

PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT PASIEN CACHEXIA PADA KANKER STADIUM LANJUT

Nurul Huda¹, Ratna Sitorus², dan Agung Waluyo³

¹Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Riau, Pekanbaru

^{2,3}Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia, Jakarta

E-mail: nurul_mafda@yahoo.com; rio_apt@yahoo.co.id; agungwss@ui.edu

Abstract: Cachexia is a common problem for cancer patient in end stage. Phenomenological approach of qualitative study was conducted to get illustration regarding experience of the families who were involved to care the cachexia patients during treatment in the Dharmais Cancer Hospital. Study result gathered from five participants constituted of five families. The current study showed detail information about experience of families within seven main themes, namely: 1) lack of knowledge about cachexia, 2) Biopsychosocial disturbances, 3) diet pattern disturbances, 4) lack of attention from nurse, 5) in need of health education and 6) in need of improvement of health facilities, and 7) conflict in family. Physically, Psychology burden have influenced the ability of families especially a wife to take care the patient, Abilities in establishing holistic nursing care will lead to decrease psychology distress in family, increase families involvement in caring the patient, increase the patient nutrition level and decrease conflict within families.

Abstrak: Cachexia merupakan masalah yang umum dialami oleh pasien kanker stadium lanjut. Studi kualitatif dengan pendekatan fenomenologi dilakukan untuk memperoleh gambaran tentang pengalaman keluarga terutama seorang istri dalam merawat pasien kanker dengan cachexia pada kanker stadium lanjut. Data studi diperoleh dari lima partisipan keluarga. Temuan memberikan informasi rinci tentang pengalaman cachexia pada anggota keluarga wanita yang merawat dengan tujuh tema utama yang sama, yaitu: 1) pengetahuan yang kurang tentang cachexia, 2) gangguan psikologis, 3) perubahan pola makan, 4) perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien dan keluarga, 5) kebutuhan akan pendidikan kesehatan dan 6) kebutuhan akan peningkatan fasilitas kesehatan, serta 7) terjadinya konflik dalam keluarga. *Support* keluarga terutama istri merupakan dukungan yang sangat penting dalam perawatan pasien. Kemampuan perawat dalam melakukan asuhan keperawatan yang menyeluruh pada akhirnya akan menurunkan masalah psikologis pada anggota keluarga, meningkatkan keterlibatan keluarga dalam perawatan pasien, peningkatan nutrisi pasien serta mengurangi konflik dalam keluarga.

Kata Kunci: pengalaman, cachexia, kanker stadium lanjut, keluarga

PENDAHULUAN

Pada pasien kanker, cachexia merupakan masalah yang sering terjadi. Dari hasil statistik didapatkan data bahwa cachexia terdapat pada 80 % pasien dengan kanker stadium lanjut (Kemp, 2001, dalam Millar, 2009). Adapun jenis kanker yang paling sering menyebabkan cachexia yaitu kanker pada gastrointestinal dengan angka kejadian berkisar 80 % dari seluruh kasus. Sedangkan urutan kedua ditempati oleh kanker paru dimana angka kejadinya berkisar sebesar 60 % dari seluruh kasus (Danohoe et al., 2010). Cachexia berkontribusi sebagai penyebab kecacatan dan kematian yang tinggi pada pasien kanker. Cachexia berkorelasi dengan status penampilan yang buruk, prognosis yang buruk serta angka kematian yang tinggi (Tisdalle, 2009; Brunelli et al., 2005) bahwa total penurunan berat

badan merupakan indikator yang paling bagus terhadap prognosis pasien. Penurunan berat badan setiap 5 % akan meningkatkan resiko kematian sebesar 11 % pada pasien kanker (Bucheria,& Ferguson, 2008).

Cachexia merupakan sindrom pembuangan kronik yang kompleks (*complex chronic wasting syndrome*) dimana otot dan jaringan lemak hilang sebagai akibat dari gangguan metabolismik yang disebabkan oleh interaksi antara host dan tumor (McDonald, Easson, Mazurak, et al., 2003, dalam Reid et al., 2009). Penurunan berat badan pada cachexia berbeda dengan penurunan berat badan yang disebabkan oleh masalah nutrisi lain seperti pada kelaparan dan anorexia,. Adanya penurunan massa otot merupakan hal yang khusus dan spesifik pada cachexia yang membedakannya dengan yang lain (O' Goman, 1999).

Selain itu, pada cachexia yang parah seperti yang terdapat pada pasien kanker stadium lanjut yang ditandai dengan penurunan berat badan lebih dari 10 %, CRP lebih dari 10 mg/dL dan adanya penurunan nafsu makan, pemberian terapi nutrisi sendiri tidak secara signifikan dapat meningkatkan status nutrisi pasien (Tisdale, 2002). Berbeda dengan masalah nutrisi lain seperti kelelahan, dimana pemberian terapi nutrisi sudah cukup untuk meningkatkan status nutrisi pasien (Inui, 2002).

Cachexia memberikan dampak yang serius pada pasien. Dari segi fisik, cachexia menyebabkan pasien menjadi mudah lemas, kurang bergairah serta mudah letih. Sehingga menimbulkan penurunan kualitas hidup (*quality of life*) pada pasien yang menderita kanker sebanyak 30 % (Whindholm et al., 2007). Masalah psikologis akibat dari cachexia juga terlihat jelas mempengaruhi kehidupan pasien. Pasien dengan cachexia menggambarkan dirinya semakin berbeda dengan orang lain, terlihat aneh, semakin tua, seperti tengkorak dan menjadi kurang menarik serta *sex appeals* yang semakin menghilang (Hinsley, & Hughes, 2007). Selain itu, pasien juga merasa bahwa ketika berat badannya semakin jauh berkurang, pasien menjadi semakin cemas dan berfikir bahwa penyakit mereka semakin memburuk. Pasien menjadi lebih mudah frustasi, karena tidak mampu menghentikan kehilangan berat badan serta efek samping yang ditimbukannya.

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

Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga lainnya. Pada keluarga dengan anggota keluarga yang menderita kanker stadium lanjut, keluarga ber-

fungsi tidak hanya sebagai *support system* untuk membantu yang sakit tetapi juga sebagai salah satu unit yang menghadapi penyakit kanker tersebut. Pada masa ini integritas sistem dan fungsi keluarga terancam atau dengan kata lain keluarga dan seluruh anggota keluarga berada dalam krisis (Christ, 1983; GrayPrice, & Szczecsny, 1985, di dalam McCorkle et al., 1991). Akibatnya akan terjadi gangguan pola komunikasi, pola peran, dan perubahan kedinamisan dalam keluarga. Oleh karena itu, intervensi yang diberikan untuk meningkatkan mekanisme coping harusnya tidak hanya diberikan kepada individu saja tapi seharusnya juga diberikan kepada seluruh anggota keluarga terutama istri (Northouse, 1984; Oberst, dan James, 1985 dalam McCorcle et al., 1991).

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

Keluarga dengan kanker stadium lanjut menghadapi masalah sosial dan psikologikal serta keuangan yang kompleks selama masa perjalanan penyakit terutama bagi seorang istri. Mereka melaporkan bahwa mereka mengalami kesukaran untuk memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang sakit terutama pada anggota keluarga yang sekarat. Tetapi sayangnya, permasalahan mereka tersebut kurang mendapatkan perhatian dari tenaga kesehatan, sehingga pada akhirnya mereka mencari sumber coping sendiri. Koping dan adaptasi yang biasa digunakan me-

reka peroleh dari teman atau anggota keluarga lain serta dari berbagai pemuka agama.

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

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

METODE

Pada penelitian ini pendekatan yang digunakan adalah pendekatan kualitatif dengan metode fenomenologi. Alat pengumpulan datanya merupakan diri peneliti sendiri. Analisa Data dengan menggunakan Collaizi. Partisipan dalam penelitian ini merupakan anggota keluarga terdekat yaitu istri yang merawat pasien cachexia pada kanker stadium lanjut. Pemilihan partisipan berdasarkan *purposive sampling* dengan jumlah total partisipan penelitian adalah 5 orang partisipan.

Karakteristik keluarga yang akan dipilih menjadi partisipan oleh peneliti adalah : istri dari pasien cachexia (berdasarkan *Cachexia assessment scale* pada kanker stadium lanjut) yang berumur 21 sampai 60 tahun, telah merawat pasien sebelumnya di rumah dan selama pasien

dirawat di RS Kanker Dharmais. tidak mempunyai gangguan kognitif, mampu berkomunikasi verbal dengan menggunakan bahasa Indonesia yang dapat dimengerti oleh peneliti serta bersedia menjadi partisipan yang dibuktikan dengan bersedia menandatangani *informed consent* yang diberikan.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Setelah dilakukan proses analisis tematik, maka didapatkan tujuh tema pada keluarga yaitu; 1) pengetahuan yang kurang tentang cachexia, 2) gangguan biopsikososial, 3) perubahan pola makan, 4) perhatian perawat yang dirasakan kurang oleh pasien, 5) kebutuhan akan pendidikan kesehatan dan 6) kebutuhan akan peningkatan fasilitas kesehatan, dan 7) adanya konflik dalam keluarga.

1) Pengetahuan yang Kurang tentang Cachexia

Pengetahuan awal pasien tentang cachexia merupakan informasi penting untuk melihat sejauh mana pandangan keluarga tentang permasalahan cachexia. Partisipan pada umumnya tidak tahu bahkan tidak pernah mendengar sama sekali tentang cachexia seperti diungkapkan berikut.

“Tidak pernah dengar...” (K1)

“Saya juga bingung, penderita kanker ini makannya doyan ya, tapi kok masih tetap kurus...” (K2)

2) Gangguan psikologis

Cachexia mempunyai dampak psikologis terhadap keluarga. Bagi keluarga penurunan berat badan dianggap sebagai penurunan keadaan fisik pasien dan identik dengan kematian yang sudah dekat, sehingga terdapat rasa ketakutan, cemas, dan khawatir jika kematian sang suami sudah dekat. Selain itu beban mereka juga bertambah dengan masalah finansial. Hal ini membuat keluarga menjadi stress dalam merawat suaminya. Hal ini diungkapkan keluarga dengan pernyataan.

“perasaan saya sedih sekali...”(K1)

“lihatnya pengen nangis...”(K4)

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

..”saya takut, tapi tidak saya tonjolkan ke Bapak’ (K3)...

3) Perubahan Pola Makan

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

“Kasih makan yang banyak... ”(K1)

.... suka saya paksa makan terus.(K3)..

Ungkapan keluarga tentang peningkatan jumlah gizi terdapat pada ungkapan berikut.

“Kasih roti... ”(K1)

“Kasih susu... ”(K3)

Selain itu keluarga juga memberikan perhatian khusus dalam peningkatan asupan gizi pasien, hal ini terlihat dari.

.. ”apa yang bapak minta saya belikan.. (K1)

.... ’disuapin”..... (K2)

.....sebelum pergi semuanya sudah tak siapin..(K3).

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

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

4) Perhatian Perawat yang Dirasakan Kurang oleh Pasien

Dari hasil penelitian didapatkan data bahwa keluarga berpendapat bahwa selama ini perawat tidak pernah menanyakan secara menyeluruh mengenai masalah berat badan kepada mereka. Padahal perawat seharusnya menanyakan masalah berat badan dan asupan nutrisi yang selama ini dimakan oleh pasien supaya didapatkan data tentang permasalahan pasien yang akurat sehingga nantinya bisa diberikan asuhan keperawatan yang tepat. Keluarga juga menyatakan bahwa selama ini pengukuran berat badan pasien hanya dilakukan diawal masuk saja, setelah itu tidak pernah ada lagi kelanjutan (*follow up*). Dari data juga didapatkan informasi bahwa untuk mengetahui penurunan berat badannya keluarga berusaha untuk melakukan penimbangan sendiri. Hal ini terlihat dari pernyataan-pernyataan keluarga.

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

“Penurunan berat badan hanya ditanyakan diawal saja”..(K3).

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

“paling kasih obat, suntik... ”(K1)

“paling kontrol... ”(K4)

5) Kebutuhan akan Pendidikan Kesehatan

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

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

“Kalau saya sih pinginnya dikasih tau,

makannya harusnya ini, gizinya ini.... ”(K3)
“Pngin diajarin, kan kita ngak tau.... ”(K4)

6) Kebutuhan akan Peningkatan Fasilitas Kesehatan

Fasilitas yang diinginkan oleh pasien antara lain peningkatan prasarana, adanya variasi makanan, peningkatan kenyamanan dan kebersihan sehingga meningkatkan nafsu makan pasien. Hal ini diungkapkan oleh pasien dengan cara.

Taraf makanannya lebih diperbaiki.... ”
(K3)

“kasih makanan yang lebih bagus.... ”
(K2)

Keluarga juga mengungkapkan bahwa fasilitas kesehatan lain yang perlu ditingkatkan adalah adanya program pendidikan kesehatan bagi pasien dan keluarga terkait permasalahan cachexia

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

7) Konflik dalam Keluarga

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

“iya, sering bantah-bantahan... ” (K1)

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

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

Pada umumnya keluarga tidak menyadari telah terjadinya permasalahan cachexia pada anggota keluarga mereka. Mereka menganggap bahwa penurunan berat badan yang terjadi hanya disebabkan oleh penurunan nafsu makan. Padakeluarga juga sering terdapat pemahaman yang salah tentang cachexia. Mereka beranggapan bahwa cachexia itu terjadi karena kanker memakan makanan yang dimakan oleh pasien. Padahal sebenarnya yang terjadi adalah pasien kanker mempunyai *resting energy expenditure* yang lebih tinggi daripada seseorang yang tidak menderita kanker (Holmes, 2001).

Tumor sendiri menghasilkan suatu produk yang mengganggu perbaikan jaringan normal dengan cara meningkatkan proses metabolisme dan menghambat proses anabolisme, sehingga terjadilah kehilangan jaringan yang signifikan. (Holmes, 2009; Hopkinson & Fosfer, 2008). Maka tidaklah mengherankan jika seseorang pasien kanker mempunyai nafsu makan yang baik tapi tetap saja mengalami penurunan berat badan. Manajemen penatalaksanaan cachexia biasanya kombinasi antara pemberian terapi farmasi, suplementasi nutrisi, dan konservasi energi serta pemberian dukungan kepada pasien dan keluarga (Brown, 2002, Stresser, 2002, Hopkinson, Wright & Foster, 2008).

Cachexia mempunyai dampak yang serius tidak hanya bagi pasien tapi juga bagi keluarga yang merawat terutama seorang istri. Keluarga juga mengalami gangguan psikologis dimana keluarga merasa cemas akan terjadinya penurunan berat badan pada pasien yang diasosiasikan dengan prognosis yang buruk. Rasa cemas merupakan hal yang wajar terjadi pada keluarga, mengingat keluarga mempunyai tanggungjawab yang besar untuk membantu anggota keluarga melewati fase-fase dalam menghadapi penyakit kanker. Penyakit pada salah satu anggota keluarga akan mempengaruhi anggota keluarga yang lainnya. Pada masa ini integritas sistem dan fungsi keluarga terancam atau dengan kata lain keluarga dan seluruh anggota keluarga berada dalam krisis (Christ, 1983; GrayPrice, & Szczecsn, 1985, dalam McCorkle et al., 1996). Keluarga juga beresiko memiliki *negatif outcome* yang

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

Nutrisi yang bagus akan memberikan perbedaan pada pasien dengan kanker. Keuntungan dari menjaga status nutrisi pada pasien kanker adalah menurunkan resiko terjadinya komplikasi, meyakinkan bahwa pasien mampu untuk memenuhi peningkatan energi dan kebutuhan protein, membantu untuk memperbaiki dan membangun jaringan normal yang rusak akibat terapi antineoplastik, meningkatkan toleransi pasien terhadap terapi, menjaga dan meningkatkan kualitas dari kehidupan (Grodner et al., 2007). Hopkinson, Wright & Corner (2006) yang mengatakan bahwa keluarga menganggap bahwa pasien harus makan lebih banyak dari sebelumnya dan keluarga akan terus mengawasi jumlah intake makanan yang dimakan oleh pasien sampai keluarga merasa kalori yang dibutuhkan telah mencukupi. Intervensi yang dilakukan keluarga seharusnya adalah memberikan nutrisi yang sesuai yang dapat meningkatkan respon imun serta membantu untuk mencegah cachexia (Merckdante, 1998, di dalam Holmes, 2010). Konsumsi makanan yang tepat dapat mengurangi efek samping dari terapi kanker yang dijalani pasien, mengurangi fatique serta meningkatkan kemampuan aktifitas fisik pasien. Pemberian nutrisi ini juga harus memperhatikan tipe, jumlah, dan waktu pemberian makan (Dimeo et al., 1997 dalam Holmes, 2010).

Berdasarkan dua penelitian tersebut di atas, wajar saja pasien dan keluarga berusaha untuk meningkatkan asupan nutrisi pasien dengan cara makan yang lebih banyak dengan harapan penyakitnya tidak berkembang kearah perburukan. Tetapi sayang beberapa pasien dan keluarga tidak tahu cara yang baik dalam meningkatkan asupan nutrisi pasien, bahkan cenderung memaksa pasien makan secara berlebihan. Selain itu, terkadang keluarga mempunyai pandangan yang salah tentang makanan sehingga akan menimbulkan efek yang malah berkebalikan dari

tujuan awal pasien bahkan cenderung menimbulkan konflik (Reid, 2009)

Pengkajian nutrisi pada pasien dengan cachexia harus dilakukan pada waktu awal (Holmes, 2011). Istri sebagai orang terdekat harus bisa mewaspadai penurunan berat badan yang terjadi pada pasien. Identifikasi awal mengenai masalah nutrisi ini sangat berguna keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dan status fungsional pasien.

Permasalahan lain yang didapatkan dari hasil penelitian keluarga merasa bahwa perawat hanya fokus terhadap kegiatan rutin saja serta tidak pernah memberikan pendidikan kesehatan maupun pendekatan internal kepada keluarga. Padahal mereka sangat membutuhkan hal tersebut. Keluarga membutuhkan sumber informasi dan tempat berbagi untuk melepas stress mereka selama merawat pasien. Tetapi hal tersebut jarang mereka dapatkan dari perawat. Salah satu faktor yang menyebabkan rendahnya mutu asuhan keperawatan yang ditinjau dari aspek pemberian asuhan keperawatan adalah metode pemberian asuhan keperawatan tidak memungkinkan pemberian asuhan keperawatan yang berkesinambungan serta rencana asuhan keperawatan belum dikembangkan sesuai dengan standar karena jumlah dan kemampuan perawat yang kurang. Selain itu kemampuan kolaborasi dari perawat masih sangat rendah. Faktor lainnya antara lain masalah pasien tidak mungkin di analisis secara komprehensif terutama masalah psikososial karena hubungan perawat dan pasien dan keluarga belum berdasarkan penumbuhan hubungan saling percaya (Sitorus & Yulia, 2005).

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

Perawat sebaiknya terlebih dahulu mengkaji tentang pemahaman keluarga tentang makanan sehat. Tidak jarang pengetahuan pasien tentang makanan sehat yang didapat dari berbagai media, seperti buku, televisi dan internet tidak jarang membuat keluarga memberikan tekanan tersendiri terhadap dirinya serta membuat pasien tidak menikmati rasa makanan(Hopkinson, Wright & Foster, 2008),Alasan yang diberikan oleh keluarga tentang pemilihan makanan tersebut adalah bahwa makanan tersebut sangat bergizi walaupun pasien tidak menyukainya. Ideologi seperti ini malah akan berefek negatif kepada pasien dimana pasien menjadi lebih stress dalam menghabiskan makanan. Pada keluarga, mereka menerapkan pantangan makan berdasarkan informasi yang mereka dapatkan dari lingkungan yang terkadang tidak bisa dicerna secara ilmiah. Akibatnya pasien makan dengan variasi makanan yang lebih sedikit.

Pemberian informasi yang sebanyak-banyaknya tentang cachexia oleh tenaga kesehatan pada keluarga dapat membantu adaptasi fisik, emosi, dan sosial keluarga terhadap penyakit serta penerimaan pasien terhadap perubahan tubuh, jati diri, dan lingkungan sosialnya (Lazarus, 1991 ; Williams, 2000 ; Ravascoet et al., 2003 di dalam Hopkinson, Wright& Corner, 2006). suatu studi kualitatif yang di lakukan oleh Reid et al (2010) bahwa ada tiga hal yang diinginkan oleh pasien dan keluarga terhadap perawat terkait penatalaksanaan cachexia yaitu, pemberitahuan terhadap penurunan berat badan yang diasosiasikan dengan cachexia, pemberian informasi tentang cachexia serta pemberian intervensi yang mendukung dimana ketiga hal ini masih dirasakan kurang.

Kebutuhan terkait fasilitas pelayanan kesehatan yang diperlukan keluarga mencakup tiga hal yaitu peningkatan sarana, variasi makanan dan peningkatan kenyamanan,karena lingkungan yang nyaman memicu untuk meningkatkan nafsu makan pasien (Holmes, 2011). Rasa senang terhadap makanan serta rasa menikmati makanan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan. Lingkungan pada saat makan juga mempengaruhi kemampuan pasien untuk makan, se-

lain itu cara penyajian makanan serta siapa yang menemani makan juga turut berperan serta dalam mempengaruhi intake makanan (Wooley et al., 1979, di dalam McCorkle, 1991).

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

Makanan merupakan simbol kasih sayang dan perhatian yang lebih terhadap kesehatan pasien. Penolakan yang dilakukan oleh pasien menimbulkan perasaan sedih dan kesal dari keluarga. Tidak jarang permasalahan ini menimbulkan konflik antara pasien dan keluarga. Hasil penelitian ini sesuai dengan penelitian Reid et al (2009) yang menyatakan bahwa keluarga sering menawarkan makanan dan memaksa pasien untuk makan yang pada akhirnya akan menimbulkan konflik antara pasien dan keluarga. Konflik berfokus pada kurangnya intake oleh pasien dan reaksi keluarga terhadap penolakan makan oleh pasien. Hal ini menimbulkan tekanan sendiri bagi pasien dan keluarga dalam perawatan. Penelitian ini juga membuktikan bahwa kebiasaan makan juga mempengaruhi kualitas hidup pasien dan mempunyai efek negatif terhadap keluarga.

Informasi tambahan dibutuhkan oleh keluarga untuk mengerti bahwa bagi pasien makanan adalah kesenangan sosial tersendiri dari pada sebagai sebuah perawatan untuk menghindari cachexia. Secara teori keluarga dengan kanker stadium lanjut beresiko mengalami gangguan pola

komunikasi, pola peran, dan perubahan kedinamisan di dalam keluarga. Oleh karena itu intervensi yang diberikan untuk meningkatkan mekanisme coping harusnya tidak hanya diberikan oleh individu saja tetapi diberikan oleh seluruh anggota keluarga (Northouse, 1984; Oberst, & James 1985 dalam McCorkle et al., 1991). Kunci keberhasilan untuk dapat terus bertahan dalam menghadapi krisis adalah selalu menjaga identitas dan integritas dari setiap anggota keluarga (Lovejoy, 1986 dalam McCorkle et al., 1991)

SIMPULAN

Pengetahuan keluarga tentang cachexia ternyata masih sangat kurang. Selain itu terdapat pemahaman yang salah tentang cachexia yang berakibat terdapat pandangan-pandangan yang salah dalam memberikan perawatan terutama dalam hal nutrisi. Cachexia mempunyai dampak psikologis dan financial yang cukup signifikan bagi keluarga. Respon keluarga terhadap cachexia adalah perubahan pola makan dimana makan melebihi kapasitas, atau pun melakukan pantangan makanan. Tidak jarang hal ini menimbulkan konflik dalam keluarga. Pasien dan keluarga sering terjadi ketidakcocokan dalam hal persepsi terhadap makanan sehingga pada akhirnya terjadi pertengkaran.

Perhatian yang diberikan oleh perawat terhadap permasalahan cachexia ini dirasakan oleh keluarga masih sangat kurang. Keluarga merasa bahwa perawat tidak pernah menyayangkan masalah cachexia ini secara menyeluruh dan hanya fokus terhadap kegiatan rutin serta tidak pernah memberikan pendidikan kesehatan kepada keluarga. Padahal informasi ini sangat mereka butuhkan dalam merawat pasien. Istri sebagai orang terdekat mempunyai beban psikolog dan financial yang berat sehingga juga harus dilibatkan dalam pemberian asuhan. Selain itu dari segi institusi rumah sakit sendiri timbulah kebutuhan untuk meningkatkan fasilitas di rumah sakit seperti peningkatan prasarana, variasi makanan, dan peningkatan kenyamanan lingkungan.

DAFTAR RUJUKAN

- Andreyev, H., Norma, A., Oates, J., & Cunningham, D., (1998). Why do patients with weight loss have a worse outcome when undergoing chemotherapy for gastrointestinal malignancies? *European Journal of Cancer*. 34, 503-509
- Arensmeier, K., (2012). *Nursing management of patients with cancer related anorexia*. Abromson Cancer Centre of The University Of Pennsylvania. Diunduh pada tanggal 20 Januari 2012 di http://www.oncolink.org/includes/print_article.cfm?Page=2&id=1006&Section=Cancer_Resources
- Barry, D. P., (1996). *Psychosocial Nursing : Care of Physically Ill Patients & Their Families*. Philadelphia: Lippincott
- Bozzetti, F., Gavazzi, C., Mariani, L., Crippa, F., (1999). Artificial nutrition in cancer patients: which route, what composition? *World Journal Sung*. 23 (6), 577-583
- Broussard, L., (2006). Understanding qualitative research : a school nurse perspective. *The Journal of School Nursing*, 22, 212-218
- Buccheri, G., & Ferrigno, F., (2001). Importance of weight loss definition in the prognostic evaluation of non-small-cell-lung cancer. *Lung Cancer*. 34 (3), 433-440
- Davidson, A.J., & Chasen, R.M., (2008). Managing cancer cachexia : a guide to current therapy. *Oncology Exchange*. 7 (3), 8-11
- Donohoe, C.L, Ryan,A.F &Reynold J.V (2011). Review Article : cachexia and clinical Implication. *Gastroenterology Research and Practice* Volume 2011, Article ID 601434, 13 pages doi:10.1155/2011/601434
- Deans, C., & Wigmore, S.J., (2005). Systemic inflammation, cachexia and prognosis in patient with cancer. *Current Opinion in Clinical Nutrition and Metabolic Care*. 8 (3), 265-269
- Denke, M. & Wilson, D. (1998). Protein and energy malnutrition. In: *Harrison's Principles of Internal Medicine 14th ed.* New York, p 452 – 454
- DeWys, W., Begg, C., & Lavan, P., (1980). Prognostic effect of weight loss prior to

- chemotherapy in cancer patients. Eastern Cooperative Oncology Group. *American Journal of Medicine*. 69, p 491-497
- Dewey, & Dean, (2008). Nurse management of patient with advance cancer and weight loss. *International Journal Palliative Nursing*, 14, p 132-138
- Fearon, C.K., Voss, C.A., Hustead, S.D., (2006). Definition of cancer cachexia: effect of weight loss, reduced food intake, and systemic inflammation of functional status and prognosis. *The American Journal of Clinical Nutrition*. 83 (6), 1345-1350
- Finley, J.F (2003). Detection and Management Of Cachexia in Cancer Patient. Advanced Studies Of Nursing. Vol 1 No 1
- Grodner, M., Long, S., & Walkingshaw, C. B., (2007). *Foundation and Clinical Applications of Nutrition : A Nursing Approach*. Canada : Mosby Elsevier
- Hinsley, R., & Hughes, R. (2007). The reflection you get': An exploration of body image and cachexia. *International Journal of Palliative Nursing*, 13(2), 84-89
- Holmes, S. (2009). Nutrition in the care of patient with cancer cachexia. *British Journal of Community Nursing*. 16(7), 314-323
- Holmes, S. (2011). Understanding cachexia in patient with cancer. *Nursing Standard*. 25(21), 47-55
- Hopkinson, J.B., Wright, D.N.M., & Corner, J.L (2006). Exploring the experience of weight loss in people with advanced cancer. *Journal of Advanced Nursing*. 54 (3), 304-312
- Hopkinson, J.B., Wright, D.N.M., & Foster, C. (2008). Management of weight loss and anorexia. *Annals of Oncology*. 19(7), 289-293
- Inui, A., (2002). Cancer Anorexia-Cachexia Syndrome: Current Issues in Research and Management. *A Cancer Journal for Clinic*. 52, 72-91
- LaCour, K., Nordell, K., Josephsson, S., (2008). Everyday lives of people with advanced cancer: activity, time, location, and experience. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, p 154-162
- McCorckle, R., Grant, M., Stromborg, F. M., & Baird, B. S., (1996). *Cancer Nursing : A Comprehensive Textbook*. Philadelphia : W.B Saunders Company
- Meeker, M.A. (2010). Steadyng oneself : Reflection of family care managers in advanced cancer. *Journal of Hospice and Palliative Nursing*. 12(4), 236-244
- Millar, C. (2009). The challenges of managing cachexia in advanced cancer. *Cancer Nursing Practice*, 8(4), 24-27
- Otto, E.S., 2001. *Oncology Nursing*. 4th Ed. Mosby. Inc. St. Louis. Missouri
- Radbruch, L. et al., (2010). Clinical practice guidelines of cancer cachexia in advanced cancer patients with a focus of refractory cachexia. *European Clinical Guidelines*. European Palliative Care Research
- Reid, J., McKenna, H.P., Fitzsimons, D.,& McCance, T.V. (2009). The experience of cancer cachexia: a qualitative study of advanced cancer patients and their family members. *International Journal of Nursing Studies*. 46 (5), 606-616
- Reid, J., McKenna, H.P., Fitzsimons, D., & McCance, T.V. (2010). An exploration of the experience of cancer cachexia : what patient and their families want from healthcare professionals. *European Journal of Cancer Care*, 19, 682-689
- Reid, J. (2009). Counducting qualitative research with advanced cancer patients and their families: Ethical considerations. *International Journal of Palliative Nursing*. 15(1), 30-33
- Reid, J., McKenna, H., Fitzsimons, D., & McCance, T.V. (2009). Fighting over food: Patient and family understanding of cancer cachexia. *Oncology Nursing Forum*. 36(4), 439-445
- Speziale, H.J.S., & Carpenter, D.R. (2003). *Qualitative research in nursing advancing the humanistic imperative*. Philadelphia: Lippincort Williams and Wilkins
- Shragge, J.E, et al., 2007. Shifting to conscious control: Psycosocial and dietary management of anorexia by patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*, 21, 227-233
- Sitorus, R., & Yulia, (2005). *Model Praktek Keperawatan Profesional di Rumah Sakit: Penataan Struktur & Proses*

- (Sistem) Pemberian Asuhan Keperawatan di Ruang Rawat. Jakarta: EGC
- Tisdale M.J (1991). Cancer Cachexia. British Journal Cancer. 16 (337-342)
- Whitman, M.M., (2000). The sarving patient: supportive care for people with cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*. 4, 121-125.