

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Lansia didefinisikan sebagai individu berusia 60 tahun ke atas yang mengalami perubahan fisiologis akibat proses penuaan. Penuaan merupakan salah satu faktor risiko dari penyakit keganasan, di mana prevalensinya meningkat secara drastis seiring bertambahnya usia, yaitu mencapai puncaknya pada sekitar usia 85–90 tahun. Kanker pada dasarnya merupakan penyakit pada populasi lansia, dengan >80% kasus kanker muncul pada usia >50 tahun. Insidensi kanker secara eksponensial lebih tinggi pada usia lanjut, di mana 60% dari kasus keganasan yang baru terdiagnosis dan 70% kematian terkait kanker terjadi pada pasien berusia >65 tahun. Pada tahun 2040, pertumbuhan populasi dan penuaan diperkirakan akan meningkatkan beban global menjadi 27,5 juta kasus kanker baru dan 16,3 juta kematian terkait kanker.¹

Hal ini dapat disebabkan karena dampak dari penuaan adalah akumulasi kerusakan sel. Kerusakan seluler intrinsik mendorong seleksi mutasi yang mengarah pada fenotipe ganas. Respons sel terhadap mutasi yang menumpuk meliputi inflamasi, eliminasi sel bermutasi, interaksi kompetitif antar sel, penurunan fungsi jaringan, hingga kanker. Disfungsi mitokondria akibat akumulasi mutasi genom mitokondria juga berperan pada pertumbuhan dan progresi tumor. Tumor muncul dari transformasi onkogenik yang terjadi hanya pada satu sel. Beberapa tumor memperoleh kemampuan untuk

meninggalkan lokasi asalnya dan menginvasi organ tubuh lain. Selain itu, proses penuaan lain seperti penurunan regulasi imun juga meningkatkan tumorigenesis. Sistem kekebalan yang menua menjadi kurang efektif mendeteksi dan melawan sel kanker, sehingga perubahan lingkungan memfasilitasi proliferasi dan metastasis kanker. Pada lansia, kebiasaan merokok, pola makan tidak sehat, dan kurangnya aktivitas fisik dapat secara signifikan meningkatkan beban kanker di masa mendatang.²

Pada tahun 2022, beban kanker global dilaporkan mencapai hampir 20 juta kasus baru dengan angka kematian mencapai 10 juta jiwa. Kanker paru-paru tercatat sebagai neoplasma ganas dengan insidensi tertinggi secara global, dengan hampir 2,5 juta kasus baru (12,4% dari seluruh kasus kanker), diikuti oleh kanker payudara pada perempuan (11,6%) dan kanker kolorektal (9,6%). Selain memiliki insidensi tertinggi, kanker paru-paru juga merupakan penyebab utama mortalitas terkait kanker dengan estimasi 1,8 juta kematian (18,7%). Mortalitas tertinggi berikutnya berasal dari kanker kolorektal (9,3%) dan kanker hati (7,8%).³

Berdasarkan data *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) tahun 2022, kanker kolorektal menduduki peringkat ke-4 dengan 35.676 kasus di Indonesia dan menduduki peringkat ke-5 penyebab kematian akibat kanker. Dinas Kesehatan Daerah Istimewa Yogyakarta melaporkan bahwa pada tahun 2024 terdapat 831 kasus baru kanker kolorektal dengan 159 kasus meninggal. Kanker kolorektal merupakan kanker dengan kasus baru terbanyak kedua setelah kanker payudara (1537 kasus). Kematian akibat kanker kolorektal

menempati urutan ketiga, setelah kanker payudara (212 kasus meninggal) dan kanker paru (163 kasus meninggal).⁴

Walaupun informasi mengenai distribusi kasus kanker kolorektal di tingkat Puskesmas tidak sepenuhnya tersedia pada sumber resmi, temuan di fasilitas kesehatan primer menunjukkan bahwa mayoritas pasien kanker kolorektal pertama kali datang dalam stadium lanjut. Kondisi ini terutama disebabkan oleh gejala awal yang bersifat tidak spesifik meliputi anemia, perubahan pola defekasi, nyeri abdomen, dan perdarahan rektal yang sering tidak dikenali sebagai tanda keganasan dan kerap disalahartikan sebagai gangguan pencernaan umum. Durasi gejala pada pasien kanker kolorektal bervariasi antara 2 minggu hingga 2 tahun. Akibatnya, banyak pasien baru mendapatkan evaluasi medis ketika gejala telah mengganggu aktivitas sehari-hari atau menurunkan kualitas hidup, sehingga berdampak terhadap keterlambatan diagnosis maupun proses rujukan.

Kanker kolorektal adalah kanker yang terjadi akibat dari mutasi genetik kumulatif pada sel epitel usus besar dan rektum sehingga terjadi pembelahan, migrasi, dan diferensiasi sel yang berlebihan serta berakibat pada terjadinya proliferasi, invasi, dan metastasis sel-sel tersebut.⁵ Perubahan metabolik dan malnutrisi merupakan ciri umum pada pasien kanker kolorektal yang dapat mempengaruhi pengobatan, hasil klinis, dan kualitas hidup. Terapi kanker, termasuk kemoterapi, radioterapi, terapi biologis, dan tindakan bedah, pada akhirnya dapat memperburuk perubahan metabolik tersebut sehingga meningkatkan risiko malnutrisi. Perubahan metabolik pada pasien kanker

kolorektal melibatkan semua jalur metabolik, termasuk metabolisme glukosa, lipid, protein, dan asam nukleat. Variasi metabolisme glukosa dapat menyebabkan hiperglikemia dan resistensi insulin, sedangkan gangguan metabolisme lipid meningkatkan kadar kolesterol, trigliserida, dan asam lemak bebas dalam darah. Sementara itu, metabolisme protein bergeser menuju peningkatan degradasi protein dan penurunan sintesis protein, yang disebabkan oleh peningkatan degradasi asam nukleat. Semua perubahan ini mengurangi energi yang tersedia untuk aktivitas seluler fisiologis, sehingga berdampak pada status inflamasi pasien onkologi, serta menyebabkan asthenia, sarkopenia, dan penurunan kekuatan otot.⁶

Selain faktor biologis, terapi sitotoksik dan bedah juga memperburuk perubahan metabolik. Obat kemoterapi menyerang sel yang cepat membelah, termasuk sel kanker, tetapi juga memengaruhi jaringan regenerasi cepat seperti mukosa mulut, lambung, dan usus, sehingga menimbulkan toksisitas gastrointestinal berupa penurunan berat badan, mual, muntah, diare, mukositis, stomatitis, dan malabsorpsi. Sebagian besar pasien kanker kolorektal juga menjalani prosedur operasi bedah. Operasi bedah menimbulkan respons stres berupa inflamasi yang menginduksi katabolisme glikogen, lemak, dan protein serta mengurangi massa protein perifer, terutama otot. Di samping itu, selama dan setelah operasi, stres, gangguan homeostasis, paparan oksigen pada lumen usus, dan iskemia jaringan menyebabkan pergeseran mikrobiota, dengan penurunan spesies anaerob “baik” dan peningkatan spesies aerob fakultatif “buruk” seperti *Enterococcus*. Perubahan

ini berdampak pada sekresi mukin dan produksi asam lemak rantai pendek, sehingga menurunkan penyerapan zat gizi, merusak *barrier* usus, memicu translokasi bakteri, dan meningkatkan status proinflamasi sistemik yang berkontribusi pada perubahan metabolik pascaoperasi.⁶

Gizi merupakan bagian yang penting pada penatalaksanaan penderita kanker, baik pada pasien yang sedang menjalani terapi, masa pemulihan, dalam keadaan remisi maupun untuk mencegah kekambuhan. Pemberian energi dan protein yang adekuat pada pasien yang sedang menjalani kemoterapi dapat meningkatkan efektifitas dan menurunkan toksisitas kemoterapi dan terapi kanker lainnya. Tujuan terapi diet pada penderita kanker adalah untuk mencegah defisiensi zat gizi, mempertahankan *lean body mass*, meminimalkan efek samping terapi terhadap status gizi, dan memaksimalkan kualitas hidup. Kecukupan gizi pada pasien kanker diperlukan untuk mempertahankan keseimbangan energi dan protein, kadar vitamin, mineral, serta elektrolit. Kecukupan gizi juga diperlukan pada semua stadium penyakit karena dapat membantu mengontrol gejala yang berhubungan dengan terapi, menurunkan komplikasi pasca operasi, dan menurunkan tingkat infeksi.⁷

Pada pasien kanker, perubahan metabolik dan risiko malnutrisi sering muncul akibat penyakit itu sendiri maupun terapi onkologis seperti kemoterapi, radioterapi, dan pembedahan. Selama ini, pemantauan status gizi pada pasien kanker cenderung terpusat di lingkungan rumah sakit. Namun, kenyataannya sebagian besar periode pemulihan pasien berlangsung ketika

mereka telah kembali ke rumah setelah menyelesaikan terapi. Sebagai contoh, dukungan gizi oral terbukti berhubungan dengan peningkatan angka ketahanan hidup apabila suplementasi tetap dilanjutkan setelah pasien kembali ke rumah.⁸ Pemantauan gizi secara berkelanjutan terutama melalui pendekatan *home care* dapat menjadi alternatif karena mampu menyediakan layanan yang terarah dan terpersonalisasi di lingkungan tempat tinggal pasien. Selain itu, edukasi gizi yang diberikan secara berkala mendorong kepatuhan jangka panjang terhadap terapi gizi, meningkatkan literasi gizi, serta memberdayakan pasien untuk membuat keputusan perawatan yang tepat.⁹ Kunjungan rumah memungkinkan pemeliharaan status gizi jangka panjang yang berdampak terhadap penyembuhan luka pasca operasi, peningkatan kapasitas fungsional, dan perbaikan kualitas hidup. *Home care* juga memberikan dampak positif terhadap kondisi psikologis pasien karena memberikan ruang untuk sesi edukasi berulang dan komunikasi yang tidak diperoleh saat dirawat di rumah sakit. Perbaikan fisik yang dirasakan pasien, peningkatan asupan, serta dukungan keluarga selama kunjungan rumah menunjukkan bahwa intervensi gizi melalui pendekatan *home care* dapat meningkatkan motivasi dan kualitas hidup pasien.¹⁰ Pendekatan *home care* tidak hanya untuk menangani masalah gizi yang telah terjadi seperti malnutrisi, tetapi juga sebagai langkah preventif dalam mencegah komplikasi, mempertahankan kualitas hidup, serta memastikan kesinambungan terapi gizi setelah pasien pulang dari rumah sakit.

B. Tujuan

1. Tujuan Umum

Mengetahui, melakukan, dan menganalisis kegiatan asuhan gizi pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul

2. Tujuan Khusus

- a. Melakukan skrining gizi pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- b. Melakukan pengkajian gizi atau asesmen gizi lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- c. Melakukan diagnosis gizi pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- d. Melaksanakan intervensi gizi pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- e. Melakukan monitoring terhadap intervensi gizi yang telah diberikan pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- f. Melakukan evaluasi terhadap hasil intervensi gizi yang telah diberikan pada lansia kanker kolon post reseksi kolon dengan anastomosis di wilayah kerja Puskesmas Pleret, Kabupaten Bantul
- g. Mengkaji peran Puskesmas Pleret dalam penanganan pasien kanker di wilayah kerja Puskesmas Pleret Kabupaten Bantul

C. Manfaat

1. Manfaat Akademik atau Ilmiah
 - a. Memberikan kontribusi ilmu pengetahuan mengenai proses asuhan gizi pada lansia dengan kanker kolon pasca reseksi kolon dengan anastomosis.
 - b. Menjadi referensi bagi penelitian selanjutnya terkait asuhan gizi dan manajemen gizi lansia dengan kanker kolon.
2. Manfaat Praktis atau Klinis
 - a. Sebagai suatu pengalaman untuk melatih dan mengembangkan kompetensi dalam bidang penelitian.
 - b. Menambah wawasan dan pengetahuan penulis mengenai asuhan gizi masyarakat dalam meningkatkan status gizi dan kualitas hidup, mempercepat pemulihan, dan mencegah komplikasi pada pasien lansia kanker.
3. Manfaat Bagi Responden dan Keluarga
 - a. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga mengenai pentingnya gizi dalam pemulihan pasca operasi kanker kolon.
 - b. Membantu pasien lansia mendapatkan dukungan gizi yang tepat di rumah, sehingga memperbaiki kualitas hidup dan mendukung keberhasilan terapi.
4. Manfaat Bagi Puskesmas atau Sistem Kesehatan
 - a. Mendukung strategi pencegahan malnutrisi dan komplikasi pasca operasi pada pasien lansia.
 - b. Dapat menjadi dasar dalam penyusunan program edukasi, konseling, maupun *homecare* untuk pasien kanker.
 - c. Mendukung implementasi promotif, preventif, dan rehabilitatif pada pasien kanker berbasis masyarakat.

D. Keaslian Penelitian

Tabel 1. Keaslian Penelitian

No.	Penelitian Terdahulu	Perbandingan
1.	<p>Judul Penelitian: Asuhan Gizi Homecare pada Lansia Carcinoma Mammae on Kemoterapi di Wilayah Kerja Puskesmas Gamping I Sleman¹¹</p> <p>Peneliti: Ikfina Maufuriya Fatarina Tahun: 2024</p> <p>Hasil Penelitian: Peningkatan asupan energi dan protein pasien lansia serta pasien mampu mengikuti intervensi gizi di rumah</p>	<p>Persamaan: Fokus pada asuhan gizi homecare serta evaluasi status gizi dan intervensi di rumah</p> <p>Perbedaan: Penelitian terdahulu dilakukan pada pasien lansia dengan kanker payudara yang menjalani kemoterapi sedangkan pada penelitian ini dilakukan pada pasien lansia kanker kolorektal pasca bedah reseksi kolon dengan anastomosis</p>
2.	<p>Judul Penelitian: Proses Asuhan Gizi Terstandar (PAGT) Homecare pada Lansia dengan Neoplasma Ganas pada Payudara Kiri, Riwayat Operasi Mastektomi¹²</p> <p>Peneliti: Masna Luthfia Rahma Tahun: 2024</p> <p>Hasil Penelitian: Pemenuhan protein dan makronutrien meningkat serta intervensi gizi dapat diterapkan di rumah</p>	<p>Persamaan: Fokus pada asuhan gizi homecare serta evaluasi status gizi dan intervensi di rumah. Pasien merupakan pasien pascabedah kanker</p> <p>Perbedaan: Penelitian terdahulu dilakukan pada pasien lansia dengan kanker payudara post mastektomi sedangkan pada penelitian ini dilakukan pada pasien lansia kanker kolorektal post kolektomi</p>
3.	<p>Judul Penelitian: Pelaksanaan Proses Asuhan Gizi Terstandar, Pemberian Diet Tinggi Kalori dan Tinggi Protein terhadap Pasien Pasca Bedah Intususepsi Ileocolic, Post Hemikolektomi Kanan, dan Reseksi Ileum End-to-End Anastomosis: Sebuah Laporan Kasus¹³</p> <p>Peneliti: Aprilia Durotun Nasikhah, Qonita Rachmah, Endah Sarworini Tahun: 2021</p> <p>Hasil Penelitian: Setelah diberikan intervensi gizi berupa diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) selama tiga hari, kondisi fisik pasien menunjukkan perbaikan yang ditandai dengan kemampuan berpindah posisi tidur secara mandiri. Parameter biokimia seperti RBC, WBC, HGB, HCT, dan albumin mengalami perubahan ke arah nilai yang lebih mendekati rentang normal. Asupan makanan pasien juga memperlihatkan peningkatan setiap harinya, meskipun belum mencapai target kecukupan energi dan protein yang diharapkan (<60%).</p>	<p>Persamaan: Pembahasan berfokus pada pelaksanaan asuhan gizi pada pasien pasca pembedahan usus dengan menggunakan pendekatan <i>Nutrition Care Process</i> (NCP). Intervensi gizi yang diterapkan berupa diet Tinggi Kalori Tinggi Protein (TKTP) sebagai upaya pemenuhan kebutuhan energi dan protein pasca operasi.</p> <p>Perbedaan: Penelitian terdahulu dilakukan pada pasien kanker yang menjalani perawatan di rumah sakit dengan fokus pada periode pascaoperasi jangka pendek. Sementara penelitian ini dilaksanakan pada setting homecare serta menitikberatkan pada pemantauan lanjutan di rumah dan kesinambungan intervensi gizi setelah pasien pulang dari rumah sakit.</p>