RIIM (P3), partisipan lima mengalami neutropenia setelah mendapatkan kemoterapi dari pengobatan sebelumnya yaitu sekitar satu minggu sebelumnya karena pada saat di RIIM pasien sudah menjalani lama perawatan dua minggu dan sedang mengalami neutropenia. Begitu juga dengan partisipan tiga yang mengalami neutropenia setelah menjalani kemoterapi oral 2 minggu sebelumnya. Penelitian ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Friese (2006) yang menyatakan bahwa insidensi kejadian neutropenia pada pasien yang menjalani kemoterapi terjadi selama 7-10 hari, belum termasuk kedalam lamanya hari perawatan.

Partisipan lain (P1) sering kali mengalami neutropenia akibat kemoterapi agresif yang didapatkannya. Partisipan sendiri mengungkapkan bahwa sudah menjalani perawatan 8 kali di RIIM. Begitu juga dengan partisipan 2 yang sudah 21 kali menjalani kemoterapi (fase kemoterapi konsolidasi dengan obat kemoterapi ARA-C dan Daunocyn), dengan lama waktu perawatan dua setengah bulan. Menurut Chu (2008) pada fase konsolidasi pasien mendapatkan kemoterapi dengan waktu pengobatan 1 – 14 hari dan terdiri dari beberapa siklus, sehingga waktu perawatan akan membutuhkan waktu yang lama. Neutropenia yang terjadi pada kedua partisipan diakibatkan oleh jenis kemoterapi agresif yang diberikan.

5.1.2 Persepsi Yang Salah Tentang Neutropenia

Minimnya sarana edukasi kesehatan di ruang rawat menimbulkan beberapa persepsi yang salah dari partisipan tentang neutropenia, hal lain yang dapat menimbulkan persepsi yang salah adalah pendidikan kesehatan yang belum efektif seperti tanpa menggunakan media dan alat bantu yang sesuai serta belum ditunjang oleh fasilitas pendidikan kesehatan yang memadai. Persepsi yang salah dapat diketahui dari hampir semua partisipan yang tidak mengetahui apa itu neutropenia, pengertian neutropenia serta akibat neutropenia.

Sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Eftekhar dan Yarandi (2004) mengenai tingkat pengetahuan dan kesadaran tentang kanker pada pasien dengan kanker ginekologi didapatkan bahwa 34% responden memiliki tingkat pengetahuan

yang buruk tentang kanker secara umum. Berbeda dengan penelitian yang dilakukan oleh Yani dan Nurhidayah (2005) mengenai pengetahuan penderita kanker tentang kemoterapi di rumah sakit umum pusat Haji Adam Malik Medan didapatkan bahwa sebanyak 16 responden memiliki tingkat pengetahuan yang kurang, 68% pengetahuan cukup, dan 16% berpengetahuan baik. Peneliti berpendapat bahwa selama menjalani perawatan partisipan tidak mendapatkan penjelasan yang baik mengenai neutropenia, partisipan hanya dijelaskan mengenai efek samping kemoterapi yang dijalani oleh tenaga kesehatan hal ini terlihat dari beberapa ungkapan partisipan yang kebingungan saat ditanya mengenai neutropenia namun saat peneliti menanyakan apa yang sudah dijelaskan oleh tenaga kesehatan baik dokter atau perawat partisipan mampu menjawab, walaupun hal tersebut merupakan efek samping dari kemoterapi seperti kadar haemoglobin, leukosit, dan trombosit yang rendah (myelosupresi). Pendidikan kesehatan yang baik dapat meningkatkan pemahaman dan pengetahuan pasien terutama dalam berperilaku yang baik dalam menjalani perawatan selama mengalami neutropenia.

5.1.3 Perasaan Negatif Dan Koping Saat Neutropenia

Pasien yang mengalami neutropenia mengalami penurunan kualitas hidup, hal ini terjadi karena pasien yang mengalami neutropenia rentan untuk terjadi infeksi sehingga membutuhkan perhatian dan perawatan khusus (Larson & Nirenberg dalam Ropka & Padilla, 2007). Rendahnya kualitas hidup pasien selama kemoterapi mempengaruhi kemampuan dan keinginan pasien untuk menyelesaikan pengobatan (Cella dalam Ropka & Padilla, 2007). Penurunan kualitas hidup ini diawali dengan timbulnya berbagai perasaan negatif seperti takut, merasa susah, banyak aturan, tidak tahu bagaimana, serta merasa sedih. Sejalan dengan hal tersebut sebuah studi kasus mengenai depresi pada pasien karsinoma servix di RSUD DR Soetomo Surabaya menyatakan bahwa tidak semua pola koping yang digunakan penderita kanker adalah koping yang tepat, sebagian besar memiliki koping negatif berupa menyerah diri pasif (Setawan & Handadari, 2002).

Perasaan takut dapat timbul dari efek samping yang diakibatkan oleh kemoterapi itu sendiri. Perasaan susah dan banyak aturan dapat timbul karena banyaknya hal yang harus dihindari oleh partisipan saat mengalami perawatan dan pengobatan, sedangkan perasaan tidak tahu bagaimana harusnya dilakukan jika kurangnya sarana

edukasi kesehatan seperti media penyuluhan yang dapat dibaca dengan mudah oleh partisipan sehingga perasaan tidak tahu bagaimana menjadi jelas apa yang harus dilakukan oleh partisipan. Perasaan sedih dapat muncul jika sudah masuk ke RIIM karena disana pasien tidak dapat berinteraksi secara langsung dengan keluarga, komunikasi hanya dapat dilakukan melalui sarana komunikasi seperti handphone dan intercom di ruangan. Perasaan sedih dapat juga terjadi akibat tidak dapat bersentuhan secara langsung dengan keluarga seperti memeluk, membelai dan sebagainya untuk mencurahkan kasih sayang.

Berbagai koping yang dilakukan oleh partisipan seperti mengikuti saran, dibawa senang, menonton televisi, dan berdo'a. Partisipan yang menjalani perawatan di RIIM pada saat mengalami neutropenia melakukan berbagai kegiatan yang dapat menghibur dirinya sebagai mekanisme koping.

Partisipan lain mengatakan koping yang dilakukannya adalah mengikuti saran yang diberikan oleh tenaga kesehatan walau saran tersebut dirasakan menjadikan banyaknya aturan yang diberikan kepada dirinya. Selain mengikuti saran partisipan lain mengatakan dengan dibawa senang, memandang segala sesuatu dari segi positif tidak memandang dari sisi negatif yang menimbulkan perasaan duka. Partisipan lain menyatakan bahwa pada saat neutropenia dan tidak dapat berbuat apa-apa hal yang dilakukannya adalah menonton televisi. Televisi merupakan salah satu sarana hiburan didalam ruang perawatan. Partisipan lain memilih untuk berdo'a sesuai dengan keyakinannya, karena merasa dengan berdo'a lebih dekat kepada Tuhan.

5.1.4 Kesulitan Perawatan Diri

Pada saat menjalani perawatan ataupun pengobatan saat neutropenia, partisipan memiliki berbagai pengalaman perawatan diri. Perawatan diri yang dilakukan partisipan hanya terbatas pada kegiatan perawatan diri seperti mandi, sikat gigi dan berkumur. Berbeda dengan pendapat dan panduan yang diberikan oleh Loerzel (2005), NCCN & ACS (2002), & Wilson (2002) bahwa pasien yang mengalami neutropenia dianjurkan untuk melakukan beberapa aktifitas seperti mencuci tangan secara teratur terutama sebelum makan dan setelah selesai dari kamar mandi; menghindari keramaian dan orang yang sakit flu dan pilek, menghindari membersihkan kotoran hewan, mandi setiap hari, menggosok gigi dua kali sehari menggunakan sikat gigi yang lembut, menghindari konstipasi dengan menggunakan obat pencabar

secara teratur, menghindari penggunaan suppositoria atau enema, makan hanya makanan yang dimasak matang, menghindari mengkonsumsi susu atau minuman lain yang belum dipasteurisasi. Hasil analisa tematik mendapatkan bahwa partisipan belum memiliki persepsi yang baik mengenai apa itu perawatan diri, baru setelah dijelaskan sedikit oleh peneliti maka partisipan dapat menceritakan berbagai perawatan diri yang dilakukannya. Perawatan diri yang dilakukan partisipan baru mencakup kegiatan *personal hygiene* seperti kumur-kumur, sikat gigi dan mandi serta pengalamannya saat melakukan aktifitas *personal hygiene* tersebut. Tiga orang partisipan menyatakan kegiatan perawatan diri yang biasa dilakukan untuk kebersihan rongga mulut adalah dengan melakukan kumur-kumur, dua partisipan lainnya melakukan gosok gigi. Alat kebersihan mulut yang digunakan saat melakukan *personal hygiene* berupa minosep, sikat gigi halus, odol dan nystatin.

Peneliti berpendapat perbedaan ini bisa saja terjadi karena partisipan yang diwawancarai adalah partisipan yang dirawat atau pernah dirawat di RIIM, segala aktifitas yang dilakukan di dalam ruang steril. Walaupun pada partisipan yang mengalami neutropenia di rumah peneliti sebenarnya menemukan hal tersebut namun tidak bisa diangkat untuk dilakukan analisa tematik karena tidak saturasi dengan pernyataan partisipan yang lain.

Lekdamrongkul, Pongthavornkamol, Chewapoonpon, & Siritanaratkul (2009) menyatakan bahwa pasien dengan leukemia akut (89.3%) memiliki tingkat perawatan diri yang baik. Pernyataan ini tergambar dari aktifitas perawatan diri yang dilakukan oleh partisipan. Gambaran pengalaman partisipan saat melakukan perawatan diri pada penelitian ini diungkapkan dalam berbagai aktifitas perawatan diri.

Sarana kebersihan diri yang diungkapkan dalam penelitian ini untuk melakukan *personal hygiene* diantaranya adalah: betadin, sabun cair kesehatan, dan betadine cair, sedangkan sarana kebersihan diri untuk melakukan aktifitas kumur-kumur dan sikat gigi adalah: minosep, nystatin, betadin kumur, sikat gigi halus dan odol. Peneliti mengalami kesulitan dalam menemukan penelitian terdahulu mengenai alat kebersihan diri yang digunakan oleh pasien yang mengalami neutropenia sebagai bahan perbandingan dengan penelitian yang dilakukan peneliti.

Pengalaman lain yang diungkapkan partisipan selama penelitian adalah perasaan mereka saat melakukan aktifitas perawatan diri menggunakan alat perawatan diri yang berbeda dengan yang digunakan biasanya. Partisipan mengungkapkan perasaan saat menggunakan betadin sebagai alat mandi yaitu bau, merasa kurang segar dan membuat kulit kering selain itu berasa lengket dan nempel di kulit partisipan lain mengungkapkan perasaannya saat menggunakan betadin sebagai alat mandi yaitu merasa biasa saja seperti menggunakan sabun mandi biasa serta berasa agak licin. Perasaan partisipan saat menggunakan obat kumur seperti minosep, dan nystatin serta betadin kumur berbeda-beda. Partisipan mengungkapkan bahwa penggunaan minosep berasa pahit, bahkan ada yang menyebutkan bahwa berasa pedas. Pengalaman partisipan saat menggunakan nystatin menyebutkan rasanya seperti air tawar, sedangkan pengalaman saat menggunakan betadin kumur adalah berasa manis.

Beberapa kendala yang diungkapkan partisipan saat mengalami neutropenia diantaranya adalah tidak ada tenaga, hilang kebebasan, tidak nyaman, banyak aturan tidak bisa bertemu keluarga serta merasa terbatas. Tidak ada tenaga sering dialami oleh partisipan yang mengalami neutropenia akibat kemoterapi hal ini merupakan efek dari menurunnya kadar sel darah yang membuat pasien merasa lemas dan lesu, dampak lain yang dapat terjadi adalah badan terasa ngilu akibat penurunan nilai trombosit dalam darah. Crawford et al., (2004) menjelaskan bahwa efek samping dari kemoterapi adalah terjadinya myelosupresi, berupa neutropenia, trombositopenia atau anemia.

Perasaan hilang kebebasan, tidak nyaman, tidak bisa bertemu keluarga dan merasa terbatas dialami oleh partisipan yang menjalani perawatan di RIIM. Hal ini terjadi karena selama dalam perawatan di RIIM tersebut partisipan ditempatkan dalam ruangan steril, sehingga kebebasan, perasaan risih tidak bisa bertemu keluarga dapat terjadi. RIIM sendiri melarang anggota keluarga untuk masuk dan menunggu didalam ruang perawatan. Keluarga yang menunggu berada di luar ruangan dengan dipisahkan oleh dinding kaca. Sarana komunikasi dengan keluarga yang menunggu dapat menggunakan *intercom* ataupun alat komunikasi lainnya seperti *handphone*.

Banyak aturan dialami oleh partisipan yang menjalani perawatan rawat jalan. Hal ini terjadi karena selama dalam pengobatan banyak aturan yang diberikan kepada partisipan seperti harus menggunakan baju lengan panjang, menggunakan masker dan sebagainya. Hal ini dirasakan oleh partisipan sebagai banyak aturan. Tujuan dari pemberian berbagai aturan tersebut kepada partisipan adalah menghindari terpapar dengan penyakit dan menghindari efek kemoterapi lain terhadap orang disekitarnya.

5.1.5 Dukungan Keluarga dan Teman

Saat menjalani pengobatan ataupun saat mengalami neutropenia partisipan selain mendapatkan dukungan dari tenaga kesehatan seperti perawat dan dokter juga mendapatkan dukungan dari teman dan keluarga. Partisipan menyatakan bahwa selama menjalani perawatan dan pengobatan mendapatkan dukungan dari keluarga. Istiyanto dan Noegroho (2005) dalam penelitian untuk mengetahui bentuk dukungan yang diberikan oleh staf medis dan keluarga terhadap kesembuhan pasien menemukan bahwa terdapat peningkatan motivasi pada pasien kanker yang mendapatkan dukungan dari staf medis dan keluarga dengan melakukan komunikasi interpersonal.

Berbagai jenis dukungan yang tergambar pada penelitian ini teman main kerumah saat sudah pulang dari perawatan, melihat dari kaca saat dirawat di RIIM. Partisipan lain yang tidak pernah mengalami perawatan di RIIM menyatakan dukungan yang diberikan berupa mengantral setiap kali kontrol, mengingatkan minum obat, dan mengingatkan menggunakan masker saat berada diluar rumah. Penggunaan masker dimaksudkan sebagai pencegahan untuk menghindari dari debu, asap rokok dan penyakit. Partisipan lain menyatakan berbagai dukungan yang diberikan oleh keluarga selama perawatan seperti menunggu partisipan dirawat, menyuapi, memandikan jika kondisi diizinkan oleh ruang perawatan. Dukungan keluarga dan teman meningkatkan semangat dan motivasi pasien dalam menjalani perawatan dan pengobatan yang membutuhkan waktu yang lama.

5.1.6 Harapan Saat Neutropenia

Harapan partisipan saat mengalami neutropenia terjawab melalui tema harapan saat neutropenia. Berbagai harapan partisipan dinyatakan kedalam beberapa kategori seperti tetap semangat, berpikir positif, yakin sembuh, dan optimis.

Harapan-harapan tersebut meningkatkan kualitas hidup partisipan sehingga lamanya hari rawat tidak terlalu dirasakan oleh partisipan. Usaha untuk melibatkan pasien dalam setiap pengambilan keputusan dapat meningkatkan harapan dan kualitas hidup pasien karena kepatuhan pengobatan akan menjadi buruk jika pasien tidak menganggap pengobatan berhasil sebagai akibat tidak adanya perbaikan, perubahan atau tidak sesuai dengan harapan mereka (Higginson & Carr, dalam Ropka & Padilla, 2007). Penelitian lain yang dilakukan oleh Burt (2011) mengenai harapan dan spiritualitas dan hubungannya dengan kualitas hidup pasien kanker menemukan bahwa terdapat hubungan yang signifikan antara harapan dan spiritualitas terhadap pengobatan dan dampaknya terhadap kualitas hidup pasien.

Penelitian yang dilakukan oleh Milone (2010) mengenai tingkat harapan pada pasien yang mendapatkan terapi medis untuk diagnosa kanker paru didapatkan hasil bahwa pasien terus miliki harapan walaupun melihat kondisi penyakitnya yang parah, selain itu didapatkan bahwa pasien yang mendapatkan kemoterapi sekunder memiliki harapan yang lebih tinggi (43.64%) dibandingkan pasien lain. Sementara hasil penelitian yang dilakukan oleh Schmer (2010) tentang efek diagnosa kanker terhadap harapan serta daya tahan menemukan bahwa anggota keluarga sering memiliki efek yang berlawanan dengan pasien kanker dan lebih membutuhkan dukungan dibandingkan pasien kanker itu sendiri. Pernyataan ini juga disampaikan oleh partisipan 5 yang menyatakan bahwa pada saat dirinya didiagnosa leukemia anggota keluarga adalah orang-orang yang paling merasa bersalah dan terpukul sedangkan dirinya (P5) merasa hal tersebut sebagai hidayah dari Tuhan.

5.2 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini memiliki beberapa keterbatasan terkait dengan penentuan partisipan, kemampuan peneliti, keterbatasan dari aspek partisipan, kendala teknis dan penelusuran literatur.

Keterbatasan peneliti temukan saat akan melakukan validasi hasil wawancara kepada partisipan. Kendala peneliti dapatkan dari partisipan kedua yang meninggal sebelum hasil transkrip selesai sehingga untuk memvalidasi hasil wawancara tidak dapat peneliti lakukan. Begitu pula saat akan memvalidasi hasil analisa partisipan (P1) meninggal dunia sehingga tidak dapat dilakukan validasi hasil analisa. Kedua

kejadian tersebut dapat mengurangi reliabilitas dan validitas dari data yang diperoleh.

keterbatasan lain terjadi akibat adanya distraksi yang terjadi karena pada saat wawancara keluarga partisipan yang menunggu meminta izin untuk pulang dan bergantian menunggu dengan suami pasien, selain itu juga terganggu dengan adanya suara *intercom* dari keluarga partisipan (anak) yang meminta izin untuk pulang hal ini dapat menyebabkan hilangnya konsentrasi dari partisipan. Keterbatasan lain didapatkan pada saat melakukan wawancara pada partisipan kedua dimana saat wawancara dilakukan suara partisipan yang sangat kecil selain itu saat wawancara partisipan hanya tampak mata dan hidungnya sedangkan mulut tertutup dibawah selimut sehingga suara partisipan bertambah kecil sehingga kualitas hasil rekaman wawancara akan berkurang akibat suara yang tidak terdengar.

Keterbatasan lain yaitu kemampuan peneliti melakukan wawancara mendalam dan kemampuan mengakses sumber literatur. Kemampuan peneliti dalam melakukan wawancara mendalam kurang optimal dikarenakan peneliti baru pertama kali melakukan penelitian kualitatif lebih lanjut lagi kemampuan melakukan wawancara yang kurang mendalam ini menyebabkan banyak data penting yang tidak tergalai maksimal.

keterbatasan lain dalam mencari artikel penelitian kualitatif dikarenakan kemampuan peneliti yang belum optimal dalam menelusuri sumber literatur di internet serta aksesibilitas sumber literatur yang terbatas sehingga sumber dan penelitian terkait lain yang pernah dilakukan tidak selalu dapat ditemukan.

5.3 Implikasi Hasil Penelitian

Penelitian ini memberikan beberapa implikasi. Implikasi penelitian akan diuraikan dibawah ini.

Penelitian ini menghasilkan informasi yang sangat penting yang berhubungan dengan pengalaman diri pasien kanker dengan neutropenia. Informasi ini menjelaskan pengalaman neutropenia pasien kanker khususnya pasien kanker haematologi, pengalaman perawatan diri pasien kanker, harapan pasien saat

neutropenia, koping pasien saat neutropenia dan dukungan keluarga dan teman sehingga pengalaman yang sudah partisipan ungkapkan ini akan menjadi dasar atau pemahaman dasar bagi perawat yang bekerja di seluruh tatanan pelayanan kesehatan khususnya perawatan pasien kanker sehingga akan semakin optimal dan mutu pelayanan asuhan keperawatan semakin baik dan meningkat.

Penelitian ini sangat berimplikasi terhadap pendidikan keperawatan, hal tersebut akan menjadi dasar dalam perbaikan keterampilan dan pemahaman peserta didik yang akan mendukung kompetensinya dalam menjalankan perannya sebagai pemberi pelayanan kesehatan terutama keperawatan medikal bedah khususnya keperawatan onkologi sehingga angka kejadian kegawatan onkologi dapat dicegah.

Pada penelitian ini peneliti mendapatkan informasi mengenai persepsi, harapan, perasaan dan koping saat neutropenia, serta pengalaman perawatan diri yang akan berpengaruh terhadap keberhasilan perawatan dan pengobatan klien. Berbagai bentuk pengalaman tersebut dapat digunakan sebagai dasar dalam penelitian kualitatif maupun kuantitatif selanjutnya.

BAB VI

SIMPULAN DAN SARAN

6.1 Simpulan

Berdasarkan hasil penelitian dan uraian pembahasan pada bab sebelumnya dapat disimpulkan pengalaman partisipan saat neutropenia dan pengalaman yang dilakukan. Pengalaman partisipan beragam begitu pula perawatan diri dan harapan serta dukungan dari keluarga dan teman.

Pengalaman neutropenia yang dirasakan oleh partisipan selama dirawat atau selama menjalani pengobatan berupa mengalami waktu pengobatan dan perawatan yang lama, walaupun menjalani pengobatan dan perawatan yang lama namun partisipan masih memiliki persepsi yang salah tentang neutropenia. Berbagai perasaan yang dialami oleh partisipan saat mengalami neutropenia berupa perasaan negatif. Koping yang dilakukan saat mengalami neutropenia umumnya adalah koping yang adaptif.

Pengalaman perawatan diri partisipan beragam. Partisipan umumnya tidak memiliki persepsi tentang perawatan diri yang baik hal ini dinyatakan oleh partisipan yang menjawab tidak tahu apa itu perawatan diri. Jenis perawatan diri yang dilakukan oleh partisipan seperti mandi dan kumur-kumur, berbagai alat perawatan diri dan perasaan saat menggunakan alat perawatan diri tersebut dikemukakan oleh partisipan. Kendala dalam melakukan perawatan diri diungkapkan oleh partisipan yang tergabung dalam tema kesulitan perawatan diri.

Dukungan dari keluarga dan teman sangat dibutuhkan oleh partisipan. Semua partisipan mengungkapkan mendapat dukungan dari keluarga dan mendapatkan berbagai jenis dukungan. Harapan saat mengalami neutropenia beragam harapan tersebut terutama berupa keyakinan untuk sembuh.

6.2 Saran

6.2.1 Bagi Institusi Pelayanan

Bagi rumah sakit termasuk perawat, melalui hasil penelitian ini hendaknya menjadi dasar dalam memberikan asuhan pada klien khususnya pada klien kanker dengan neutropenia. Pasien dan keluarga perlu mendapatkan informasi mengenai efek samping

kemoterapi khususnya neutropenia meliputi pengertian sampai akibat neutropenia, juga perawatan diri yang harus dilakukan selama mengalami neutropenia baik saat diruang rawat maupun di rumah. Bagi RS Kanker Dharmais perlu dilakukan pelatihan secara berkala terutama pelatihan perawatan pasien kanker dengan neutropenia, juga diharapkan dapat menyusun pedoman standar dalam memberikan asuhan kepada pasien kanker dengan neutropenia.

Meningkatkan peran perawat spesial keperawatan medikal bedah di ruang rawat. Perawat spesialis diharapkan dapat menjadi role model bagi perawat generalis dalam memberikan asuhan keperawatan pada pasien kanker khususnya pasien yang mengalami neutropenia akibat kemoterapi, selain itu diharapkan perawat spesialis dapat membuat panduan intervensi keperawatan dan sarana edukasi bagi pasien dengan neutropenia.

6.2.2 Bagi Institusi pendidikan

Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan penelitian khususnya dalam penelitian kualitatif. Meningkatkan pengetahuan dan keterampilan peserta didik dalam melakukan asuhan keperawatan pada pasien kanker khususnya pasien kanker dengan neutropenia untuk meminimalkan angka kejadian kegawatan onkologi. Memberikan fasilitas di perpustakaan tentang literatur pengalaman perawatan diri, harapan pasien saat neutropenia, kendala pasien saat neutropenia dan literatur tentang neutropenia itu sendiri.

6.2.3 Bagi Penelitian Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjut tentang perawatan diri, harapan, dukungan yang diberikan kepada pasien kanker dengan neutropenia dengan penelitian kualitatif ataupun penelitian kuantitatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Alberta Health Services. (2008). Management of adult febrile neutropenia. *Adult febrile neutropenia protocol*.
- Berkery, R., Cleri, L. B., & Skarin, A. T. (1997). *Oncology pocket guide to chemotherapy*. London: MOsby-Wolfe.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2005). Client with cancer. Dalam P. Meier (Penyunt.), *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcome* (hal. 365-382). St. Louis: Elsevier.
- Black, J. M., & Hawks, J. H. (2009). Client with cancer. Dalam P. W. Smith (Penyunt.), *Medical surgical nursing: Clinical management for positive outcome* (hal. 290 -291). St. Louis: Elsevier.
- Burt, N. (2011). *Hope and spirituality and their relationship to the overall quality of life in cancer patients*. Indiana: Indiana State University.
- Cancer centre of Southeastern Ontario at Kingston General Hospital. (2005). Febrile Neutropenic Clinic Follow-up Assessment.
- Caudel, K. A., Cuaron, L. J., & Galluci, B. B. (1996). Cancer biology: molecular and cellular aspect. Dalam R. Mccorkle, M. Grant, M. Frank-stromborg, & S. B. Baird (Penyunt.), *Cancer nursing: A comprehensive textbook* (2nd ed., hal. 150-170). Philadelphia: W.B. Saunders Company.
- Chambers, R. (2006). What we know about the practice and impact of self care. Dalam R. Chambers, G. Wakley, & A. Blenkinsopp, *Supporting self care in primary care* (hal. 14-29). Oxford: Radcliffe publishing Ltd.
- Chu, E. (2008). *Pocket guide to chemotherapy protocols* (5 ed.). Mississauga, Ontario, Canada: Jones & Bartlett.
- Coughlan, M., & Healy, C. (2008). Nursing care, education and support for patient with neutropenia. *Nursing standard*, 22(46), 35-41.
- Crawford, J., Dale, D. C., & Lyman, G. H. (2003). Chemotherapy-induced Neutropenia: Risk, consequences, and new directions for its management. *American Cancer Society*, 228-237.
- Creswell, J. W. (2010). *Qualitative inquiry and research design choosing among fivetraditions*. Sage Publications.

- Demille, D., Deming, P., Lupinacci, P., & Jacobs, L. A. (2006). The effect of the neutropenic diet in the outpatient setting: A pilot study. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 337-343.
- Department of Clinical Haematology Oxford Radcliffe Hospital Trust. (2009, May). Nursing Care Plan: Febrile Neutropenia.
- Donohue, R. B. (2006). Development and implementation of a risk assessment tool for chemotherapy induced neutropenia. *Oncology Nursing Forum*, 33(2), 347-352.
- Eftekhar, Z., & Yarandi, F. (2004). Knowledge and concerns about cancer in patients with primary gynecologic cancer. *Asian Pacific Journal Cancer*, 213-216.
- Friese, C. R. (2006). Chemotherapy-induced neutropenia: Important new data to guide nursing assessment and management. *Cancer therapy and supportive care*, 21-25.
- Geraldine, P., & Ropka, M. E. (2005). Quality of life and chemotherapy-induced neutropenia. *Cancer Nursing*, 28(3), 168-171.
- Gippsland Oncology Nurses Group. (2010). Management of febrile neutropenia in adults. *Febrile Neutropenia in adults*.
- GLOBOCAN. (2008). *GLOBOCAN 2008: cancer fact sheet*. Dipetik Mei 20, 2012, dari <http://globocan.iarc.fr>: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/all.asp>
- Herdman, T. H. (2009). *Nanda International Nursing diagnoses: Definitions & classification 2009-2011*. Iowa: Wiley-Blackwell.
- Hsieh, M., Everhart, J., Bryf-holt, D., Tisdale, J., & Rodgers, G. (2007). Prevalance of neutropenic in the U.S. population: Age, sex, smoking status, and ethnic differences. *Annals of internal medicine*, 486-492.
- Istiyanto, S. B., & Noegroho, A. (2005). *Bentuk komunikasi antarpribadi dokter-pasien penderita kanker sebagai upaya untuk memotivasi sembuh*. Banyumas: Dinas Kesehatan Kabupaten Banyumas.
- Jemal, A., Bray, F., Center, M. M., Ferlay, J., Ward, E., & Forman, D. (2011). Global Cancer Statistics. *CA: A Cancer Journal for clinicians*, 69-90.
- Lee, Y. M., Lang, D., & Tho, P. C. (2011). The experience of being a neutropenic cancer patient in a acute care isolation room: a systematic review of qualitative evidence. *JBI Library of systematic review*, 400-416.

- Lekdamrongkul, P., Pongthavornkamol, K., Chewapoonpon, C., & Siritanaratkul, N. (2009). Factors associated with febrile neutropenia in acute leukemic patients receiving chemotherapy. *Journal of nursing science*, 58-68.
- LeMone, P., & Burke, K. (2008). Nursing care of client with cancer. Dalam *Medical surgical nursing: Critical thinking in client care* (4th ed., hal. 368-415). New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Lewis, S. M., Heitkemper, M. M., & Dirksen, S. R. (2010). Nursing management: Cancer. Dalam C. M. Bender, J. M. Yasko, & R. A. Strohl (Penyunt.), *Medical Surgical Nursing: Assessment and management of clinical problems* (7th ed.). St. Louis: Mosby.
- Loerzel, V. (2005). Fever with neutropenia. *Oncology Nursing Society*, 125-127.
- Lopez-Pousa, A., Rifa, J., Casas De Tejerina, A., Gonjalez-Larriba, J. L., Iglesias, C., Gasquet, J. A., et al. (2010). Risk assessment model for first-cycle chemotherapy-induced neutropenia in patient with solid tumours. *European Journal of Cancer Care*, 648-655.
- Lyman, G. H., Lyman, C. H., & Agboola, O. (2005). Risk models for predicting chemotherapy-induced neutropenia. *The Oncologist*, 10, 427-438.
- Marrs, J. A. (2006). Care of patients with neutropenia. *Clinical Journal of oncology nursing*, 164-166.
- Maxwell, C., & Stein, A. (2006). Implementing evidence-based guidelines for preventing chemotherapy-induced neutropenia: from paper to clinical practice. *Community Oncology*, 3(8), 530-536.
- Milone, M. A. (2010). *Level of hope in patients receiving medical treatment for the diagnosis of lung cancer*. Florida: University of Miami.
- National Comprehensive Cancer Network & American Cancer Society. (2002). *Fever and neutropenia: Treatment guidelines for patients with cancer*. Dipetik 03 15, 2012, dari www.cancer.org: http://www.cancer.org/downloads/CRI/NCCN_Fever_2002.pdf
- Polit, D. F., Beck, C. T., & Hungler, B. P. (2001). *Essentials of nursing research: Methods, appraisal, and utilization*. Philadelphia: Lippincot.
- Ropka, M. E., & Padilla, G. (2007). Assessment of neutropenia related quality of life in a clinical setting. *Oncology Nursing Forum*, 34(2), 403-409.
- Schmer, C. E. (2010). *The effect of cancer diagnosis on hope and resilience: a correlational, longitudinal study*. Kansas: University of Missouri.

- Seth, R., & Bhat, A. S. (2011). Management of common oncologic emergencies. *Indian Journal of Pediatrics*, 709-711.
- Setiawan, H., & Handadari, W. (2002). *Studi kasus depresi pada pasien karsinoma servix dengan keluhan utama nyeri di poli paliatif bebas nyeri rsud DR. Soetomo SURabaya*. Surabaya: Fakultas Psikologi Universitas Airlangga.
- Speziale, H. S., Streubert, H. J., & Carpenter, D. R. (2010). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Strauss, A., & Corbin, J. (2009). Pendahuluan. Dalam *Basic of qualitative research (edisi Bahasa Indonesia)* (M. Shodiq, & I. Muttaqien, Penerj., hal. 4-10). Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). Dorothea E Orem: Self-care deficit theory of nursing. Dalam S. G. Taylor (Penyunt.), *Nursing theorist and their work* (6th ed., hal. 267-296). St. Louis: Mosby Elsevier.
- Wilson, B. J. (2002). Dietary recommendations for neutropenic patient. *Seminars in Oncology Nursing*, (hal. 44-49).
- Wood, G. L., & Haber, J. (2010). *Nursing research: Methods and critical appraisal for evidence-based practice*. St. Louis: Mosby Elsevier.
- Workman, M. L. (2010). Cancer development. Dalam *Medical surgical nursing: Patient centered collaborative care* (6th ed., Vol. 1, hal. 399-413). St. Louis: Elsevier Saunders.
- World Health Organization. (2003). *Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020*. Dipetik November 1, 2011, dari www.who.int/mediacentre/releases/2003/pr27/en
- World Health Organization. (2010). *Indoneisa health profile: Proportional NCD 2010*. Dipetik 05 2012, dari <http://www.who.int/countries/idn/en/>
- Yani, E. V., & Nurhidayah, R. E. (2005). Pengetahuan penderita kanker tentang kemoterapi di rumah sakit pusat haji adam malik medan. *Jurnal Keperawatan Rufaidah Sumatera Utara*, 1-7.
- Zidan, J., Shetver, L., Gershuny, A., Abzah, A., Tamam, S., Stein, M., et al. (2006). Prevention of chemotherapy induced neutropenia by special honey intake. *Medical Oncology*, 23(4), 549-552.

PENJELASAN PENELITIAN

Saya: Achmad Fauji

Magister (S2) Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia

Bermaksud mengadakan penelitian tentang: pengalaman perawatan diri pasien kanker dengan neutropenia akibat kemoterapi di RS Kanker Dharmais Jakarta” menggunakan penelitian kualitatif dengan metode fenomenologi. Bersama ini ada beberapa hal yang ingin saya sampaikan sebagai berikut:

1. Tujuan penelitian ini adalah untuk mengeksplorasi lebih dalam pengalaman perawatan diri
2. Kegiatan yang dilakukan untuk mendapatkan informasi dengan wawancara dan observasi. Wawancara akan dilakukan selama 60 – 75 menit, untuk waktu dan tempat sesuai dengan kesepakatan yang dibuat oleh peneliti dan partisipan. Jika ditemukan kekurangan informasi maka akan dilakukan wawancara selanjutnya dengan waktu dan tempat yang disepakati sebelumnya.
3. Selama wawancara dilakukan, partisipan memiliki kebebasan untuk menjawab setiap pertanyaan dan pengalamannya tanpa paksaan sama sekali.
4. Selama penelitian, peneliti menggunakan alat bantu berupa catatan lapangan (*field notes*) dan *digital voices recorder* untuk membantu kelancaran pengumpulan data.
5. Pada penelitian ini tidak ada perlakuan terhadap partisipan.
6. Semua data termasuk rekaman dan catatan yang berhubungan dengan partisipan terjaga kerahasiaannya.
7. Pelaporan hasil penelitian ini akan menggunakan kode partisipan dan bukan nama sebenarnya.
8. Partisipan berhak mengajukan keberatan kepada peneliti jika terdapat hal-hal yang tidak berkenan bagi partisipan dan selanjutnya akan dicari penyelesaiannya berdasarkan kesepakatan peneliti dan partisipan.
9. Keikutsertaan partisipan dalam penelitian ini didasarkan pada prinsip sukarela tanpa adanya unsur paksaan dari peneliti.
10. Jika ada yang belum jelas, partisipan dapat mengajukan pertanyaan.

Lembar Persetujuan

Saya menyatakan bahwa:

1. Saya telah membaca informasi dan mendengarkan penjelasan penelitian dari peneliti tentang tujuan, manfaat dan prosedur penelitian dan saya memahami penjelasan tersebut.
2. Saya mengerti bahwa penelitian ini menjunjung tinggi hak-hak saya sebagai partisipan.
3. Saya mempunyai hak untuk berhenti berpartisipasi jika suatu saat saya merasa keberatan atau ada hal yang membuat saya tidak nyaman dan tidak dapat melakukannya.
4. Saya memahami bahwa rekaman dan transkrip hasil wawancara akan disimpan oleh peneliti dan peneliti hanya akan menggunakannya untuk keperluan penelitian ini.
5. Saya sangat memahami bahwa keikutsertaan kami menjadi partisipan sangat besar manfaatnya bagi peningkatan ilmu pengetahuan terutama ilmu keperawatan.

Dengan pertimbangan tersebut, saya memutuskan secara sukarela tanpa adanya paksaan bersedia berpartisipasi dalam penelitian ini. Demikian pernyataan ini saya buat untuk dapat digunakan dengan semestinya.

.....,2012

Partisipan

Data Demografi Partisipan

Kode: _____

Inisial Partisipan : _____
 Usia : _____
 Agama : _____
 Pekerjaan : _____
 Alamat : _____
 Status Pernikahan : _____
 Jenis Kemoterapi : _____
 Fase Kemoterapi : _____
 Diagnosa Medis : _____
 Nilai Laboratorium

Leukosit	Hitung Jenis Segmen	Hitung Jenis Batang	ANC (Absolute Neutrophil Count)

Pedoman Wawancara

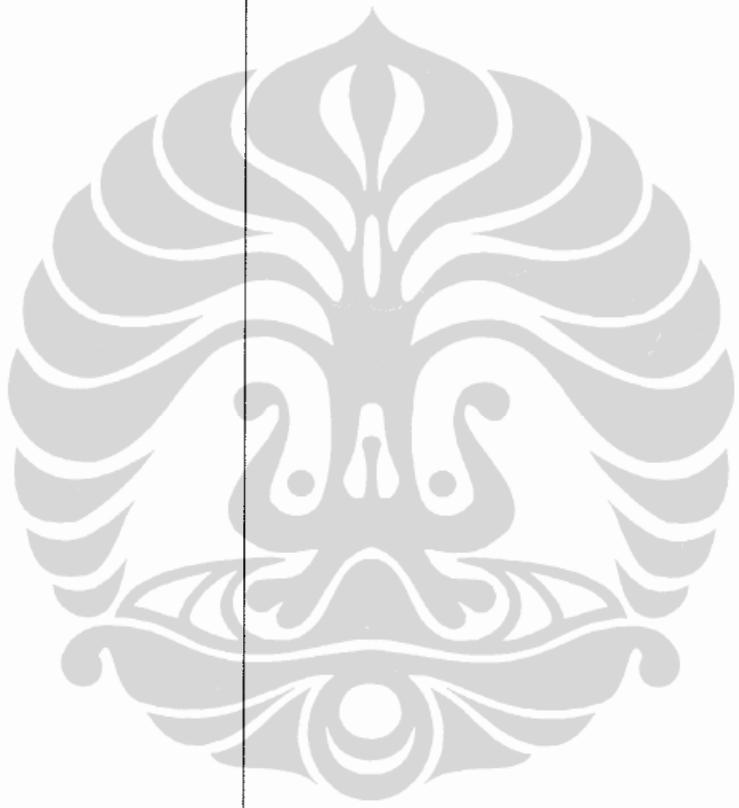
Pernyataan Pembuka

Saya sangat tertarik pengalaman bapak/ibu dalam menghadapi pengobatan kanker dengan kemoterapi ini. Mohon bapak/ibu menjelaskan kepada saya apa saja yang terkait pengalaman tersebut terutama pengalaman bapak/ibu sehari-hari untuk mencegah terjadinya infeksi yang diakibatkan oleh menurunnya kadar leukosit dan neutrofil

Contoh beberapa pertanyaan yang akan diajukan untuk memfasilitasi wawancara

1. Apa yang bapak/ibu ketahui tentang neutrofenia?
2. Bagaimana pengalaman bapak/ibu saat mengalami neutropenia?
3. Bagaimana pengalaman perawatan diri bapak/ibu saat mengalami neutropenia?
4. Bagaimana dengan dukungan keluarga yang diberikan kepada bapak/ibu saat neutropenia?
5. Apa yang bapak/ibu harapkan dari perawatan/pengobatan saat ini?

Field note/catatan lapangan

Kode Partisipan :	
Tanggal wawancara :	
Tempat Wawancara :	
Waktu wawancara :	
Gambaran peristiwa/respon	
Catan untuk diri sendiri	Observasi
	



UNIVERSITAS INDONESIA FAKULTAS ILMU KEPERAWATAN

Kampus UI Depok Telp. (021)78849120, 78849121 Faks. 7864124
Email : humasfik@ui.ac.id Web Site : www.fik.ui.ac.id

KETERANGAN LOLOS KAJI ETIK

Komite Etik Penelitian, Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dalam upaya melindungi hak azasi dan kesejahteraan subyek penelitian keperawatan, telah mengkaji dengan teliti proposal berjudul :

Studi Fenomenologi : Pengalaman Perawatan Diri Pasien Kanker dengan Neutropenia Akibat Kemoterapi di RS. Kanker Dharmais Jakarta.

Nama peneliti utama : **Achmad Fauji**

Nama institusi : **Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia**

Dan telah menyetujui proposal tersebut.

Jakarta, 16 Mei 2012

Ketua,



Dekan,
Fakultas Ilmu Keperawatan, MA, PhD

NIP. 19520601 197411 2 001

Yeni Rustina, PhD

NIP. 19550207 198003 2 001



KEMENTERIAN KESEHATAN RI
DIREKTORAT JENDERAL BINA UPAYA KESEHATAN
RUMAH SAKIT KANKER "DHARMAIS"
PUSAT KANKER NASIONAL

Jl. Let. Jend. S. Parman Kav. 84-86, Slipi, Jakarta Barat 11420
Telepon : (021) - 5681570 Faksimile : (021) - 5681579



Nomor : DL.02.03/4/5653/2012
Lampiran : -
Perihal : **Ijin Penelitian**

Jakarta, 29 Mei 2012

Kepada Yth:
Dekan Fakultas Ilmu Keperawatan
Universitas Indonesia
Depok - 16424

Menjawab surat Saudara nomor: 223/H2.F12.D/PDP.04.00/2012 tanggal 8 Mei 2012, Perihal Permohonan Ijin Penelitian, dengan ini kami beritahukan bahwa kami dapat menyetujui dan memberikan ijin untuk melakukan Penelitian di Rumah Sakit Kanker "Dharmais" selama 1 (satu) Minggu kepada Mahasiswa Saudara :

N a m a : **Ahmad Fauji**

N I M : 1006748425

Judul : Study Fenomenologi : Gambaran Perilaku Perawatan Diri pada Pasien Kanker dengan Neutropenia Akibat Kemoterapi di RS. Kanker Dharmais Jakarta.

Untuk kelancaran pelaksanaan Penelitian tersebut, kami telah menunjuk Nara Sumber sekaligus Pembimbing dari Rumah Sakit Kanker "Dharmais" :

N a m a : **Ns. Retno Setiowati, S.Kep**

Jabatan : Kepala Seksi Keperawatan Rawat Inap

Selanjutnya perlu kami informasikan bahwa, sesuai dengan ketentuan yang berlaku di RS Kanker "Dharmais", untuk kegiatan tersebut pada tingkat S2 dikenakan biaya per minggu / Mahasiswa, sebagai berikut:

Biaya Administrasi 1 Minggu x Rp. 75.000.-	= Rp. 75.000.-
Biaya Nara Sumber 1 Materi x Rp. 150.000.-	= Rp. 150.000.-
<u>Biaya Pembimbing 1 Minggu x Rp. 75.000.-</u>	<u>= Rp. 75.000.-</u>
Jumlah	= Rp. 300.000.-

Terbilang: **Tiga ratus ribu rupiah**

Biaya tersebut agar dibayarkan kepada Bendahara Penerima Intern RS. Kanker "Dharmais" melalui Bank Mandiri KK RS. Kanker "Dharmais" dengan nomor Rekening 116.0000060286 atas nama Dana Intern RSKD (Pembayaran tidak melalui ATM) dan sebelum melaksanakan kegiatan kami mohon agar yang bersangkutan terlebih dahulu menghubungi Bagian Diklat RS.Kanker "Dharmais" dengan membawa bukti Transfer.

Demikian, kami sampaikan dan atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Direksi Rumah Sakit Kanker "Dharmais"
Direktur SDM dan Pendidikan,


Dr. Hariyati MARS
NIP. 195412241986032001

Tembusan Yth :

1. Kepala Bagian Pendidikan dan Pelatihan
2. Pembimbing Mahasiswa di RS Kanker "Dharmais"
3. Bendahara Penerima Intern

Studi fenomenologi..., Achmad Fauzi, FIKUI, 2012

LENGKAP
KOMISI AKREDITASI RUMAH SAKIT (KARS)



ISO 9001:2000 Certified



ISO 14001:2004 Certified



BS OHSAS 18001:2007 Certified



ANALISA TRANSKRIP

No	Kalimat	Kategori	Sub tema	Tema	Partisipan				
					P1	P2	P3	P4	P5
1	<i>Kalo diitung-itung kira-kira udah ada delapan, delapan ya, sekitar delapanan</i>	Rentang Satuan	Lama pengobatan dan perawatan di RIIM		√				
2	<i>Sudah hampir dua setengah bulan disini (suara tidak jelas) itu kemo-kemoterapinya itu sudah tujuh... Disini empat belas... 21 kali</i>	Hitungan bulan dan satuan kali				√			
3	<i>Sudah 1 minggu</i>	Hitungan minggu							
4	<i>Sudah 2 minggu sejak tanggal 12 juni</i>	Hitungan minggu						√	
5	<i>Eee sejak kapan ya, ee lupa ya kayanya sih udah sejak eee tahun 2007 apa 2008 ya, kayanya 2008 ya...</i>	Rentang waktu dalam tahun	Awal mula terdiagnosa dan pengobatan	Waktu pengobatan dan perawatan yang Lama					√
6	<i>Sakit ini sudah 8 bulan sejak tahun 2011 bulan sebelas</i>	Rentang waktu dalam bulan						√	
7	<i>Saya sakit sejak bulan september 2011, boleh saya cerita sedikit...</i>	Rentang waktu dalam tahun							√
8	<i>Kurang tau itu</i>	Tidak tahu	Pengetahuan tentang neutropenia		√				
9	<i>Kanker darah</i>	Kanker darah							
10	<i>Wah gak tau apa itu ya hehehehe</i>	Tidak tahu							
11	<i>Neutropenia, wak kurang tau</i>	Tidak tahu						√	
12	<i>Kalo neutropenia saya tidak tahu ya</i>	Tidak tahu							√
13	<i>Karena ya itu leukosit akan turun drastis</i>	Leukosit turun			√				
14	<i>Kanker darah itu aja</i>	Kanker darah	Definisi Neutropenia	Persepsi yang salah tentang Neutropenia					
15	<i>Ya kalo neutropenia itu belum ya, paling Cuma itu aja kalo eee minum obat fudara itu nanti eee leukosit turun, hb turun, trombosit turun</i>	Leukosit turun						√	
16	<i>Ya kalo neutropenia itu belum ya, paling Cuma itu aja</i>	Hb Turun							√

34	<i>Seperiti pasti sembuh istilahnya</i>	Yakin sembuh	√			
35	<i>ooo harus punya keyakinan sembuh</i>	Yakin sembuh	√			
36	<i>Ya gimana ya dibilang banyak aturannya ya emang harus begitu tapi eee gimana ya... Ya dijalaniin ajalah ngikutin apa kata dokter</i>	Mengikuti kata dokter		√		
37	<i>Anu ya ndak dibawa susah aja, dibawa senang aja</i>	Tidak dibawa susah			√	
38	<i>Harus punya semangat dan optimis untuk sembuh</i>	Punya semangat				√
39	<i>Apa aja yang disuruh disini diikuti</i>	sembuh				
40	<i>Ya dibawa seneng aja jangan dibawa stres</i>	Mengikuti saran				
41	<i>Ya dibawa seneng aja jangan dibawa stres</i>	Dibawa senang		√		
42	<i>Apa ya paling nonton tivi aja</i>	Jangan stress			√	
43	<i>Berdo'a aja ya sayakan dari kecil diajarkan agama, syukurnya orang tua saya terutama bapak didikan agamanya kuat kalo bukan muallaf</i>	Nonton tv				√
44	<i>Perawat maksudnya?</i>	Berdo'a				
45	<i>Susahnya ckkk (partisipasi berdecap) ya dalam perawatan diri sendiri itu</i>	Tidak Tahu	√			
46	<i>Perawatan diri?</i>	Perawatan diri		√		
47	<i>Perawatn diri? Ndak tau itu... ooo</i>	Tidak Tahu			√	
48	<i>Kebersihan diri maksudnya?</i>	Tidak tahu				
49	<i>Ooo setiap habis makan kumur-kumur</i>	Kebersihan diri				
50	<i>Gosok gigi sekarang belum bisa... Kan dibelakang</i>	Kumur-kumur	√			
51	<i>Kalo kumur-kumur sih sekarang udah rajin kalo dulu agak males</i>	Gosok gigi Kumur-kumur		√		√
		Persepsi perawatan diri	Kesulitan Perawatan Diri			

52	Gosok gigi bleh saja kalo sudah diperbolehkan, jadi ya disana itu rata-rata ya itu aja karena leukositnya turun naik	Gosok gigi	√						
53	Kalo gosok gigi selama disini (RIIM) ndak, saya Cuma kumur-kumur	Kumur-kumur							
54	Kebersihan diri seperti kumur-kumur	Kumur-kumur	√						
55	Dengan minosep selanjutnya mikostatin	Minosep							
56	Gosok gigi sekarang belum bisa... Kan dibelakang	Tidak bisa gosok gigi		√					
57	Pake sikat yang So... Sop.. Sop gitu yang alus	Sikat gigi halus							
58	Iya, biasa sikat gigi pake odol juga	Odol							
59	Pake minoset	Minosep							
60	Pake itu apa nystatin itu yang disana	Nystatin							
61	Kalo kumur saya pake nystatin sama betadine kumur	nystatin							√
62	Kalo kumur saya pake nystatin sama betadine kumur	Betadin kumur							√
63	Kalo keadaan bisa ya kita ke kamar mandi lalu di lap seluruh tubuh	Mandi	√						
64	Kalo mandi itu anu dilap sama perawat, kalo memungkinkan ya sendiri	Mandi							
65	Ooo itu... Ya paling mandi aja dua kali sehari, gosok gigi, keramas, gunting kuku	Mandi							
66	Mandi itu aja dilap itu	Mandi							√
67	Mandi ya setiap hari	Mandi							√
68	Pake air betadin, pake sabun juga bisa sih	Betadin	√						
69	Sabun cair (menyebutkan salah satu merek sabun kesehatan)	Sabun cair Kesehatan	√						
70	Betadin Iyah betul betadin	Betadin							
71	Sabun cair (menyebutkan merek sabun kesehatan)	Sabun Cair Kesehatan						√	

90	Kendalanya ya terbatas ya, tapi ya itukan buat kebaikan saya juga ya	terbatas	Dukungan Keluarga				✓
98	Iya mendukung karena ibu sudah menyerahkan semua dan percaya	Mendukung				✓	
99	Ooo (menguapppp) Mendukung sekali	Mendukung				✓	
100	Semua mendukung	Mendukung				✓	
101	Keluarga mendukung sekali walau jauh ya	Mendukung				✓	
102	Keluarga sangat mensupport saya selama saya dirawat baik dirumah sakit sebelumnya maupun saat disini	mendukung					✓
103	Temen-temen main kerumah	Teman main ke rumah	Jenis dukungan			✓	
104	Sama	Pernyataan mendukung					
105	Dari kaca aja	Melihat dari kaca				✓	
106	Selalu mengantar tiap kontrol	Mengantar kontrol					
107	Ngingetin minum obat, kalo keluar pake masker... Ya intinya sih keluarga mendukung	Mengingatkan minum obat				✓	
108	Ngingetin minum obat, kalo keluar pake masker... Ya intinya sih keluarga mendukung	Mengingatkan pakai masker				✓	
109	Ya paling nunggu aja, sekarang adik saya yang nunggu diluar, belum lama istri saya tapi sekarang sudah pulang ke Batam gantian sama adik saya	menunggu					
110	Kalo di rs sebelumnya sampai mandiin, suapin, nunggu juga, tapi kalo disini paling Cuma nunggu aja dari luar kan terbatas keluarga tidak bisa masuk	menunggu				✓	
111	Kalo di rs sebelumnya sampai mandiin, suapin, nunggu juga, tapi kalo disini paling Cuma nunggu aja dari luar kan terbatas keluarga tidak bisa masuk	menyuapi					✓
112	Kalo di rs sebelumnya sampai mandiin, suapin, nunggu juga, tapi kalo disini paling Cuma nunggu aja dari luar	Memandikan					✓

Dukungan Keluarga dan teman

DAFTAR RIWAYAT HIDUP

Nama : Achmad Fauji
Tempat, Tanggal lahir : Bekasi, 25 Juni 1980
Jenis Kelamin : Laki-laki
Pekerjaan : Dosen
Alamat Rumah : Jl. Setiadarma II RT 002/002 No. 30 Tambun Selatan Bekasi
Motto : Be Smart, Do Smart, Think Smart

Riwayat Pendidikan

Program Ners Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, 2005-2006
Program Sarjana Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, 2003-2005
Diploma III Akademi Keperawatan Departemen Kesehatan Jakarta, 1998-2001
SMA Negeri 1 Tambun Selatan Program IPA, 1995 – 1998
SMP Negeri 1 Tambun, 1992-1995
SDN Tambun V, 1986 – 1992

Riwayat Pekerjaan

Dosen, Akper Bhakti Husada Bekasi, 2006 – 2012
Perawat Magang, RSUPN Dr. Cipto Mangunkusumo Jakarta, 2002 - 2003