

BAB I

PENDAHULUN

A. Latar Belakang

Kanker menjadi salah satu penyakit tidak menular yang paling berbahaya di dunia. Data dari *Global Cancer Observatory* (GLOBOCAN) tahun 2022, terdapat sekitar 20 juta kasus kanker baru dan 9,7 juta kematian yang di disebabkan oleh kanker yang tersebar di seluruh dunia. Setiap 1 dari 5 orang di dunia berpotensi mengembangkan kanker dalam hidupnya. Kanker paru-paru mendominasi baik dalam hal insidensi maupun angka kematian global, dengan 2,5 juta kasus baru (12,4% dari semua jenis kanker) dan menjadi penyebab utama kematian dengan 1,8 juta kematian (18,7%). Disusul oleh kanker payudara pada wanita (2,3 juta kasus, 11,6%) dan kanker kolorektal (1,9 juta kasus, 9,6%) (Bray *dkk.*, 2024).

Indonesia saat ini tengah menghadapi beban kanker yang signifikan sebagai salah satu penyebab kematian terbesar. Menurut Survei Kesehatan Indonesia (SKI) 2023, prevalensi kanker di Indonesia mencapai 1,2 per 1.000 penduduk, dengan jumlah estimasi kasus sebanyak 877.531 orang dari total penduduk yang tersebar di 38 provinsi, dengan Daerah Istimewa Yogyakarta menjadi yang tertinggi secara nasional 3,6 per 1.000 penduduk dengan perkiraan 11.757 kasus . Malnutrisi merupakan salah satu komplikasi yang paling sering terjadi pada pasien kanker.

Prevalensinya bervariasi antara 20-70% tergantung pada usia pasien, jenis kanker, dan stadium kanker. Pasien yang berusia lanjut lebih rentan mengalami malnutrisi dibandingkan dengan pasien yang lebih muda (Khaira, 2023).

Malnutrisi pada pasien kanker bisa dideteksi dengan melakukan skrining gizi. Pada studi yang dilakukan tahun 2021 lebih dari 50% pasien kanker yang mengalami malnutrisi yang tidak teridentifikasi dengan skrining (Reber *dkk.*, 2021). *Instrument* skrining gizi saat ini telah banyak dikembangkan, salah satunya adalah *Scored Patient-Generated Subjective Global Assessment* (PG-SGA). PG-SGA telah divalidasi pada pasien kanker dan merupakan yang paling diterima dan digunakan. PG-SGA dikembangkan dari SGA untuk populasi kanker dan dianggap sebagai standar emas dalam dunia onkologi. Hasil skoring dari PG-SGA sangat sensitif dan spesifik, oleh karena itu sering digunakan untuk memvalidasi metode skrining lainnya (Reber *dkk.*, 2021).

Dalam sebuah penelitian lain yang dilakukan di RSUP Dr Wahidin Sudirohusodo Makassar pada tahun 2019 yang melihat sensitivitas penilaian status gizi berdasarkan *Mini Nutritional Assessment* (MNA) dibandingkan dengan *Patient Generated-Subjective Global Assessment* (PG-SGA) pada pasien kanker yang menjalani kemoterapi, didapatkan MNA lebih efektif untuk mengidentifikasi risiko kekurangan gizi secara umum, sedangkan PG-SGA lebih baik dalam mendeteksi kasus kekurangan gizi berat terkait kehilangan berat badan signifikan dan penurunan massa otot dan lemak

(Anam *dkk.*, 2019). Selain itu PG-SGA membutuhkan waktu lebih lama untuk pengisian dibandingkan dengan alat skrining lain. Hal ini karena Desain yang tersegmentasi dengan 7 domain berbeda membuatnya menjadi Panjang sehingga menjadi hambatan signifikan untuk implementasi rutin di rumah sakit dengan beban kerja tinggi (Xu dan Vincent, 2020).

Pada pengisian awal bagian short form dari PG-SGA yang melibatkan pasien untuk mengisi sendiri sering menimbulkan terjadinya kesalahan yang dapat mengurangi ketepatan hasil skrining. Studi menunjukkan 50% pasien mengalami kebingungan dengan beberapa istilah yang masih ambigu di dalam PG-SGA sehingga ini bisa menjadi bias karena definisinya sangat subjektif dan bervariasi antar individu (Balstad *dkk.*, 2019). Pada bagian berikutnya sampai pada tahap skoring akhir masih terdapat variasi skor antar penilai yang signifikan. Reliabilitas sangat bergantung pada keterampilan dan pengalaman dari penilai, sehingga di perlukan standardisasi dan pelatihan berkelanjutan untuk mempertahankan konsistensi hasil skrining (Nitichai *dkk.*, 2019a)

Sampai saat ini alat yang paling banyak digunakan dan direkomendasikan di Indonesia dalam melakukan skrining pada pasien kanker adalah PG-SGA (*Patient-Generated Subjective Global Assessment*), yang terbukti sebagai alat yang tepat, efektif, mudah, akurat, dan sensitif tinggi dalam mendeteksi risiko malnutrisi pada pasien kanker. Selain itu, alat lain seperti NRS-2002, MST, MNA, dan kombinasi MUST dan PG-SGA juga digunakan di beberapa rumah sakit (Ayu Erika, 2021). Namun

penggunaan PG-SGA sebagai alat skrining dalam mendeteksi malnutrisi pada pasien kanker masih mempunyai beberapa kelemahan yang dapat mengurangi akurasi hasil dari skrining yang dilakukan.

Hingga saat ini belum tersedia alat skrining malnutrisi yang cepat dan valid untuk pasien kanker di Indonesia. PG-SGA memerlukan waktu lama dan keterampilan khusus. Oleh karena itu perlu dilakukan pengembangan lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker yang lebih sederhana namun tetap efektif dalam mendeteksi risiko malnutrisi pada pasien kanker. Sehingga dengan adanya penelitian ini adalah sebuah kebaruan dalam ruang lingkup gizi klinik khususnya skrining gizi pada pasien kanker.

Penelitian akan dilaksanakan di RSUD Panembahan Senapati Bantul. Pemilihan RSUD Panembahan Senapati Bantul sebagai lokasi penelitian karena rumah sakit tersebut menjadi salah satu rujukan pengobatan bagi pasien kanker dan rujukan utama untuk wilayah Kabupaten Bantul, juga telah tersedia poli onkologi dan layanan pengobatan kemoterapi yang melayani dari hari senin sampai sabtu.

B. Rumusan Masalah

1. Bagaimana pengembangan lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senapati Bantul?
2. Bagaimana validitas dan reliabilitas lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senapati Bantul?

3. Bagaimana sensitivitas dan spesifisitas lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul jika dibandingkan dengan skrining PG-SGA?

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Untuk mengembangkan dan uji coba lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

2. Tujuan Khusus

- a. Mengidentifikasi faktor yang relevan untuk skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
- b. Melakukan penyusunan lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul.
- c. Melakukan uji validitas dan reliabilitas dari lembar skrining yang telah disusun.
- d. Melakukan uji sensitivitas dan spesifisitas lembar skrining risiko malnutrisi.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penelitian ini adalah penelitian di bidang gizi dengan cakupan penelitian gizi klinik mengenai pengembangan dan uji coba lembar skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker di RSUD Panembahan Senopati Bantul.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi instrumen baru yang dapat digunakan dalam melakukan skrining risiko malnutrisi pada pasien kanker.

2. Manfaat Praktis

a. Bagi Peneliti

Diharapkan dapat menambah pengetahuan, memperluas wawasan dan memperdalam serta menerapkan ilmu gizi khususnya bidang gizi klinik.

b. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini dapat digunakan sebagai alat skrining baru yang lebih sederhana, efektif dan sensitive dalam mendeteksi risiko malnutrisi pada pasien kanker.

c. Bagi Institusi Pendidikan Tinggi

Diharapkan dapat memberikan masukan mengenai pengembangan alat skrining sebagai bahan pembelajaran di bidang gizi klinik khususnya dalam skrining gizi pada pasien kanker.

F. Keaslian Penelitian

1. Penelitian yang dilakukan oleh (Anam *dkk.*, 2019) tentang Sensitivitas Penilaian Status Gizi Berbasis Penilaian Gizi Mini (MNA) Dibandingkan Dengan Penilaian Global Subjektif Yang Dibuat Oleh Pasien (PG-SGA) Pada Pasien Kanker Yang Menjalani Terapi

Kemoterapi Di RSUP Dr Wahidin Sudirohusoda Makassar. Penelitian ini ingin melihat sensitivitas penilaian status gizi pada pasien kanker menggunakan MNA jika dibandingkan dengan PG-SGA. Jenis penelitian yang digunakan merupakan penelitian kuantitatif dengan menggunakan desain penelitian *cross-sectional* dengan pendekatan deskriptif korelasional. Hasil Penelitian menunjukkan prevalensi status gizi berdasarkan Indeks Massa Tubuh (IMT), di mana mayoritas responden memiliki nilai IMT normal (55,7%). Berdasarkan PG-SGA, lebih dari setengah jumlah responden memiliki hasil gizi baik/normal (52,9%). Status gizi berdasarkan Penilaian MNA menunjukkan tidak ada responden yang memiliki gizi normal. MNA lebih efektif untuk mengidentifikasi risiko kekurangan gizi secara umum, sedangkan PG-SGA lebih baik dalam mendeteksi kasus kekurangan gizi berat. Persamaan dari penelitian ini sama-sama menggunakan desain penelitian *cross-sectional* dan PG-SGA sebagai *instrument* skrining pembandingan. Perbedaan penelitian ini adalah *instrument* skrining yang akan dibandingkan dalam penelitian ini adalah *instrument* lama yang sudah ada sementara pada penelitian yang akan dilakukan menggunakan lembar skrining baru.

2. Penelitian yang dilakukan oleh (Zhou *dkk.*, 2023) tentang Perbandingan GLIM, SGA, PG-SGA, dan PNI dalam mendiagnosis malnutrisi pada pasien bedah hepatobiliari-pankreas. Dilakukan untuk menilai prevalensi malnutrisi dan risiko malnutrisi di antara pasien yang

menjalani operasi hepatobiliary-pancreatic, serta membandingkan keakuratan dan kesepakatan antara empat alat penilaian malnutrisi yang berbeda, yaitu GLIM, PG-SGA, SGA, dan PNI. Jenis penelitian yang digunakan dalam studi ini adalah penelitian cross-sectional. Hasil penelitian menunjukkan di antara alat penilaian, GLIM menunjukkan prevalensi malnutrisi terendah (36,75% pada pasien tumor dan 9,77% pada non-tumor), sementara PNI menunjukkan prevalensi tertinggi (60,24% pada pasien tumor dan 32,18% pada non-tumor). PG-SGA dan GLIM memiliki tingkat kesesuaian yang tinggi dalam diagnosis malnutrisi ($Kappa = 0.814$, $P < 0.001$). Faktor risiko malnutrisi termasuk usia yang lebih tua, BMI yang lebih rendah, dan keberadaan tumor. Persamaan penelitian ini adalah menggunakan desain penelitian *cross-sectional* dan PG-SGA sebagai *instrument* skrining yang di uji cobakan. Perbedaannya penelitian terdahulu membandingkan lembar skrining lama yang sudah ada, sedangkan dalam penelitian ini megembangkan lembar skrining baru.

G. Produk Yang Dihasilkan

Tabel 1. Produk Yang Dihasilkan

Nama Produk	Karakteristik	Jenis Media	Sasaran
FiveDNS-Ca	Memiliki kertas A4 berukuran 210 x 297 mm, berisi 5 domain skrining untuk pasien kanker, yang memiliki skor untuk setiap item didalamnya.	Media cetak	Pasien dengan diagnosa medis Kanker.

Cara Penggunaan FiveDNS-Ca

1. Peneliti melakukan wawancara langsung kepada pasien kanker dengan menggunakan FiveDNS-Ca yang berisi 5 domain.
2. Domain Penurunan Berat Badan: Tanyakan kepada pasien apakah terjadi penurunan berat badan yang tidak disengaja, beserta besaran dan jangka waktunya. Berikan skor 0 jika tidak ada penurunan, skor 1 jika penurunan ringan ($<5\%$ dalam 1 bulan terakhir), skor 2 jika penurunan sedang ($5\text{--}10\%$ dalam 3 bulan terakhir), dan skor 3 jika penurunan berat ($>10\%$ dalam 6 bulan terakhir).
3. Domain Asupan Makan: Tanyakan perubahan jumlah asupan makan pasien dibandingkan kondisi biasanya. Berikan skor 0 jika asupan tetap atau lebih banyak dari biasanya, skor 1 jika asupan berkurang dalam waktu kurang dari 2 minggu, dan skor 2 jika asupan berkurang dalam waktu lebih dari 2 minggu.
4. Domain Gejala Klinis: Tanyakan dan atau amati keberadaan setiap gejala pada pasien saat pengisian, lalu jumlahkan skor seluruh gejala yang dialami: tidak nafsu makan (skor 2), mual dan/atau muntah (skor 1), diare (skor 1), luka di mulut (skor 1), makanan terasa aneh/berubah rasa (skor 1), masalah menelan (skor 1), serta bau-bauan yang mengganggu nafsu makan (skor 2). Skor domain ini merupakan akumulasi dari seluruh gejala yang dialami pasien, sehingga satu pasien dapat memperoleh lebih dari satu skor gejala sekaligus.

5. Domain Aktivitas dan Fungsi: Nilai kemampuan aktivitas harian pasien dalam satu hari terakhir. Berikan skor 1 jika pasien masih dapat beraktivitas ringan namun menghabiskan kurang dari separuh hari di tempat tidur, skor 2 jika pasien menghabiskan sebagian besar hari di tempat tidur/kursi dengan sedikit aktivitas, dan skor 3 jika pasien Hampir selalu di tempat tidur/ sepanjang hari hanya di tempat tidur.
6. Domain Kekuatan Genggaman: Minta pasien menggenggam bola (hand grip ball) semaksimal mungkin, lalu nilai perubahan bentuk bola sebagai indikator kekuatan genggaman. Berikan skor 0 jika genggaman baik (bola berubah bentuk jelas), skor 1 jika genggaman sedang (bola sedikit berubah bentuk), skor 2 jika genggaman lemah (bola hampir tidak berubah bentuk), dan skor 3 jika pasien tidak mampu menggenggam bola sama sekali.
7. Penjumlahan dan Kesimpulan Skor Total: Jumlahkan skor dari kelima domain di atas untuk memperoleh skor total pasien. Skor total ≥ 3 menunjukkan pasien berisiko malnutrisi dan perlu ditindaklanjuti dengan asesmen gizi lanjutan. Skor total < 3 menunjukkan pasien tidak berisiko malnutrisi pada saat skrining dilakukan.