

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN STATUS NUTRISI
PASIEN KANKER SERVIKS STADIUM II DAN III YANG MENJALANI
KEMOTERAPI DI RSUD dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

TUGAS AKHIR

Untuk Memenuhi Persyaratan

Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan



Oleh:

Mugi Prayitno

NIM 185070209111057

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEDOKTERAN UNIVERSITAS BRAWIJAYA
M A L A N G**

2019

DAFTAR ISI

HALAMAN PERSETUJUAN	ii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iii
PERNYATAAN KEASLIAN TULISAN	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK.....	viii
DAFTAR ISI.....	x
DAFTAR BAGAN	xiv
DAFTAR TABEL	xv
DAFTAR LAMPIRAN	xvi
BAB I PENDAHULUAN.....	1
1.1 Latar Belakang Masalah	1
1.2 Rumusan Masalah	5
1.3 Tujuan Penelitian.....	5
1.3.1 Tujuan Umum.....	5
1.3.2 Tujuan Khusus	5
1.4 Manfaat Penelitian.....	5
1.4.1 Manfaat Teoritis.....	5
1.4.2 Manfaat Praktis	6
BAB II TINJAUAN PUSTAKA	7
2.1 Kanker Serviks	7
2.1.1 Pengertian Kanker Serviks	7
2.1.2 Etiologi.....	7
2.1.3 Gejala-gejala Kanker Serviks.....	8
2.1.4 Stadium Klinik Kanker Serviks.....	9
2.1.5 Terapi Kanker Serviks.....	11
2.2 Konsep Dasar Kemoterapi.....	12

2.2.1	Pengertian Kemoterapi	12
2.2.2	Tujuan Kemoterapi	13
2.2.3	Sifat Kemoterapi	15
2.2.4	Farmakologi Kemoterapi	15
2.2.5	Cara Pemberian Kemoterapi	16
2.2.6	Efek Samping Kemoterapi	17
2.2.7	Kaheksia Sindrom	18
2.3	Nutrisi Pada Kondisi Kanker	19
2.3.1	Pengertian Status Nutrisi	19
2.3.2	Tujuan Pemberian Diet Pasien Kanker	20
2.3.3	Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Nutrisi Pada Pasien Kanker Serviks.	21
2.3.4	Penilaian Status Nutrisi	26
2.3.5	Penilaian Status Nutrisi Subjective Global Assessment	30
2.3.6	Bentuk Pemberian Nutrisi	31
2.3.7	Cara Pemberian Nutrisi	34
2.4	Konsep Dukungan Keluarga	35
2.4.1	Pengertian Dukungan Keluarga	35
2.4.2	Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga	36
2.4.3	Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga	38
2.4.4	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi	40
BAB III KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN		44
3.1	Kerangka Konsep	44
3.1.1	Deskripsi	45
3.2	Hipotesis Penelitian	46
BAB IV METODE PENELITIAN		47

4.1 Rancangan Penelitian	47
4.2 Populasi dan Sampel	47
4.2.1 Populasi Penelitian.....	47
4.2.2 Sampel Penelitian	47
4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel	48
4.3 Variabel Penelitian	49
4.4 Tempat dan Waktu Penelitian	50
4.5 Instrumen Penelitian.....	50
4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas	51
4.7 Definisi Operasional	51
4.8 Pengumpulan Data.....	54
4.8.1 Jenis Data yang Dikumpulkan	54
4.8.2 Cara Pengumpulan Data.....	54
4.9 Pengolahan dan Analisis Data	55
4.9.1 Pengolahan Data.....	55
4.9.2 Analisis Data	56
4.9.3 Etik Penelitian.....	57
BAB V HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA	60
5.1 Data Karakteristik Demografi	60
5.2 Data Hasil Penelitian	62
5.2.1 Dukungan Keluarga	62
5.2.2 Status Nutrisi	65
5.3 Analisis Bivariat antara Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi.	68
BAB VI PEMBAHASAN	74
6.1 Pembahasan Hasil Penelitian	74

6.1.1	Dukungan Keluarga Pada Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.....	74
6.1.2	Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.....	80
6.1.3	Hasil Analisis Bivariat Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.	84
6.2	Implikasi Keperawatan	88
6.2.1	Perkembangan Teori Keperawatan	88
6.2.2	Perkembangan Praktik Keperawatan	88
6.3	Keterbatasan Penelitian	89
BAB VII KESIMPULAN DAN SARAN		90
7.1	Kesimpulan.....	90
7.2	Saran	90
DAFTAR PUSTAKA		92
LAMPIRAN		96

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1-1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi.....	44
--	----

DAFTAR TABEL

Tabel 4.7.1 Definisi Operasional.....	52
Tabel 5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan dan usia responden.....	60
Tabel 5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan, Pekerjaan, Stadium Kanker, Sistem Pembayaran dan Lamanya Kemoterapi....	61
Tabel 5.2.1 Distribusi Dukungan Keluarga Pasien Kanker Serviks	62
Tabel 5.2.2 Distribusi Berdasarkan Indikator Dukungan Keluarga Pasien Kanker Serviks.....	63
Tabel 5.2.3 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Usia Responden	64
Tabel 5.2.4 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Pendidikan Responden	64
Tabel 5.2.5 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Pekerjaan Responden	65
Tabel 5.2.6 Distribusi Status Nutrisi Responden.....	65
Tabel 5.2.7 Distribusi Berdasarkan Indikator Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks	66
Tabel 5.2.8 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Usia Responden.....	67
Tabel 5.2.9 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Pendidikan Responden.....	67
Tabel 5.2.10 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Pekerjaan Responden	68
Tabel 5.3.1 Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dan Stadium Kanker dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi	68
Tabel 5.3.2 Hasil Analisis Korelasi Spearman antara Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi.....	70

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian	96
Lampiran 2 Surat Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian	98
Lampiran 3 Curriculum Vitae Peneliti Utama.....	99
Lampiran 4 Kuisisioner Karakteristik Responden	100
Lampiran 5 Kuesioner Dukungan Keluarga	101
Lampiran 6 Formulir Skrining Nutrisi	103
Lampiran 7 Data Statistik Penelitian.....	105
Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian.....	123
Lampiran 9 Keterangan kelayakan ETIK.....	125
Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian	126
Lampiran 11 Daftar Hadir Penelitian	126
Lampiran 12 Lembar Konsultasi	128
Lampiran 13 Foto Kegiatan Penelitian	134

HALAMAN PERSETUJUAN

TUGAS AKHIR

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN STATUS NUTRISI PASIEN
KANKER SERVIKS STADIUM II DAN III YANG MENJALANI KEMOTERAPI
DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

**Untuk Memenuhi Persyaratan
Memperoleh Gelar Sarjana Keperawatan**

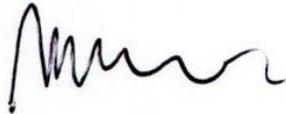
Oleh:

Mugi Prayitno

NIM 185070209111057

Menyetujui untuk diuji:

Pembimbing-I,



Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 197702262003122001

Pembimbing-II,



Ns. Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep
NIP. 198501272014042001

**HALAMAN PENGESAHAN
TUGAS AKHIR**

**HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN STATUS NUTRISI PASIEN
KANKER SERVIKS STADIUM II DAN III YANG MENJALANI KEMOTERAPI
DI RSUD Dr. SAIFUL ANWAR MALANG**

Oleh:

Mugi Prayitno

NIM 185070209111057

Telah diuji pada

Hari : Jum'at

Tanggal : 20 Desember 2019

dan dinyatakan lulus oleh :

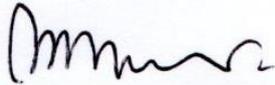
Penguji I



Dr. Asti Melani Astari, S.Kp., M.Kep., Sp.Mat.
NIP. 197705262002122002

Pembimbing I,

Pembimbing II,



Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes
NIP. 197702262003122001



Ns. Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep
NIP. 198501272014042001

Mengetahui,

Ketua Program Studi Sarjana Ilmu Keperawatan



Ns. Tony Sunarsono, S.Kep., M.Kep.
NIP. 198009022006041003

ABSTRAK

Prayitno, Mugi. 2019. *Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang*. Tugas akhir, Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Brawijaya. Pembimbing: (1) Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp.,M.Kes, (2) Ns. Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep.

Kanker serviks adalah suatu neoplasma ganas primer pada organ serviks uteri. Kemoterapi merupakan salah satu metode terapi kanker dengan obat-obatan yang dapat menghentikan perkembangan sel kanker atau mematikan sel kanker. Efek samping dari kemoterapi secara tidak langsung dapat mempengaruhi status nutrisi penderita kanker leher rahim. Tujuan dalam penelitian ini adalah menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker serviks stadium II dan III yang mendapatkan kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Metode penelitian observasional dengan menggunakan pendekatan cross sectional. Populasi penelitian ini pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi dengan usia ≥ 18 tahun. Teknik *sampling* dengan menggunakan purposive sampling. Sample penelitian berjumlah 53 responden. Pengumpulan data menggunakan kuisisioner dukungan keluarga, serta status nutrisi berdasarkan form *Subjective Global Assessment (SGA)*. Analisis statistik memakai uji korelasi rank Spearman. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi dengan nilai $p=0,858$ dan $r=0,025$. Kesimpulan yang didapatkan dari penelitian ini yaitu dukungan keluarga tidak mempengaruhi status nutrisi pada penderita kanker serviks stadium II dan III yang mendapatkan kemoterapi. Disarankan penelitian selanjutnya untuk mengukur status nutrisi aktual berdasarkan BMI, dilakukan tes laboratorium albumin, Hb, serum elektrolit, lipid profil dan dilakukan wawancara terstruktur untuk mengetahui jenis makanan yang dikonsumsi bernutrisi tinggi atau tidak.

Kata kunci : Status Nutrisi, Kanker Serviks, Dukungan Keluarga.

ABSTRACT

Prayitno, Mugi. 2019. The Relationship Between Family Support and Nutrition Status of Stage II and III Cancer Patients Undergoing Chemotherapy at RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Final assignment, Nursing Science Study Program, Faculty of Medicine, Brawijaya University. Mentor: (1) Prof. Dr. Titin Andri Wihastuti, S.Kp., M.Kes, (2) Ns. Efris Kartika Sari, S.Kep., M.Kep.

Cervical cancer is a primary malignant neoplastic of the uterine cervical organs. Chemotherapy is one method of cancer therapy with drugs that can stop the development of cancer cells or turn off the cancer cells. Side effects of chemotherapy can indirectly affect the nutritional status of cervical cancer sufferers. The purpose of this study was to analyze the relationship between family support and the nutritional status of stage II and III cervical cancer patients receiving chemotherapy at RSUD dr. Saiful Anwar Malang. The observational research method used a cross sectional approach. The study population was stage II and III cervical cancer patients who undergo chemotherapy with age ≥ 18 years. Sampling technique using purposive sampling. The research sample was 53 respondents. Data collection used family support questionnaire, as well as nutritional status based on the Subjective Global Assessment (SGA) form. Statistical analysis used the Spearman rank correlation test. The results showed that there was no significant relationship between family support and nutritional status with the value $p = 0.858$ and $r = 0.025$. The conclusion derived from this study is that family support does not affect nutritional status in patients with stage II and III cervical cancer who get chemotherapy. Further research is advised to measure the actual nutritional status based on BMI, laboratory tests of albumin, hemoglobin, serum electrolytes, lipid profiles and structured interviews to determine the type of food consumed is highly nutritious or not.

Keywords: Nutrition Status, Cervical Cancer, Family Support.

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Masalah

Kanker serviks merupakan suatu neoplasma ganas primer pada organ serviks uteri. Sampai saat ini, kanker serviks merupakan penyebab kematian terbanyak akibat penyakit kanker di negara berkembang termasuk Indonesia. Insiden dan angka kematian kanker serviks di dunia menempati urutan kedua setelah kanker payudara (Bray *et al.*, 2018).

Penyakit kanker leher rahim merupakan penyakit kanker dengan prevalensi tertinggi setelah kanker payudara. Prevalensi kasus baru penyakit kanker pada penduduk semua umur di Indonesia tahun 2018 diperkirakan sekitar 348.809 orang, dengan estimasi kasus penderita kanker serviks baru 17,2% atau 32.469 orang (Bray *et al.*, 2019). Dinas Kesehatan Provinsi Jawa Timur telah melakukan pemeriksaan deteksi dini kanker leher rahim pada perempuan dengan tes IVA (Inspeksi Visual dengan Asam Asetat) sebanyak 192.169 perempuan (3,07%) dengan hasil IVA positif sebanyak 9.494 perempuan (4,94%) (Dinkesprov Jatim, 2018).

Penyebab utama dari kanker serviks adalah infeksi HPV (*Human Papilloma Virus*) yang terdeteksi pada 99,7% kanker serviks. Proses terjadinya kanker leher rahim sangat erat hubungannya dengan proses metaplasia pada sel-sel epitel serviks. Untuk saat ini metode terapi kanker serviks dengan kemoterapi dan radioterapi. Kemoterapi merupakan salah satu cara pengobatan kanker dengan menggunakan obat anti kanker yang disebut sitostatika. Obat ini dapat menghambat pertumbuhan atau membunuh sel kanker. Kemoterapi dapat menjadi bentuk terapi definitif

maupun adjuvan dari terapi radioterapi atau operasi (Shinta dan Surarso, 2016).

Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai kehidupan, setiap orang dalam merespon obat sitostatika memiliki variasi yang berbeda. Menurut Nisman dalam Adipo (2015) efek samping fisik kemoterapi yang umum adalah pasien akan mengalami mual muntah, perubahan rasa kecap, rambut rontok (*alopecia*), mukocitis, dermatitis, kelelahan, kulit menjadi kering bahkan kuku dan kulit bisa sampai menghitam, tidak nafsu makan, dan ngilu pada tulang. Efek samping tersebut dapat membuat pasien merasa tidak nyaman, cemas, takut bahkan bisa sampai frustrasi dalam menjalani pengobatan. Sehingga dalam hal ini pasien kanker leher rahim sangat membutuhkan dukungan dari keluarga.

Trijayanti dan Probosari (2016) mengatakan bahwa efek samping yang ditimbulkan dari kemoterapi secara langsung yaitu mual dan muntah yang hebat, hal tersebut disebabkan oleh zat anti tumor yang mempengaruhi hipotalamus dan kemoreseptor otak untuk terjadi mual dan muntah, sehingga akan mempengaruhi asupan makan penderita kanker. Setelah kemoterapi, pasien sering mengeluh terjadi perubahan rasa makanan. Asupan makanan yang kurang dapat menyebabkan malnutrisi. Malnutrisi akan berdampak buruk pada hasil terapi anti kanker serta dapat meningkatkan morbiditas dan mortalitas dibandingkan pasien dengan gizi baik (Hariani, 2007). Nisman dalam sari dkk (2012) menjelaskan bahwa semua efek samping kemoterapi dapat dikalahkan dengan motivasi yang tinggi untuk sembuh.

Pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi mempunyai resiko tinggi mengalami malnutrisi yang dikenal sebagai kaheksia kanker. Lima belas sampai 40% penderita kanker mengalami penurunan berat badan yang memberi dampak negatif terhadap prognosis. Nelson mengemukakan bahwa 80% penderita kanker meninggal dengan keadaan kaheksia sindrom yang ditandai oleh anoreksia, kelemahan, penurunan berat badan progresif, penurunan lemak dan massa otot yang progresif (Kumala, Tabunan dan Titus, 2007).

Salah satu upaya yang mungkin dapat meningkatkan motivasi pasien adalah dengan memberikan dukungan dari keluarga. Menurut Ratna dalam Adipo dkk (2015) menjelaskan bahwa dukungan dari keluarga merupakan faktor penting ketika seseorang menghadapi masalah (kesehatan) dan strategi preventif untuk mengurangi stress dimana pandangan hidup menjadi luas, dan tidak mudah stress. Dukungan keluarga sangat diperlukan dalam perawatan pasien, dapat menurunkan kecemasan pasien, meningkatkan semangat hidup dan komitmen pasien untuk tetap menjalani pengobatan kemoterapi.

Menurut ahli Onkologi Liave dan Rosa dalam Adipo dkk (2015), keluarga adalah teman terbaik bagi pasien kanker dalam menjalani penyakitnya. Dukungan keluarga terhadap pasien kanker sangat dibutuhkan guna mengangkat mental dan semangat hidup pasien. Lebih lanjut Rosa mengatakan kanker adalah penyakit keluarga, dimana setiap orang terkena kanker akan berpengaruh juga kepada seluruh keluarga baik berupa emosional, psikologis, finansial maupun fisik.

Studi terdahulu tentang hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pernah dilakukan oleh Nazari dkk (2016). Dari hasil penelitiannya menyatakan bahwa ada hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan pemenuhan nutrisi pada lansia. Sedangkan penelitian lainnya menyebutkan peran dukungan keluarga atau pendamping dan kebiasaan makan pasien kanker yang menjalani terapi tidak terdapat hubungan yang signifikan (Caesandri dan Adiningsih, 2015).

Data yang diperoleh dari RSUD Saiful Anwar Malang, pada tahun 2018 kunjungan di poli onkologi dalam enam bulan terakhir mencapai rata-rata perhari 125 orang. Sedangkan jumlah pasien rawat inap yang menjalani kemoterapi di ruang 9 perbulan rata-rata 85 orang dengan diagnosis ca cerviks. Dari data tersebut dapat memberikan gambaran tingginya penyakit kanker di RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Berdasarkan studi pendahuluan, status nutrisi pada penderita kanker leher rahim di ruang 9 RSUD dr. Saiful Anwar, dari 85 pasien didapatkan data 48% mengalami nutrisi kurang, 12% status nutrisi buruk dan 40 % status nutrisi normal. Penelitian tentang dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker belum banyak yang meneliti. Oleh sebab itu, penulis tertarik untuk meneliti hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.2 Rumusan Masalah

Bagaimanakah hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang?

1.3 Tujuan Penelitian

1.3.1 Tujuan Umum

Mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.3.2 Tujuan Khusus

1. Mengidentifikasi dukungan keluarga pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
2. Mengidentifikasi status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.
3. Menganalisis hubungan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

1.4 Manfaat Penelitian

1.4.1 Manfaat Teoritis

1. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi tentang pentingnya dukungan keluarga dan status nutrisi dalam asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi.

2. Sebagai bahan rujukan dan menjadi sumber referensi bagi peneliti selanjutnya yang akan meneliti dengan topik yang sama.

1.4.2 Manfaat Praktis

Sebagai bahan informasi bagi perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang terkait dengan pentingnya dukungan keluarga dan status nutrisi klien terutama pada pasien yang menjalani kemoterapi.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

2.1 Kanker Serviks

2.1.1 Pengertian Kanker Serviks

Kanker serviks ataupun lebih dikenali sebagai kanker leher rahim adalah model karsinogenesis virus. Tumor ganas yang tumbuh di dalam leher rahim/serviks yang merupakan bagian terendah dari rahim yang menempel pada puncak vagina. Kanker serviks terjadi ketika sel-sel serviks membelah tanpa terkendali. Sel-sel yang membelah secara tidak normal membentuk massa, atau tumor. Sel-sel membelah terus-menerus, mereka dapat menyerang jaringan normal disekitarnya, sehingga jaringan disekitarnya tidak dapat berfungsi dengan baik (Spencer, 2007). Sembilan puluh persen dari kanker serviks berasal dari sel skuamosa yang melapisi serviks dan 10% sisanya berasal dari sel kelenjar penghasil lendir pada saluran servikal yang menuju ke dalam rahim.

Imam Rasjidi (2009) juga mengatakan bahwa Kanker serviks terjadi jika sel-sel serviks menjadi abnormal dan membelah secara tak terkendali. Jika sel serviks terus membelah maka akan terbentuk suatu massa jaringan yang disebut tumor yang bisa bersifat jinak atau ganas. Jika tumor tersebut ganas, maka keadaannya disebut kanker serviks.

2.1.2 Etiologi

Penyebab tersering kanker serviks adalah infeksi virus HPV. Lebih dari 90% kanker serviks jenis skuamosa mengandung DNA virus HPV dan 70% dari semua kanker serviks dikaitkan dengan infeksi HPV 16 atau

HPV 18 (Salazar, Vasquez and Garcia, 2017). Kedua jenis ini, bersama dengan beberapa jenis lainnya, dikatakan bersifat onkogenik, artinya mereka dapat menyebabkan lesi ganas, atau kanker (Spencer, 2007). HPV adalah virus DNA yang menginfeksi sel-sel epitel (kulit dan mukosa). Infeksi HPV umumnya terjadi setelah wanita melakukan hubungan seksual dan umumnya wanita usia 25 – 59 tahun beresiko tinggi terkena kanker serviks (Farghaly, 2019).

2.1.3 Gejala-gejala Kanker Serviks

Gejala kanker serviks menurut Salazar, Vasquez and Garcia (2017) sebagai berikut:

1) Keputihan

Pada awal penyakit, semua wanita dengan lesi prekursor atau karsinoma in situ tidak menunjukkan gejala, walaupun mungkin ada manifestasi klinis yang berhubungan dengan penyakit karena adanya infeksi. Awalnya, keluar cairan mukus yang encer, keputihan seperti krem tidak gatal, kemudian menjadi merah muda lalu kecoklatan dan sangat berbau. Bau ini timbul karena ada jaringan nekrosis dan bau busuk juga dapat dipicu sebagai hasil dari pendarahan postcoitus.

2) Perdarahan trans-vaginal, yang paling sering post-coital, intermenstrual, atau postmenopause.

Keluhan ini sering dijumpai pada awal stadium invasif, biasanya timbul perdarahan setelah bersenggama. Hal ini terjadi akibat trauma pada permukaan serviks yang telah mengalami lesi.

3) Nyeri

Rasa nyeri ini dirasakan di bawah perut bagian bawah sekitar panggul yang biasanya unilateral yang terasa menjalar ke paha dan ke seluruh panggul. Nyeri bersifat progresif sering dimulai di daerah lumbal, menjalar ke pelvis dan tungkai bawah hal ini sebagai akibat dari Invasi kandung kemih atau rektum.

4) Konstipasi

Apabila tumor meluas sampai pada dinding rektum, kemudian terjadi keluhan konstipasi dan fistula rectoingional.

5) Inkontinensia urin

Gejala ini sering dijumpai pada stadium lanjut yang merupakan komplikasi dari proses metastase kanker serviks yang mengakibatkan terbentuknya fistula dari kandung kemih ke vagina ataupun fistula dari rektum ke vagina.

6) Gejala-gejala lain

Semakin lanjut dan bertambah parahnya penyakit, penderita akan mengalami penurunan berat badan, anemis akibat dari perdarahan terus-menerus, malaise, acites, nafsu makan hilang, syok dan dapat sampai meninggal dunia.

2.1.4 Stadium Klinik Kanker Serviks.

Farghaly (2019) mengatakan stadium klinik yang sering digunakan adalah klasifikasi yang dianjurkan oleh Federation International Of Gynecology and Obstetrics yaitu seperti berikut :

Stadium 0 : Karsinoma insitu atau intraepitel, selaput basal masih utuh.

Stadium I : Kanker terbatas pada jaringan serviks

- 1A : karsinoma invasif hanya didiagnosis dengan mikroskop.
- 1A1 : Invasi ke stroma dengan kedalaman tidak lebih dari 3mm dan lebar tidak lebih dari 7mm.
- 1A2 : Invasi ke stroma dengan kedalaman lebih dari 3mm tapi kurang dari 5mm dan lebar tidak lebih dari 7mm.
- 1B : Lesi terbatas di serviks atau secara mikroskopis lebih dari 1a.
- 1B1 : Besar lesi secara klinis tidak lebih dari 4cm.
- 1B2 : Besar lesi secara klinis lebih dari 4cm.
- Stadium II : Telah melibatkan vagina, tetapi belum sampai 1/3 bawah atau infiltrasi ke parametrium belum mencapai dinding panggul.
- IIA : Telah melibatkan vagina tapi belum melibatkan parametrium.
- IIB : Infiltrasi ke parametrium, tetapi belum mencapai dinding panggul.
- Stadium III : Telah melibatkan 1/3 bawah vagina atau adanya perluasan sampai dinding panggul. Kasus dengan hidroneprosis atau gangguan fungsi ginjal dimasukkan dalam stadium ini, kecuali kelainan ginjal dapat dibuktikan oleh sebab lain.
- IIIA : Keterlibatan 1/3 bawah vagina dan infiltrasi parametrium belum mencapai dinding panggul.
- IIIB : Perluasan sampai dinding panggul atau adanya hidroneprosis atau gangguan fungsi ginjal.
- Stadium IV : Perluasan ke luar organ reproduktif.

IVA : Keterlibatan mukosa kandung kemih atau mukosa rectum.

IVB : Metastase jauh atau telah keluar dari rongga panggul.

2.1.5 Terapi Kanker Serviks

Bila diagnosa histopatologik telah dibuat, maka pengobatan harus segera dilakukan dan pilihan pengobatan tergantung pada beberapa faktor yaitu:

1. Letak dan luas lesi
2. Usia dan jumlah anak serta keinginan menambah jumlah anak
3. Adanya patologi lain dalam uterus
4. Keadaan sosial ekonomi
5. Fasilitas

Pengobatan kanker serviks tergantung pada tingkatan stadium klinis. Menurut Spencer (2007) perawatan kanker serviks melibatkan pembedahan, terapi radiasi, kemoterapi, atau kombinasi dari semua ini.

1) Operasi

Pembedahan dilakukan untuk mengangkat jaringan abnormal di dalam atau sekitar serviks. Bergantung pada seberapa dalam sel-sel kanker telah menyerang jaringan normal di sekitarnya, dokter bedah mungkin harus mengangkat lebih banyak jaringan. Jika tumor telah menginvasi jaringan di sekitarnya lebih dalam, histerektomi radikal dapat dilakukan.

2) Radioterapi

Terapi radiasi yaitu dengan menggunakan sinar X berkekuatan tinggi yang dapat dilakukan secara internal maupun

eksternal. Terapi radiasi dilakukan pada Stadium klinis. Selain radiasi terkadang diberikan pula kemoterapi sebagai kombinasi terapi.

3) Kemoterapi

Kemoterapi menggunakan bahan kimia, atau obat-obatan, untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti pembedahan dan radiasi, yang merupakan perawatan lokal, kemoterapi adalah sistemik, yang berarti bahwa itu mencapai seluruh tubuh. Kemoterapi digunakan terutama jika kanker telah menyebar ke bagian lain dari tubuh. Sebagian besar obat kemoterapi diberikan secara intravena (IV).

2.2 Konsep Dasar Kemoterapi

2.2.1 Pengertian Kemoterapi

Kemoterapi adalah penatalaksanaan kanker dengan pemberian obat melalui infus, tablet, atau intramuskuler. Obat kemoterapi digunakan utamanya untuk membunuh sel kanker dan menghambat perkembangannya (Riyanto, 2016). Obat-obatan ini sering digunakan sebagai bagian dari terapi multimodality, yaitu, bersama dengan operasi dan / atau radioterapi, untuk mencapai dan mempertahankan remisi. Prosesnya kemungkinan jangka panjang, di mana agen tunggal atau kombinasi kemoterapi diberikan pada interval dalam dosis berdenyut atau dalam siklus, dan sangat tergantung pada jenis dan karakteristik tumor (Airley, 2009).

Kemoterapi merupakan pengobatan kanker dengan zat atau obat yang berguna untuk membunuh sel kanker. Obat yang diberikan disebut sitostatika yang berarti penghambat proliferasi sel. Obat ini dapat diberikan secara sistemik maupun regional. Kemoterapi dapat diberikan

sebagai obat tunggal maupun kombinasi beberapa obat, baik secara intravena atau per oral. Kemoterapi bertujuan untuk menghambat proliferasi dan menghancurkan sel kanker melalui berbagai macam mekanisme aksi (Shinta dan Surarso, 2016).

2.2.2 Tujuan Kemoterapi

Airley (2009) menyatakan bahwa tujuan dari terapi kemoterapi adalah untuk menginduksi remisi, yaitu, pemberantasan total penyakit setidaknya selama 1 bulan. Namun, tantangan pengobatan antikanker adalah mencegah kekambuhan, yang mungkin terjadi secara lokal atau pada jarak (metastasis) dari lokasi tumor primer. Untuk mengatasi ini, strategi tambahan diadopsi sebelum atau setelah pencapaian remisi. Oleh karena itu, kemoterapi diklasifikasikan berdasarkan waktu, sebagai berikut:

a. Kemoterapi induksi.

Kemoterapi induksi merupakan terapi awal yang diberikan dengan tujuan untuk mencapai cytoreduction yang signifikan, dan idealnya remisi total penyakit. Hasil kemoterapi induksi mungkin merupakan respons lengkap, respons parsial, penyakit stabil, atau perkembangan, di mana ada peningkatan volume tumor sebesar 25% atau lebih.

b. Kemoterapi konsolidasi / intensifikasi.

Kemoterapi konsolidasi diberikan setelah induksi remisi untuk memperpanjang kebebasan dari penyakit dan kelangsungan hidup secara keseluruhan. Kemoterapi ini menggunakan obat-obatan sama

seperti untuk induksi penghapusan, terapi intensifikasi menggunakan obat-obatan yang tidak resistan terhadap kemoterapi induksi.

c. Kemoterapi adjuvan.

Kemoterapi ini diberikan setelah pemberantasan penyakit dengan pengobatan lokal seperti pembedahan atau radioterapi, digunakan untuk mengobati penyakit mikroskopis dan mencegah kekambuhan lokal.

d. Kemoterapi neoadjuvant.

Kemoterapi ini diberikan sebelum terapi lokal untuk memaksimalkan kemanjuran misalnya, untuk mengecilkan tumor sebelum operasi.

e. Perawatan kemoterapi/ maintenance chemotherapy.

Kemoterapi dosis rendah yang berkepanjangan dikeluarkan pada pasien rawat jalan atau komunitas untuk memperpanjang durasi pembebasan dan mencapai kesembuhan.

f. Salvage kemoterapi.

Perawatan obat dapat diberikan setelah kegagalan perawatan lain untuk mengendalikan penyakit atau memberikan paliatif.

g. Kemoterapi kombinasi.

Kemoterapi kombinasi diberikan untuk memaksimalkan pembunuhan sel tumor dengan menggunakan obat-obatan dengan berbagai cara, dan bekerja pada berbagai bagian siklus sel. Kemoterapi kombinasi juga dapat mengurangi potensi terjadinya peristiwa toksik yang merugikan, di mana dosis yang lebih rendah dari

masing-masing agen dapat digunakan, dan dengan memilih agen dengan profil toksisitas yang berbeda.

2.2.3 Sifat Kemoterapi

Menurut Imam Rasjidi (2013) kemoterapi dapat diberikan sebagai terapi utama maupun terapi tambahan. Sebagai terapi utama, kemoterapi dapat diberikan bagi kanker-kanker yang kemosensitif, seperti leukemia, limfoma maligna, koriokarsinoma, kanker paru oat cell, sarkoma ewing, dll; maupun bagi kanker yang telah menyebar jauh (umumnya stadium IV) untuk tujuan paliatif, seperti karsinoma payudara, serviks, paru-paru, kulit, mulut, dll.

Sebagai terapi adjuvan kanker lokal atau lokoregional (seperti mammae, serviks, kolon, lambung, paru-paru), kemoterapi umumnya diberikan pascaoperasi dan pascaradioterapi untuk kanker yang kemoresponsif. Pemberian kemoterapi adjuvan didasarkan pada kenyataan bahwa pasien kanker yang kelihatan telah bebas kanker, setelah beberapa bulan atau tahun, akan kembali mengalami kanker (residif) atau metastasis kanker. Ini menunjukkan bahwa sel kanker mikroskopik masih hidup di dalam lapangan operasi atau sudah ada metastasis jauh subklinis sewaktu pasien menjalani operasi atau radioterapi. Kemoterapi adjuvan ternyata mampu mengurangi frekuensi kanker residif atau metastasis (Rasjidi, 2013).

2.2.4 Farmakologi Kemoterapi

Dalam memilih dan memakai obat antikanker, prinsip farmakologi umum harus diketahui, termasuk mekanisme kerja,

absorpsi, distribusi metabolisme dan ekskresi. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi efektivitas dan/atau toksisitas kemoterapi, dan penting di dalam pengembangan kombinasi obat (Rasjidi, 2013).

2.2.5 Cara Pemberian Kemoterapi

Cara pemberian memengaruhi pemilihan obat. Pemilihan cara pemberian bergantung kepada kelarutan, keperluan aktivasi obat, toleransi jaringan setempat, kemampuan pasien, dan pajanan obat yang optimal terhadap tumor (area under the concentration time curve (AUC) untuk obat dan metabolik aktif). Efektivitas tiap obat kemoterapi bergantung kepada AUC yang optimal terhadap lokasi tumor.

Jadwal kemoterapi perlu diperhatikan, kemoterapi berikutnya diberikan ketika sel atau jaringan normal pulih sementara sel tumor belum pulih. Kemoterapi tunggal masih memungkinkan sel tumor tumbuh. Interval antar seri pengobatan juga perlu diperhatikan, bila terlalu pendek, sel normal belum pulih, sementara bila terlalu panjang sel tumor sudah berkembang lagi (Rasjidi, 2013).

Cara pemberian kemoterapi:

1. Pemberian per oral

Beberapa jenis kemoterapi telah dikemas untuk pemberian peroral, diantaranya adalah chlorambucil dan atoposide (VP-16)

2. Pemberian secara intra-muskulus

Pemberian dengan cara ini relatif lebih mudah dan sebaiknya suntikan tidak diberikan pada lokasi yang sama dengan pemberian dua tiga kali berturut-turut. Yang dapat

diberikan secara intra muskulus antara lain bleomicin dan methotrexate.

3. Pemberian secara intravena

Cara ini merupakan cara pemberian yang paling umum dan banyak digunakan. Pemberian secara intravena dapat dengan bolus perlahan-lahan atau diberikan secara infus (drip).

4. Pemberian secara intra-arteri

Pemberian intra arteri jarang dilakukan karena membutuhkan sarana yang cukup banyak, antara lain alat radiologi diagnostik, atau alat filter, serta memerlukan keterampilan tersendiri.

5. Pemberian secara intraperitoneal

Cara ini juga jarang dilakukan karena membutuhkan alat khusus (kateter intraperitoneal) serta kelengkapan kamar operasi karena pemasangan perlu narkose. Pemberian kemoterapi intraperitoneal diindikasikan dan disyaratkan pada minimal tumor residu pada kanker ovarium.

2.2.6 Efek Samping Kemoterapi

Kemoterapi memiliki dampak dalam berbagai bidang kehidupan antara lain dampak terhadap fisik dan psikologis kemoterapi memberikan efek nyata kepada fisik pasien, setiap orang memiliki variasi yang berbeda dalam merespon obat kemoterapi, adapun dampak yang terjadi

akibat pengobatan kemoterapi pada fisik atau tubuh pasien adalah sebagai berikut : (Ambarwati dan Wardani, 2014).

- a. Mual dan muntah
- b. Konstipasi
- c. Neuropati perifer
- d. Toksisitas kulit
- e. Kerontokan rambut (alopecia)
- f. Penurunan berat badan
- g. Kelelahan (fatigue)
- h. Penurunan nafsu makan
- i. Perubahan rasa dan nyeri.

2.2.7 Kaheksia Sindrom

Salah satu masalah nutrisi yang perlu mendapat perhatian pada pasien kanker adalah kaheksia. Kaheksia kanker merupakan suatu sindroma yang kompleks yang ditandai oleh anoreksia, *wasting* jaringan secara menyeluruh yang ditandai dengan atrofi otot kerangka, disfungsi sistem imun dan berbagai perubahan metabolisme, yang tidak dapat dipulihkan dengan dukungan nutrisi konvensional.

Kanker kaheksia atau disebut juga dengan cancer anorexia-cahexia syndrome (CACs), merupakan sindrom dengan karakteristik kehilangan BB yang progresif, penurunan massa lemak dan massa otot, yang ditemukan pada 40–85% pasien stadium lanjut dan menyebabkan 20% kematian dari seluruh pasien kanker. Kanker kaheksia dapat juga menurunkan kualitas hidup pasien, menurunkan respon kemoterapi dan

memperpendek harapan hidup. Angka kematian tinggi pada pasien yang kehilangan BB lebih dari 30% (Nerfina, 2014).

Penyebab spesifik kaheksia belum dapat dipastikan, diperkirakan penyebabnya multifaktorial yaitu menurunnya asupan nutrisi dan perubahan metabolisme di dalam tubuh. Menurunnya asupan nutrisi terjadi akibat menurunnya asupan makanan per oral (karena anoreksia, mual muntah, perubahan persepsi rasa dan bau), efek lokal dari tumor (odinofagi, disfagi, obstruksi gaster/intestinal, malabsorpsi, early satiety, faktor psikologis (depresi, ansietas), dan efek samping terapi (Marischa, Anggraini dan Putri, 2017).

Berbagai laporan menunjukkan peran mediator seperti proinflamasi sitokin (*interleukin-1, interleukin-6, TNF- α*), glikoprotein (*proteolisis-inducing factor, lipid mobilizing factor*), dan neuropeptida (*neuropeptide Y, Corticotropine-releasing factor, melanocortins*) yang terbentuk dalam tubuh penderita kanker berperan penting dalam perubahan metabolisme yang terjadi (Hariani, 2007).

2.3 Nutrisi Pada Kondisi Kanker

2.3.1 Pengertian Status Nutrisi

Nutrisi (gizi) adalah suatu proses organisme menggunakan makanan yang dikonsumsi secara normal melalui proses digesti, absorpsi, transportasi, penyimpanan, metabolisme, dan pengeluaran zat-zat yang tidak digunakan untuk mempertahankan kehidupan, pertumbuhan, dan fungsi organ-organ, serta menghasilkan energi (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2017). Nutrisi merupakan keseimbangan antara zat gizi yang masuk ke

dalam tubuh (intake) dari makanan dengan zat gizi yang dibutuhkan untuk keperluan proses metabolisme tubuh.

Status nutrisi merupakan keadaan yang diakibatkan oleh keseimbangan antara asupan zat gizi dari makanan dengan kebutuhan zat gizi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh. Setiap individu membutuhkan asupan zat gizi yang berbeda antarindividu, hal ini tergantung pada usia orang tersebut, jenis kelamin, aktivitas tubuh dalam sehari, berat badan, dan lainnya (Harjatmo, Par'i dan Wiyono, 2017).

Status nutrisi dibagi menjadi tiga kategori, yaitu status nutrisi kurang, normal dan nutrisi lebih. Status nutrisi normal adalah suatu ukuran status nutrisi dimana terdapat keseimbangan antara jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh dan energi yang dikeluarkan dari luar tubuh sesuai dengan kebutuhan individu. Status nutrisi kurang merupakan keadaan nutrisi seseorang dimana jumlah energi yang masuk lebih sedikit dari energi yang dikeluarkan. Sedangkan status nutrisi lebih (overnutrition) merupakan keadaan nutrisi seseorang dimana jumlah energi yang masuk ke dalam tubuh lebih besar dari jumlah energi yang dikeluarkan.

2.3.2 Tujuan Pemberian Diet Pasien Kanker

Tujuan pemberian diet pasien kanker menurut Marischa, Anggraini dan Putri (2017), sebagai berikut:

1. Mencegah terjadinya penurunan berat badan (jangka pendek).
2. Mencapai dan memelihara berat badan normal (jangka panjang).
3. Mengganti zat gizi yang hilang karena efek pengobatan.
4. Memenuhi kebutuhan kalori, protein, Karbohidrat, Vitamin dan Mineral yang seimbang untuk mencegah terjadinya malnutrisi.

5. Mencegah terjadinya infeksi dan komplikasi lebih lanjut.
6. Memenuhi kebutuhan mikronutrien.
7. Menjaga keseimbangan kadar glukosa darah

2.3.3 Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Status Nutrisi Pada Pasien

Kanker Serviks.

Faktor-faktor yang dapat mempengaruhi status nutrisi, sebagai berikut:

- 1) Anoreksia

Menurut Marischa, Anggraini dan Putri (2017) anoreksia sering dijumpai pada pasien kanker, dengan insiden 15%-40% pada saat didiagnosa. Anoreksia merupakan penyebab utama terjadinya kaheksia pada pasien kanker. Penyebab dan mekanisme anoreksia pada pasien kanker sampai sekarang belum diketahui secara jelas. Produk metabolit kanker juga dapat menyebabkan anoreksia.. Metabolit kanker juga dapat menyebabkan perubahan rasa kecap. Stress psikologis yang terjadi pada pasien kanker memegang peran penting dalam terjadinya anoreksia.

Obstruksi mekanik pada traktus gastrointestinal, nyeri, depresi, konstipasi, malabsorpsi, efek samping pengobatan seperti opiat, radioterapi dan kemoterapi dapat menurunkan asupan makanan. Pengobatan dengan anti kanker juga penyebab tersering terjadinya malnutrisi. Kemoterapi dapat menyebabkan mual, muntah, kram perut dan kembung, mucositis dan ileus paralitik. Beberapa antineoplastik seperti fluorourasil, adriamisin,

methotrexate dan cisplatin menginduksi komplikasi gastrointestinal yang berat.

2) Umur

Kemungkinan (probabilitay) pada wanita umur 75-79 tahun untuk menderita kanker adalah 10 kali bila dibandingkan dengan para wanita yang berusia sekitar 35-39 tahun. Sedangkan wanita dengan usia lanjut dimasukkan ke dalam kelompok rentan kekurangan nutisi, meskipun tidak ada hubungan dengan pertumbuhan badan, bahkan sebaliknya sudah terjadi involusi dan degenerasi jaringan dan sel-selnya. Timbulnya kerentanan terhadap kondisi nutrisi gizi disebabkan kondisi fisik, baik anatomis maupun fungsionalnya. Faktor lain yang mengganggu kondisi nutisi manula secara tidak langsung ialah kondisi psychis yang labil dan menjadi sangat sensitif (Haryanti, 2006).

3) Tingkat Pendidikan

Tingkat pendidikan sangat mempengaruhi tingkat penerimaan informasi nutisi, dengan pendidikan nutisi diharapkan masyarakat dapat memahami pentingnya makanan bergizi, sehingga mampu bersikap dan bertindak mengikuti norma-norma nutrisi. Tingkat pendidikan individu atau keluarga yang baik, maka akan mempengaruhi pengetahuan tentang makanan yang bergizi atau tidak. Sehingga mempengaruhi pola asuh dan status nutisi (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2017).

4) Pendapatan Keluarga

Pada umumnya jika tingkat pendapatan naik, jumlah dan jenis makanan cenderung untuk membaik juga tetapi mutu makanan tidak selalu membaik. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Haryanti, 2006). Nutrisi kurang dapat terjadi karena rendahnya penghasilan. Rendahnya pendapatan merupakan penyebab ketidakmampuan dalam membeli pangan dalam jumlah yang diinginkan dan memenuhi kebutuhan pangan di rumah (Supriasa, Bakri dan Fajar, 2017).

5) Perubahan Metabolisme

Metabolisme berkaitan erat dengan metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak. Pada pasien kanker metabolisme zat tersebut mengalami perubahan dan berpengaruh pada terjadinya penurunan berat badan.

Hipermetabolisme sering terjadi pada pasien kanker, peningkatan metabolisme ini sampai 50% lebih tinggi dibanding pasien bukan kanker. Tetapi peningkatan metabolisme tersebut tidak terjadi pada semua pasien kanker. Beberapa penelitian melaporkan peningkatan metabolisme ini berhubungan dengan penurunan status nutrisi dan jenis serta besar tumor. Pada orang normal kecepatan metabolisme menurun selama starvasi sebagai proses adaptasi normal tetapi pada pasien kanker proses tersebut tidak terjadi (Marischa, Anggraini and Putri, 2017).

6) Tingkat Pengetahuan Nutrisi

Salah satu penyebab masalah nutrisi adalah kurangnya pengetahuan akan makanan yang bergizi, meskipun pangan cukup tersedia dan beraneka ragam serta bergizi tinggi. Terjadi pada masyarakat umumnya merasa kebutuhan nutrisi telah terpenuhi apabila telah merasa kenyang. Anggapan tersebut kurang tepat karena keadaan kenyang belum tentu makanan yang dikonsumsi tersebut mengandung zat nutrisi yang dibutuhkan tubuh, sehingga perlu diperhatikan dalam memilih makanan yang dikonsumsi. Pemilihan makanan tidak hanya dari segi kuantitas tetapi juga melihat dari segi kualitas dan nilai nutrisi makanan (Supariasa, Bakri and Fajar, 2017).

7) Asupan Makanan

Terjadinya penurunan status nutrisi pada sebagian besar penderita kanker terutama disebabkan turunnya asupan zat nutrisi, baik akibat gejala penyakit kankernya sendiri atau efek samping pengobatan. Hal utama dalam menghadapi penderita kanker adalah mencegah penurunan status nutrisi lebih lanjut dan akan lebih baik jika dapat dicapai status nutrisi normal. Oleh karena itu, asupan makanan harus ditingkatkan, walaupun terdapat berbagai kendala, seperti anoreksia dengan berbagai penyebabnya, perubahan cita rasa dan aroma terhadap makanan, kekeringan dan sariawan pada mulut, disfagia, mual dan muntah, perasaan cepat kenyang, rasa capai, kembung, serta diare (Haryanti, 2006).

8) Penyakit Infeksi

Status nutrisi yang rendah akan menurunkan resistensi tubuh terhadap infeksi penyakit sehingga banyak menyebabkan kematian. Infeksi bisa berhubungan dengan gangguan nutrisi melalui beberapa cara, yaitu berhubungan dengan nafsu makan, dapat juga menyebabkan kehilangan bahan makanan, sehingga kebutuhan zat gizinya tidak terpenuhi. Ditekankan bahwa ada interaksi yang sinergis antara malnutrisi dengan penyakit infeksi. Serta infeksi akan mempengaruhi status nutrisi dan mempercepat malnutrisi (Supariasa, Bakri dan Fajar, 2017).

Secara umum malnutrisi sering merupakan awal dari gangguan defisiensi sistem kekebalan. Kaitan penyakit infeksi dengan keadaan nutrisi kurang merupakan hubungan timbal balik dan sebab akibat. Penyakit infeksi dapat memperburuk keadaan nutrisi, dan keadaan nutrisi yang jelek dapat mempermudah seseorang terkena penyakit infeksi (Haryanti, 2006).

9) Stadium Kanker

Stadium segala bentuk kanker sangat penting karena hal ini dapat membantu tim perawatan kesehatan dalam merekomendasikan, pengobatan terbaik yang ada, memberikan prognosis, dan membandingkan hasil dari program pengobatan alternatif. Terjadinya penurunan status nutrisi pada sebagian besar penderita kanker terutama disebabkan turunnya asupan zat gizi, baik akibat gejala penyakit kankernya sendiri atau efek samping pengobatan (Haryanti, 2006).

10) Efek Pembedahan

Tindakan pembedahan pada penderita kanker dilakukan untuk membuang masa tumor. Pembedahan dapat menyebabkan komplikasi, seperti tindakan bedah pada penyakit lain. Demikian pula akibatnya pada keadaan nutrisi penderita. Oleh karena itu, dalam menghadapi tindakan bedah, nutrisi penderita harus ditingkatkan. Setelah tindakan asupan nutrisi harus diperhatikan (Haryanti, 2006).

11) Efek Penyinaran (Radiasi Sinar X).

Efek samping pengobatan dengan penyinaran yaitu terimbasnya sel-sel sehat disekitar lokasi penyinaran sehingga selain gejala umum juga terdapat gejala khusus yang sangat tergantung pada lokasinya. Gejala umum akibat penyinaran berupa anoreksia, dan rasa mual sampai muntah (Haryanti, 2006).

12) Dampak Kemoterapi

Status nutrisi penderita sangat berhubungan dengan kemoterapi. Pada penderita yang telah mengalami kakeksia, responnya sangat jelek. Obat ini dapat menghambat nafsu makan penderita melalui kemoreseptor pada otak sehingga menimbulkan anoreksia. Kemoterapi juga dapat bersifat racun bagi hati, menyebabkan gangguan keseimbangan elektrolit, dan racun bagi ginjal (Haryanti, 2006).

2.3.4 Penilaian Status Nutrisi

Kurang lebih lima puluh persen pasien kanker mengalami penurunan berat badan dan perubahan status nutrisi saat didiagnosis. Oleh karena itu, Identifikasi dini dan pengkajian penurunan berat badan

sangat penting untuk penanganan dini gizi kurang. Beberapa metode pengkajian status nutrisi termasuk pengukuran antropometri, bio- kimia, dan pengkajian fungsional digunakan untuk mengkategorikan tingkat masalah nutrisi yang terjadi. Pengkajian data klinis juga merupakan alat yang baik dan komponen-komponennya dapat diidentifikasi dan diformulasikan ke dalam suatu sistem pengkajian yang layak yaitu *Subjective Global Assessment (SGA)*, yang sederhana dan mudah digunakan serta tervalidasi untuk mengklasifikasikan keadaan gizi kurang (Kurniasari, Surono dan Pangastuti, 2015).

Adapun tujuan dari penilaian status nutrisi pada pasien di rumah sakit adalah sebagai berikut:

- 1) Secara akurat menentukan status nutrisi pasien
- 2) Mendefinisikan malnutrisi klinis yang relevan
- 3) Mengawasi perubahan status nutrisi selama pasien mendapat dukungan nutrisi.

Menurut Supriasa, Bakri dan Fajar (2017) Untuk mengukur status nutrisi terdapat dua macam pengukuran, yaitu pengukuran secara langsung dan pengukuran secara tidak langsung.

- 1) Penilaian status nutrisi secara langsung meliputi :

Penilaian status nutrisi secara langsung dapat dibagi menjadi empat penilaian, yaitu:

- a) Antropometri

Antropometri merupakan ilmu yang mempelajari tentang pengukuran tubuh manusia untuk merumuskan perbedaan ukuran pada tiap individu atau kelompok.

Antropometri berhubungan dengan berbagai macam pengukuran dimensi tubuh dan komposisi tubuh dari berbagai tingkat umur dan tingkat nutrisi. Secara umum, antropometri digunakan untuk melihat ketidakseimbangan konsumsi energi dan protein dilihat dari pola pertumbuhan fisik dan proporsi jaringan tubuh seperti lemak, otot dan jumlah air dalam tubuh.

b) Klinis

Metode ini didasarkan atas perubahan-perubahan yang terjadi yang dihubungkan dengan ketidak cukupan zat gizi. Hal ini dapat dilihat pada jaringan epitel seperti kulit, mata, rambut, dan mukosa oral atau pada organ-organ yang dekat dengan permukaan tubuh seperti kelenjar tiroid.

c) Biokimia

Pengukuran dengan cara biokimia adalah pemeriksaan spesimen yang diuji secara laboratorium yang digunakan pada berbagai macam jaringan tubuh. Jaringan tubuh yang digunakan antara lain: darah, urin, tinja, dan juga beberapa bagian tubuh lainnya seperti hati dan otot.

d) Biofisik

Penentuan status nutrisi secara biofisik adalah metode penentuan status nutrisi dengan melihat kemampuan fungsi (khususnya jaringan) dan melihat perubahan dari struktur jaringan.

2) Penilaian status nutrisi secara tidak langsung meliputi :

Penilaian status nutrisi secara tidak langsung dapat dibagi menjadi tiga penilaian, yaitu:

a) Survei konsumsi makan

Metode penentuan status nutrisi secara tidak langsung dengan melihat jumlah dan jenis zat nutrisi yang dikonsumsi. Pengumpulan data konsumsi makanan dapat memberikan gambaran tentang konsumsi berbagai zat nutrisi pada masyarakat, keluarga, dan individu. Survei ini dapat mengidentifikasi kelebihan atau kekurangan nutrisi.

b) Statistik vital

Pengukuran status gizi dengan cara menganalisis data beberapa statistik kesehatan seperti angka kematian berdasarkan umur, angka kesakitan dan kematian akibat penyebab tertentu dan data lainnya yang berhubungan dengan gizi.

c) Faktor ekologi

Malnutrisi merupakan masalah ekologi sebagai hasil interaksi beberapa faktor fisik, biologis, dan lingkungan budaya. Jumlah makanan yang tersedia sangat bergantung pada keadaan ekologi seperti tanah, iklim, irigasi dll. Pengukuran faktor ekologi dianggap sangat penting untuk mengetahui penyebab malnutrisi disuatu masyarakat sebagai dasar untuk melakukan program intervensi gizi.

2.3.5 Penilaian Status Nutrisi Subjective Global Assessment

Penilaian status nutrisi pada pasien untuk mengetahui status nutrisi selama terkena penyakit dapat menggunakan *subjective global assessment* (SGA) yang merupakan penilaian umum secara subjektif dan digunakan secara klinis untuk menilai status nutrisi pasien berdasarkan riwayat pasien dan pemeriksaan fisik. Penilaian menggunakan SGA terdiri dari dua elemen yaitu anamnesis dan pemeriksaan fisik. SGA sering digunakan untuk menilai status nutrisi pada kejadian klinis yaitu penyakit ginjal, AIDS, kanker, penuaan dan penyakit kronis (Meilyana, Djais dan Garna, 2010).

Score patient generated subjective global assessment (PG-SGA) diadaptasi dari SGA dan dikembangkan secara khusus untuk penderita kanker. Terdapat beberapa pertanyaan tambahan tentang gejala gizi dan penurunan berat badan jangka pendek. PG-SGA merupakan pengembangan lebih lanjut dari konsep SGA yang menggabungkan nilai numerik serta memberikan peringkat A jika nutrisi baik, B jika nutrisi sedang dan C jika nutrisi buruk. Setiap komponen dari form PG-SGA, diberikan poin (0-4) tergantung dampak dari gejala pada status nutrisi. Skor total kemudian dijumlahkan dan memberikan pedoman untuk tingkat intervensi gizi yang diperlukan serta memfasilitasi hasil pengumpulan data kuantitatif. Form PG-SGA tidak seperti SGA yang semakin tinggi skor semakin besar resiko kekurangan gizi. Skor > 9 menunjukkan kebutuhan intervensi nutrisi yang sangat penting bagi pasien (Meilyana, Djais dan Garna, 2010).

2.3.6 Bentuk Pemberian Nutrisi

Selama fase pengobatan atau pemulihan, pasien kanker harus memenuhi kecukupan nutrisi dengan mengonsumsi berbagai variasi makanan yang terdiri dari bahan makanan sumber protein, karbohidrat, lemak, vitamin, mineral dan cairan. Selama sakit maupun sehat sehingga pasien kanker harus memenuhi kebutuhan tersebut (Hariani, 2007). Kebutuhan nutrisi dapat berubah sewaktu-waktu sesuai perjalanan penyakit serta terapi yang diberikan.

Tujuan dari menjaga asupan nutrisi pada pasien kanker adalah untuk meminimalisir kehilangan berat badan dan jaringan otot, defisiensi zat gizi, dan membantu pasien untuk mendapatkan makanan yang dapat mengurangi terjadinya komplikasi dari penyakit. Prioritas terapi diet pasien kanker adalah untuk membantu pasien bertahan dari tindakan pengobatan dan stress akibat kanker. Oleh sebab itu, diet disusun secara individual. Jenis makanan atau diet yang diberikan hendaknya memperhatikan nafsu makan, perubahan indera pengecap, rasa cepat kenyang, mual, penurunan berat badan akibat pengobatan (Khalida, 2017).

Adapun sumber makanannya sebagai berikut:

1) Energi

Kanker menyebabkan terjadinya hipermetabolik, untuk itu kebutuhan energi sangat tinggi pada pasien. Pada pasien dewasa dengan status gizi baik memerlukan energi 2000 kkal. Atau 25 sampai 30 kkal/ kg berat badan. Untuk keperluan pemeliharaan, energi lebih mungkin diperlukan sesuai dengan kebutuhan dan

tingkat stress individual atau luasnya kerusakan jaringan (Khalida, 2017).

2) Karbohidrat

Kebutuhan karbohidrat pada pasien kanker adalah untuk memenuhi kecukupan energi sel dalam melakukan fungsinya secara optimal. Kebutuhan karbohidrat berkisar antara 55–60% dari kebutuhan energi total (KET) (Nerfina, 2014).

3) Lemak

Komponen lemak dapat diberikan dalam bentuk nutrisi enteral maupun parenteral sebagai emulsi lemak. Rekomendasi kebutuhan lemak pada pasien kanker sebesar 20–35% dari KET (Nerfina, 2014). Lemak memiliki fungsi antara lain sebagai sumber energi, menyediakan asam lemak esensial, membantu regulasi suhu tubuh, membantu absorpsi vitamin yang larut dalam lemak, membantu dan melindungi organ-organ internal, dan melumasi jaringan-jaringan tubuh.

4) Protein (Asam Amino)

Sebagian besar pasien kanker mengalami penurunan keseimbangan nitrogen dan akan berkelanjutan. Oleh karena itu, penting memenuhi kecukupan protein untuk proses sintesa protein dan menurunkan degradasi protein. Kebutuhan protein adalah 0,8gr/kgbb/hari atau kurang lebih 10% dari total kebutuhan kalori. Asupan aman untuk pasien kanker yang tidak ada stres 1,0-1,5 g/kgbb/hari (Khalida, 2017).

5) Kebutuhan cairan.

Pemenuhan kebutuhan cairan pada pasien kanker bertujuan untuk mencapai status hidrasi dan keseimbangan elektrolit yang adekuat, mencegah dehidrasi serta keadaan hipovolemia. Keadaan dehidrasi dapat timbul akibat adanya anoreksia, sedangkan kondisi hipovolemia terjadi karena adanya muntah, diare, dan malabsorpsi. Kebutuhan cairan orang dewasa tanpa adanya kelainan ginjal adalah 30–35 ml/kgBB/hari atau cairan dapat diberikan sebesar 1 ml untuk setiap 1 kalori (kal) kebutuhan energi (Nerfina, 2014). Khalida (2017) juga mengatakan asupan cairan harus dipastikan cukup dengan alasan yaitu mengganti cairan akibat gangguan gastrointestinal dan untuk membantu ginjal membuang produk uraian metabolisme dan kerusakan sel-sel kanker dan obat racun yang digunakan dalam kemoterapi.

6) Vitamin dan Mineral.

Defisiensi vitamin (khususnya asam folat, vitamin C, retinol) dan mineral (Mg, Zn, Fe) dapat terjadi pada pasien kanker karena efek langsung dari tumor, efek sitokin, proses infeksi, terapi atau asupan yang tidak adekuat (Hariani, 2007). Khalida (2017) mengatakan Vitamin dan mineral sebagai Kontrol protein dan metabolisme energi melalui peranannya sebagai koenzim spesifik dalam cell enzyme pathway dan juga berperan penting dalam membangun dan memelihara jaringan yang kuat.

7) Serat

Asupan serat pada pasien kemoterapi sangat penting. Serat berfungsi untuk mencegah konstipasi pada pasien kemoterapi. Konstipasi pada pasien kemoterapi dapat disebabkan karena kurangnya cairan, kurangnya aktivitas fisik pasien selama perawatan, atau dapat terjadi akibat kemoterapi dan obat-obatan yang dikonsumsi. Konsumsi makanan berserat untuk pasien kemoterapi dianjurkan sebanyak 25-35 gram per hari (Khalida, 2017). Serat secara alami didapatkan dari buah-buahan, sayuran, biji-bijian, kacang-kacangan, dan sereal (Nerfina, 2014)..

2.3.7 Cara Pemberian Nutrisi

Strategi dukungan nutrisi tergantung dari masalah nutrisi yang dihadapi dan derajat kekurangan nutrisi yang dihadapi. Menurut Hariani (2007) ada tiga cara dalam memberikan nutrisi yaitu:

1) Nutrisi oral

Nutrisi oral merupakan pilihan utama untuk dukungan nutrisi dan merupakan cara yang paling disukai. Sebagian besar pasien dapat mentoleransi makanan dengan porsi kecil dan sering. Untuk mencukupi kebutuhan nutrisi pasien dianjurkan untuk mengkonsumsi makanan/minuman yang padat kalori.

2) Nutrisi Enteral

Nutrisi enteral adalah nutrisi yang diberikan pada pasien yang tidak dapat memenuhi kebutuhan nutrisinya melalui rute oral, formula nutrisi diberikan melalui bolus, intermiten, kontinyu. Cara pemberian sedini mungkin dan benar nutrisi enteral akan menurunkan kejadian

pneumonia, sebab bila nutrisi enteral yang diberikan secara dini akan membantu memelihara epitel pencernaan, mencegah translokasi kuman, mencegah peningkatan distensi gaster, kolonisasi kuman, dan regurgitasi.

3) Nutrisi Parenteral

Nutrisi parenteral adalah suatu bentuk pemberian nutrisi yang diberikan langsung melalui pembuluh darah tanpa melalui saluran pencernaan. Diberikan pada pasien yang saluran cernanya tidak dapat digunakan. Nutrisi parenteral juga diperlukan untuk pasien yang saluran cernanya dapat dipakai, tetapi tidak dapat mencukupi kebutuhan nutrisi akibat mual muntah yang hebat dan malabsorpsi. Pasien yang mendapat nutrisi parenteral perlu dimonitor dengan baik untuk meminimalkan komplikasi yang terjadi.

2.4 Konsep Dukungan Keluarga

2.4.1 Pengertian Dukungan Keluarga

Keluarga adalah sekelompok orang yang disatukan oleh ikatan pernikahan, darah, atau adopsi, yang merupakan rumah tangga tunggal; berinteraksi dan berkomunikasi satu sama lain dalam peran sosial masing-masing suami dan istri, ibu dan ayah, putra dan putri, kakak dan adik; dan menciptakan dan memelihara budaya bersama (Kaakinen *et al.*, 2010).

Dukungan keluarga adalah suatu proses hubungan berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadap anggotanya yang bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada anggotanya, berupa dukungan informasional, finansial, emosional, dan instrumental (Friedman

and Bowden, 2010). Dukungan keluarga merupakan bentuk pemberian dukungan terhadap anggota keluarga lain yang mengalami permasalahan, yaitu memberikan dukungan pemeliharaan, emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga dan memenuhi kebutuhan psikososial (Indriyatmo, 2015).

Dukungan informasional terkait dengan pemberian informasi, nasehat, saran, serta petunjuk yang diberikan kepada anggota keluarga. Dukungan finansial berhubungan dengan biaya yang dikeluarkan keluarga untuk pengobatan atau perawatan dalam menunjang kesehatan. Dukungan emosional terkait dengan psikologis serta spiritual penderita kanker. Dukungan instrumental berupa pemenuhan kebutuhan intake makanan, nutrisi, dan pakaian penderita (Caesandri dan Adiningsih, 2015).

2.4.2 Bentuk-bentuk Dukungan Keluarga

Keluarga berfungsi sebagai sistem pendukung bagi anggotanya yang selalu siap memberikan pertolongan dan bantuan jika diperlukan.

Terdapat empat bentuk dari dukungan keluarga yaitu:

a. Dukungan emosional (*emotional support*)

Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap orang yang bersangkutan. Keluarga berfungsi sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional (Friedman and Bowden, 2010). Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, pemberian semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan

nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dan dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Sarafino and Smith, 2011).

b. Dukungan informasi (*informational support*)

Keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi (Friedman and Bowden, 2010). Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran-saran, sugesti dan diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada (Sarafino and Smith, 2011).

c. Dukungan instrumental (*instrumental support*),

Dukungan instrumental membantu individu melaksanakan aktivitasnya. Keluarga merupakan sebuah sumber pertolongan praktis dan konkrit (Friedman and Bowden, 2010). Dukungan ini merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari. Termasuk dalam hal kebutuhan makan dan minum, istirahat, terhindarnya penderita dari kelelahan (Sarafino and Smith, 2011).

d. Dukungan penghargaan (*appraisal support*)

Merupakan dukungan keluarga berupa umpan balik (feedback), membimbing dan merantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota (Friedman and Bowden, 2010). Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi

penghargaan yang positif melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain (Sarafino and Smith, 2011).

2.4.3 Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Dukungan Keluarga

Menurut Susanti dan Sulistyarini (2013) faktor-faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga adalah:

1. Faktor Internal

1. Usia

Artinya dukungan dapat ditentukan oleh faktor usia dalam hal ini adalah pertumbuhan dan perkembangan, dengan demikian setiap rentang usia (bayi-lansia) memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

2. Pendidikan atau tingkat pengetahuan

Keyakinan seseorang terhadap bentuk dukungan dari variabel intelektual yang terdiri dari pengetahuan, latar belakang pendidikan dan pengalaman masa lalu. Kemampuan kognitif akan membentuk cara berfikir seseorang termasuk kemampuan untuk memahami faktor-faktor yang berhubungan dengan penyakit dan menggunakan pengetahuan tentang kesehatan untuk menjaga kesehatan dirinya.

3. Faktor emosi

Faktor emosional berkaitan dengan keadaan psikologis seseorang. Seseorang yang mengalami respon stress dalam

setiap perubahan hidupnya cenderung berespon terhadap berbagai tanda sakit, mungkin dilakukan dengan cara mengkhawatirkan bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat sangat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Oleh karena itu, Seorang individu yang sakit harus mampu melakukan koping emosional yang baik agar mereka mampu menerima penyakitnya dan menjalani pengobatan.

4. Spiritual

Aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan yang dilaksanakan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan dan arti dalam hidup.

2. Eksternal

1. Struktur keluarga

Struktur keluarga berkaitan dengan cara bagaimana keluarga memberikan dukungan. Hal ini biasanya mempengaruhi penderita dalam memelihara dan mempertahankan kesehatannya.

2. Faktor sosio-ekonomi

Faktor sosial dan psikososial dapat mempengaruhi cara seseorang mendefinisikan dan bereaksi terhadap penyakitnya. Aspek psikososial meliputi perkawinan, gaya

hidup, dan lingkungan kerja. Seseorang biasanya akan mencari dukungan dan persetujuan dari kelompok sosialnya, hal ini akan mempengaruhi keyakinan kesehatan dan cara pelaksanaannya. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakan. Sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.

3. Latar belakang budaya

Latar belakang budaya meliputi ras, suku, adat, persepsi atau cara pandang terhadap sesuatu. Sehingga dapat mempengaruhi keyakinan, nilai dan kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pemeliharaan kesehatan pribadi.

2.4.4 Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi

Pada pengobatan kanker dengan kemoterapi, setelah terpapar agen kemoterapi, Serotonin (5-HT) akan meningkat, sehingga pada tingkat tertinggi akan dilepaskan dari permukaan basal ke lamina propia. 5-HT yang berikatan dengan reseptor-reseptor yang serumpun dengan 5-HT₃, yang terletak di terminal saraf vagus, bertindak sebagai neurotransmitter yang mengubah sinyal ke otak belakang, sehingga memicu respon motorik mual dan muntah (Susanti, 2016).

Menurut Susanti (2016), Sitotoksik kemoterapi dapat merusak saluran gastrointestinal (GI) dan menyebabkan sel-sel Enterochromaffin (EC) didistribusikan ke seluruh dinding GI untuk melepaskan sinyal-sinyal saraf melalui pelepasan neurotransmitter, yaitu serotonin (5-HT),

substansial P (SP), dopamin (D2), monoamin (M), dan histamine (H1). Neurotransmitter ini kemudian mengaktifkan serabut aferen saraf vagus dengan mengikat reseptor-reseptor (5-HT3, NK-1, dan lain-lain) yang kemudian menstimuli kompleks dorsal saraf vagus yang terdiri dari pusat emetik/muntah (VC), Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ), dan Nucleus Tractus Solitarius (NTS). Kemudian sensori tersebut diintegrasikan dan mengakibatkan aktivasi respon muntah.

Akibatkan dari aktivasi respon muntah pada pasien yang menjalani kemoterapi akan mengalami penurunan nafsu makan, mual dan muntah, merasa perut sebah sehingga dapat mempengaruhi asupan makan pasien menjadi defisit. Rendahnya asupan makanan akan menyebabkan kebutuhan individual pasien tidak terpenuhi. Status nutrisi kurang lebih banyak dijumpai (53,4%), diikuti status nutrisi baik (26,6%) dan lebih (20%). Rendahnya status nutrisi pasien kanker dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu efek penyakit keganasan kanker seperti obstruksi mekanis, pemakaian subtract/nutrisi oleh kanker, produksi setokin oleh sel kanker yang berdampak pada penurunan nafsu makan, gangguan rasa kecap dan stres psikologi (Sofiani dan Rahmawaty, 2018). Hal ini akan membuat pasien merasa tidak nyaman, takut, cemas, malas, bahkan bisa sampai frustrasi dalam menjalani pengobatan sehingga pasien kanker serviks sangat membutuhkan dukungan dari keluarga (Sari, Dewi dan Utami, 2012).

Dukungan keluarga mempunyai peran yang sangat penting terhadap program pengobatan berkelanjutan diantaranya program kemoterapi, dukungan keluarga yang kurang akan mengakibatkan

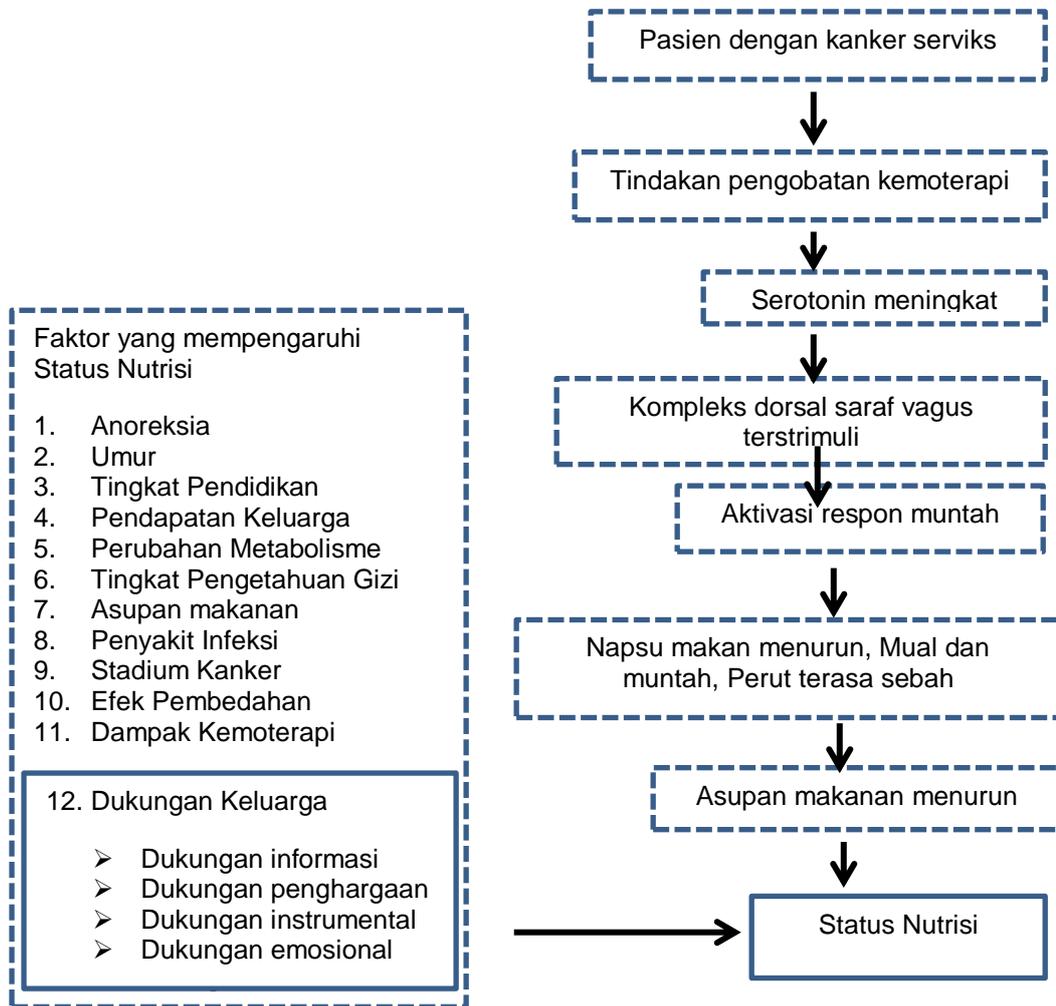
kecemasan pasien meningkat ketika dilakukan program pengobatan kemoterapi (Suyanto dan Arumdari, 2018). Dukungan keluarga dalam penatalaksanaan nutrisi pada penderita kanker bertujuan untuk memperbaiki status nutrisi dan juga untuk mengurangi penurunan berat badan (Kumala, Tabunan dan Titus, 2007).

Menurut Marischa, Anggraini dan Putri (2017), peningkatan pemecahan protein otot pada pasien kanker dapat menyebabkan kehilangan asam amino tubuh, dan selanjutnya menyebabkan tubuh menjadi lemah. Untuk menunjang keberhasilan pengobatan kanker perlu adanya dukungan nutrisi yang optimal dengan memperhatikan kebutuhan nutrisi dan tujuan pemberian nutrisi pasien kanker. Hal ini akan terpenuhi jika adanya dukungan keluarga yang baik dalam memenuhi kebutuhan nutrisi pada pasien kanker.

BAB III

KERANGKA KONSEP DAN HIPOTESIS PENELITIAN

3.1 Kerangka Konsep



Ket: Diteliti

Tidak Diteliti

Bagan 3.1-1 Kerangka Konsep Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi

3.1.1 Deskripsi

Pada pasien kanker serviks ketika mendengar atau didiagnosis kanker secara umum mengalami stres psikologi. Hal ini akan membuat pasien merasa tidak nyaman, takut, cemas, malas, bahkan bisa sampai frustrasi dalam menjalani pengobatan sehingga pasien kanker serviks sangat membutuhkan dukungan dari keluarga (Sari, Dewi dan Utami, 2012). Dukungan ini dapat berupa sikap, tindakan, dan penerimaan keluarga terhadapnya yang bersifat mendukung dan memberikan pertolongan kepada pasien, berupa dukungan informasional, finansial, emosional, dan instrumental (Friedman and Bowden, 2010). Dukungan keluarga yang kurang akan mengakibatkan kecemasan pasien meningkat ketika dilakukan program pengobatan kemoterapi (Suyanto dan Arumdari, 2018).

Pengobatan atau tatalaksana pada pasien kanker serviks dengan kemoterapi untuk menghambat proliferasi dan menghancurkan sel kanker (Shinta dan Surarso, 2016). Sitotoksik kemoterapi dapat merusak saluran gastrointestinal (GI) dan menyebabkan sel-sel Enterochromaffin (EC) didistribusikan ke seluruh dinding GI untuk melepaskan sinyal-sinyal saraf melalui pelepasan neurotransmitter, yaitu serotonin (5-HT), substansial P (SP), dopamin (D2), monoamin (M), dan histamine (H1). setelah terpapar agen kemoterapi, Serotonin (5-HT) akan meningkat, sehingga pada tingkat tertinggi akan dilepaskan dari permukaan basal ke lamina propia. Neurotransmitter ini kemudian

mengaktifkan serabut aferen saraf vagus dengan mengikat reseptor-reseptor (5-HT₃, NK-1, dan lain-lain) yang kemudian menstimuli kompleks dorsal saraf vagus yang terdiri dari pusat emetik/muntah (VC), Chemoreceptor Trigger Zone (CTZ), dan Nucleus Tractus Solitarius (NTS). Kemudian sensori tersebut diintegrasikan dan mengakibatkan aktivasi respon muntah (Susanti, 2016).

Akibat dari aktivasi respon muntah pada pasien yang menjalani kemoterapi akan mengalami penurunan nafsu makan, mual dan muntah, merasa perut sebah sehingga dapat mempengaruhi asupan makan pasien menjadi defisit. Rendahnya asupan makanan akan menyebabkan kebutuhan individual pasien tidak terpenuhi. Rendahnya status nutrisi pasien kanker dapat disebabkan oleh beberapa faktor yaitu efek penyakit keganasan kanker seperti obstruksi mekanis, pemakaian subtract/nutrisi oleh kanker, produksi setokin oleh sel kanker yang berdampak pada penurunan nafsu makan (Sofiani dan Rahmawaty, 2018).

3.2 Hipotesis Penelitian

Ada hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi.

BAB IV

METODE PENELITIAN

4.1 Rancangan Penelitian

Penelitian ini termasuk dalam rancangan penelitian non eksperimen yaitu penelitian korelasional dengan menggunakan pendekatan *cross sectional*. Penelitian *cross sectional* adalah jenis penelitian yang menekankan waktu pengukuran/ observasi data variabel independen dan dependen hanya satu kali pada satu saat (Nursalam, 2015). Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

4.2 Populasi dan Sampel

4.2.1 Populasi Penelitian

Populasi yang digunakan dalam penelitian ini adalah pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di Ruang 9 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang. Besar populasi dalam penelitian ini sebanyak 60 pasien.

4.2.2 Sampel Penelitian

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut (Sugiono, 2017). Sampel pada penelitian ini adalah pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di Ruang 9 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang yang memenuhi kriteria inklusi atau eksklusi.

1) Kriteria inklusi

Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien yang didiagnosis kanker serviks stadium II dan III
2. Pasien yang sedang menjalani program kemoterapi.
3. Pasien kanker serviks dengan usia antara 18 tahun sampai 65 tahun
4. Pasien kanker serviks yang tinggal bersama dengan keluarganya (suami/istri atau anak atau orang tua atau saudara).

2) Kriteria eksklusi.

Kriteria eksklusi dalam penelitian ini adalah:

1. Pasien kanker servik yang di rawat di Ruang IX karena perburukan keadaan umum
2. Pasien yang mengalami komplikasi dengan penyakit lain.

4.2.3 Teknik Pengambilan Sampel

Sampling adalah proses menyeleksi porsi dari populasi untuk dapat mewakili populasi, sedangkan teknik sampling merupakan cara-cara yang ditempuh dalam pengambilan sampling agar memperoleh sampel yang benar-benar sesuai dengan subjek penelitian. Cara pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara *purposive sampling* yaitu suatu teknik penetapan sampel dengan cara memilih sampel di antara populasi sesuai dengan yang dikehendaki peneliti (tujuan/masalah dalam penelitian) sehingga sampel tersebut dapat mewakili karakteristik populasi yang telah dikenal sebelumnya (Nursalam,

2015). Besarnya sampel dalam penelitian ini dihitung dengan menggunakan rumus Slovin sebagai berikut:

$$n = \frac{N}{1 + N(d)^2}$$

Keterangan:

n = Jumlah sampel

N = Jumlah populasi

d = Tingkat signifikan

Jika jumlah populasi yang ada sebanyak 60 dan tingkat kesalahan yang dipilih adalah 0,05, maka sampel yang harus diambil adalah:

$$n = \frac{60}{1 + 60(0,05)^2}$$

$$n = \frac{60}{1 + 60(0,0025)}$$

$$n = \frac{60}{1 + 0,15}$$

$$n = \frac{60}{1,15}$$

$$n = 52,17 \text{ atau jika dibulatkan menjadi } 53$$

Jadi besar sampel dalam penelitian ini adalah minimal 53 orang dari 60 populasi pasien dengan kanker serviks dengan memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi.

4.3 Variabel Penelitian

Variabel penelitian ini terdiri dari variabel bebas serta variabel terikat.

1) Variabel independen (bebas)

Variabel bebas dalam penelitian ini adalah dukungan keluarga.

2) Variabel dependen (terikat)

Variabel terikat pada penelitian ini adalah status nutrisi.

4.4 Tempat dan Waktu Penelitian

1) Tempat penelitian

Penelitian dilakukan di Ruang 9 RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

2) Waktu

Penelitian ini dilakukan pada bulan September - Oktober 2019.

4.5 Instrumen Penelitian

Peneliti menggunakan alat pengumpul data berupa kuisisioner dan form *subjective global assessment* (SGA). Kuisisioner digunakan untuk mengukur dukungan keluarga, sedangkan form SGA digunakan untuk mengukur status nutrisi pasien.

Instrumen dukungan keluarga dalam tugas akhir ini disusun secara terstruktur yang diadopsi dari kuisisioner penelitian Sudiyanti (2017) berupa kuisisioner yang terdiri dari 20 pertanyaan yang berkaitan dengan komponen dukungan keluarga yaitu dukungan informasional, emosional, instrumental serta penghargaan, dimana masing-masing item terdiri dari lima pertanyaan. Pilihan jawaban yang disediakan adalah "Sangat Setuju", "Setuju", "Tidak Setuju", "Sangat Tidak Setuju".

Instrumen untuk status nutrisi dalam tugas akhir ini berupa form Subjective global asesment atau SGA. SGA merupakan alat screening nutrisi yang terdiri dari riwayat kesehatan dan pemeriksaan fisik. Riwayat kesehatan terdiri dari perubahan berat badan, asupan makanan, perubahan gejala gastrointestinal selama lebih dari 2 minggu dan fungsi

kemampuan tubuh. Penanda yang paling mudah untuk mengetahui malnutrisi adalah pasien mengalami penurunan berat badan lebih dari 5% selama 3 bulan atau lebih dari 10% selama 6 bulan.

4.6 Uji Validitas dan Reliabilitas

Validitas dan reliabilitas alat ukur yang digunakan dalam sebuah penelitian sangat menentukan keakuratan dan keobjektifan hasil penelitian yang dilakukan. Kuisisioner dukungan keluarga penelitian ini telah dilakukan uji validitas dan reliabilitas oleh Sudiyanti (2017) dalam penelitiannya yang berjudul "Hubungan dukungan keluarga terhadap mekanisme coping pada pasien kanker servik yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Moewardi" dengan hasil valid dan reliabel.

4.7 Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi berdasarkan karakteristik yang diamati dari suatu yang didefinisikan tersebut. Karakteristik yang dapat diamati (diukur) itulah yang merupakan kunci definisi operasional. Dapat diamati artinya memungkinkan peneliti untuk melakukan observasi atau pengukuran secara cermat terhadap suatu obyek atau fenomena yang kemudian dapat diulangi lagi oleh orang lain. Definisi operasional memberikan deskripsi lengkap mengenai metode dengan konsep yang diteliti (Nursalam, 2015).

Tabel 4.7.1 Definisi Operasional

Variabel	Definisi operasional	Parameter	Alat ukur	Skala	skor
Variabel independen dukungan keluarga	Dukungan yang diberikan oleh keluarga kepada responden dalam bentuk perawatan, perhatian dan kepedulian keluarga. Keluarga yang dimaksud dalam penelitian ini adalah anggota keluarga yang setiap hari mendampingi responden.	Dukungan emosional mencakup ungkapan empati, kepedulian dan perhatian terhadap responden. Dukungan penghargaan, ketika seseorang memberikan penghargaan positif kepada yang bersangkutan. Dukungan instrumental mencakup bantuan langsung. Dukungan informasi mencakup pemberian nasehat, petunjuk-petunjuk, saran, informasi atau umpan balik.	Kuisisioner dukungan keluarga	Ordinal	Kurang <56% (<12) Sedang 56%-75% (12-15) Baik 76%-100% (16-20)

<p>Variabel dependen status nutrisi</p>	<p>Status nutrisi merupakan keadaan yang menggambarkan keseimbangan antara kebutuhan dan asupan nutrisi</p>	<p>Metode pengukuran nutrisi yang menggambarkan keadaan sebagai berikut:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Riwayat medis yang meliputi: perubahan berat badan, asupan makanan, gejala gastrointestinal, kapasitas fungsional, penyakit dan hubungannya dengan kebutuhan nutrisi 2. Pemeriksaan fisik yang meliputi: Kehilangan lemak subkutan, Kehilangan massa otot, Edema, Asites 	<p>SGA</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Nutrisi Normal (Skor "A" pada $\geq 50\%$ kategori Nutrisi Kurang/Sedang (Skor "B" pada $\geq 50\%$ kategori) Nutrisi Buruk (Skor "C" pada $\geq 50\%$ kategori)</p>
---	---	---	------------	----------------	--

4.8 Pengumpulan Data

4.8.1 Jenis Data yang Dikumpulkan

1. Data Primer

Jenis data yang diambil langsung dari responden dengan menggunakan metode angket atau kuesioner. Metode angket atau kuesioner ini adalah pengumpulan data melalui pengajuan beberapa item pernyataan tertulis kepada subjek penelitian dan jawabannya diberikan secara tertulis.

2. Data Sekunder

Data yang didapatkan dari pihak lain dan data tersebut sudah ada. Dalam penelitian ini data sekunder diperoleh dari rekam medik berupa data lengkap dari responden.

4.8.2 Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan alat pengumpulan data berupa kuesioner, responden diminta untuk mengisi kuesioner yang telah disiapkan oleh peneliti, dan responden diberitahukan tentang cara pengisian kuesioner yang benar.

Pengumpulan data dilakukan pada pasien kanker serviks yang sedang menjalani kemoterapi di RSUD Saiful Anwar Malang.

1. Peneliti melakukan studi pendahuluan terlebih dahulu, kemudian peneliti menyusun proposal penelitian.
2. Memasukan proposal penelitian ke ethical clearance komisi etik RSUD Saiful Anwar Malang.
3. Peneliti mengajukan permohonan ijin dari institusi fakultas kedokteran universitas brawijaya kemudian ke RSUD Saiful Anwar Malang.

4. Peneliti menyampaikan surat ijin penelitian ke RSUD Saiful Anwar Malang untuk melakukan penelitian ditempat tersebut.
5. Setelah mendapatkan ijin dari RSUD Saiful Anwar Malang kemudian peneliti melakukan kontrak waktu dengan responden pelaksanaan penelitian.
6. Pada saat penelitian, peneliti melakukan pengambilan data dengan didampingi oleh perawat. Dan peneliti mendekati dan memperkenalkan diri serta membina hubungan saling percaya dengan pasien kanker serviks dan keluarganya.
7. Peneliti menjelaskan tujuan penelitian dan manfaatnya kemudian meminta persetujuan kepada responden dan keluarganya untuk mengikuti penelitian ini.
8. Setelah responden setuju dan memahami, mengetahui tujuan dan manfaat penelitian maka peneliti mengajukan pertanyaan-pertanyaan melalui kuisisioner yang telah dibuat.
9. Peneliti melakukan pengolahan data setelah kuisisioner lengkap.

4.9 Pengolahan dan Analisis Data

4.9.1 Pengolahan Data

Pengolahan data adalah salah satu kegiatan penelitian setelah pengumpulan data selesai. Tujuan pengolahan data disini bermaksud untuk memperoleh data yang berkualitas. Tahap-tahap pengolahan data seperti editing, coding, processing dan cleaning.

- a) Editing yaitu data yang sudah terkumpul diperiksa kembali untuk memastikan kelengkapan, kesesuaian, dan kejelasan.

- b) Coding yaitu mengklasifikasikan hasil pengamatan dengan mengubah data berbentuk kalimat atau huruf menjadi kode berupa angka. Kemudian dimasukkan kedalam tabel supaya membacanya lebih mudah.
- c) Processing yaitu memasukkan data dari kuesioner kedalam komputer dengan menggunakan salah satu program computer.
- d) Cleaning yaitu proses membersihkan data dilakukan dengan mengecek kembali data yang sudah entry. Pengecekan ini untuk melihat data yang hilang (mising) dengan melakukan list, koreksi kembali apakah data yang sudah dientry atau salah dengan dengan melihat variasi data atau kode yang digunakan.
- e) Tabulating merupakan pengorganisasian data sedemikian rupa sesuai dengan tujuan penelitian atau diinginkan peneliti untuk disajikan dan dianalisis.

4.9.2 Analisis Data

Data yang telah tersusun selanjutnya dilakukan analisis. Teknik analisis terdiri dari uji univariat dan bivariat .

1. Uji Univariat

Pada uji univariat menggunakan deskriptif distribusi frekuensi yaitu untuk mendeskripsikan data demografi berupa jenis kelamin, usia, pendidikan terakhir, pekerjaan, jenis pembiayaan dan lamanya kemoterapi. Dukungan keluarga yang berupa dukungan emosional, spiritual, informasi dan instrumental dan Status Nutrisi.

2. Uji Bivariat

Analisis bivariat untuk menguji hubungan dukungan keluarga terhadap status nutrisi pada pasien kanker serviks yang menjalani kemoterapi menggunakan uji spearman. uji ini dilakukan untuk mengetahui hubungan dua variabel yang menggunakan skala data ordinal.

Tingkat signifikan digunakan untuk menyatakan apakah dua variabel mempunyai hubungan dengan syarat yaitu jika $p > 0,05$, maka H_1 ditolak, artinya tidak terdapat hubungan dan jika $p < 0,05$, maka H_1 diterima, artinya ada hubungan.

4.9.3 Etik Penelitian

Nursalam (2015) menyatakan secara umum prinsip etika dalam penelitian/pengumpulan data dapat dibedakan menjadi tiga bagian, yaitu prinsip manfaat, prinsip menghargai hak-hak subjek, dan prinsip keadilan.

1) Prinsip manfaat

a. Bebas dari penderitaan

Penelitian ini dilaksanakan tanpa ada intervensi yang dilakukan kepada pasien sehingga tidak mengakibatkan penderitaan kepada klien.

b. Bebas dari eksploitasi

Peneliti memberikan penjelasan bahwa partisipasinya dalam penelitian atau informasi yang telah diberikan, tidak akan dipergunakan dalam hal-hal yang dapat merugikan subjek dalam bentuk apa pun.

2) Prinsip menghargai hak asasi manusia (respect human dignity)

- a. Hak untuk ikut/tidak menjadi responden (right to self determination)

Pada penelitian ini peneliti memberikan kebebasan bagi klien untuk menentukan keputusan apakah mereka bersedia menjadi subjek ataupun tidak, tanpa adanya sangsi apapun.

- b. Informed consent

Pada penelitian ini peneliti memberikan informasi secara lengkap tentang tujuan penelitian yang akan dilaksanakan, memberikan hak untuk bebas berpartisipasi atau menolak menjadi responden. Pada informed consent dicantumkan bahwa data yang diperoleh hanya akan dipergunakan untuk pengembangan ilmu.

3) Prinsip keadilan (right to justice)

- a. Hak untuk mendapatkan pengobatan yang adil (right in fair treatment)

Peneliti tidak melakukan diskriminasi saat memilih responden penelitian. Saat pemilihan responden, peneliti tidak memberikan perlakuan yang berbeda terhadap responden yang memenuhi kriteria inklusi tersebut. Peneliti memahami bahwa responden yang masuk kedalam kriteria inklusi mempunyai hak yang sama untuk diikutkan pada penelitian ini.

b. Hak dijaga kerahasiaannya (right to privacy)

Informasi yang telah diberikan oleh responden serta semua data yang terkumpul dijamin kerahasiaannya oleh peneliti, informasi tersebut tidak akan dipublikasikan atau diberikan kepada orang kepada orang lain tanpa seijin responden.

BAB V

HASIL PENELITIAN DAN ANALISIS DATA

Bab ini menguraikan hasil penelitian dan analisis data mengenai “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”. Pengambilan data dilakukan pada tanggal 11 - 29 Oktober 2019 di Ruang IX RSUD dr. Saiful anwar Malang.

5.1 Data Karakteristik Demografi

Berdasarkan hasil kuesioner pada 53 responden pasien kanker serviks di Ruang IX RSUD dr. Saiful anwar Malang, didapatkan data umum berupa status pernikahan, usia, pendidikan, pekerjaan, stadium kanker, sistem pembayaran dan lamanya kemoterapi.

Tabel 5.1.1 Karakteristik Responden Berdasarkan Status Pernikahan dan usia responden

Karakteristik Responden	Jumlah	%
Status Pernikahan		
Menikah	53	100
Usia		
26-35	3	5,7
36-45	8	15,1
46-55	30	56,6
56-65	12	12,6

Berdasarkan tabel 5.1.1 menunjukkan jumlah responden berdasarkan status pernikahan dari total 53 responden seluruhnya sudah menikah. Jumlah

responden berdasarkan usia dari total 53 responden, yang paling tinggi pada umur 46-55 tahun berjumlah 30 responden dengan persentase 56,6% dan paling rendah pada umur 26-35 tahun berjumlah 3 responden dengan persentase 5,7%.

Tabel 5.1.2 Karakteristik Responden Berdasarkan Pendidikan, Pekerjaan, Stadium Kanker, Sistem Pembayaran dan Lamanya Kemoterapi.

Karakteristik Responden	Jumlah	%
Pendidikan		
SD	30	56,6
SMP	11	20,8
SMA	7	13,2
Sarjana	3	5,7
Lain-lain	2	3,8
Pekerjaan		
Buruh	4	7,5
Wiraswasta	10	18,9
Petani	7	13,2
Ibu Rumah Tangga / Tidak Bekerja	32	60,4
Stadium Kanker		
Stadium II	18	34
Stadium III	35	66
Sistem Pembayaran		
BPJS	53	100
Lamanya Kemoterapi		
< 1 tahun	53	100

Berdasarkan tabel 5.1.2 menunjukkan jumlah responden berdasarkan tingkat pendidikan. Dari total 53 responden, mayoritas memiliki tingkat pendidikan hanya sampai SD dengan jumlah 30 orang (56,6%) sedangkan yang paling sedikit adalah responden dengan tingkat pendidikan lain-lain

yaitu tidak sekolah atau tidak tamat SD dengan jumlah 2 orang (3,8%). Responden sebagian besar Ibu rumah tangga atau tidak bekerja dengan jumlah 32 orang (60,4%) sedangkan paling sedikit bekerja sebagai buruh sebanyak 4 orang (7,5%). Berdasarkan stadium kanker serviks, sebagian besar pada stadium III yaitu sebanyak 35 orang (66%) dan paling sedikit pada stadium II sebanyak 18 orang (34%). Seluruh responden menjalani kemoterapi kurang dari satu tahun dan semuanya menggunakan jaminan kesehatan atau BPJS.

5.2 Data Hasil Penelitian

Berdasarkan dua kuesioner yang digunakan sebagai alat ukur dalam penelitian ini, maka didapatkan dua jenis data khusus yaitu data dukungan keluarga dan status nutrisi pasien kanker serviks.

5.2.1 Dukungan Keluarga

Tabel 5.2.1 Distribusi Dukungan Keluarga Pasien Kanker Serviks

Dukungan Keluarga	Jumlah	
	n	%
Dukungan Baik	46	86,8
Dukungan Sedang	7	13,2
Dukungan Kurang	0	0

Berdasarkan hasil penelitian dari 53 responden yang diteliti didapatkan sebagian besar keluarga pasien kanker serviks memiliki dukungan yang baik, yaitu sebanyak 46 orang (86,8%). Dukungan

keluarga yang sedang sebanyak 7 orang (13,2%). Pemberian dukungan dapat dilakukan dengan baik dikarenakan anggota keluarga sangat memperhatikan kondisi responden. Hasil presentase dukungan keluarga terhadap pasien kanker serviks dapat dilihat pada tabel 5.2.1 di atas berdasarkan jawaban responden dari pertanyaan dalam kuisiener. Kuisiener terdiri dari 20 pertanyaan yang terdiri dari 4 jenis dukungan keluarga, meliputi dukungan instrumental, dukungan informasional, dukungan penghargaan dan dukungan emosional.

Tabel 5.2.2 Distribusi Berdasarkan Indikator Dukungan Keluarga Pasien Kanker Serviks

Jenis Dukungan Keluarga	Median	Modus	Minimum	Maksimum
Informasional	16	15	12	20
Emosional	17	18	15	20
Instrumental	17	15	14	20
Penghargaan	17	15	14	20

Berdasarkan tabel 5.2.2 menunjukkan dari keempat indikator, ditemukan bahwa pada indikator dukungan emosional, instrumental dan penghargaan memiliki nilai tengah tinggi yaitu 17 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 14, sedangkan nilai tengah terendah pada indikator dukungan informasional yaitu 16 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 12.

Tabel 5.2.3 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Usia Responden

Jenis Dukungan Keluarga	Usia responden								Total	
	26-35		36-45		46-55		56-65			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	2	3,8	8	15,1	28	52,8	8	15,1	46	86,8
Sedang	1	1,9	0	0	2	3,8	4	7,5	7	13,2
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	3	5,7	8	15,1	30	56,6	12	22,6	53	100

Berdasarkan tabel 5.2.3 menunjukkan bahwa distribusi dukungan keluarga berdasarkan usia responden sebagian besar memberikan dukungan yang baik pada kategori usia lansia awal (46-55) sebanyak 28 orang (52,8%). Sedangkan pada dukungan yang sedang pada usia 56-65 tahun sebanyak 4 orang (7,5%).

Tabel 5.2.4 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Pendidikan Responden

Jenis Dukungan Keluarga	Pendidikan										Total	
	SD		SMP		SMA		Sarjana		Lainnya			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	27	50,9	9	17	5	9,4	3	5,7	2	3,8	46	86,8
Sedang	3	5,7	2	3,8	2	3,8	0	0	0	0	7	13,2
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	30	56,6	11	20,8	7	13,2	3	5,7	2	3,8	53	100

Berdasarkan tabel 5.2.4 menunjukkan bahwa distribusi dukungan keluarga berdasarkan pendidikan responden sebagian besar dukungan

keluarga yang baik pada responden berpendidikan SD yaitu 27 orang (50,9%), demikian pula pada dukungan sedang juga pada responden berpendidikan SD sebanyak 3 orang (5,7%).

Tabel 5.2.5 Distribusi Dukungan Keluarga Berdasarkan Pekerjaan Responden

Jenis Dukungan Keluarga	Pekerjaan								Total	
	Buruh		Wiraswasta		Petani		IRT		n	%
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Baik	3	5,7	10	18,9	6	11,3	27	50,9	46	86,8
Sedang	1	1,9	0	0	1	1,9	5	9,4	7	13,2
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	4	7,5	10	18,9	7	13,2	32	60,4	53	100

Berdasarkan tabel 5.2.5 menunjukkan bahwa distribusi dukungan keluarga berdasarkan pekerjaan responden sebagian besar dukungan keluarga yang baik pada ibu rumah tangga atau tidak bekerja yaitu 27 orang (50,9%), demikian pula pada dukungan sedang juga pada responden ibu rumah tangga sebanyak 5 orang (9,4%).

5.2.2 Status Nutrisi

Tabel 5.2.6 Distribusi Status Nutrisi Responden

Status Nutrisi	Jumlah	
	N	%
Nutrisi Baik	21	39,6
Nutrisi Kurang	26	49,1
Nutrisi Buruk	6	11,3

Berdasarkan gambar 5.2.6 menunjukkan jumlah responden berdasarkan status nutrisi. Dari total 53 responden, sebagian besar memiliki status nutrisi kurang sebanyak 26 orang (49,1%) dan paling rendah dengan status nutrisi buruk sebanyak 6 orang (11,3%).

Tabel 5.2.7 Distribusi Berdasarkan Indikator Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks

Variabel Status Nutrisi	Baik		Kurang		Buruk	
	n	%	n	%	n	%
Penurunan BB 6 bln terakhir	16	30,2	13	24,5	24	45,3
Perubahan BB 2 minggu terakhir	14	26,4	26	49,1	13	24,5
Asupan makanan	14	26,4	33	62,3	6	11,3
Lamanya dan derajat perubahan asupan makanan	34	64,2	17	32,1	2	3,8
Gejala gastrointestinal	26	49,1	25	47,2	2	3,8
Kapasitas fungsional	12	22,6	31	58,5	10	18,9
Penyakit dan hub dengan kebutuhan nutrisi	34	64,2	1	1,9	18	34
Kehilangan lemak subkutan	14	26,4	30	56,6	9	17
Kehilangan massa otot	23	43,4	28	52,8	2	3,8
Pemeriksaan Edema	51	96,2	2	3,8	0	0
Pemeriksaan Asites	53	100	0	0	0	0

Berdasarkan tabel 5.2.7 menunjukkan bahwa distribusi berdasarkan indikator status nutrisi pasien kanker serviks sebagian besar berada pada status baik/normal pada indikator pemeriksaan fisik tidak mengalami edema, dan tidak asites sebanyak 51 orang (96,2%) dan 53 orang (100%). Kemudian untuk indikator status nutrisi yang mengalami penurunan tahap berat atau buruk terdapat pada penurunan berat badan 6 bulan terakhir sebanyak 24 orang (45,3%).

Tabel 5.2.8 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Usia Responden

Status Nutrisi	Usia Responden								Total	
	26-35		36-45		46-55		56-65			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	2	3,8	5	9,4	9	17	5	9,4	21	39,6
Kurang	1	1,9	3	5,7	16	30,2	6	11,3	26	49,1
Buruk	0	0	0	0	5	9,4	1	1,9	6	11,3
Total	3	5,7	8	15,1	30	56,6	12	22,6	53	100

Berdasarkan tabel 11 menunjukkan bahwa distribusi status nutrisi berdasarkan usia pasien kanker serviks sebagian besar status nutrisi kurang berada rentang usia 46-55 tahun sebanyak 16 orang (30,2%). Sedangkan sebagian besar yang berstatus nutrisi buruk juga pada usia 46-55 tahun sebanyak 5 orang (9,4%).

Tabel 5.2.9 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Pendidikan Responden

Status Nutrisi	Pendidikan										Total	
	SD		SMP		SMA		Sarjana		Lainnya			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	14	26,4	3	5,7	3	5,7	0	0	1	1,9	21	39,6
Kurang	13	24,5	7	13,2	2	3,8	3	5,7	1	1,9	26	49,1
Buruk	3	5,7	1	1,9	2	3,8	0	0	0	0	6	11,3
Total	30	56,6	11	20,8	7	13,2	3	5,7	2	3,8	53	100

Berdasarkan tabel 12 menunjukkan bahwa status nutrisi berdasarkan pendidikan responden sebagian besar status nutrisi baik

berada pada responden berpendidikan SD sebanyak 14 orang (26,4%). Sedangkan sebagian besar yang berstatus nutrisi buruk juga pada responden berpendidikan SD sebanyak 3 orang (5,7%).

Tabel 5.2.10 Distribusi Status Nutrisi Berdasarkan Pekerjaan Responden

Status Nutrisi	Pekerjaan								Total	
	Buruh		Wiraswasta		Petani		IRT/tdk kerja			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Baik	0	0	3	5,7	5	9,4	13	24,5	21	39,6
Kurang	4	7,5	6	11,3	2	3,8	14	26,4	26	49,1
Buruk	0	0	1	1,9	0	0	5	9,4	6	11,3
Total	4	7,5	10	18,9	7	13,2	32	60,4	53	100

Berdasarkan tabel 13 menunjukkan bahwa distribusi status nutrisi berdasarkan pekerjaan sebagian besar status nutrisi kurang berada pada responden ibu rumah tangga atau tidak bekerja sebanyak 14 orang (26,4%). Sedangkan sebagian besar yang berstatus nutrisi buruk juga pada ibu rumah tangga atau tidak bekerja sebanyak 5 orang (9,4%).

5.3 Analisis Bivariat antara Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi.

Tabel 5.3.1 Tabulasi Silang antara Dukungan Keluarga dan Stadium Kanker dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi

Variabel	Status Nutrisi						Total	
	Baik		Kurang		Buruk		N	%
	N	%	N	%	N	%		
Dukungan Keluarga								
Baik	18	34	22	41,5	6	11,3	46	86,8
Sedang	3	5,7	4	7,5	0	0	7	13,2
Kurang	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	21	39,6	26	49,1	6	11,3	53	100
Stadium Kanker								
Stadium II	16	30,2	2	3,8	0	0	18	34
Stadium III	5	9,4	24	45,3	6	11,3	35	66
Total	21	39,6	26	49,1	6	11,3	53	100

Berdasarkan tabel 5.3.1 di atas dapat diketahui bahwa responden yang diteliti sebagian besar telah mendapatkan dukungan keluarga yang baik dengan status nutrisi kurang sebanyak 22 responden (41,5%). Responden yang mendapatkan dukungan baik dengan status nutrisi buruk sebanyak 6 responden (11,3%). Distribusi status nutrisi berdasarkan stadium kanker sebagian besar status nutrisi kurang berada pada stadium III sebanyak 24 orang (45,3%), sedangkan yang berstatus nutrisi buruk pada responden dengan stadium kanker III sebanyak 6 orang (11,3%).

Pengujian korelasi Spearman dalam penelitian ini dilakukan dengan menggunakan bantuan program SPSS 22. Hasil analisis korelasi Spearman adalah sebagai berikut:

Tabel 5.3.2 Hasil Analisis Korelasi Spearman antara Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi

Korelasi	N	Koefisien korelasi (r)	Signifikansi (p-value)
Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi	53	0,025	0,858
Hubungan Stadium Kanker dengan Status Nutrisi	53	-0,414	0,02

Berdasarkan hasil analisis korelasi Spearman pada tabel diatas antara dukungan keluarga dengan status nutrisi didapatkan bahwa nilai signifikansi (p-value) lebih dari α ($0,858 > 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi. Koefisien yang terbentuk sebesar 0,025. Kategori korelasi ini berada pada kategori sangat lemah. Sedangkan stadium kanker dengan status nutrisi didapatkan nilai p-value kurang dari α ($0,02 < 0,05$) maka dapat disimpulkan bahwa terdapat hubungan antara stadium kanker dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks. Koefisien korelasi yang terbentuk -0,414. Kekuatan korelasi dalam kategori sedang dan memiliki arah korelasi negatif artinya semakin tinggi stadium kanker maka semakin rendah status nutrisinya.

BAB VI

PEMBAHASAN

Bab ini membahas tentang hasil penelitian yaitu mengenai dukungan keluarga, status nutrisi dan hubungan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker serviks.

6.1 Pembahasan Hasil Penelitian

6.1.1 Dukungan Keluarga Pada Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Hasil data penelitian didapatkan bahwa dukungan sosial keluarga pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di ruang IX RSUD dr. Saiful Anwar Malang dalam kategori baik yaitu sebanyak 46 orang (86,8%). Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan oleh Makisake yang menyatakan bahwa sebagian besar pasien kanker memiliki dukungan keluarga baik (Makisake, Rompas dan Kundre, 2018). Hasil ini menunjukkan bahwa sumber dukungan yang penting bagi penderita kanker serviks di Ruang IX RSUD dr. Saiful Anwar Malang berasal dari keluarga baik itu suami, anak, orang tua maupun dari saudara. Adanya dukungan dari keluarga bagi penderita kanker serviks dalam menjalani kemoterapi, pasien akan merasa bahwa tetap ada yang memberikan perhatian, kasih sayang atau ada yang peduli kepadanya walaupun dalam keadaan sakit. Dalam konsep sehat sakit jika ada anggota keluarga

yang sedang mengalami masalah penurunan kesehatan, maka keluarga memiliki peran yang sangat penting misalnya dalam memberikan perawatan secara langsung. Dukungan keluarga yang baik menunjukkan proses penyesuaian yang lebih baik terhadap kondisi kesehatan anggota keluarganya. Hal ini ditunjukkan adanya anggota keluarga yang senantiasa mendampingi pasien saat menjalani pengobatan sehingga pasien semangat berobat walaupun berulang kali mendapatkan obat kemoterapi yang berefek turunya napsu makan dan membuat mereka mual muntah. Hal ini sesuai dengan teori dari Gottlieb (1983) dalam Nursalam (2015) yang menyatakan bahwa dukungan keluarga merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga berupa informasi atau nasihat verbal, saran, bantuan yang nyata atau tindakan yang diberikan oleh keakraban sosial dan didapat karena kehadiran mereka saat menjalani terapi yang dapat memberikan manfaat emosional atau efek perilaku bagi pihak penerima. Dukungan keluarga juga dipengaruhi beberapa faktor diantaranya usia, pendidikan dan pekerjaan.

Hasil data penelitian dukungan keluarga pada pasien kanker serviks berdasarkan usia yaitu sebagian besar pasien usia 46-55 tahun (lansia awal) memiliki dukungan keluarga dalam kategori baik yaitu 28 responden (52,8%). Hal tersebut disebabkan pada rentang usia ini merupakan periode awal kemunduran baik dari fisik maupun psikologis. Kemunduran akan berdampak pada turunya kemampuan seseorang untuk berperilaku hidup sehat dan juga menurunnya daya ingat, sehingga keluarga akan berusaha untuk memberikan dukungan

dalam meningkatkan dan mempertahankan kesehatannya. Menurut Susanti dan Sulistyarini (2013) menyatakan bahwa setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda. Adanya perubahan kesehatan pada lansia awal sangat memerlukan perhatian dari keluarga untuk membantu meningkatkan kualitas hidup pasien. Faktor selanjutnya yang juga mempengaruhi dukungan sosial keluarga yaitu pendidikan.

Hasil data penelitian dukungan sosial keluarga pada pasien kanker serviks berdasarkan pendidikan diketahui bahwa sebagian besar berpendidikan SD memiliki dukungan keluarga dalam kategori baik yaitu 27 responden (50,9%). Hal tersebut dikarenakan rendahnya tingkat intelektual seseorang akan mempengaruhi cara berfikir dan merespon setiap perubahan berbagai gejala sakit, sehingga keluarga akan berusaha untuk memberikan dukungan dalam mencari informasi tentang apa yang dialami responden. Keluarga juga akan membantu pasien dalam memahami setiap perubahan dalam hidupnya berkaitan dengan sakit yang dideritanya. Sebagaimana yang dikemukakan oleh susanti dan sulistyarini (2013), tinggi rendahnya tingkat pendidikan juga dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap bentuk dukungan keluarga yang diberikan. Faktor selanjutnya yang juga mempengaruhi dukungan keluarga yaitu pekerjaan.

Hasil data penelitian dukungan keluarga pada pasien kanker serviks berdasarkan pekerjaan diketahui bahwa sebagian besar ibu rumah tangga atau tidak bekerja memiliki dukungan keluarga dalam kategori baik yaitu 27 responden (50,9%). Hal tersebut dikarenakan

sebagai ibu rumah tangga akan menjadikan responden lebih sering bertemu dengan keluarga dan lebih banyak berinteraksi dengan anggota keluarga. Hal ini sesuai dengan teori dari Dhamayantie (2014) bahwasanya dukungan sosial diperoleh ketika berinteraksi dengan orang terdekat responden atau keluarga.

Hasil data penelitian dukungan keluarga pada pasien kanker serviks, sesuai dengan indikator dukungan keluarga ditemukan bahwa pada indikator dukungan informasi memiliki nilai tengah terendah yaitu 16 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 12. Hal tersebut dikarenakan anggota keluarga senantiasa mencarikan informasi kemoterapi yang dibutuhkan pasien dengan cara bertanya kepada dokter, perawat dan bahkan bertanya kepada pasien yang lain tentang kemoterapi. Hal ini dimungkinkan karena kedekatan antara pasien dan anggota keluarga yang lain sehingga akan memudahkan informasi untuk diterima. Adapun beberapa informasi yang mungkin diperlukan oleh pasien kanker serviks diantaranya adalah tentang manfaat kemoterapi, dampak atau efek samping dari pemberian obat kemoterapi, naik-turunnya kondisi kesehatan pasien. Dengan informasi yang baik berupa usulan, nasehat, petunjuk maupun saran diharapkan pasien terdorong semangatnya untuk melakukan kemoterapi disertai dengan dukungan dari keluarganya. Menurut Perdana (2013) mengatakan bahwa dukungan sosial keluarga dapat menekan munculnya suatu stressor karena informasi yang diberikan dapat menyumbang sugesti yang khusus pada individu. Bentuk dukungan sosial yang lain yaitu berupa dukungan emosional.

Hasil data penelitian dukungan sosial keluarga pada pasien kanker serviks, sesuai dengan indikator dukungan sosial keluarga ditemukan bahwa pada indikator dukungan emosional memiliki nilai tengah 17 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 15. Hal tersebut dikarenakan pasien yang menderita penyakit kanker memiliki emosional yang labil, dimana muncul rasa khawatir terhadap penyakit yang dideritanya, khawatir tidak dapat sembuh dan khawatir jika harus berpisah dengan keluarganya. Kondisi emosional pasien kanker serviks yang tidak stabil ini membutuhkan kontrol dari anggota keluarga untuk senantiasa memberikan dorongan melakukan kemoterapi, selalu mendampingi dan memberikan perhatian kepada pasien saat menjalani terapi. Hal ini dapat menenangkan hati pasien bahwa keluarga akan bersama-sama dan membantu pasien dalam menghadapi kemoterapi. Indriyatmo (2015) menyatakan bahwa apabila ada anggota keluarga mengalami permasalahan kesehatan, maka anggota keluarga lainnya akan memberikan perawatan dan dukungan emosional untuk mencapai kesejahteraan anggota keluarga yang sakit dan memenuhi kebutuhan psikososial. Bentuk dukungan sosial yang lain yaitu berupa dukungan instrumental.

Hasil data penelitian dukungan sosial keluarga pada pasien kanker serviks, sesuai dengan indikator dukungan sosial keluarga ditemukan bahwa pada indikator dukungan instrumental memiliki nilai tengah yang sama dengan dukungan emosional yaitu 17,00 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 14. Hal tersebut dapat dilihat ketika anggota keluarga selalu mengingatkan jadwal untuk kemoterapi,

menyediakan obat yang dibutuhkan selama program kemoterapi, memberikan anjuran agar mengikuti petunjuk dari dokter, bahkan menyediakan dana yang cukup untuk keperluan selama kemoterapi. Sarafino and Smith (2011) mengatakan bahwa dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung yang meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari termasuk dalam hal kebutuhan makan dan minum. Bentuk dukungan sosial yang lain yaitu berupa dukungan penghargaan.

Hasil data penelitian dukungan sosial keluarga pada pasien kanker serviks, sesuai dengan indikator dukungan sosial keluarga ditemukan bahwa pada indikator dukungan penghargaan memiliki nilai tengah yang sama dengan dukungan instrumental dan dukungan emosional yaitu 17,00 dengan nilai maksimum 20 dan nilai minimum 14. Hal tersebut dikarenakan anggota keluarga mengajak dan melibatkan pasien dalam mengambil keputusan untuk melaksanakan kemoterapi serta memberikan perhatian yang dialami oleh penderita ketika mengalami mual, muntah efek dari kemoterapi. Perdana (2013) mengatakan bahwa keluarga bertindak memberikan bimbingan umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah, sebagai validator identitas anggota keluarga diantaranya memberikan support, penghargaan dan perhatian.

6.1.2 Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Hasil data penelitian didapatkan bahwa status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di ruang IX RSUD dr. Saiful Anwar Malang sebagian besar dalam kategori kurang sebanyak 26 orang (49,1%). Hasil Penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian yang dilakukan oleh Triwini di RSUP Sanglah Denpasar (2017) menyatakan bahwa status nutrisi pasien yang menjalani kemoterapi berada pada status nutrisi baik, hanya sebagian kecil berstatus nutrisi lebih. Hasil penelitian Nainggolan (2018) juga menyatakan bahwa tidak terdapat perubahan yang bermakna pada status nutrisi pasien yang melakukan kemoterapi. Hasil ini menunjukkan bahwa status nutrisi kurang pada penderita kanker serviks di Ruang IX RSUD dr. Saiful Anwar Malang disebabkan adanya efek dari kemoterapi sehingga kehilangan nafsu makan (anoreksia), mual, muntah dapat mengakibatkan terjadi penurunan jumlah konsumsi makanan dari kebutuhan yang seharusnya. Seperti yang telah disampaikan dari pasien yang mengatakan setiap selesai kemoterapi nafsu makan menurun, mual muntah selama satu minggu. Akibatnya keseimbangan antara asupan zat nutrisi dari makanan dengan kebutuhan zat nutrisi yang diperlukan untuk metabolisme tubuh tidak terpenuhi. Keseimbangan antara asupan zat nutrisi dari makanan dengan kebutuhan diakibatkan oleh konsumsi, penyerapan (absorpsi), utilisasi (utilization) nutrisi makanan dan status kesehatan (Harjatmo, Par'i dan Wiyono, 2017). Status

nutrisi juga dipengaruhi beberapa faktor diantaranya usia, pendidikan, pekerjaan dan stadium kanker.

Hasil data penelitian status nutrisi pada pasien kanker serviks berdasarkan usia yaitu sebagian besar pasien usia 46-55 tahun (lansia awal) memiliki status nutrisi dalam kategori kurang yaitu 16 responden (30,2%). Hal tersebut disebabkan pada rentang usia ini merupakan kondisi yang rentan terjadinya malnutrisi. Timbulnya kerentanan terhadap perubahan status nutrisi disebabkan kondisi fisik, baik anatomis maupun fungsionalnya. Seperti pendapat Achmad Djaeni Sediaoetama (2000) dalam Haryanti (2006) yang menyatakan bahwa wanita dengan usia lanjut dimasukkan ke dalam kelompok rentan kekurangan nutrisi, meskipun tidak ada hubungan dengan pertumbuhan badan, bahkan sebaliknya sudah terjadi degenerasi jaringan dan sel-selnya. Faktor selanjutnya yang juga mempengaruhi status nutrisi yaitu pendidikan.

Hasil data penelitian status nutrisi pada pasien kanker serviks berdasarkan pendidikan yaitu sebagian besar pasien berpendidikan SD memiliki status nutrisi dalam kategori baik yaitu 14 responden (26,4%), kategori kurang yaitu 13 responden (24,5%). Hal tersebut disebabkan sebagian dari responden memiliki tingkat penerimaan informasi nutrisi yang kurang. Sehingga pasien kurang memahami pentingnya makanan yang bernutrisi tinggi, jenis makanan yang tinggi kalori dan tinggi protein yang harus dikonsumsi untuk mengimbangi efek dari kemoterapi. Tingkat pendidikan individu atau keluarga akan mempengaruhi pengetahuan tentang makanan yang

bernutrisi atau tidak. Sehingga mempengaruhi pola asuh dan status nutrisi (Supriasa, Bakri dan Fajar, 2017). Faktor selanjutnya yang juga mempengaruhi status nutrisi yaitu pekerjaan.

Hasil data penelitian status nutrisi pada pasien kanker serviks berdasarkan pekerjaan yaitu sebagian besar pasien ibu rumah tangga atau tidak bekerja memiliki status nutrisi dalam kategori kurang yaitu 14 responden (26,4%). Hal tersebut dikarenakan pada ibu rumah tangga, untuk konsumsi makanan tergantung dari pendapatan suaminya atau keluarganya. Nutrisi kurang dapat terjadi karena rendahnya penghasilan, jika dilihat dari sistem pembayarannya yang menggunakan BPJS kelas III dapat disimpulkan keluarga pasien masuk dalam kategori kelas ekonomi menengah ke bawah. Rendahnya pendapatan merupakan penyebab ketidakmampuan dalam membeli pangan dalam jumlah yang diinginkan dan memenuhi kebutuhan pangan di rumah. Sehingga memungkinkan jika makanan yang dikonsumsi masih dibawah dari standar makanan yang tepat untuk pasien kanker. Tidak dapat disangkal bahwa penghasilan keluarga akan turut menentukan hidangan yang disajikan untuk keluarga sehari-hari, baik kualitas maupun jumlah makanan (Haryanti, 2006). Faktor selanjutnya yang juga mempengaruhi status nutrisi yaitu stadium kanker.

Hasil data penelitian status nutrisi pada pasien kanker serviks berdasarkan stadium kanker yaitu sebagian besar pasien dengan stadium III memiliki status nutrisi dalam kategori kurang yaitu 24 responden (92,3 %). Hal tersebut disebabkan pada kanker serviks

stadium III telah melibatkan 1/3 bawah vagina atau metastase sampai dinding panggul atau gangguan fungsi ginjal sehingga akan mempengaruhi penyerapan zat nutrisi dan proses metabolisme dalam tubuh. Stadium kanker juga mempengaruhi jenis obat yang diberikan, semakin tinggi stadiumnya, semakin kuat juga efek samping obat kemo yang diberikan. Terjadinya penurunan status nutrisi pada sebagian besar penderita kanker terutama disebabkan turunnya asupan zat nutrisi, baik akibat gejala penyakit kankernya sendiri atau efek samping pengobatan (Haryanti, 2006).

Hasil penelitian berdasarkan indikator status nutrisi pada pasien kanker serviks sebagian besar pasien mengalami penurunan berat badan dalam enam bulan terakhir sebanyak 24 orang (45,3%), sedangkan indikator yang sebagian besar mengalami penurunan kategori sedang yaitu pada indikator asupan makanan sebanyak 33 orang (62,3%). Hal ini terjadi karena pada stadium III telah terjadi metastase ke daerah panggul dan efek samping dari pemberian obat kemoterapi yaitu anoreksia, mual dan muntah. Akibatnya terjadi penurunan jumlah konsumsi makanan dari kebutuhan yang seharusnya, hilangnya zat nutrisi dari dalam tubuh, dan habisnya simpanan dalam otot rangka karena dikatabolisasi secara berlebihan sehingga status nutrisinya kurang atau bahkan sampai status nutrisi buruk. Metode yang dapat digunakan untuk mengatasi dan mengurangi efek samping pemberian obat sitostatika adalah dengan pemberian obat premedikasi (obat anti emetik) yang tepat sebelum obat kemoterapi dimasukkan, perlakuan pemberian asupan nutrisi

yang tepat bertujuan meminimalisir efek samping terapi dan sehingga sebagian belum terjadinya perubahan dikarenakan waktu yang pendek dalam pemberian kemoterapi. Sebab lamanya waktu pemberian terapi neoadjuvant juga dapat mempengaruhi efek yang ditimbulkannya (Hardiano, Huda dan Jumaini, 2015).

Kekurangan nutrisi merupakan salah satu faktor yang sangat mempengaruhi hasil pengobatan kanker karena pasien dengan status nutrisi yang baik relatif lebih tahan terhadap terapi kanker dari pada pasien yang berstatus nutrisi buruk M.Tabrani,1999 dalam Haryanti (2006) Status nutrisi pasien kanker serviks dapat mempengaruhi perjalanan penyakit, efek dari pengobatan, kualitas hidup dan kelangsungannya hidup penderita sehingga pengetahuan mengenai status nutrisi pada pasien kanker serviks sangat penting untuk diketahui.

6.1.3 Hasil Analisis Bivariat Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Dari hasil penelitian dan analisa data yang telah dilakukan didapatkan hasil bahwa sebagian besar responden yang memiliki dukungan sosial keluarga baik memiliki status nutrisi kurang yaitu sejumlah 22 responden (41,5%), sedangkan sebagian kecil responden yang memiliki dukungan sosial keluarga yang baik memiliki status nutrisi yang buruk yaitu sejumlah 6 responden (11,3%).

Hasil dari analisis mengenai dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani

kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang diukur dengan menggunakan uji korelasi Spearman Rank diketahui bahwa nilai signifikansi sebesar 0,858. Karena nilai signifikansi lebih besar dari α ($0,858 > 0,050$), dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa H_0 diterima yang berarti tidak ada hubungan yang signifikan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Hasil penelitian ini diperkuat oleh penelitian yang dilakukan oleh Darmawan (2019) yang menyatakan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker yang menjalani kemoterapi. Hasil uji korelasi spearman didapatkan bahwa nilai koefisien korelasi adalah 0,025 yang berarti hubungan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks termasuk dalam kategori korelasi yang sangat lemah (Dahlan, 2016).

Hasil dari analisis mengenai stadium kanker dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang diukur dengan menggunakan uji korelasi Spearman Rank diketahui bahwa nilai signifikansi sebesar 0,02. Karena nilai signifikansi kurang dari α ($0,02 < 0,05$), dengan demikian maka dapat disimpulkan bahwa H_0 ditolak yang berarti ada hubungan yang signifikan stadium kanker dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang. Hasil penelitian ini bertolak belakang dengan penelitian Rahayu (2010) yang

mengatakan tingkat stadium kanker serviks tidak berhubungan dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks yang mendapatkan kemoterapi. Hasil uji korelasi spearman didapatkan bahwa nilai koefisien korelasi adalah $-0,414$ yang berarti kekuatan hubungan antara stadium kanker dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks termasuk dalam kategori sedang dan memiliki arah yang negatif, artinya semakin tinggi stadium kanker maka semakin rendah status nutrisinya (Dahlan, 2016).

Hasil penelitian didapatkan bahwa pasien yang mendapatkan dukungan keluarga baik sebagian besar status nutrisi berada dalam kategori kurang sebanyak 22 responden (41,5%), status nutrisi baik sebanyak 18 responden (34 %), dan status nutrisi buruk 6 responden (11,3%). Hal ini dikarenakan efek samping pemberian obat kemoterapi yaitu napsu makan menurun, mual, muntah. Terutama terjadi setelah pemberian obat kemoterapi dan dapat berlangsung selama kurang lebih tujuh hari. Hasil penelitian Trijayanti dan Probosari (2016) menyatakan bahwa kemoterapi berpengaruh terhadap asupan makan pasien, terutama post kemoterapi asupan makan pasien menjadi berkurang atau buruk.

Faktor lain yang dapat mempengaruhi status nutrisi adalah efek samping dari stadium kanker serviks, dari hasil penelitian pasien kanker dengan stadium III dalam kategori status nutrisi buruk sebanyak 24 orang (45,3%). Hal ini dikarenakan Kanker serviks telah menyebar diwilayah sekitar panggul, sehingga akan mempengaruhi proses metabolisme dalam tubuh. Metabolisme berkaitan erat dengan

metabolisme karbohidrat, protein, dan lemak yang mengalami perubahan dan berpengaruh pada terjadinya penurunan berat badan. Hipermetabolisme sering terjadi sampai 50% lebih tinggi dibanding pasien bukan kanker. Peningkatan metabolisme pada kanker kemungkinan akibat tubuh tidak mampu beradaptasi dengan asupan makan yang rendah. Hal ini akan mempengaruhi turunnya status nutrisi pasien kanker serviks. Terjadinya penurunan status nutrisi pada sebagian besar penderita kanker terutama disebabkan turunnya asupan zat nutrisi, baik akibat gejala penyakit kankernya sendiri atau efek samping pengobatan (Haryanti, 2006). Hardiano (2015) mengatakan bahwa status nutrisi kurang atau malnutrisi dapat disebabkan oleh efek samping dari pengobatan kanker, faktor psikososial, gangguan metabolik dari stadium lanjut kanker itu sendiri.

Berdasarkan hasil penelitian dari 53 responden yang diteliti didapatkan sebagian besar keluarga pasien kanker serviks memiliki dukungan yang baik, yaitu sebanyak 46 orang (86,8%). Pada penelitian ini keluarga memberikan perawatan kepada pasien, membantu mencari informasi yang dibutuhkan, memotivasi agar pasien rutin melaksanakan program pengobatan, menemani saat perawatan dan memenuhi kebutuhan dasar pasien. Menurut Friedman (2010) yang menyatakan bahwa keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam mencapai fungsi keluarga, yaitu meningkatkan dan mempertahankan kesehatan keluarga, termasuk pemenuhan nutrisi seimbang dan pentingnya nutrisi bagi keluarganya. Dukungan keluarga

mempunyai peran yang sangat besar dalam upaya peningkatan kesehatan fisik penderita kanker serviks.

6.2 Implikasi Keperawatan

6.2.1 Perkembangan Teori Keperawatan

Penelitian ini menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi. Hal ini menunjukkan bahwa dengan dukungan keluarga tidak mempengaruhi status nutrisi pasien kanker serviks. Namun, status nutrisi dipengaruhi oleh banyak faktor diantaranya efek samping pemberian obat sitostatika, stadium kanker, tingkat pendidikan, usia dan status sosial ekonomi. Upaya yang mungkin bisa dilakukan untuk meningkatkan status nutrisi pada pasien kanker serviks adalah dengan meningkatkan asupan makanan dengan berbagai bentuk variasi makanan yang disukai oleh pasien. Penelitian ini juga dapat menjadi tambahan ilmu pengetahuan dalam dunia keperawatan tentang hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pasien kanker serviks secara umum.

6.2.2 Perkembangan Praktik Keperawatan

Penyakit kanker serviks merupakan penyakit yang membutuhkan perawatan dan pengobatan yang memerlukan waktu relatif lama dimana untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dalam praktek keperawatan, perawat sebaiknya menanyakan kondisi pasien setelah mendapatkan kemoterapi, efek samping obat, asupan makanannya. Dengan mengetahui ada efek samping obat sitostatika,

perawat dapat membantu pasien untuk memberikan teknik mengurangi mual, muntah dan membantu keluarga untuk meningkatkan dukungan keluarga terhadap pasien..

6.3 Keterbatasan Penelitian

Penelitian ini masih memiliki keterbatasan yang dapat dijadikan sebagai acuan atau saran guna perbaikan untuk penelitian selanjutnya :

1. Penelitian ini tidak mengukur status nutrisi dari kadar yang lainnya, tidak melakukan cek laboratorium untuk mengetahui kadar Hb, albumin, globulin, lipid profil, serum elektrolit, protein total sehingga dapat diketahui jenis zat nutrisi mana yang masuk dalam kategori kurang.
2. Penelitian ini tidak dilakukan wawancara terstruktur sehingga tidak dapat menggambarkan jenis makanan yang dikonsumsi oleh responden tersebut bernutrisi tinggi atau tidak.

BAB VII

KESIMPULAN DAN SARAN

7.1 Kesimpulan

Kesimpulan yang dapat diambil dari penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang” adalah sebagai berikut:

1. Pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang menerima dukungan keluarga dalam kategori baik yaitu sebanyak 46 orang (86,8%).
2. Pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD dr. Saiful Anwar Malang memiliki status nutrisi dalam kategori kurang yaitu sebanyak 26 orang (49,1%).
3. Tidak terdapat hubungan yang signifikan antara dukungan keluarga dengan status nutrisi. Koefisien korelasi yang terbentuk sebesar 0,025 yang menunjukkan bahwa memiliki arah yang positif, artinya semakin baik dukungan keluarga akan semakin baik status nutrisinya.

7.2 Saran

- 1) Bagi RSUD dr. Saiful Anwar Malang

Tenaga kesehatan dirumah sakit diharapkan memberikan masukan yang positif kepada keluarga pasien mengenai pentingnya memberikan dukungan kepada pasien

2) Bagi Keluarga Pasien Kanker serviks

Keluarga dapat lebih memberikan dorongan terhadap anggota keluarganya yang sakit untuk tetap semangat dalam menjalani pengobatan kemoterapi dan meningkatkan kualitas hidup penderita.

3) Bagi Peneliti Selanjutnya

Perlu dilakukan penelitian lanjut tentang dukungan keluarga dengan nutrisi pada pasien kanker serviks dengan melakukan cek laboratorium untuk mengetahui kadar Hb, albumin, globulin, lipid profil, serum elektrolit, protein total sehingga dapat diketahui jenis zat nutrisi mana yang masuk dalam kategori kurang, dan dilakukan penelitian dengan wawancara terstruktur sehingga dapat diketahui gambaran jenis makanan yang dikonsumsi.

DAFTAR PUSTAKA

- Adipo, S., Jumaini and Damanik, S. R. H. (2015) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Tingkat Kecemasan Pasien Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Anyelir RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau', *journal online mahasiswa universitas riau*, 2(1), pp. 777–785.
- Airley, R. (2009) *Cancer Chemotherapy: Basic Science to the Clinic*. USA: Wiley Blackwell. doi: 10.1002/cmdc.200900323.
- Ambarwati, W. N. and Wardani, E. K. (2014) 'Efek Samping Kemoterapi Secara Fisik Pasien Penderita Kanker Servik', *jurnal unimus*, pp. 97–106.
- Bray, F. *et al.* (2018) 'Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries', *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 68(6), pp. 394–424. doi: 10.3322/caac.21492.
- Bray, F. *et al.* (2019) 'Indonesia GLOBOCAN 2018', *The Global Cancer Observatory*, 256, pp. 1–2. Available at: <http://gco.iarc.fr/>.
- Caesandri, S. D. P. and Adiningsih, S. (2015) 'Peranan Dukungan Pendamping dan Kebiasaan Makan Pasien Kanker Selama Menjalani Terapi', *Media Gizi Indonesia*, 10(2), pp. 157–165.
- Dahlan, M. S. (2016) *Statistik untuk Kedokteran dan Kesehatan: Deskriptif, Bivariat, dan Multivariat Dilengkapi Aplikasi Menggunakan SPSS*. Jakarta: Epidemiologi Indonesia.
- Darmawan, A. R. F. (2019) 'Hubungan Kepatuhan Diet dan Dukungan Keluarga dengan Status Gizi Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di RUMKITAL Dr. Ramlan Surabaya', *Repositori Unair*. Available at: Repositori.Unair.ac.id/90115.
- Dhamayantie, E. (2014) 'Peranan Dukungan Sosial Pada Interaksi Positif Pekerjaan-Keluarga dan Kepuasan Hidup', *Jurnal Ekonomi dan Keuangan*, 18(2), pp. 181 – 200. doi: 10.24034/j25485024.y2014.v18.i2.142.
- Dinkesprov Jatim (2018) *Profil Kesehatan Provinsi Jawa Timur Tahun 2017*. Surabaya.
- Farghaly, S. A. (2019) *Uterine Cervical Cancer Clinical and Therapeutic Perspectives*, Springer. New York: Springer. doi: 10.1007/978-3-030-02701-8.
- Friedman, M. M. and Bowden, V. R. (2010) *Buku Ajar Keperawatan Keluarga: Riset, Teori, dan Praktik*. 5th edn. Jakarta: EGC.

- Hardiano, R., Huda, N. and Jumaini (2015) 'Gambaran Indeks Massa Tubuh pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi', *Jom*, 2(2). Available at: <https://media.neliti.com/media/publications/186920-ID-gambaran-indeks-massa-tubuh-pada-pasien.pdf>.
- Hariani, R. (2007) 'Kecukupan Nutrisi pada Pasien Kanker', *Indonesian Journal of Cancer*, 4, pp. 140–143.
- Harjatmo, T. P., Par'i, H. M. and Wiyono, S. (2017) *Penilaian Status Gizi*. 1st edn. Jakarta: Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Haryanti, S. (2006) *Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Status Gizi Penderita Kanker Payudara Wanita (Studi kasus pada penderita kanker payudara pasca rawat inap di RSUD Dr. Kariadi Semarang)*. Semarang: Universitas Negeri Semarang.
- Indriyatmo, W. (2015) 'Hubungan Antara Dukungan Keluarga dengan Motivasi untuk Sembuh pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi di Ruang One Day Care RSUD dr Moewardi', in. Surakarta: STIKES KUSUMA HUSADA.
- Kaakinen, J. R. et al. (2010) *Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research*, F.A. Davis Company. doi: 10.1177/001789698504400418.
- Khalida, R. (2017) *Studi Tindakan Kemoterapi terhadap Status Gizi Antropometri, Asupan Gizi dan Biomarker Darah Pasien Kanker Payudara*. Bogor: Institut Pertanian Bogor.
- Kumala, M., Tabunan, V. and Titus, J. (2007) 'Dukungan Nutrisi Pada Penderita Kanker dalam Upaya Mencegah Kaheksia', *Majalah Kedokteran FK UKI*, pp. 102–108.
- Kurniasari, F. N., Surono, A. and Pangastuti, R. (2015) 'Status Gizi sebagai Prediktor Kualitas Hidup Pasien Kanker Kepala dan Leher', *Indonesian Journal of Human Nutrition*, 2(1), pp. 60–67.
- Makisake, J., Rompas, S. and Kundre, R. (2018) 'Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Harga Diri Pasien Kanker Payudara Yang Menjalani Kemoterapi Di Ruang Delima Rsup Prof. Dr. R.D. Kandou Manado', *Jurnal Keperawatan*, 6(1).
- Marischa, S., Anggraini, D. I. and Putri, G. T. (2017) 'Malnutrisi pada Pasien Kanker', *Medula*, 7(4), pp. 107–111.
- Meilyana, F., Djais, J. and Garna, H. (2010) 'Status Gizi Berdasarkan Subjective Global Assessment Sebagai Faktor yang Mempengaruhi Lama Perawatan Pasien Rawat Inap Anak', *Sari Pediatri*, 12(3), pp. 162–167.
- Nainggolan, M. (2018) 'Hubungan Asupan Makan dengan Status Gizi pada Pasien Kemoterapi di RSUP H. Adam Malik', *Repositori usu*. Available at:

<http://repositori.usu.ac.id/handle/123456789/13960>.

- Nazari, N., Yusuf, R. and Tahlil, T. (2016) 'Dukungan dan Karakteristik Keluarga dengan Pemenuhan Nutrisi pada Lansia', *jurnal Ilmu Keperawatan*, 4(2), pp. 75–86.
- Nerfina, J. D. (2014) *Tatalaksana Nutrisi pada Pasien Kanker Serviks yang Menjalani Terapi Radiasi*. Jakarta.
- Nursalam (2015) *Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis*. 4th edn. Jakarta: Salemba Medika.
- Perdana, T. B. (2013) *Hubungan antara Dukungan Keluarga dengan Kemauan Pasien Ca Serviks untuk Kemoterapi di RSUD dr. Moewardi*. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rahayu, M. N. S. (2010) 'Hubungan Tingkat Stadium Kanker dengan Tingkat Asupan Makanan dan Status Gizi pada Pasien Kanker Serviks yang Mendapat Kemoterapi di RSUD DR. Moewardi Surakarta Magdalena Netty Satyarini Rahayu 20010'. Surakarta: Universitas Muhammadiyah Surakarta.
- Rasjidi, I. (2009) 'Epidemiologi Kanker Serviks', *Indonesian Journal Of Cancer*, 3(3), pp. 103–108.
- Rasjidi, I. (2013) *Buku Ajar Onkologi Klinik*. Edited by I. Rasjidi. Jakarta: EGC.
- Riyanto, Y. (2016) 'Pengaruh Program Kemoterapi Terhadap Status Gizi Pada Pasien Kanker Serviks di Ruang Mawar 3 RSUD Dr. Moewardi Surakarta'. Surakarta: STIKES KUSUMA HUSADA SURAKARTA, pp. 1–12.
- Salazar, J. G. de la G., Vasquez, F. M. and Garcia, A. M. (2017) *Cervical Cancer*. Mexico: Springer. doi: 10.1016/S0147-0272(18)30059-X.
- Sarafino, E. P. and Smith, T. W. (2011) *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*, JOHN WILEY AND SONS. United States of America.
- Sari, M., Dewi, Y. I. and Utami, A. (2012) 'Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Motivasi Pasien Kanker Payudara dalam Menjalani Kemoterapi Di Ruang Cendrawasih RSUD Arifin Achmad Provinsi Riau', *Jurnal Ners Indonesia*, 2(2), pp. 158–166.
- Shinta, N. and Surarso, B. (2016) 'Terapi Mual Muntah Pasca Kemoterapi', *Jurnal THT-KL*, 9(2), pp. 74–82.
- Sofiani, E. G. and Rahmawaty, S. (2018) 'Tingkat Pengetahuan Gizi, Asupan Energi Protein dan Status Gizi Pasien Kanker Nasofaring yang Mendapatkan Kemoterapi', *Darussalam Nutrition Journal*, 2(2), pp. 14–20.
- Spencer, J. v. (2007) *Deadly Dieases and Epidemics Cervical Cancer*, Chelsea

House Publisher. New York: Chelsea House Publisher.

- Supariasa, I. D. N., Bakri, B. and Fajar, I. (2017) *Penilaian Status Gizi*. 2nd edn. Jakarta: EGC.
- Susanti, D. N. (2016) *Pengaruh Aroma Terapi Peppermint Terhadap Penurunan Skala Mual Pada Pasien Kemoterapi di RSUD Panembahan Senopati Bantul*. Yogyakarta: Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.
- Susanti, M. L. and Sulistyarini, T. (2013) 'Dukungan Keluarga Meningkatkan Kepatuhan Diet Pasien Diabetes Mellitus di Ruang Rawat Inap RS. Baptis Kediri', *Jurnal STIKES*, 6(1).
- Suyanto and Arumdari, N. P. P. (2018) 'Dukungan Keluarga pada Pasien Kanker yang Menjalani Kemoterapi', *UNISSULA PRESS*, pp. 90–95.
- Trijayanti, E. and Probosari, E. (2016) 'Hubungan Asupan Makan dan Status Gizi Pada Pasien Kanker Serviks Post Kemoterapi', *Jurnal Kedokteran Diponegoro*, 5(4), pp. 751–760.
- Triwini, I. A. N., Puspaningrum, D. H. D. and Wiradnyani, N. K. (2017) 'Nutrimat Bar Menurunkan Sisa Makanan Pasien Kemoterapi di RSUP Sanglah Denpasar', *Journal of The Indonesian Nutrition Association*, 40(2), pp. 101–110.

LAMPIRAN

Lampiran 1 Penjelasan untuk Mengikuti Penelitian

PENJELASAN UNTUK MENGIKUTI PENELITIAN

1. Kami adalah Mahasiswa Jurusan Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya dengan ini meminta anda untuk berpartisipasi dengan sukarela dalam penelitian yang berjudul “Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.”
2. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengetahui hubungan dukungan keluarga dengan status nutrisi pada pasien kanker serviks stadium II dan III yang menjalani kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan referensi tentang pentingnya dukungan keluarga dan status nutrisi dalam asuhan keperawatan pada pasien kemoterapi. Penelitian ini akan berlangsung selama bulan September 2019 - Oktober 2019, kegiatan ini akan memakan waktu \pm 15-20 menit pada setiap responden dan sampel berupa pasien kanker serviks yang akan diambil dengan cara memilih Subjek yang memenuhi kriteria inklusi dan eksklusi sesuai protokol penelitian.
3. Prosedur pengambilan sample dengan cara responden mengisi kuesioner yang sudah ditentukan dan dengan melihat kondisi fisik responden. Cara pada penelitian ini tidak ada efek samping yang ditimbulkan sehingga anda tidak perlu kuatir. Sebagai kompensasi bagi anda yang sudah meluangkan waktu untuk berpartisipasi dalam penelitian ini maka anda akan mendapatkan informasi mengenai tanda dan gejala kanker serviks, cara untuk mengatasi mual muntah efek samping dari kemoterapi serta diet yang dianjurkan untuk pasien kanker.
4. Keuntungan yang anda peroleh dalam keikutsertaan adalah anda akan mendapatkan informasi mengenai tanda dan gejala kanker serviks, cara untuk mengatasi mual muntah efek samping dari kemoterapi serta diet yang dianjurkan untuk pasien kanker dan barang senilai 25.000.

5. Seandainya anda tidak menyetujui cara ini atau anda boleh tidak mengikuti penelitian ini sama sekali, dan tidak akan mempengaruhi pelayanan rumah sakit terhadap anda
6. Nama dan jati diri anda akan tetap dirahasiakan
7. Keputusan ini dibuat pasien setelah menerima penjelasan dari peneliti.
8. Tanda terima kasih kepada subjek
9. Tidak ada biaya pemeriksaan tambahan

PENELITI

(MUGI PRAYITNO)

Lampiran 2 Surat Pernyataan Persetujuan untuk Berpartisipasi dalam Penelitian

**PERNYATAAN PERSETUJUAN UNTUK BERPARTISIPASI DALAM
PENELITIAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini menyatakan bahwa:

1. Saya telah mengerti tentang apa yang tercantum dalam lembar penjelasan diatas dan telah dijelaskan oleh peneliti
2. Dengan ini saya menyatakan bahwa secara sukarela bersedia / tidak bersedia *) untuk ikut serta menjadi salah satu subjek penelitian yang berjudul HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN STATUS NUTRISI PASIEN KANKER SERVIKS STADIUM II DAN III YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUD dr. SAIFUL ANWAR MALANG.

Malang,,2019

Peneliti

Saksi 1

Yang membuat pernyataan

(Mugi Prayitno)

(.....)

(.....)

NIM 185070209111057

Saksi 2

(.....)

*) Coret salah satu

Lampiran 3 Curriculum Vitae Peneliti Utama

Curriculum Vitae Peneliti Utama

Nama : MUGI PRAYITNO

NIM/NIP : 185070209111057/ 19831223 201212 1 001

Tempat & Tanggal lahir : Cilacap, 23 Desember 1983

Alamat : Maliran Rt 1 Rw 8 Kec. Ponggok Kab. Blitar

No. Telpon : 0853 5398 0000

Pendidikan : S1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya

Pekerjaan : Perawat Instalasi Pelayanan Utama RSUD dr. Saiful Anwar Malang.

Pengalaman : 2008 – 2009 Bekerja di klinik Bisma Kalteng
2010 - 2012 Bekerja di PKU Muhammadiyah Wanareja Cilacap
2013 - Sekarang Bekerja di RSUD dr. Saiful Anwar Malang

Lampiran 4 Kuisisioner Karakteristik Responden

KUISISIONER KARAKTERISTIK RESPONDEN

Mengharap kesediaan Bpk/Ibu/Sdr/i untuk mengisi kuisisioner penelitian tentang : **“Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II Dan III yang Menjalani Kemoterapi Di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang”**

Petunjuk : Isilah nama (isi dengan inisial nama depan saja) pilihlah salah satu jawaban yang anda anggap sesuai.

Nama			
Jenis Kelamin	<input type="checkbox"/> Laki-laki	<input type="checkbox"/> Perempuan	
Status Perkawinan	<input type="checkbox"/> Kawin	<input type="checkbox"/> Belum Kawin	
Umur (tahun)	<input type="checkbox"/> 18-25	<input type="checkbox"/> 26-35	<input type="checkbox"/> 36-45
	<input type="checkbox"/> 46-55	<input type="checkbox"/> 56-65	
Pendidikan Terakhir	<input type="checkbox"/> SD	<input type="checkbox"/> SMP	<input type="checkbox"/> SMU
	<input type="checkbox"/> Akademi	<input type="checkbox"/> Sarjana	<input type="checkbox"/> Lain-lain
Pekerjaan	<input type="checkbox"/> PNS	<input type="checkbox"/> TNI/POLRI	<input type="checkbox"/> Buruh
	<input type="checkbox"/> Wiraswasta	<input type="checkbox"/> PETANI	<input type="checkbox"/> Lain-lain
	<input type="checkbox"/> Pelajar		
Sistem Pembayaran	<input type="checkbox"/> Jaminan Kesehatan	<input type="checkbox"/> Umum	
Stadium Kanker	<input type="checkbox"/> Stadium II	<input type="checkbox"/> Stadium III	
Lamanya kemoterapi	<input type="checkbox"/> < 1 Thn	<input type="checkbox"/> ≥1 Thn	
	Tuliskan dlm bln/thn lamanya Kemoterapi : Bln/thn		

Lampiran 5 Kuesioner Dukungan Keluarga

KUESIONER DUKUNGAN KELUARGA

Petunjuk pengisian :

Berikan pendapat bapak/ibu/sdr/i dengan memberikan tanda (√) pada kolom yang disediakan, yaitu : Sangat Setuju (SS), Setuju (S), Tidak Setuju (TS), Sangat Tidak Setuju(STS).

No.	Pernyataan	SS	S	TS	STS
1.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) berusaha mencari informasi tentang kemoterapi yang anda butuhkan				
2.	Anggota keluarga ((suami, anak, orang tua, dan saudara) mendorong anda tentang pentingnya kemoterapi				
3.	Keluarga Anda memberikan kemudahan untuk memperoleh informasi tentang manfaat kemoterapi, misalnya membantu bertanya kepada perawat atau dokter				
4.	Keluarga menyembunyikan informasi tentang kondisi kesehatan Anda yang sebenarnya.				
5.	Keluarga tidak berusaha mencari informasi tentang dampak kemoterapi bagi Anda				
6.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) mendorong Anda untuk melakukan kemoterapi secara teratur				
7.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) selalu mendampingi Anda dalam melaksanakan kemoterapi				
8.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) menyediakan waktu untuk mendampingi Anda saat Kemoterapi				
9.	Anda kurang mendapatkan waktu dari Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) waktu Anda menjalani kemoterapi				
10.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) tidak memberikan pujian dan perhatian kepada Anda saat menjalani kemoterapi				
11.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) selalu mengingatkan Anda jadwal untuk melakukan Kemoterapi				

12.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) selalu penuh perhatian dengan kesehatan Anda setelah menjalani kemoterapi				
13.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) selalu menyediakan obat yang dibutuhkan selama Kemoterapi				
14.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) jarang menganjurkan ibu untuk memperhatikan petunjuk-petunjuk dari dokter atau perawat selama kemoterapi				
15.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) tidak menyediakan uang yang cukup untuk keperluan Kemoterapi				
16.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) selalu mengingatkan Anda tentang kemoterapi yang Dilakukan				
17.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) mengajak Anda ke Rumah Sakit untuk mendapatkan kemoterapi dalam menjaga kesehatan Anda				
18.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) melibatkan Anda dalam mengambil keputusan dalam melaksanakan kemoterapi				
19.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) tidak pernah meyakinkan Anda bahwa terdapat beberapa efek samping dari kemoterapi				
20.	Anggota keluarga (suami, anak, orang tua, dan saudara) kurang memberikan perhatian kepada efek kemoterapi yang Anda alami				

Lampiran 6 Formulir Skrining nutrisi

Formulir Skrining dengan SGA

Kriteria Inklusi : Pasien yang didiagnosis kanker serviks stadium II dan III, sedang menjalani program kemoterapi, usia antara 18 tahun sampai 60 tahun, tinggal bersama dengan keluarganya (suami atau anak atau orang tua atau saudara).			
Isilah titik-titik (.....) dan beri tanda V pada (), atau tanda O pada A, B, C, atau D untuk jawaban yang dipilih.			
Ruang Rawat :	No. Medical Record :		
Nama OS :	Hari/Tanggal Masuk RS :		
Umur :	Hari/Tanggal wawancara :		
Jenis Kelamin : Pria/Wanita *	Diagnosa/Penyakit :		
Nama Dietisien :	Preskripsi Diet :		

Waktu Pengisian : Kunjungan Awal/Hari Ke-7/Hari Ke-14 (Beri tanda O pada waktu yang dipilih)

DESKRIPSI	JAWABAN			SKOR SGA		
	RIWAYAT MEDIS			A	B	C
1. Berat Badan (BB) • BB biasanya Kg • BB Awal masuk RS (Kg)/saat ini Kg (Bila ada data dikutip, bila tidak ada ditimbang) Kg Kg Tidak tahu Tidak tahu	TB = cm (Jika tirah baring diukur PB)			
Kehilangan BB selama 6 bln terakhir <u>BB Biasanya – BB awal masuk</u> BB Biasanya	1. () tidak ada 2. () ada perubahan, bertambah atau menurun < 5 % 3. () ada penurunan BB 5-10 % 4. () ada penurunan > 10 % 5. () tidak tahu (tidak di score)			A A	B	C
Perubahan BB selama 2 minggu terakhir Bila pasien tidak yakin, tanyakan : 1. Perubahan ukuran ikat pinggang 2. Perubahan ukuran pakaian 3. Asumsi teman melihat "lebih kurus"	1. () tidak ada 2. () tidak ada, tapi BB di bawah atau di atas normal 3. () ada kenaikan, tapi BB belum normal 4. () BB turun (catatan : IMT normal : 18,5-22,9)			A	B B	C
2. Asupan makanan Perubahan dalam jumlah asupan akhir-akhir ini dibandingkan dengan kebiasaan :	1. () asupan cukup & tidak ada perubahan, walaupun ada, hanya sedikit dan atau dalam waktu singkat 2. () asupan menurun daripada sebelum sakit tapi tahap ringan 3. () asupan rendah, tapi ada peningkatan 4. () asupan sangat tidak cukup dan menurun tahap berat daripada sebelumnya			A	B B	C
Lamanya dan derajat perubahan asupan makanan	1. () < 2 minggu, sedikit/tanpa perubahan 2. () > 2 minggu, perubahan ringan-sedang 3. () tak bisa makan, perubahan drastic			A	B	C
3. Gejala Gastrointestinal	Jika tidak, langsung ke	Frekuensi	Lamanya			
1. Anoreksia	1. () tidak 2. () ya	1. () tidak pernah 2. () tiap hari 3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2x/mgg	1. () > 2mgg 2. () < 2mgg			
2. Mual	1. () tidak 2. () ya	1. () tidak pernah 2. () tiap hari 3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2x/mgg	1. () > 2mgg 2. () < 2mgg			
3. Muntah	1. () tidak 2. () ya	1. () tidak pernah 2. () tiap hari 3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2x/mgg	1. () > 2mgg 2. () < 2mgg			
4. Diare	1. () tidak 2. () ya	1. () tidak pernah 2. () tiap hari 3. () 2-3x/mgg 4. () 1-2x/mgg	1. () > 2mgg 2. () < 2mgg			
<ul style="list-style-type: none"> • Jika beberapa gejala atau tidak ada gejala, sebentar-sebentar • Jika ada beberapa gejala > 2 minggu • Jika >1 / semua gejala setiap hari/teratur > 2 minggu 				A	B	C

DESKRIPSI	JAWABAN	SKOR SGA		
		A	B	C
4. Kapasitas Fungsional • Deskripsi keadaan fungsi tubuh :	1. () aktivitas normal, tidak ada kelainan, kekuatan/stamina tetap 2. () aktivitas ringan, mengalami hanya sedikit penurunan (tahap ringan) 3. () tanpa aktivitas/di tempat tidur, penurunan kekuatan/stamina (tahap buruk)	A	B	C
5. Penyakit dan Hubungannya dengan Kebutuhan Gizi • Secara umum, ada gangguan stress metabolik ? • Bila ada, kategorinya : (stress metabolik akut)	1. () tidak 2. () ya 1. () Rendah (mis : hernia inguinal, infeksi, peny. Jantung kongestif) 2. () Sedang (mis : DM + pneumonia) 3. () Tinggi (mis : ulcerative colitis + diare, kanker, peritonitis berat)	A	B	C
PEMERIKSAAN FISIK				
1. Kehilangan lemak subkutan (trisept, bisep)	1. () tidak ada 2. () salah satu tempat 3. () kedua tempat	A	B	C
3. Edema (bisa ditanyakan ke dokter/perawat)	1. () tidak ada/sedikit 2. () sedang/tungkai 3. () berat (anasarka)	A	B	C
4. Asites (bisa ditanyakan ke dokter/perawat)	1. () tidak ada 2. () sedang 3. () berat	A	B	C
KESELURUHAN SKOR SGA				
A = Nutrisi Baik/Normal (Skor "A" pada $\geq 50\%$ kategori atau ada peningkatan signifikan) B = Nutrisi Kurang/Sedang (Skor "B" pada $\geq 50\%$ kategori) C = Nutrisi Buruk (Skor "C" pada $\geq 50\%$ kategori, tanda-tanda fisik signifikan)				

Enumerator :

42	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
43	3	3	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3	4	4	4	3	3
44	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	4	3	3	3	3	4	3	4	3	4
45	4	3	4	3	3	4	4	3	3	3	4	4	3	3	3	4	3	4	3	3
46	4	4	4	4	3	3	3	3	3	3	4	4	4	3	3	3	3	3	3	3
47	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3
48	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3
50	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3
51	3	3	3	3	3	4	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	3	4
52	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2
53	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	4	4	3	3	3	3	3	3	3	3

Data Kuisiner Status Nutrisi

No	Y1	Y2	Y3	Y4	Y5	Y6	Y7	Y8	Y9	Y10	Y11
1	1	1	2	2	3	2	2	2	2	2	3
2	2	1	2	3	3	1	3	1	1	3	3
3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3
4	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3
5	1	2	2	2	3	3	3	2	3	3	3
6	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
7	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
8	1	3	2	2	2	3	1	1	2	3	3
9	3	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3
10	1	1	2	2	3	1	1	2	2	3	3
11	1	2	2	2	3	1	3	1	2	3	3
12	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
13	1	1	1	1	2	1	1	1	2	3	3
14	1	2	2	2	2	2	3	2	2	3	3
15	1	2	2	3	2	2	3	2	3	3	3
16	3	2	2	3	2	1	3	2	2	3	3
17	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
18	1	2	2	2	2	1	1	2	2	3	3
19	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
20	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
21	3	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3
22	1	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3
23	1	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3
24	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
25	2	2	1	2	3	2	3	2	3	3	3
26	2	2	2	3	3	2	3	2	3	3	3
27	1	2	2	3	3	3	1	2	2	3	3
28	1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3
29	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3
30	1	2	2	3	2	2	3	2	2	3	3

31	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3
32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3
33	1	1	2	3	2	2	3	2	3	3	3
34	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3
35	1	1	2	3	2	1	1	1	2	3	3
36	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3
37	1	2	1	1	2	1	1	2	2	3	3
38	1	2	3	3	2	2	1	2	2	3	3
39	3	1	2	3	2	2	3	2	2	3	3
40	3	2	2	2	2	2	1	2	2	3	3
41	3	3	2	3	2	2	3	2	3	3	3
42	1	2	3	3	3	2	1	2	2	2	3
43	2	1	2	2	2	1	3	1	2	3	3
44	2	1	2	2	2	2	1	2	2	3	3
45	1	2	1	2	1	2	1	2	2	3	3
46	2	3	2	3	2	2	3	2	2	3	3
47	1	1	1	2	3	2	1	1	2	3	3
48	2	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3
49	1	2	2	2	3	1	1	1	1	3	3
50	1	2	3	3	3	2	3	2	2	3	3
51	2	1	2	3	2	2	1	1	2	3	3
52	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3
53	3	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3

Klasifikasi Umur

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	26 - 35	3	5,6	5,7	5,7
	36 - 45	8	14,8	15,1	20,8
	46 - 55	30	55,6	56,6	77,4
	56 - 65	12	22,2	22,6	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Status Perkawinan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	kawin	53	98,1	100,0	100,0
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Pendidikan

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	SD	30	55,6	56,6	56,6
	SMP	11	20,4	20,8	77,4
	SMU	7	13,0	13,2	90,6
	Sarjana	3	5,6	5,7	96,2
	Lain-lain	2	3,7	3,8	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Pekerjaan Responden

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Buruh	4	7,4	7,5	7,5
	Wiraswasta	10	18,5	18,9	26,4
	PETANI	7	13,0	13,2	39,6
	Ibu Rumah Tangga / Tidak Bekerja	32	59,3	60,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Stadium Kanker

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stadium II	24	44,4	45,3	45,3
	stadium III	29	53,7	54,7	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Sistem Pembayaran

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Jaminan Kesehatan	53	98,1	100,0	100,0
Missing System	1	1,9		
Total	54	100,0		

Lamanya Kemoterapi

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid < 1 tahun	53	98,1	100,0	100,0
Missing System	1	1,9		
Total	54	100,0		

Klasifikasi Dukungan Keluarga

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid dukungan sedang	7	13,0	13,2	13,2
dukungan baik	46	85,2	86,8	100,0
Total	53	98,1	100,0	
Missing System	1	1,9		
Total	54	100,0		

Statistics

	dukungan informasi	dukungan emosional	dukungan instrumental	dukungan penilaian
N Valid	53	53	53	53
Missing	1	1	1	1
Mean	16,36	17,30	17,19	17,25
Median	16,00	17,00	17,00	17,00
Mode	15	18	15	15
Minimum	12	15	14	14
Maximum	20	20	20	20

Status Nutrisi

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	NUTRISI BURUK	6	11,1	11,3	11,3
	NUTRISI SEDANG/KURANG	26	48,1	49,1	60,4
	NUTRISI BAIK	21	38,9	39,6	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Klasifikasi Dukungan * Pendidikan Crosstabulation

			pendidikan					Total
			SD	SMP	SMU	Sarjana	Lain-lain	
klasifikasi dukungan	dukungan sedang	Count	3	2	2	0	0	7
		% within klasifikasi dukungan	42,9%	28,6%	28,6%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within pendidikan	10,0%	18,2%	28,6%	0,0%	0,0%	13,2%
		% of Total	5,7%	3,8%	3,8%	0,0%	0,0%	13,2%
dukungan baik		Count	27	9	5	3	2	46
		% within klasifikasi dukungan	58,7%	19,6%	10,9%	6,5%	4,3%	100,0%
		% within pendidikan	90,0%	81,8%	71,4%	100,0%	100,0%	86,8%
		% of Total	50,9%	17,0%	9,4%	5,7%	3,8%	86,8%
Total		Count	30	11	7	3	2	53
		% within klasifikasi dukungan	56,6%	20,8%	13,2%	5,7%	3,8%	100,0%
		% within pendidikan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	56,6%	20,8%	13,2%	5,7%	3,8%	100,0%

Klasifikasi Dukungan * Klasifikasi Umur Crosstabulation

		klasifikasi umur				Total	
		26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65		
klasifikasi dukungan	dukungan sedang	Count	1	0	2	4	7
		% within klasifikasi dukungan	14,3%	0,0%	28,6%	57,1%	100,0%
		% within klasifikasi umur	33,3%	0,0%	6,7%	33,3%	13,2%
		% of Total	1,9%	0,0%	3,8%	7,5%	13,2%
dukungan baik	Count	2	8	28	8	46	
	% within klasifikasi dukungan	4,3%	17,4%	60,9%	17,4%	100,0%	
	% within klasifikasi umur	66,7%	100,0%	93,3%	66,7%	86,8%	
	% of Total	3,8%	15,1%	52,8%	15,1%	86,8%	
Total	Count	3	8	30	12	53	
	% within klasifikasi dukungan	5,7%	15,1%	56,6%	22,6%	100,0%	
	% within klasifikasi umur	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	5,7%	15,1%	56,6%	22,6%	100,0%	

Klasifikasi Dukungan * Pekerjaan Responden Crosstabulation

			pekerjaan responden				Total
			Buruh	Wiraswasta	PETANI	Ibu Rumah Tangga / Tidak Bekerja	
klasifikasi dukungan	dukungan sedang	Count	1	0	1	5	7
		% within klasifikasi dukungan	14,3%	0,0%	14,3%	71,4%	100,0%
		% within pekerjaan responden	25,0%	0,0%	14,3%	15,6%	13,2%
		% of Total	1,9%	0,0%	1,9%	9,4%	13,2%
	dukungan baik	Count	3	10	6	27	46
		% within klasifikasi dukungan	6,5%	21,7%	13,0%	58,7%	100,0%
		% within pekerjaan responden	75,0%	100,0%	85,7%	84,4%	86,8%
		% of Total	5,7%	18,9%	11,3%	50,9%	86,8%
Total	Count	4	10	7	32	53	
	% within klasifikasi dukungan	7,5%	18,9%	13,2%	60,4%	100,0%	
	% within pekerjaan responden	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	7,5%	18,9%	13,2%	60,4%	100,0%	

NUTRISI_1 * Pendidikan Crosstabulation

			pendidikan					Total
			SD	SMP	SMU	Sarjana	Lain-lain	
NUTRISI_1	NUTRISI BURUK	Count	3	1	2	0	0	6
		% within NUTRISI_1	50,0%	16,7%	33,3%	0,0%	0,0%	100,0%
		% within pendidikan	10,0%	9,1%	28,6%	0,0%	0,0%	11,3%
		% of Total	5,7%	1,9%	3,8%	0,0%	0,0%	11,3%
	NUTRISI KURANG	Count	13	7	2	3	1	26
		% within NUTRISI_1	50,0%	26,9%	7,7%	11,5%	3,8%	100,0%
		% within pendidikan	43,3%	63,6%	28,6%	100,0%	50,0%	49,1%
		% of Total	24,5%	13,2%	3,8%	5,7%	1,9%	49,1%
	NUTRISI BAIK	Count	14	3	3	0	1	21
		% within NUTRISI_1	66,7%	14,3%	14,3%	0,0%	4,8%	100,0%
		% within pendidikan	46,7%	27,3%	42,9%	0,0%	50,0%	39,6%
		% of Total	26,4%	5,7%	5,7%	0,0%	1,9%	39,6%
Total	Count	30	11	7	3	2	53	
	% within NUTRISI_1	56,6%	20,8%	13,2%	5,7%	3,8%	100,0%	
	% within pendidikan	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	
	% of Total	56,6%	20,8%	13,2%	5,7%	3,8%	100,0%	

NUTRISI_1 * Pekerjaan Responden Crosstabulation

			pekerjaan responden				Total
			Buruh	Wiraswasta	PETANI	Ibu Rumah Tangga / Tidak Bekerja	
NUTRISI_1	NUTRISI BURUK	Count	0	1	0	5	6
		% within NUTRISI_1	0,0%	16,7%	0,0%	83,3%	100,0%
		% within pekerjaan responden	0,0%	10,0%	0,0%	15,6%	11,3%
		% of Total	0,0%	1,9%	0,0%	9,4%	11,3%
NUTRISI KURANG	NUTRISI KURANG	Count	4	6	2	14	26
		% within NUTRISI_1	15,4%	23,1%	7,7%	53,8%	100,0%
		% within pekerjaan responden	100,0%	60,0%	28,6%	43,8%	49,1%
		% of Total	7,5%	11,3%	3,8%	26,4%	49,1%
NUTRISI BAIK	NUTRISI BAIK	Count	0	3	5	13	21
		% within NUTRISI_1	0,0%	14,3%	23,8%	61,9%	100,0%
		% within pekerjaan responden	0,0%	30,0%	71,4%	40,6%	39,6%
		% of Total	0,0%	5,7%	9,4%	24,5%	39,6%
Total	Total	Count	4	10	7	32	53
		% within NUTRISI_1	7,5%	18,9%	13,2%	60,4%	100,0%
		% within pekerjaan responden	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	7,5%	18,9%	13,2%	60,4%	100,0%

NUTRISI_1 * Klasifikasi Umur Crosstabulation

			klasifikasi umur				Total
			26 - 35	36 - 45	46 - 55	56 - 65	
NUTRISI_1	NUTRISI BURUK	Count	0	0	5	1	6
		% within NUTRISI_1	0,0%	0,0%	83,3%	16,7%	100,0%
		% within klasifikasi umur	0,0%	0,0%	16,7%	8,3%	11,3%
		% of Total	0,0%	0,0%	9,4%	1,9%	11,3%
NUTRISI KURANG	NUTRISI KURANG	Count	1	3	16	6	26
		% within NUTRISI_1	3,8%	11,5%	61,5%	23,1%	100,0%
		% within klasifikasi umur	33,3%	37,5%	53,3%	50,0%	49,1%
		% of Total	1,9%	5,7%	30,2%	11,3%	49,1%
NUTRISI BAIK	NUTRISI BAIK	Count	2	5	9	5	21
		% within NUTRISI_1	9,5%	23,8%	42,9%	23,8%	100,0%
		% within klasifikasi umur	66,7%	62,5%	30,0%	41,7%	39,6%
		% of Total	3,8%	9,4%	17,0%	9,4%	39,6%
Total	Total	Count	3	8	30	12	53
		% within NUTRISI_1	5,7%	15,1%	56,6%	22,6%	100,0%
		% within klasifikasi umur	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	5,7%	15,1%	56,6%	22,6%	100,0%

Klasifikasi Dukungan * NUTRISI_1 Crosstabulation

		NUTRISI_1			Total	
		NUTRISI BURUK	NUTRISI SEDANG/KU RANG	NUTRISI BAIK		
klasifikasi dukungan	dukungan sedang	Count	0	4	3	7
		Expected Count	,8	3,4	2,8	7,0
		% within klasifikasi dukungan	0,0%	57,1%	42,9%	100,0%
		% within NUTRISI_1	0,0%	15,4%	14,3%	13,2%
		% of Total	0,0%	7,5%	5,7%	13,2%
dukungan baik		Count	6	22	18	46
		Expected Count	5,2	22,6	18,2	46,0
		% within klasifikasi dukungan	13,0%	47,8%	39,1%	100,0%
		% within NUTRISI_1	100,0%	84,6%	85,7%	86,8%
		% of Total	11,3%	41,5%	34,0%	86,8%
Total		Count	6	26	21	53
		Expected Count	6,0	26,0	21,0	53,0
		% within klasifikasi dukungan	11,3%	49,1%	39,6%	100,0%
		% within NUTRISI_1	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
		% of Total	11,3%	49,1%	39,6%	100,0%

Statistik Variabel Kuisisioner Status Nutrisi

Statistics

		penurunan BB 6 bln terakhir	perubahan BB 2 minggu	asupan makanan	lamanya dan derajat perubahan asupan makanan	gejala gastrointestin al	kapasitas fungsional	penyakit dan hub dengan kebutuhan gizi	kehilangan lemak subkutan	Kehilangan massa otot	edema	asites
N	Valid	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53	53
	Missing	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Median		2,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	2,00	2,00	3,00	3,00
Mode		1	2	2	3	3	2	3	2	2	3	3
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	3
Maximum		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3

Penurunan BB 6 Bln Terakhir

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	24	44,4	45,3	45,3
	sedang	13	24,1	24,5	69,8
	baik	16	29,6	30,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Perubahan BB 2 Minggu

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	13	24,1	24,5	24,5
	sedang	26	48,1	49,1	73,6
	baik	14	25,9	26,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Asupan Makanan

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	6	11,1	11,3	11,3
	sedang	33	61,1	62,3	73,6
	baik	14	25,9	26,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Lamanya Dan Derajat Perubahan Asupan Makanan

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	2	3,7	3,8	3,8
	sedang	17	31,5	32,1	35,8
	baik	34	63,0	64,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Gejala Gastrointestinal

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	2	3,7	3,8	3,8
	sedang	25	46,3	47,2	50,9
	baik	26	48,1	49,1	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Kapasitas Fungsional

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	10	18,5	18,9	18,9
	sedang	31	57,4	58,5	77,4
	baik	12	22,2	22,6	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Penyakit Dan Hub Dengan Kebutuhan Gizi

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	18	33,3	34,0	34,0
	sedang	1	1,9	1,9	35,8
	baik	34	63,0	64,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Kehilangan Lemak Subkutan

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	9	16,7	17,0	17,0
	sedang	30	55,6	56,6	73,6
	baik	14	25,9	26,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Kehilangan Massa Otot

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	buruk	2	3,7	3,8	3,8
	sedang	28	51,9	52,8	56,6
	baik	23	42,6	43,4	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Edema

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	sedang	2	3,7	3,8	3,8
	baik	51	94,4	96,2	100,0
	Total	53	98,1	100,0	
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Asites

		Frequenc y	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	baik	53	98,1	100,0	100,0
Missing	System	1	1,9		
Total		54	100,0		

Correlations Spearman

			DUKUNGA N	NUTRISI
Spearman's rho	DUKUNGA N	Correlation Coefficient	1,000	,025
		Sig. (2-tailed)	.	,858
		N	53	53
	NUTRISI	Correlation Coefficient	,025	1,000
		Sig. (2-tailed)	,858	.
		N	53	53

Lampiran 8 Surat Ijin Penelitian

Surat Ijin Penelitian



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL

☆☆☆☆☆☆

18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101 Fax. (0341) 369384
E-mail staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



Nomor 070 2855/ 302 2019

Sifat Biasa

Lampiran

Perihal Izin Penelitian
a.n Mugi Prayitno

Malang, 03 OCT 2019

Kepada Yth. Wakil Dekan Bidang Akademik
Fak. Kedokteran Universitas Brawijaya
Jl. Veteran
di- MALANG

Menindaklanjuti surat Saudara nomor 8279/UN10.F08/PP/2019 tanggal 10 September 2019, perihal sebagaimana tersebut pada pokok surat, dengan ini diberitahukan bahwa pada prinsipnya kami tidak berkeberatan memberikan izin kepada

No	Peneliti	Judul Penelitian
1	Mugi Prayitno NIM. 185070209111057	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III Yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

Untuk melaksanakan pengambilan data di Instalasi Rawat Inap III RSUD Dr Saiful Anwar Malang.

Laporan hasil Karya Tulis Ilmiah, agar diserahkan ke Bidang Diklit dan satuan kerja yang dituju di RSUD Dr Saiful Anwar Malang, sebanyak 2 (dua) expl dan 1 (satu) keeping CD.

Demikian untuk menjadikan maklum, atas perhatian dan kerjasama Saudara diucapkan terima kasih.

a.n. Direktur RSUD Dr Saiful Anwar Malang
Wakil Bidang & Pengembangan Profesi



Dr.dr. M. BACHTIAR BUDIANTO, Sp.B (K) Onk, FINACS, FICS
Pembina Tingkat I
NIP 19670725 199603 1 003

Tembusan ..
Yth. 1. Direktur RSSA (sebagai laporan)



PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAHSAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021
Jl. Jaks Agung Suprpto No.2 MALANG 65111
Telp. (0341) 362101 Fax. (0341) 369384
E-mail staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id
Website www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id



NOTA DINAS

Kepada . Kepala Instalasi Rawat Inap III
Dari Kepala Bidang Diklit
RSUD Dr Saiful Anwar Malang
Tanggal 07 OCT 2019
Nomor 070/1432/1.20/302/2019
Sifat Biasa
Lampiran --
Perihal **Permohonan Izin Penelitian Bagi Karyawan a.n. Mugi Prayitno**

Menindaklanjuti surat dari Direktur RSUD Dr Saiful Anwar Malang No. 070/18571/302/2019 tanggal 03 Oktober 2019 perihal Izin Penelitian, bersama ini kami hadapkan Peneliti tersebut untuk melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin sesuai dengan judul proposal, atas nama

No	Nama/NIM	Judul Proposal
1.	Mugi Prayitno NIM. 185070209111057	Hubungan Dukungan Keluarga Dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III Yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr Saiful Anwar Malang

Setelah yang bersangkutan selesai melaksanakan penelitian, mohon Saudara informasikan tertulis kepada kami bahwa yang bersangkutan telah selesai melaksanakan penelitian di satuan kerja yang Saudara pimpin, sebagai dasar kami membuat Surat Keterangan Selesai Penelitian bagi yang bersangkutan.

Demikian atas perhatian dan kerjasama Saudara, diucapkan terima kasih.

Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian

SRI ENDAH NOVIANI, SH, M.Sc

Pembina Tingkat I
NIP 19631103 199103 2 004

Lampiran 9 Keterangan Kelayakan ETIK

Keterangan Kelayakan ETIK

 <p>RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr. SAIFUL ANWAR MALANG Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 Malang KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN TERAKREDITASI SNARS EDISI 1 INTERNASIONAL ☆☆☆☆☆☆ 18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021 Jl. Jaksa Agung Suprpto No.2 MALANG 65111 Telp. (0341) 362101 Fax. (0341) 369384 E-mail : staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id Website www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id</p>
<p>KETERANGAN KELAIKAN ETIK PELAKSANAAN PENELITIAN ("ETHICAL CLEARANCE") No: 400/177/K.3/302 /2019</p>
<p>KOMISI ETIK PENELITIAN KESEHATAN RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG, SETELAH MEMPELAJARI DENGAN SEKSAMA RANCANGAN PENELITIAN YANG DIUSULKAN, DENGAN INI MENYATAKAN BAHWA PENELITIAN DENGAN</p>
<p>JUDUL HUBUNGAN DUKUNGAN KELUARGA DENGAN STATUS NUTRISI PASIEN KANKER SERVIKS STADIUM II DAN III YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RSUD dr SAIFUL ANWAR MALANG</p>
<p>PENELITI UTAMA : MUGI PRAYITNO</p>
<p>UNIT / LEMBAGA / TEMPAT PENELITIAN</p>
<p>RSUD Dr SAIFUL ANWAR MALANG</p>
<p>DINYATAKAN LAIK ETIK</p>
<p>MALANG, 14 SEPTEMBER 2019 KETUA TIM KOMISI ETIK PENELITIAN</p>
<p> dr HIDAYAT SUJUTI, PhD, Sp.M</p>

Lampiran 10 Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian

Surat Keterangan Telah Selesai Penelitian

**PEMERINTAH PROVINSI JAWA TIMUR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr SAIFUL ANWAR
TERAKREDITASI SNARS ED 1 INTERNASIONAL**



18 Februari 2018 s.d. 18 Februari 2021

Jl. Jaks Agung Suprpto No.2 MALANG 65111

Telp. (0341) 362101, Fax. (0341) 369384

E-mail staf-rsu-drsaifulanwar@jatimprov.go.id

Website www.rsusaifulanwar.jatimprov.go.id

**NOTA DINAS**

Kepada Yth. Ka.Bid. Pendidikan & Penelitian
RSUD Dr Saiful Anwar Malang
Dari Kepala Instalasi Rawat Inap III
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang
Tanggal 3 Desember 2019
Nomor 010 /169/ 2.4 / 302 / 2019
Sifat Biasa
Lampiran --
Perihal Surat Pengantar Telah Melakukan Penelitian

Menindaklanjuti Nota Dinas Nomor: 070 1432 / 1.20 / 302 / 2019 tanggal 04 Oktober 2019 dari Kepala Bidang Pendidikan & Penelitian RSUD Dr. Saiful Anwar Malang tentang Permohonan Izin Penelitian Bagi Karyawan RSSA a.n Mugi Prayitno, menerangkan bahwa yang bersangkutan telah selesai melakukan penelitian di Instalasi Rawat Inap III sesuai dengan judul proposal

NO	NAMA	JUDUL PROPOSAL
1	MUGI PRAYITNO NIM. 185070209111059	Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

Demikian atas perhatian dan kerjasamanya kami sampaikan terima kasih.

**Kepala Instalasi Rawat Inap III
RSUD Dr. Saiful Anwar Malang**

Dr.dr. SUTRISNO, SpOG.K
NIP 19680203 199803 1 005

Lampiran 11 Daftar Hadir Penelitian

Daftar Hadir Penelitian

DAFTAR HADIR PENELITI DIRUANGAN

JUDUL PENELITIAN : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Service Stadium I dan II yang menjalani perawatan di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang

NAMA PENELITI : Mugi Prayitno

NO	HARI	TANGGAL	TANDA TANGAN
1	Jumat	11-10-2019	
2	Kamis	17-10-2019	
3	Jumat	18-10-2019	
4	Senin	21-10-2019	
5	Selasa	22-10-2019	
6	Rabu	23-10-2019	
7	Kamis	24-10-2019	
8	Jumat	25-10-2019	
9	Senin	28-10-2019	
10	Selasa	29-10-2019	

MENGETAHUI
KEPALA BIDANG PENDIDIKAN DAN PENELITIAN

KOORDINATOR
PENDIDIKAN DAN PENELITIAN DIRUANGAN


Tri Agustinus P., A.Md, Keb
NIP.197104111993022001

Lampiran 12 Lembar Konsultasi

Lembar Konsultasi



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
N I M : 185070209111057
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir :

Pembimbing I : Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
22/13	I	Konsultasi	Bab I	- Gambar di spesifikasi satu jenis bagi tabel kelainan dengan meliputi alabur, variabel itu alabur umum	
				- berikan penyajian awal - alabur kelainan di penyakit secara umum - tujukan kelas meap	
				- Cara penulisan margin penulisan secara pemeriksaan ts - Cara penulisan metodologi	
28/13	I			revisi bab 1 di bab 1 lengkap BAB 2	
22/14	I			lengkap metodologi penelitian	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ns. Tony Suharseno S.Kep. M.Kep
NIP/NIK. 6206022006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
 Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
 N I M : 185070209111057
 Program Studi : Ilmu Keperawatan
 Judul Tugas Akhir : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Pembimbing I : Prof. Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
 Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I / II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
16/7	I		Bab IV	- Bertujuan daftar pustaka.	
16/7	I		Bab IV	- Sample minimal 50 dari populasi lebih banyak.. lebih baik	
16/7	I		Bab IV	- Titik balok ambil dan 'Salinasi' tapi ambil Citaranya saja	
2/8	I		Bab IV	ACC jenis proposal	

Mengetahui:
 Koordinator TA

Dr. Tony Suharsono S.Kep.M.Kep
 NIP/NIK 19800202 200604 1003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213,214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
N I M : 185070209111057
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Pembimbing I : Prof. Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
8/11	I		Bab V	- lanjut ke bagian akhir.	
20/11	I		Bab VI - VII	- pembahasan di bagian akhir penelitian data - teori - kesimpulan sesuai dengan tujuan klinis	
6/12	I		Bab VI - VII	ACC uji Hand	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ns. Efris Kartika Sari S.Kep M.Kep
NIP/NIK. 198009022006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
<http://fk.ub.ac.id/tugasakhir> e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
N I M : 185070209111057
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir :

Pembimbing I : Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I / II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
19/10/19	II	Disleksi	Bab 1	- perbaiki latar belakang masalah, tambahkan data yg relevan	
26/10/19	II		Bab 1	- Cantumkan studi terdahulu ttg topik penelitian	
28/10/19	II		Bab 1	- Perjelas latar belakang (berdasarkan studi terdahulu, fenomena, dll)	
05/11/19	II		Bab 1	Ace	

Mengetahui,
Koordinator TA,

Ns. Tony Suharsono, S.Kep. M.Kep
NIP/NIK. 198003022002041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
N I M : 185070209111057
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir :

Pembimbing I : Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I/II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
26/15/16	I		Bab II Bab III	- Cari landasan teoritis ttg hub kubungan ilig dg status nutrisi	
9/15/17	I		Bab II - III	- jelaskan hub kubungan ilig dg status nutrisi dlm konsep konsep bab 4 - lanjut di bab 4	
17/15/17	II		Bab IV - V	- Perbaiki metode penelitian	
1/8/19	I		Bab IV	- Revisi bab 4 - acc sempur	
15/15/19	I		Bab V, VI, VII	- perbaiki cara penulisan & pengisian data - analisis sesuai kualitatif responden	

Mengetahui:
Koordinator TA

Ns. Tony Sulharsana, S.Kep M.Kep
NIP/NIK. 198009022006041003



KEMENTERIAN RISET, TEKNOLOGI, DAN PENDIDIKAN TINGGI
UNIVERSITAS BRAWIJAYA
FAKULTAS KEDOKTERAN
TUGAS AKHIR

Jalan Veteran Malang - 65145, Jawa Timur - Indonesia
Telp. (62) (0341) 551611 Ext. 213.214; 569117; 567192 - Fax. (62) (0341) 564755
http://fk.ub.ac.id/tugasakhir e-mail : tugasakhir.fk@ub.ac.id

Form TA 04

LEMBAR KONSULTASI TUGAS AKHIR

Nama : MUGI PRAYITNO
N I M : 185070209111057
Program Studi : Ilmu Keperawatan
Judul Tugas Akhir : Hubungan Dukungan Keluarga dengan Status Nutrisi Pasien Kanker Serviks Stadium II dan III yang Menjalani Kemoterapi di RSUD Dr. Saiful Anwar Malang.

Pembimbing I : Prof. Dr. TITIN ANDRI WIHASTUTI, S.Kp., M. Kes
Pembimbing II : Ns. EFRIS KARTIKA SARI, S.Kep., M. Kep

Tahap Pertama

Tgl	Pembimbing I / II	Metode Bimbingan	Topik Pembahasan	Saran Pembimbing	Tanda Tangan
20/8/19	II			- segera mengurus etichal clearance	
19/11	II		Bab V, VI, VII	- persentasi cara pemelika dan penyajian data - analisis teori (semuhersthe response)	
28/11	II		Bab V, VI, VII	- Tambahan cara metabolisme per cancer - persentasi (cebanalre pemelika)	
12/12	II		Bab V, VI, VII	- ace sembas	

Mengetahui:
Koordinator TA,

Ns. Tony Sulharsono S.Kep. M. Kep
NIP/NIK 138009022006041003

Lampiran 13 Foto Kegiatan Penelitian

Foto Kegiatan Penelitian



