

# LAPORAN TUGAS AKHIR



**BEBAN KELUARGA *CAREGIVER* SELAMA PERAWATAN PALIATIF  
PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr M YUNUS  
BENGKULU**

**DWI DEBBY INDRYANNI  
F0H019016**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS BENGKULU**

**2022**

# LAPORAN TUGAS AKHIR



**BEBAN KELUARGA *CAREGIVER* SELAMA PERAWATAN PALIATIF  
PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr M YUNUS  
BENGKULU**

**Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli  
Madya pada Program Studi Diploma III Keperawatan**

**DWI DEBBY INDRYANNI  
F0H019016**

**PROGRAM STUDI DIPLOMA III KEPERAWATAN  
FAKULTAS MATEMATIKA DAN ILMU PENGETAHUAN ALAM  
UNIVERSITAS BENGKULU  
2022**

**HALAMAN PENGESAHAN**

**BEBAN KELUARGA CAREGIVER SELAMA PERAWATAN PALIATIF  
PASIE KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI  
DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr M YUNUS  
BENGKULU**

**DWI DEBBY INDRYANNI  
FOH019016**

Telah disetujui, diuji, dan disahkan untuk memenuhi salah satu syarat  
memperoleh gelar Diploma Program Studi D3 Keperawatan Fakultas  
Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu



**Bengkulu, Juni 2022**

**Pembimbing Utama**

**Ns. Tuti Anggraini Utama, S.Kep., M.Kep  
NIP 198001122008042002**

**Pembimbing Pendamping**

**Ns. Nova Yustisia, S.Kep., M.Pd  
NIP 197408081997022002**

**Penguji 1**

**Ns. Yusran Hasymi, S.Kep., M.Kep, Sp.KMB  
NIP 197110191995031003**

**Penguji 2**

**Ramya Rachmawati, S.Si., M.Si., Ph.D  
NIP 198009182005012004**

**Mengesahkan**

**Dekan FMIPA**



**Dr. Jarulis, S.Si., M.Si  
NIP 197511252005011013**

**Koordinator Program Studi D3 Keperawatan**

**Ns. Yusran Hasymi, S.Kep., M.Kep, Sp.KMB  
NIP 197110191995031003**

## MOTTO dan PERSEMBAHAN

### Moto :

*“never try to find a chance, but make your chance”*

### Laporan Tugas Akhir ini saya persembahkan kepada :

- Puji syukur kehadiran Allah Swt, karena berkat rahmat dan hidayah-Nya penulis dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
- Kepada yang tercinta bapak Netral Hendri dan ibu Putri Jamila yang tanpa hentinya berdoa dan selalu mendukung dalam segala hal
- Ayukku Tya Indrianni, A. Md. Keb, kakak Briptu Randy Marico, dan adik Nishya Tri Febby Indrianni yang selalu mendoakan dan memberikan semangat dalam menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini
- Bapak Ns. Yusran Hasymi. M.Kep. Sp.KMB selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
- Ibu Ns. Tuti Anggraini Utama. M.Kep selaku Pembimbing Utama dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini
- Ibu Ns. Nova Yustisia, S. Kep., M. Pd. selaku Pembimbing Pendamping dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini
- Kepada seluruh Dosen Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu yang telah memberikan ilmu, motivasi, dan nasihat yang luar biasa
- Kepada sahabat terdekat Diaz Maharani, Yessi Aprisma, Niken Liendra, dan Listya Hafsah yang selalu mendukung dan selalu kebersamaiku selama masa-masa sulit
- Kepada Rosa, Dea, dan Cut yang selalu menghibur dan menyemangati dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini
- Untuk teman satu kost ku yang selama ini menjadi keluarga kedua (Nabila, Dita, Ressi, Wike, Zawifa, Mayang, Nala, Junita, Wana, Shelyn) terimakasih banyak atas kebersamaan yang hangat selama ini.
- *Last but no least, I wanna thank me, I wanna thank me for believing in me, I wanna thank me for doing all this hard work, I wanna thank me for having no days off, I wanna thank me for never quitting, I wanna thank me for always being a giver and tryna give more than I receive, I wanna thank me for tryna do more right than wrong, I wanna thank me for just being me at all times.*

## PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN

Yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama : Dwi Debby Indryanni  
NPM : F0H019016  
Fakultas : Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam  
Program Studi : D III Keperawatan

Menyatakan dengan sesungguhnya bahwa Laporan Tugas Akhir ini disusun sebagai syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Keperawatan dari Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu, seluruhnya merupakan hasil karya saya sendiri.

Apabila kemudian hari ditemukan seluruh atau bagian Laporan Tugas Akhir ini adanya plagiat dalam bagian-bagian tertentu, saya bersedia menerima sanksi sesuai dengan perundang-undangan yang berlaku.

Bengkulu, Juni 2022



Dwi Debby Indryanni

## KATA PENGANTAR

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Alhamdulillahirabbil'alamin, puji syukur penulis panjatkan atas kehadiran Allah SWT yang telah melimpahkan rahmat serta hidayah-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan Laporan Tugas Akhir dengan judul “**BEBAN KELUARGA CAREGIVER SELAMA PERAWATAN PALIATIF PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr M YUNUS BENGKULU**”. Dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini penulis menyadari masih banyak kesulitan dan hambatan, tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak yang penyusunan Laporan Tugas Akhir ini dapat diselesaikan. Untuk itu penulis mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah membantu dalam penulisan dan penyelesaian Laporan Tugas Akhir ini, baik secara langsung maupun tidak langsung. Pihak-pihak tersebut di antaranya:

1. Ibu Dr. Retno Agustina Ekaputri, S. E., M. Sc. selaku Rektor Universitas Bengkulu
2. Bapak Dr. Jarulis, M. Si selaku Dekan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
3. Bapak Ns. Yusran Hasymi. M.Kep. Sp.KMB selaku Koordinator Program Studi D3 Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu
4. Ibu Ns. Tuti Angraini Utama. M.Kep selaku Pembimbing Utama dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini
5. Ibu Ns. Nova Yustisia, S. Kep., M. Pd. selaku Pembimbing Pendamping dalam penyusunan Laporan Tugas Akhir ini
6. Kedua orang tua saya yang tercinta Bapak Netral Hendri dan Ibu Putri Jamila yang telah memberikan semangat, kasih sayang, dorongan baik materi ataupun spiritual, serta doa kepada saya agar dapat menyelesaikan Laporan Tugas Akhir ini.
7. Pihak-pihak lain yang tidak dapat penulis sebutkan satu per satu. Atas bantuan yang telah diberikan, penulis mengucapkan terima kasih.

8. Penulis menyadari penyusunan Laporan Tugas Akhir ini masih banyak kekurangan, untuk itu penulis sangat membutuhkan kritik dan saran yang membangun dari pembaca demi sempurnanya Laporan Tugas Akhir ini. Akhir kata semoga Laporan Tugas Akhir ini bisa bermanfaat bagi pembaca pada umumnya dan bagi penulis khususnya. Terima kasih Wassalamualaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Bengkulu, Juni 2022

Dwi Debby Indryanni

## **ABSTRAK**

### **BEBAN KELUARGA *CAREGIVER* SELAMA PERAWATAN PALIATIF PASIEN KANKER YANG MENJALANI KEMOTERAPI DI RUMAH SAKIT UMUM DAERAH Dr M YUNUS BENGKULU**

**DWI DEBBY INDRYANNI  
F0H019016**

Tingginya insiden kanker baik di dunia maupun di Indonesia merupakan masalah kesehatan bagi kelompok usia yang berbeda yang membuat keputusan tentang pengobatan dan perawatan pasien kanker terkait keluarga. Dalam menjalankan peran ini, keluarga *caregiver* memiliki dampak yang signifikan terhadap kesembuhan pasien, namun berbagai faktor di dalam dan di luar *caregiver* seringkali menghalangi mereka untuk menjalankan peran ini dengan baik. Faktor-faktor ini dapat memengaruhi berbagai penyakit. Kondisi yang buruk memiliki konsekuensi fisik, emosional, sosial, ekonomi dan fungsional yang merugikan. Keadaan negatif keluarga sebagai kerabat yang penuh kasih disebut sebagai *caregiver burden* atau beban *caregiver*. Stres pengasuh multifaset sebagai akibat dari ketidakseimbangan pengasuh dalam waktu pribadi dan peran sosial, status fisik dan emosional, sumber daya keuangan, dan sumber daya sosial yang memengaruhi kesejahteraan pengasuh secara keseluruhan. Ini adalah reaksi. Beban pengasuh ini menyebabkan stres bagi pengasuh. Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mendapatkan gambaran tentang karakteristik khusus dan beban merawat kerabat dalam merawat pasien kanker yang menerima kemoterapi. Penelitian ini memiliki populasi 56 orang. Sampel untuk survei ini terdiri dari 36 responden dengan target sampling. Pengumpulan data untuk penelitian ini menggunakan kuesioner. Hasil penelitian menunjukkan mayoritas beban ringan hingga sedang paling banyak dirasakan responden sebanyak 22 responden (66,6 %), sedikit atau tidak ada beban dialami oleh 13 responden (36,1 %), beban sedang hingga berat 1 responden (2,8 %) dan beban berat tidak ditemukan (0,0 %)

Kata Kunci : Keluarga *Caregiver*, *Caregiver Burden*, kanker, kemoterapi.

## **ABSTRACT**

### **CAREGIVER FAMILY LOAD DURING PALLIATIVE CARE OF CANCER PATIENTS TREATING CHEMOTHERAPY IN Dr. M YUNUS BENGKULU REGIONAL GENERAL HOSPITAL**

**DWI DEBBY INDRYANNI  
F0H019016**

*The high incidence of cancer cases both in the world and in Indonesia has become a health problem for various ages, making decisions about bottling and treating cancer patients involving families. In carrying out this role, the caregiver's family has a major influence on the patient's recovery, but often this role cannot be carried out properly due to various factors outside and inside the caregiver. These factors can affect a variety of conditions. Poor conditions will have a negative impact physically, emotionally, socially, financially, and functionally. This negative condition of the family as caregiver is called caregiver burden or caregiver burden. caregiver burden is a multidimensional reaction as a result of an imbalance of care regarding personal time and social roles, physical and emotional conditions, financial resources, and social resources that will affect the caregiver's overall well-being. The emergence of this caregiver burden triggers stress for caregivers. The purpose of this study was to obtain an overview of the characteristics and burdens of the caregiver's family in the care of cancer patients undergoing chemotherapy. This study had a population of 56 people. The sample of this study was 36 respondents with purposive sampling. Collecting data in this study using a questionnaire. The results showed that the majority of light to moderate burdens were felt by the respondents as many as 22 respondents (66.6 %), little or no burden was experienced by 13 respondents (36.1 %), moderate to heavy burdens by 1 respondent (2.8%) and heavy load not found (0.0%)*

*Keywords: Caregiver Family, Caregiver Burden, cancer, chemotherapy.*

## DAFTAR ISI

<b>HALAMAN JUDUL</b>	
<b>HALAMAN SAMPUL</b>	
<b>HALAMAN PENGESAHAN</b>	
<b>MOTTO DAN PERSEMBAHAN.....</b>	v
<b>PERNYATAAN KEASLIAN PENELITIAN.....</b>	vi
<b>ABSTRAK.....</b>	vii
<b>ABSTRACT.....</b>	viii
<b>KATAPENGANTAR.....</b>	ix
<b>DAFTARI ISI.....</b>	x
<b>DAFTAR TABEL.....</b>	xi
<b>DAFTAR BAGAN.....</b>	xii
<b>DAFTAR LAMPIRAN.....</b>	xiii
<b>BAB I PENDAHULUAN</b>	
1.1 Latar Belakang.....	1
1.2 Rumusan Masalah.....	3
1.3 Tujuan.....	4
1.4 Manfaat Penelitian.....	4
1.5 Keaslian Penelitian.....	5
<b>BAB II TINJAUAN PUSTAKA</b>	
2.1 Konsep Keluarga.....	6
2.2 Konsep Caregiver.....	9
2.3 Beban Caregiver.....	12
2.4 Konsep Perawatan Paliatif.....	15
2.5 Konsep Kanker.....	22
2.6 Konsep Kemoterapi.....	26
2.7 Kerangka Teori.....	28
<b>BAB III METODOLOGI PENELITIAN</b>	
3.1 Jenis dan Rancangan Penelitian.....	29
3.2 Populasi dan Sampel.....	29
3.3 Ruang Lingkup Penelitian.....	30
3.4 Variabel Penelitian.....	30
3.5 Definisi Operasional.....	30
3.6 Jenis Data.....	31
3.7 Teknik Pengumpulan Data.....	31
3.8 Instrumen Penelitian.....	32

3.9 Pengolahan Data.....	33
3.10 Analisa Data.....	33

**BAB IV HASIL DAN PEMBAHASAN**

4.1 Gambaran Umum.....	35
4.2 Hasil.....	35
4.3 Pembahasan.....	39
4.4 Keterbatasan Penelitian.....	42

**BAB V KESIMPULAN DAN SARAN**

4.1.Simpulan.....	44
4.2.Saran .....	44

**DAFTAR PUSTAKA**

**LAMPIRAN**

## DAFTAR TABEL

<b>Tabel 3.1</b>	Definisi Operasional Penelitian.....	30
<b>Tabel 4.1</b>	Karakteristik Responden .....	35
<b>Tabel 4.2</b>	Beban Keluarga <i>Caregiver</i> .....	37

## DAFTAR BAGAN

<b>Bagan 2.1</b>	Kerangka Teori.....	28
------------------	---------------------	----

## **DAFTAR LAMPIRAN**

<b>Lampiran 1</b>	Lembar Persetujuan Responden
<b>Lampiran 2</b>	Kuesioner Penelitian
<b>Lampiran 3</b>	Hasil Tabulasi
<b>Lampiran 4</b>	Dokumentasi Penelitian
<b>Lampiran 5</b>	Surat Keterangan

# BAB I

## PENDAHULUAN

### 1.1. Latar Belakang

Kanker merupakan suatu penyakit yang disebabkan oleh pertumbuhan sel-sel yang abnormal jaringan di dalam tubuh, berkembang pesat, tidak terkendali, dan membelah diri (Limpens, 2018). Laporan terbaru dalam *International Agency for Research on Cancer* menyatakan jumlah pasien penderita kanker di seluruh dunia terus meningkat secara signifikan, disebutkan terdapat 18,1 juta kasus kanker baru dan 9,6 juta kematian terjadi di 2018. Di antara 1 dari 5 pria di seluruh dunia diketahui mengidap kanker (Sumarni, 2019).

Kasus kanker terbanyak di Indonesia pada laki-laki adalah kanker paru-paru, yaitu 19,4 per 100.000 penduduk dan rata-rata angka kematian 10,9 per 100.000, disusul kanker hati 12,4 per 100.000 penduduk, dan rata-rata angka kematian 7,6 per 100.000 penduduk. Kanker payudara memiliki jumlah kasus kanker tertinggi pada wanita, dengan angka kematian rata-rata 17 per 100.000 penduduk, diikuti kanker serviks dengan angka kematian rata-rata 13,9 per 100.000 penduduk (Sumarni, 2019). Data Rekam Medis Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus terdapat 56 pasien yang menderita kanker dan menjalani kemoterapi.

Karena tingginya insiden kanker pada pasien perawatan paliatif, pengobatan yang tepat, termasuk kemoterapi, diperlukan. Kemoterapi merupakan teknik pengobatan kanker dengan cara pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti terapi radiasi dan pembedahan lokal, kemoterapi bersifat sistemik. Artinya, obat bisa menyebar ke seluruh tubuh dan mencapai sel kanker yang sudah menyebar luas atau sudah menyebar di tempat lain. (Rasjidi, 2007). Kemoterapi mempunyai efek samping seperti tidak bisa tidur, gangguan emosi, psikososial. Efek samping tersebut tidak hanya dirasakan pasien saja tetapi juga dirasakan oleh keluarga sebagai *caregiver* yang memberikan perawatan kepada pasien.

Keluarga merupakan unit terkecil dalam tatanan hidup bermasyarakat. Menurut (Padila, 2012) salah satu fungsi dari keluarga adalah fungsi kesehatan yang berperan dalam pengambilan keputusan bagi keluarga untuk mengenali masalah kesehatan dan mengambil tindakan yang tepat. Keluarga adalah unit terkecil dari pencegahan dan manajemen penyakit. Friedman (2013) menyatakan bahwa dukungan keluarga adalah proses seumur hidup. Peran keluarga sebagai rujukan dalam pengobatan pasien kanker sangat penting dalam membantu memotivasi pasien untuk menjalani merawatnya. Penelitian yang dilakukan (Kusumaningrum et al., 2016) menyatakan bahwa kemampuan keluarga untuk melakukan lima tugas kesehatan keluarga secara tidak langsung memengaruhi kualitas hidup pada pasien kanker serviks dan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien kanker serviks.

Keluarga *caregiver* memiliki pengaruh yang signifikan terhadap kesembuhan pasien, namun banyak faktor di luar dan di dalam *caregiver* yang seringkali gagal menjalankan peran ini dengan baik. Faktor-faktor ini dapat mempengaruhi berbagai penyakit. Situasi yang buruk memiliki konsekuensi fisik, emosional, sosial, ekonomi dan fungsional yang merugikan. Keadaan keluarga yang negatif sebagai kerabat yang penuh kasih disebut sebagai beban keluarga *caregiver* atau *caregiver burden*. Menurut Kozier (2004), beban keluarga *caregiver* adalah perubahan kesehatan mental dan fisik keluarga sebagai *caregiver* dan stres pada *caregiver* dalam perawatan jangka panjang dari keluarga yang sakit, sedangkan menurut (Liu et al., 2020) beban keperawatan didefinisikan sebagai beban yang diciptakan dan dirasakan *caregiver* sebagai akibat dari perawatan pasien. Ketegangan ini berbeda dengan depresi, kecemasan, dan reaksi emosional lainnya.

Kewajiban dan peran *caregiver* termasuk dukungan untuk memenuhi kebutuhan dasar sehari-hari, peran advokasi, dukungan manajemen pengobatan, respon kebutuhan fisik dan psikologis pasien, dukungan keuangan, dan dukungan terhadap tingkat kesembuhan pasien. Termasuk manajemen nyeri, penyediaan dukungan emosional dan psikologis, dan mendengarkan secara aktif serta dukungan sosial, pengurusan jenazah pasien jika terjadi kematian. Berbagai kewajiban dan peran ini menyebabkan pengasuh merasakan tekanan tingkat

tinggi, yang dapat menyebabkan kesusahan atau yang disebut sebagai *caregiver burden* (Effendy et al., 2022).

*Caregiver burden* merupakan reaksi multidimensi yang dihasilkan dari ketidakseimbangan *caregiver* dalam hal waktu pribadi dan peran sosial, situasi fisik dan emosional, sumber daya keuangan, dan sumber daya sosial, dan merupakan kesejahteraan *caregiver* secara keseluruhan. Beban ini mempengaruhi dan menekankan beban *caregiver* (Werdani, 2018).

Faktor-faktor yang mempengaruhi beban *caregiver* termasuk kendala keuangan, pengetahuan yang terbatas tentang perawatan pasien, dan kurangnya dukungan. Gender juga memengaruhi beban *caregiver*. Sebuah studi serupa menemukan bahwa wanita mungkin lebih terbebani daripada pria dalam menjalankan peran sebagai *caregiver*. Demikian pula, orang muda dan orang tua akan berada di bawah tekanan yang meningkat untuk merawat pasien (Puspitasari, 2017).

Keluarga *caregiver* dengan pasien kanker perlu mengubah gaya hidup mereka untuk memenuhi kebutuhan mereka, seperti waktu luang yang terbatas dan interaksi dengan teman dan keluarga lainnya. Dan ketika *caregiver* benar-benar membutuhkan penyegaran dan relaksasi, mereka tidak memiliki waktu untuk diri sendiri yang cukup. *Caregiver* pasien kanker dalam keluarga yang menerima kemoterapi menghadapi banyak masalah kesehatan yang memperburuk fungsi dan beban fisik, seperti gangguan tidur dan kelelahan, sebagai akibat dari memprioritaskan pasien daripada dirinya sendiri (Puspitasari, 2017).

Beban *caregiver* yang menerima kemoterapi sangat penting dalam menentukan intervensi, rekomendasi, dan perawatan yang diberikan. Oleh karena itu, peneliti ingin mengetahui lebih jauh bagaimana *caregiver* menjelaskan beban keluarga pasien yang sedang menjalani pengobatan dengan metode kemoterapi.

## **1.2. Rumusan Masalah**

Dengan latar belakang ini, rumusan masalah yang peneliti angkat adalah: Bagaimana menjelaskan beban keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif untuk pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu.

### **1.3. Tujuan**

#### **1.3.1. Tujuan Umum**

Mengetahui beban keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

#### **1.3.2. Tujuan Khusus**

- a. Mengetahui karakteristik responden berdasarkan usia, jenis kelamin, pendidikan, pekerjaan, pendapatan, pernikahan, hubungan pasien, usia pasien, dan lama pengobatan pasien yang menjalani kemoterapi.
- b. Mengetahui tentang beban *caregiver* merawat pasien kanker yang menjalani pengobatan kemoterapi.

### **1.4. Manfaat Penelitian**

#### **1.4.1 Manfaat teoritis**

Penulisan ini diharapkan dapat menambah pengetahuan dan wawasan keilmuan tentang beban keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

#### **1.4.2 Manfaat praktis**

Secara praktis penelitian ini dapat bermanfaat sebagai berikut :

- a. Bagi Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu.  
Sebagai sumber untuk menambah ilmu dan wawasan bagi peneliti lain yang membutuhkan masukan berupa data atau hasil dengan judul yang sama untuk menyelesaikan studi pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu.
- b. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus  
Hasil dari penelitian diharapkan menjadi bahan masukan khususnya dibidang keperawatan Rumah Sakit dalam mengevaluasi tingkat pelayanan dan dapat menjadi pertimbangan dalam pengambilan keputusan.
- c. Bagi peneliti selanjutnya  
Hasil penelitian ini dapat memberikan informasi dan masukan untuk melanjutkan pengembangan penelitian tentang beban keluarga

*caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

## 1.5 Keaslian Penelitian

- 1.5.1 Penelitian sebelumnya telah dilakukan oleh (Puspitasari, 2017) Menunjukkan hasil mayoritas responden adalah orang dewasa (26-45 tahun), sebagian besar berjenis kelamin perempuan, mayoritas suku Jawa, rata-rata berpendidikan SLTA, dan mayoritas bekerja. kurang dari 3,1 juta. Sebagian besar sudah menikah, sebagian besar hubungan keluarga adalah pasangan, rata-rata usia pasien adalah dewasa (26-45 tahun), dan stadium kanker yang paling banyak ditemukan adalah pasien stadium 2. Rata-rata masa pengobatan kurang dari 2 tahun dan mayoritas tinggal di rumah singgah CISC. Menunjukkan beban *caregiver* penderita kanker, *caregiver* yang sedikit atau tidak merasakan beban 15 responden (37,5%), 17 responden dengan beban ringan sampai sedang (42,5%), sedangkan dari 7 responden dengan beban sedang hingga berat (17,5%), dan 1 responden dengan beban berat (2,5%).
- 1.5.2 Penelitian yang dilakukan (Rizka et al., 2021) dengan judul “Beban *Family Caregiver* Dalam Merawat Pasien Kanker Stadium Lanjut” Hasil penelitian menunjukkan pada median usia pengasuh adalah 36 tahun dan didominasi oleh perempuan (52%). Sebagian besar pengasuh keluarga sudah memiliki pengalaman dalam pengasuhan (60%). Mayoritas pengasuh keluarga mendampingi pasien kanker di bawah 12 bulan (56%). Rata-rata beban perawat yang merawat kanker adalah 2,25%, yang sedikit lebih memberatkan bagi. Deteksi dini diperlukan untuk mencegah penurunan kualitas hidup pengasuh keluarga.

## **BAB II**

### **LANDASAN TEORI**

#### **2.1 Konsep Keluarga**

##### **2.1.1 Pengertian Keluarga**

Pengertian keluarga dalam Pasal 52 UU tahun 2009 adalah kesatuan terkecil dalam suatu masyarakat yang terdiri dari suami istri atau suami, istri dan anak atau ayah dan anak (duda) atau ibu dan anak (janda). Pada umumnya keluarga Indonesia tinggal dalam satu rumah atau lainnya ketika anaknya harus melalui tahapan perkembangan kehidupan, misalnya ketika belajar di kota lain atau tinggal di pondok pesantren/asrama (Kemenkes RI, 2017). Sedangkan menurut (Hesdaliya, 2017) Keluarga merupakan unit terkecil dalam masyarakat. Sebuah keluarga didefinisikan dalam hal kerabat yang bersatu dalam ikatan perkawinan ketika seorang individu menjadi orang tua.

Keluarga dalam arti luas adalah orang yang karena kelahiran, adopsi, atau perkawinan, secara pribadi dan saling berhubungan untuk memenuhi kewajiban dan dukungannya.

##### **2.1.2 Ciri-ciri Struktur Keluarga**

Struktur keluarga menggambarkan bagaimana sebuah keluarga menjalankan fungsinya dalam masyarakat. Berdasarkan struktur yang ada, ciri-ciri struktur keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Organisasi: Saling ketergantungan antar keluarga, saling ketergantungan.
- b. Ada batasan. Setiap anggota memiliki kebebasan, tetapi ada juga pembatasan fungsi dan pelaksanaan kewajiban mereka.
- c. Ada perbedaan dan karakteristik: setiap keluarga memiliki peran dan fungsinya sendiri.

Komposisi keluarga menunjukkan bagaimana keluarga dibangun atau bagaimana unit diatur dan saling berhubungan. Beberapa ahli menempatkan struktur pada bentuk dan jenis keluarga, sementara yang lain memandang struktur keluarga yang menggambarkan subsistemnya sebagai dimensi struktural. (Padila, 2012).

### 2.1.3 Fungsi Keluarga

Menurut (Friedman,1998 dalam Padila, 2012), terdapat lima fungsi keluarga, yaitu:

- a. Fungsi Emosional yang mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan keluarga berinteraksi dengan orang lain adalah fungsi utama keluarga. Fitur ini diperlukan untuk pengembangan pribadi dan psikososial keluarga
- b. Fungsi sosialisasi adalah proses perkembangan dan perubahan yang dialami oleh seorang individu, yang mengarah pada interaksi sosial dan mempelajari perannya dalam lingkungan sosial. Sosialisasi dimulai dengan kelahiran. Fitur ini membantu sosialisasi anak, menetapkan kode etik sesuai tingkat perkembangan anak, dan menanamkan nilai-nilai budaya keluarga.
- c. Fungsi reproduksi adalah fungsi memelihara keturunan dan menjaga kelangsungan keturunan dalam keluarga.
- d. Fungsi Finansial Singkatnya, keluarga adalah tempat yang membantu memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi, dan keterampilan individu dikembangkan untuk meningkatkan pendapatan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi pemeliharaan atau pemeliharaan kesehatan (*health care function*) adalah memelihara kesehatan keluarga agar dapat produktif tinggi dalam menjalankan tugas dan fungsinya.

### 2.1.4 Tugas Keluarga dalam Bidang Kesehatan

Konsisten dengan fungsi perawatan kesehatan, keluarga memiliki tanggung jawab kesehatan yang harus dipahami dan dilakukan, termasuk:

- a. Mengidentifikasi masalah kesehatan keluarga. Kesehatan adalah kebutuhan keluarga dan tidak boleh diabaikan. Semuanya tidak ada artinya tanpa kesehatan yang baik. Orang tua perlu mengetahui kesehatan dan perubahan keluarganya. Perubahan terkecil yang dialami sebuah keluarga secara tidak langsung akan menarik perhatian orang tua dan keluarga.

- b. Tentukan tindakan kesehatan yang tepat untuk keluarga Anda. Tindakan ini merupakan upaya utama keluarga untuk mencari bantuan yang sesuai dalam konteks keluarga, mengingat siapa di dalam keluarga yang memiliki kekuatan pengambilan keputusan untuk menentukan perilaku keluarga. Jika Anda memiliki batasan keluarga, Anda dapat meminta bantuan tetangga keluarga Anda.
- c. Merawat keluarga dengan masalah kesehatan. Banyak kasus menunjukkan, keluarga telah bertindak dengan benar dan tepat, tetapi keluarga memiliki batasan yang diketahui keluarga. Dalam hal ini, keluarga dengan masalah kesehatan memerlukan perawatan lanjutan untuk mencegah masalah yang lebih serius. Jika keluarga dapat memberikan pertolongan pertama, pengobatan dapat dilakukan di fasilitas medis atau di rumah.
- d. Dengan kata lain, mengubah lingkungan keluarga untuk menjamin kesehatan keluarga.
- e. Manfaatkan fasilitas medis keluarga terdekat (Puspitasari, 2017).

#### 2.1.5 Stress dan Koping Keluarga

Keluarga selalu menghadapi perubahan. Dorongan untuk berubah datang dari dalam dan luar, dan strategi serta proses koping keluarga sangat penting bagi kemampuan keluarga untuk menghadapi tuntutan yang ada.

- a. Sumber stressor keluarga (stimulus)

Stresor adalah agen yang menyebabkan dan menyebabkan stres. Dalam keluarga, stresor biasanya dikaitkan dengan peristiwa kehidupan yang cukup serius untuk menyebabkan perubahan. Hal ini dapat berupa peristiwa pribadi, lingkungan, ekonomi, sosial budaya, atau pengalaman persepsi keluarga terhadap peristiwa tersebut.

Stres adalah situasi di mana stres atau tuntutan yang tidak tertangani menciptakan ketegangan. Sulit untuk mengukur stres keluarga. Adaptasi adalah proses penyesuaian diri terhadap perubahan, yang dapat bersifat negatif atau positif dan dapat mengurangi atau meningkatkan kesehatan keluarga. Menurut Friedman, 1989 dalam (Padila, 2012) ia menjelaskan tiga strategi adaptasi pribadi yang juga

dapat digunakan oleh keluarga: mekanisme pertahanan, strategi koping, dan dominasi.

b. Koping keluarga

Koping keluarga didefinisikan sebagai reaksi positif yang digunakan keluarga untuk memecahkan masalah. Kembangkan dan modifikasi sesuai dengan tuntutan/stressor yang dialami. Sumber koping keluarga dapat berasal dari dalam keluarga itu sendiri maupun dari luar keluarga.

Saat berhadapan secara internal, keluarga diharapkan mampu mengubah peran keluarga sesuai kebutuhan, memperbaiki pola komunikasi keluarga, mengandalkan kelompok keluarga, meningkatkan keterbukaan bersama, serta mengelola dan menyelesaikan masalah secara bersama-sama. Tindakan eksternal terkait penggunaan sistem dukungan sosial keluarga, di sisi lain, dapat berupa mencari informasi, menjaga hubungan yang hidup dengan masyarakat, mencari dukungan sosial, dan mencari dukungan mental.

## **2.2 Konsep Caregiver**

### 2.2.1 Pengertian *Caregiver*

*Caregiver* merupakan seseorang yang dapat membantu orang lain atau orang terdekat yang membutuhkan pertolongan karena sakit atau keterbatasan. *Caregiver* dapat berupa pasangan, anak, mertua, cucu, saudara, tetangga, teman, atau hubungan keluarga lainnya. (Ariska et al., 2020)

### 2.2.2 Jenis-jenis *Caregiver*

Ada dua jenis *caregiver*, formal dan informal. *Caregiver* formal adalah layanan perawatan yang diberikan oleh rumah sakit, psikiater, pusat perawatan, atau profesional lain yang menyediakan dan membayar layanan tersebut. Di sisi lain, *caregiver* informal adalah perawatan berbasis rumah, bukan spesialis, dan tidak dibayar. Contohnya keluarga pasien itu sendiri yaitu pasangan, anak, orang tua dan anggota keluarga lainnya (Wahyuningsih & Yogyakarta, n.d. 2020).

### 2.2.3 Tugas dan Fungsi *Caregiver*

Menurut (Grant et al., 2013) Ada 3 tugas spesifik sebagai *caregiver*:

- a. Dukungan Medis (*Medical Support*) Termasuk perencanaan, pengawasan dosis obat, pemantauan efek samping, manajemen efek samping, catatan medis, dan pemantauan petunjuk medis.
- b. Pengaturan Jaminan dan Keuangan (*Insurance and Financial Management*) *Caregiver* dapat memilih paket asuransi yang tepat untuk membantu menyiapkan obat-obatan baru dan mahal, menemukan sumber asuransi dan menghemat uang, atau menghemat uang.
- c. Manajemen Rumah Tangga (*Household management*) Meliputi manajemen nutrisi, keamanan, pengendalian infeksi, dukungan fisik, emosional dan mental.

#### 2.2.4 Keluarga Sebagai *Caregiver*

*Caregiver* adalah anggota keluarga yang dapat memenuhi dan bertanggung jawab atas segala kebutuhan keluarga yang sakit (pasien). Keluarga *caregiver* harus mampu melakukan pengorbanan fisik, emosional, dan finansial untuk memberikan dukungan terkait pengobatan, perawatan, atau pemulihan keluarga sakit (pasien) yang dirawat. Saat merawat pasien di rumah atau dalam kehidupan sehari-hari, *caregiver* bisa menjadi teman seperti pasangan hidup yang dapat pasien percaya, dan pasien akan terbuka dan bahagia dengan *caregiver*.

Keluarga *caregiver* adalah seseorang yang akrab dengan pasien, karena mereka biasanya menghabiskan lebih banyak waktu dengan *caregiver*. *Caregiver* akan membantu untuk kebutuhan dasar seperti transportasi pribadi (klien/pasien), pekerjaan rumah, belanja pekerjaan rumah, segala persiapan, pengelolaan keuangan, mandi, bab/bak (buang air besar/kecil), ganti baju, dekorasi, dll. Orang yang mendukung minum obat, mobilisasi, dll. (Sinaga, 2018).

#### 2.2.5 Tipe-tipe *Caregiver* Keluarga

Menurut (Dilworth-Anderson et al., 2020) terdapat tiga tipe dalam *caregiving family*, yaitu :

##### a. *Caregiver primer*

*Caregiver primer* adalah pengasuh utama yang memiliki tanggung jawab tertinggi untuk perawatan dan tugas perawatan tertinggi.

*Caregiver primer* memberikan perawatan sendiri atau dengan pengasuh lainnya.

b. *Caregiver sekunder*

Pengasuh atau *caregiver* sekunder adalah seseorang yang melakukan tugas pada tingkat yang sama dengan pengasuh utama, tetapi dengan tingkat tanggung jawab yang berbeda. Oleh karena itu, pengasuh sekunder tidak harus membuat keputusan tentang dukungan dan perawatan pasien. Pengasuh sekunder menyediakan pengasuh utama dengan perawatan.

c. *Caregiver tersier*

Perawat tersier adalah perawat yang memiliki sedikit atau tidak ada tanggung jawab untuk membuat keputusan tentang perawatan pasien. Tanggung jawab pengasuh tersier biasanya mencakup belanja bahan makanan, berkebun, dan pembayaran faktur. Pengasuh tersier dapat memberikan perawatan ketika tidak ada pengasuh lain.

#### 2.2.6 Dampak keluarga menjadi *caregiver*

Menurut Cohen et al & Schulz et al., 1990 dalam Potter & Perry., 2005 efek sebagai *caregiver* adalah sebagai berikut.

- a. Sebuah pelanggaran privasi.
- b. Kurangnya kontak sosial.
- c. Tidak punya waktu untuk menyendiri atau melakukan aktivitas santai.
- d. Munculnya keinginan menyerah dalama tanggung jawab sebagai *caregiver*
- e. Meningkatkan risiko mengembangkan depresi.
- f. Meningkatkan kemarahan, rasa bersalah, kesedihan, kecemasan, depresi, ketidakberdayaan, kelelahan kronis, dan kelelahan emosional.
- g. Kesehatan fisik lebih lemah daripada non-*caregiver* (Dhewi, 2017).

### 2.3 Beban *Caregiver*

#### 2.3.1 Pengertian Beban *caregiver*

Beban *caregiver* dapat didefinisikan sebagai regangan atau beban yang ditanggung oleh orang yang merawat anggota keluarga yang sakit kronis, cacat, atau lanjut usia. Beban pengasuh terkait dengan kesejahteraan keduanya individu

dan pengasuh; oleh karena itu, memahami atribut yang terkait dengan beban pengasuh adalah penting. Konsep beban dan percaya bahwa beban dapat dibagi menjadi subjektif dan beban objektif.

Beban subjektif terutama melibatkan perasaan pribadi pengasuh yang dihasilkan saat melakukan pengasuhan fungsi, sedangkan beban objektif diartikan sebagai peristiwa atau kegiatan terkait dengan pengalaman perawatan negatif. Dalam penelitian sebelumnya digambarkan bawah beban *caregiver* sebagai "sejauh mana pengasuh merasakan emosi, kesehatan fisik, kehidupan sosial, dan keuangan mereka, status sebagai akibat dari merawat kerabat mereka. Hal tersebut mengakibatkan beban muncul dari prosedur penjelasan tertentu yang tidak objektif. Dikatakan bahwa beban *caregiver* mengacu pada rasa sakit psikologis, kesehatan fisik masalah, ketegangan keuangan dan sosial, gangguan hubungan keluarga, dan rasa putus asa dan hasil negatif lainnya dari tugas perawatan (Liu et al., 2020).

### 2.3.2 Jenis- jenis Beban *Caregiver*

Beban *caregiver* terbagi menjadi dua yaitu beban objektif dan beban subjektif *caregiver*.

#### a. Beban objektif *caregiver*

Beban objektif *caregiver* adalah beban yang dapat diakibatkan oleh peristiwa atau aktivitas yang berhubungan dengan peran *caregiver* menurut Sukmarini (2009) adalah masalah praktis yang dialami oleh *caregiver* antara lain:

##### 1) Masalah ekonomi

Masalah ekonomi *caregiver* seperti kehilangan kesempatan kerja, kekurangan uang dan beban perawatan yang membutuhkan biaya dalam merawat keluarga atau kerabat yang sedang sakit.

##### 2) Gangguan kesehatan tubuh

Karena keluarga dengan *caregiver* pasien kanker memprioritaskan pasiennya daripada dirinya sendiri, mereka menghadapi banyak masalah kesehatan yang mengganggu fungsi fisiknya, seperti gangguan tidur dan kelelahan. (Williams, 2007).

3) Kehilangan kesempatan bekerja

*Caregiver* perlu menyeimbangkan pekerjaan dan kewajiban perawatan pasien, yang mungkin sulit untuk dikoordinasikan dan disesuaikan.

4) Kurang interaksi sosial

Keluarga *caregiver* dengan pasien kanker perlu mengubah gaya hidup mereka untuk memenuhi keinginan mereka, seperti waktu luang yang terbatas dan interaksi dengan teman dan keluarga lainnya.

b. Beban subjektif *caregiver*

Beban subjektif *caregiver* merupakan respon psikologis yang dialami *caregiver* sebagai akibat dari perannya dalam perawatan pasien kanker. (Sukmarini, 2009). Distress subjektif merupakan respon emosional *caregiver* terhadap perannya sebagai *caregiver*, meliputi kecemasan, kesedihan, kekecewaan, frustrasi, kemarahan, rasa bersalah, depresi, malu, kebingungan, dan perubahan emosi lainnya. (Honea et al., 2008).

### 2.3.3 Faktor-faktor yang Mempengaruhi Beban *Caregiver*

Dalam penelitian (Puspitasari, 2017) disebutkan ada beberapa faktor yang mempengaruhi beban *caregiver*, yaitu :

a. Usia

*Caregiver* dengan lanjut usia akan kesulitan berinteraksi dengan pasien terbebani oleh kurangnya dukungan (Grant et al., 2013)..

b. Jenis kelamin

Dampak pada beban *caregiver*. Penelitian terdahulu menunjukkan bahwa wanita lebih dibebani oleh pengasuh daripada pria. Beberapa penelitian juga menemukan bahwa pengasuh perempuan memiliki tingkat depresi yang tinggi dan kepuasan hidup yang rendah. (Pottie, Burch, & Irwin, 2014).

c. Tingkat Pendidikan

*Caregiver* dengan pendidikan yang rendah mengalami stres yang tinggi. Studi yang lain membuktikan bahwa tidak ada hubungan antara tingkat pendidikan dan tingkat beban pada *caregiver*.

d. Pendapatan

Status keuangan dan pendapatan berhubungan dengan beban *caregiver*. *Caregiver* berpenghasilan rendah dapat menghadapi tekanan keuangan yang tinggi. Persepsi tekanan keuangan yang menghancurkan menyebabkan stres yang tinggi (Joanna Briggs Institute, 2012).

e. Status pekerjaan

*Caregiver* yang dipekerjakan meningkatkan beban karena *caregiver* harus menyeimbangkan tanggung jawab pekerjaan dan perawatan. *Caregiver* yang bekerja dan merawat pasien yang membutuhkan bantuan dalam kehidupan sehari-hari mereka berada pada peningkatan risiko paparan pengasuh yang parah. (Hsu et al., 2015).

f. Status kesehatan

Kesehatan juga mempengaruhi beban yang dirasakan *caregiver*. *Caregiver* yang berada dalam kesehatan yang buruk mengalami beban perawatan yang tinggi dan juga terkena beban fisik, emosional dan keuangan.

g. Status perkawinan dan komunikasi

Komunikasi keluarga dapat mempengaruhi ketegangan. Studi menunjukkan bahwa status pernikahan antara *caregiver* dan pasangannya dapat mempengaruhi beban *caregiver*. (Grant et al., 2013)

## 2.4 Konsep Perawatan Paliatif

### 2.4.1 Pengertian Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif (berasal dari bahasa latin "*palliare*" adalah jubah) mempunyai arti segala bentuk perawatan atau pengobatan medis yang berfokus pada pengurangan keparahan gejala penyakit, daripada menghentikan,

memperlambat, mengobati, atau mengobati penyakit itu sendiri. Perawatan paliatif termasuk pasien dan mereka dalam mengatasi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa melalui deteksi dini, penilaian, dan manajemen yang optimal dari pencegahan nyeri dan penghentian nyeri dan masalah lain, masalah fisik dan psikososial. keluarga. Dan secara rohani. (Shatri et al., 2020).

Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization*) menyatakan perawatan paliatif adalah sebagai pendekatan untuk meningkatkan kesejahteraan hidup pasien dan keluarga mereka dengan masalah terkait penyakit yang dapat mengancam nyawa dengan mencegah dan mengurangi rasa sakit melalui penilaian menyeluruh. (Yanti, 2021)

Berdasarkan penjelasan di atas, perawatan paliatif merupakan suatu pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup penderita penyakit berat dan keluarganya untuk menghadapi masalah tersebut, baik fisik, psikologis, sosial daripada spiritual.

#### 2.4.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan umum dari perawatan paliatif merupakan upaya untuk menghilangkan rasa sakit dalam meningkatkan penyembuhan. Ini mungkin tampak jelas, tetapi menjelaskan bagaimana praktisi dengan sengaja dan tidak sengaja mencoba untuk mencegah atau meringankan tekanan psikologis, emosional, dan fisik yang sering dikaitkan dengan proses mendekati kematian. Mencegah atau meringankan penderitaan membutuhkan kompetensi tingkat tinggi, merupakan upaya proaktif, bahkan aktif. Saat mengobati rasa sakit dan gejala lainnya, penting untuk mengelola atau mengobati masalah sebelum terjadi, daripada mengatasinya. Adalah bermanfaat untuk membantu menemukan atau menyadari apa yang disebut nilai pribadi, keindahan, kekuatan, atau potensi positif. (Kemp, 2010).

#### 2.4.3 Prinsip Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif memiliki prinsip yang harus diterapkan, yaitu perawatan yang menghormati atau mengevaluasi martabat dan harga diri pasien dan keluarga, membantu memberikan asuhan, pendekatan yang kompeten dan penuh kasih. Mengembangkan dukungan profesional dan sosial. Perawatan paliatif didasarkan pada pola dasar berikut:

- a. Meningkatkan kualitas hidup dan memperlakukan kematian sebagai proses normal.
- b. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
- c. Singkirkan rasa sakit dan penyakit menjengkelkan lainnya.
- d. Menjaga keseimbangan psikologis, sosial dan spiritual.
- e. Usahakan agar pasien tetap aktif sampai akhir hayatnya.
- f. Mencoba mengatasi suasana sedih keluarga.
- g. Gunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya.
- h. Menghindari tindakan yang tidak berguna (Puspita & Rozi, 2020)

#### 2.4.4 Tempat pelayanan perawatan paliatif

Berdasarkan keputusan Permenkes Nomor 812/ Menkes/ SK/VII/2007 dijelaskan tempat pelayanan perawatan paliatif, meliputi :

- a. Rumah Sakit: Untuk pasien yang membutuhkan pengawasan ketat, tindakan atau perawatan khusus yang memerlukan peralatan khusus.
- b. Puskesmas: Bagi pasien yang membutuhkan pelayanan rawat jalan.
- c. Rumah / Panti Asuhan Sementara (Hospice): Untuk pasien yang tidak dapat dirawat di rumah karena perlu pemantauan ketat, tindakan khusus dan peralatan khusus, tetapi pemantauan oleh staf medis.
- d. Rumah pasien: diperuntukan bagi pasien yang tidak memerlukan pemantauan ketat, prosedur atau peralatan khusus, atau keterampilan keperawatan yang tidak memungkinkan bagi keluarga.

Organisasi perawatan paliatif, menurut tempat pelayanan/sarana kesehatannya adalah :

- a. Kelompok perawatan paliatif dibentuk di tingkat Puskesmas.
- b. Unit perawatan paliatif dibentuk di rumah sakit kelas D, C, dan B non-pendidikan.
- c. Fasilitas perawatan paliatif terletak di rumah sakit pelatihan Kelas B dan rumah sakit Kelas A.
- d. Alur kerja organisasi perawatan paliatif telah dikoordinasikan dan berisi semua elemen yang relevan (PERMENKES, 2007)

- 2.4.5 Langkah-langkah dalam pemberian pelayanan perawatan paliatif
- a. Tentukan tujuan untuk pengobatan dan harapan pasien.
  - b. Bantu pasien merencanakan ke depan untuk perawatan.
  - c. Mengatasi penyakit penyerta akibat aspek sosial.
  - d. Pengobatan gejala.
  - e. Dukungan psikologis, budaya dan sosial.
  - f. Tindakan pada tahap akhir: Eksekusi wasiat atau keputusan keluarga tanpa adanya wasiat.
  - g. Layanan untuk pasien dan orang yang dicintai, termasuk menulis belassungkawa (KPAI, 2016)

2.4.6 Pedoman perawatan paliatif

Menurut *National Consensus Project for Quality Palliative Care* pedoman dalam melakukan praktek klinis untuk perawat paliatif dalam meningkatkan kualitas pelayanan paliatif terdiri dari 8 aspek di antaranya:

- a. Aspek 1: Struktur dan proses perawatan

Struktur dan proses perawatan ini adalah cara untuk mendidik profesional perawatan paliatif dan memberikan perawatan berkelanjutan kepada pasien dan keluarga mereka. Pedoman untuk pekerja perawatan paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Semua perawat harus dilatih dalam perawatan paliatif primer.
- 2) Semua perawat perlu dilatih dalam perawatan paliatif primer
- 3) Semua perawat menerima panduan orientasi perawatan paliatif primer yang mencakup sikap, pengetahuan dan keterampilan perawatan paliatif. Ini termasuk dalam penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, penyakit lanjut, etika, keluarga, komunitas, dan keterampilan komunikasi dasar tentang kesedihan dan kehilangan penyedia layanan.
- 4) Semua perawat harus mampu memberikan asuhan paliatif melalui kerjasama tim dari ilmu interdisipliner.
- 5) Untuk memberikan layanan perawatan paliatif, perawat rumah sakit dan perawat perawatan paliatif harus bersertifikat.

- 6) Semua perawat harus terlibat dalam inisiatif untuk meningkatkan kualitas layanan perawatan paliatif.
- 7) Perawat rumah sakit dan pekerja perawatan paliatif mempromosikan kesinambungan perawatan paliatif sesuai dengan peraturan kesehatan dan secara opsional mempromosikan rumah sakit (KPAI, 2016)

b. Aspek 2: Aspek fisik perawatan

Aspek fisik perawatan adalah cara mengukur dan mendokumentasikan rasa sakit dan gejala lainnya, termasuk evaluasi dan pengobatan gejala dan efek samping yang berhubungan dengan masalah fisik pada pasien. Di bawah ini adalah beberapa pedoman untuk pekerja perawatan paliatif:

- 1) Perawat dapat menggunakan pedoman yang konsisten untuk menilai nyeri, dispnea, dan penyakit lainnya pada pasien yang mengancam jiwa.
- 2) Perawat perlu mendokumentasikan persyaratan dan temuan rencana perawatan
- 3) Semua pengasuh harus memberikan manajemen nyeri dan menilai kembali gejala mereka sesuai dengan jalur perawatan berbasis bukti (Adistie et al., 2018)

c. Asepek 3: Aspek Perawatan Psikologis dan Psikiatri

Aspek Perawatan Psikologis dan Psikiatri metode untuk menilai keadaan psikologis pasien atau anggota keluarga. Dengan mengukur, mendokumentasikan dan mengelola kecemasan dan gejala psikologis lainnya. Pedoman untuk profesional perawatan paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Perawat diharapkan mampu menilai depresi, kecemasan, dan rasa khawatir berdasarkan pedoman yang tepat untuk pasien yang mengancam nyawa.
- 2) Perawat perlu mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan mereka

- 3) Semua pengasuh harus mengikuti rute pengobatan yang ditetapkan untuk mengelola gejala kejiwaan yang disebabkan
- 4) Petugas rumah sakit dan perawatan paliatif harus menyampaikan belasungkawa kepada keluarga yang ditinggalkan
- 5) Perawat rumah sakit dan pekerja perawatan paliatif harus berpartisipasi dalam pengembangan perawatan paliatif (KPAI, 2016)

d. Aspek 4: Aspek Sosial Perawatan

Aspek sosial perawatan ini adalah cara untuk berbagi semua informasi, mendiskusikan tujuan pengobatan, dan memberikan dukungan sosial penuh. Pedoman untuk pekerja perawatan paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- 1) Semua pengasuh perlu menilai kekhawatiran pasien dan keluarga tentang penyakit lanjut yang mengancam jiwa
- 2) Perawat rumah sakit dan perawatan paliatif perlu mendukung dan mengembangkan rencana perawatan sosial yang komprehensif yang mencakup hubungan dengan keluarga, masyarakat, dan mereka yang terlibat dalam perawatan pasien (KPAI, 2016)

e. Aspek 5: Aspek Perawatan Spiritual, Religius, dan Eksistensial

Aspek perawatan spiritual, religius, dan eksistensial adalah cara untuk memulai atau memfasilitasi percakapan tentang kebutuhan mental pasien atau anggota keluarga. Pedoman untuk profesional perawatan paliatif adalah:

- 1) Perawat rumah sakit dan petugas perawatan paliatif perlu melakukan pengkajian psikologis, termasuk masalah agama, spiritual, dan yang ada, menggunakan pedoman alat yang terstruktur dan terintegrasi dalam penilaian rencana perawatan paliatif.
- 2) Semua perawat harus dapat merujuk pasien dan keluarga dalam kondisi kritis dan merujuk pendeta dan pendeta sesuai kebutuhan (KPAI, 2016)

f. Aspek 6: Budaya Aspek Perawatan

Budaya aspek perawatan merupakan cara untuk menilai budaya dalam proses pengambilan keputusan dengan mempertimbangkan preferensi pasien atau keluarga, memahami bahasa yang digunakan, dan memahami ritual budaya pasien dan keluarga. Pedoman untuk pekerja perawatan paliatif adalah sebagai berikut:

- 1) Semua pemberi perawatan harus mampu menilai budaya pasien sebagai bagian integral dalam memberikan perawatan paliatif dan perawatan di rumah yang komprehensif, termasuk pengambilan keputusan, komunikasi keluarga, terapi komplementer, dan ungkapan belasungkawa. Pemakaman keluarga yang berduka dan upacara pemakaman untuk pasien (KPAI, 2016)

g. Aspek 7 : Perawatan Pasien di Akhir hayat

Perawatan pasien di akhir hayat ini adalah cara untuk menggali lebih dalam persiapan menghadapi kematian dan kesedihan anumerta dari mereka yang ditinggalkan. Pedoman untuk profesional perawatan paliatif adalah:

- 1) Petugas *hospice* dan perawatan paliatif harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pada pasien, keluarga dan masyarakat. Ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
- 2) Semua pengasuh harus mampu memberikan kenyamanan di akhir hayat.
- 3) Semua perawat perlu mengidentifikasi ritual budaya, agama dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
- 4) Semua pengasuh harus dapat mendukung keluarga yang ditinggalkan setelah kematian.
- 5) Semua pengasuh harus mampu merawat jenazah sesuai budaya dan agama pasien (KPAI, 2016)

h. Aspek 8 : Aspek Etika dan Hukum Perawatan

Aspek etika dan hukum perawatan merupakan merencanakan untuk menghormati preferensi pasien dan keluarga mereka sebagai penerima manfaat tanpa melanggar norma dan aturan yang ditetapkan. Pedoman untuk profesional perawatan paliatif adalah:

- 1) Semua pengasuh perlu memeriksa perawatan yang diberikan dan semua dokumen
- 2) Semua perawat harus mematuhi standar etik berdasarkan Komite Etik Keperawatan
- 3) Semua perawat perlu memahami aspek hukum perawatan paliatif dan mencari nasihat hukum sesuai kebutuhan (KPAI, 2016)

## **2.5 Konsep Kanker**

### **2.5.1 Definisi Kanker**

Kanker atau keganasan muncul dari pertumbuhan abnormal sel-sel pada jaringan tubuh yang disebabkan oleh neoplasia, displasia, dan hiperplasia. Neoplasia adalah suatu keadaan dimana sel-sel dalam jaringan berproliferasi secara abnormal dan invasif, displasia adalah suatu keadaan dimana sel tidak berkembang secara normal dengan adanya perubahan pada nukleus (nukleus sel), dan hiperplasia adalah kerusakan sel yang normal pada jaringan yang sedang tumbuh (Limpens, 2018)

### **2.5.2 Etiologi**

Kanker disebabkan oleh ketidakmampuan tubuh yang sehat untuk melawan kanker itu sendiri. Ini menyebabkan pembelahan sel dan mempengaruhi perkembangan embrio karena interaksi kompleks antara paparan karsinogen dan mutasi yang terakumulasi dalam gen tertentu yang disebut karsinogen. Onkogen lain adalah gen supresor tumor yang menghambat pembelahan sel. Penyebab kerusakan genetik yang didapat adalah virus, radiasi, karsinogen lingkungan, serta makanan dan hormon. Faktor lain yang mempengaruhi perkembangan kanker adalah usia, status gizi, keseimbangan hormonal, dan respons terhadap stres (Limpens, 2018)

### **2.5.3 Patofisiologi**

#### **a. Fase 1 (Persiapan)**

Beberapa faktor penyebab kanker: genetik, penyakit menular, radikal bebas, perilaku, faktor lingkungan, gaya hidup dan virus penyebab mutasi gen dari (Dalimartha, 2004). Karena mutasi gen ini disebabkan secara simultan oleh beberapa karsinogen, bukan hanya satu karsinogen, efek yang berbeda ini melengkapi atau memperkuat

dan multifaktor dari mutasi onkogen. Proses mutasi gen terjadi pada beberapa tahap inisiasi (induksi) dan promosi. Selama induksi, sel yang membawa mutasi menjadi matang atau menjadi lebih sensitif terhadap perubahan lebih lanjut. Mutasi baru terjadi selama fase promosi. Perubahan ini merupakan dasar langsung untuk penyimpangan ganas.

b. Fase 2 (Stadium Pendahuluan Menjelang Kanker)

Untuk jenis kanker tertentu, mungkin ada prekursor tertentu sebelum kanker. Jenis "Pragana" ini terdiri dari sel-sel yang berubah di bawah mikroskop dan tampak jelas atau tidak jelas. Sel-sel ini bukan sel kanker karena tidak ada bukti pertumbuhan invasif. Setelah jangka waktu tertentu, terkadang bertahun-tahun, keadaan dapat berubah dan kecacatan dapat menjadi lebih serius. Apakah pertumbuhan invasif terjadi dan kemudian menyebar. Perawatan yang tepat mungkin dilakukan sebelum kanker berkembang.

c. Fase 3 (Praklinis) Fase ini disebut juga fase lokal (in situ)

Invasi (metastasis) ke luar organ membutuhkan waktu yang lama (Dalimartha, 2004). Jika Anda sudah memiliki keluhan atau gejala suatu penyakit, hal ini biasanya menjadi alasan untuk melihat diri Anda sendiri untuk mengetahui penyebab keluhan atau gejala tersebut.

d. Fase 4 (Klinis)

Fase ini merupakan fase terakhir dari proses kanker. Fase klinis dimulai ketika pasien mulai merasakan tanda, gejala, atau ketidaknyamanan. Dalam banyak kasus, Anda akan menemukan bahwa kanker telah menyebar pada tahap ini. Pembentukan metastasis dapat terjadi pada tahap awal pertumbuhan kanker (Jong, 2004). Metastasis terdiri dari sel-sel kanker longgar dari tumor induk, atau massa sel-sel ganas. (Medan & Area, 2018)

#### 2.5.4 Jenis Kanker Berdasarkan Lokasi Kanker

a. Kanker Payudara

Ini adalah kelainan patologis yang dimulai sebagai akibat dari perubahan genetik dalam satu sel dan membutuhkan waktu bertahun-

tahun untuk dirasakan. Faktor risiko yang mempengaruhi perkembangan kanker payudara adalah jenis kelamin (perempuan) dan usia yang lebih tua, kanker payudara sebelumnya, dan riwayat keluarga: kerabat tingkat pertama kanker payudara (ibu, saudara perempuan, anak perempuan).

b. Kanker Kolon Rektum

Ini adalah tumor viseral kedua yang paling umum. Faktor risiko untuk orang di atas 40 tahun, pola makan (lemak hewani yang berlebihan, terutama daging sapi, rendah serat), dan gangguan pencernaan lainnya.

c. Kanker Laring Tumor

Terletak di pita suara yang sebenarnya dan tidak menyebar karena jaringan ikat yang mendasarinya. Kurangnya kelenjar getah bening yang ditandai dengan suara serak yang berlangsung lebih dari 3 hari.

d. Kanker Paru

Kanker biasanya dimulai di dinding dan epitel pohon bronkial. Tidak ada yang ditandai pada tahap awal, tetapi pada tahap lanjut itu memanifestasikan dirinya dalam bentuk nyeri dada, batuk, demam, suara lemah, nyeri bahu, penurunan berat badan, dan kesemutan.

e. Leukemia atau Kanker Darah

Ini adalah proliferasi ganas sel darah putih (WBC) sel progenitor di sumsum tulang, yang terakumulasi dalam darah tepi, sumsum tulang, dan jaringan tubuh.

f. Kanker Pankreas

Ini adalah penyakit gastrointestinal fatal yang tumbuh cepat yang disebabkan oleh merokok dan faktor risiko predisposisinya: diabetes, pankreatitis akut, dan penyalahgunaan alkohol.

g. Kanker Prostat

Ini adalah neoplasma paling umum kedua pada pria di atas usia 50 tahun. Sebagian besar sarkoma berasal dari prostat posterior, sedangkan sarkoma lainnya berasal dari ureter, yang ditandai dengan kesulitan buang air kecil, hematuria, anuria, dan retensi urin.

#### h. Kanker Gaster

Umumnya terjadi pada pria di atas usia 40 tahun. Ini disebabkan oleh gastritis, gastritis kronis, tukak lambung, dan atrofi lambung. Hal ini ditandai dengan distensi perut, sakit perut kronis, disfagia, tinja berdarah, muntah berat, penurunan berat badan, kehilangan nafsu makan, distensi postprandial, anemia, dan malaise.

#### i. Kanker Ovarium

Ini adalah penyebab utama kematian akibat kanker ginekologi. Faktor risiko yang mempengaruhinya adalah riwayat kanker payudara, riwayat keluarga kanker ovarium, penuaan, kelahiran rendah dan obesitas. Hal ini ditandai dengan peningkatan nyeri perut, tekanan panggul, distensi, nyeri punggung bawah, sembelit, sakit perut, urgensi kencing, nyeri punggung bawah, nyeri kaki, dan nyeri panggul.

#### j. Kanker Serviks

Ini adalah kanker paling umum ketiga dari sistem reproduksi wanita, diklasifikasikan sebagai pra-invasif atau invasif, dan awal ditandai dengan perdarahan vagina abnormal, keputihan terus-menerus dan rasa sakit yang mungkin terjadi. Penurunan berat badan dan anemia.

#### k. Kanker Kandung kemih,dll

Ini terjadi pada pasien di atas usia 55 dan terutama pada pria. Biasanya terjadi di dasar kandung kemih dan mempengaruhi pembukaan ureter dan leher kandung kemih. Ditandai dengan hematuria dan nyeri, infeksi saluran kemih dan urgensi/urgensi berkemih, perubahan berkemih, nyeri panggul atau punggung bawah akibat metastasis (Limpens, 2018).

### 2.5.5 Pengobatan

- a. Pembedahan pada pasien kanker stadium awal sangat efektif untuk memberikan mereka kesempatan untuk sembuh.
- b. Terapi kombinasi adalah kombinasi antara kemoterapi, terapi radiasi, dan pembedahan.
- c. Radiasi Radiasi (radiasi) dimaksudkan untuk menghancurkan jaringan kanker.

- d. Kemoterapi bertujuan untuk menargetkan sel kanker yang telah menyebar ke bagian tubuh lain dengan menekan dan mengontrol pertumbuhan sel kanker. (Ariani, 2015 ; Limpens, 2018).

## **2.6 Konsep Kemoterapi**

### **2.6.1 Definisi Kemoterapi**

Kemoterapi merupakan teknik pemberian obat untuk membunuh sel kanker. Tidak seperti terapi radiasi dan pembedahan lokal, kemoterapi bersifat sistemik. Artinya, obat tersebut bisa menyebar ke seluruh tubuh dan mencapai sel kanker yang sudah menyebar luas atau sudah menyebar di tempat lain (Rasjidi, 2007).

### **2.6.2 Tujuan Penggunaan Kemoterapi**

- a. Terapi adjuvant: Kemoterapi yang diberikan sendiri atau dalam kombinasi dengan radiasi setelah operasi ditujukan untuk membunuh sel-sel metastatik.
- b. Terapi neoadjuvant: Kemoterapi praoperasi untuk mengurangi volume tumor, biasanya dalam kombinasi dengan terapi radiasi.
- c. Kemoterapi lini pertama: Digunakan sendiri untuk mengobati tumor yang tidak mungkin diobati, kemoterapi hanya digunakan untuk mengendalikan gejala.
- d. Kemoterapi induksi: digunakan sebagai yang pertama dari beberapa terapi lanjutan.
- e. Kemoterapi kombinasi: penggunaan dua atau lebih agen kemoterapi.

### **2.6.3 Cara Pemberian Kemoterapi**

#### **a. Peroral**

Chlorambucil dan etoposide (VP-16), beberapa jenis kemoterapi dikemas untuk pemberian oral.

#### **b. Injeksi Intramuskular**

Metode ini lebih efektif dan tidak boleh diberikan pada tempat yang sama dalam dua atau tiga dosis berturut-turut. Mereka yang dapat diberikan secara intramuskular termasuk bleomycin dan methotrexate

#### **c. Pemberian intravena**

Pemberian intravena dapat diberikan sebagai bolus lambat atau infus. Metode ini merupakan jenis kemoterapi yang paling umum dan banyak digunakan.

d. Pemberian intra-arteri

Metode pemberian ini jarang digunakan karena memerlukan peralatan yang banyak seperti peralatan radiasi diagnostik, mesin, dan filter, serta memerlukan keahlian khusus.

e. Pemberian Intraperitoneal

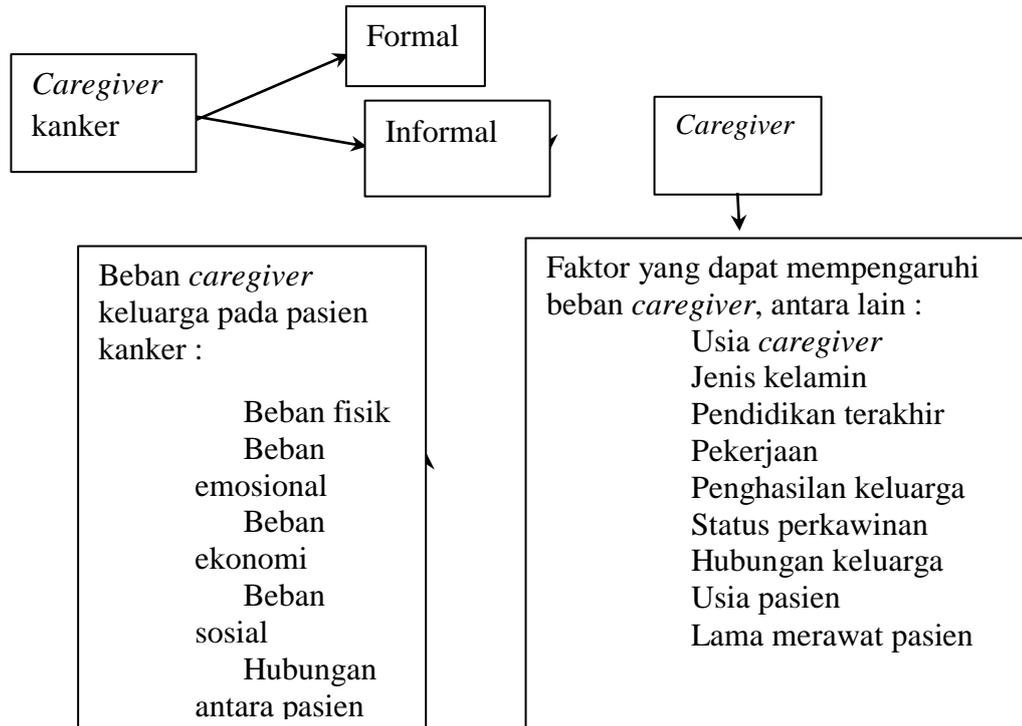
Metode ini jarang digunakan karena memerlukan penempatan anestesi dan membutuhkan instrumen khusus berupa kateter intraperitoneal dan integritas ruang operasi. Pemberian kemoterapi dengan cara ini diindikasikan dan diperlukan jika kanker ovarium memiliki sisa tumor minimal (Rasjidi, 2007).

#### 2.6.4 Cara Kerja Kemoterapi

Sel-sel normal berkembang sesuai dengan siklus pembelahan sel yang teratur. Beberapa sel membelah untuk membentuk sel baru, yang lain mati. Sel abnormal membelah dan tumbuh di luar kendali, akhirnya membentuk massa yang dikenal sebagai tumor. Siklus sel hanya dibagi menjadi lima tahap :

- a. Fase G<sub>0</sub> juga disebut fase istirahat. Dengan adanya sinyal pertumbuhan, sel-sel ini memasuki fase G<sub>1</sub>.
- b. Pada fase G<sub>1</sub>, pada fase ini sel-sel siap membelah. Ini dimediasi oleh beberapa protein penting untuk reproduksi. Fase ini berlangsung selama 18 hingga 30 jam.
- c. Fase S dikenal sebagai fase sintetik. Pada tahap ini, DNA sel disalin. Fase ini berlangsung selama 18 hingga 20 jam.
- d. Sintesis protein berlanjut pada fase G<sub>2</sub>. Fase ini berlangsung 2-10 jam.
- e. fase M. Sel dibelah menjadi dua sel baru. Fase ini berlangsung 30-60 menit.

## 2.7 Kerangka Teori



**Bagan 2.1** Kerangka Teori  
(Seng et al., 2010)

## **BAB III**

### **METODOLOGI PENELITIAN**

#### **3.1. Jenis dan Rancangan Penelitian**

Jenis penelitian ini menggunakan metode penelitian kuantitatif dengan desain deskriptif. Penelitian ini tidak terlalu berfokus kepada angka atau nilai dalam pengukuran variabelnya.

Adapun tujuan penelitian ini untuk melihat gambaran beban keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

#### **3.2. Populasi dan Sampel**

##### **3.2.1. Populasi**

Populasi adalah kumpulan data yang memiliki karakteristik yang sama dan menjadi subjek inferensi. Statistik inferensi didasarkan pada dua konsep dasar. Artinya, populasi sebagai data total baik bilangan real maupun imajiner, dan sampel sebagai bagian dari populasi. Inferensi ke populasi dari mana ia berasal (perkiraan/gambar).

Dalam penelitian ini populasi adalah keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu berjumlah 56 orang.

##### **3.2.2. Sampel**

Sampel adalah bagian dari jumlah dan karakteristik yang dimiliki oleh populasi tersebut. Pengambilan sampel dalam penelitian ini dilakukan dengan cara purposive sampling, yang merupakan teknik pengumpulan data dengan kriteria tertentu. Kriteria inklusi dalam penelitian ini adalah :

- a. *Caregiver* primer yang merupakan pasangan atau anak, atau orang tua kandung pasien dengan tingkat tanggung jawab tinggi mengenai perawatan dan melakukan tugas terbesar dari perawatan pasien
- b. Keluarga *caregiver* yang telah melakukan perawatan terhadap pasien minimal 6 bulan lamanya
- c. Bersedia menjadi responden

Kriteria eksklusi yang dapat ditetapkan adalah:

- a. *Caregiver* keluarga yang memiliki anggota keluarga dengan tumor jinak/benigna.

### 3.3. Ruang Lingkup Penelitian

#### 3.3.1. Tempat Penelitian

Penelitian ini akan dilakukan di Ruang Kemoterapi Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu. Pemilihan tempat penelitian ini merujuk pada ketersediaannya ruang pengobatan kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus yang merupakan rumah sakit rujukan Provinsi Bengkulu

#### 3.3.2. Waktu Penelitian

Pra Penelitian dilaksanakan pada bulan Februari 2022 dan penelitian akan dilaksanakan pada bulan Maret-April 2022.

### 3.4. Variabel Penelitian

Variabel penelitian adalah objek penelitian atau apa yang menjadi titik perhatian suatu penelitian (Rahmawati, 2020). Variabel dalam penelitian ini adalah beban keluarga *caregiver* selama perawatan paliatif pasien kanker yang menjalani kemoterapi.

### 3.5. Definisi Operasional

Definisi operasional adalah definisi yang didasarkan pada sifat-sifat hal yang didefinisikan dan yang dapat diamati.

Definisi operasional juga dapat diartikan sebagai yang memiliki arti tunggal dan dapat diterima secara objektif bilamana indikator variabel yang bersangkutan tersebut tampak. Definisi operasional dari variabel dalam penelitian ini jelaskan sebagai berikut :

**Tabel 3.1 Definisi Operasional Penelitian**

Variabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Alat Ukur	Hasil Ukur	Skala
Beban keluarga <i>caregiver</i>	Penilaian negatif dan perasaan tertekan yang dirasakan oleh pengasuh terbesar (pengasuh	Responden mengisi kuesioner yang diberikan dengan skala likert	Kuesioner <i>Zarit Burden Interview</i> (ZBI) yang terdiri dari 22 item pertanyaan Dengan	Dibagi menjadi 4 kategori: 1. sedikit atau tidak ada beban: 0- 20 2. beban ringan	Ordinal

utama) dengan tanggung jawab penuh meliputi tekanan fisik, tekanan mental, tekanan keuangan, tekanan sosial, dan hubungan pasien- keluarga.	skor: 0.Tidak pernah 1. Jarang 2.Kadang- kadang 3.Cukup sering 4.Hampir selalu	hingga sedang: 21-40 3. beban sedang hingga berat: 41- 60 4. Beban berat: 61-88
--	---	---

### 3.6. Jenis Data

Penelitian ini menggunakan dua jenis data yaitu data primer dan sekunder. Sumber data primer yaitu data yang dikumpulkan langsung oleh peneliti. Sedangkan sekunder melihat dari register perawat dan catatan rekam medis pasien. Adapun yang menjadi sumber data sekunder dalam penelitian ini adalah pasien berjumlah 56 orang *family caregiver* pasien yang menjalani kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu.

### 3.7. Teknik Pengumpulan Data

Teknik Pengumpulan atau karakteristik pada elemen populasi yang akan menunjang atau mendukung penelitian (Suryana, 2012). Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang dilakukan yaitu :

- a. Surat izin penelitian dari Program Studi Diploma III Keperawatan
- b. Surat izin penelitian dari Sekretariat Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu
- c. Melakukan uji laik etik
- d. Menjelaskan tujuan dan *informed consent* penelitian kepada responden Melakukan pemberian kuesioner, kuesioner ini diberikan kepada keluarga *caregiver* pasien kanker yang sedang menjalani kemoterapi, kuesioner *Zarit burden interview* terdiri dari 22 pertanyaan
- e. Melakukan pengumpulan data dengan cara kuesioner diambil kembali oleh peneliti kemudian data diolah untuk dimasukkan pada pembahasan.

### 3.8. Instrumen Penelitian

Instrumen penelitian merupakan peralatan untuk mengukur fenomena alam dan sosial yang diamati. Semua fenomena tersebut secara khusus disebut variabel penelitian. (Sugiyono, 2018).

Kuesioner yang digunakan peneliti terdiri dari dua kuesioner. Kuesioner pertama adalah mengumpulkan demografi responden seperti usia, jenis kelamin, pekerjaan, pendidikan, pendapatan, status pernikahan, hubungan keluarga, usia pasien, stadium kanker, lama perawatan pasien. Kuesioner kedua menggunakan kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI) versi Indonesia untuk melihat gambaran beban keluarga *caregiver* (Seng et al., 2010).

Kuesioner *Zarit Burden Interview* terdiri atas 22 pertanyaan (4 pertanyaan) tentang stres fisik dan kesehatan, stres mental atau mental (5 pertanyaan), stres keuangan (1 pertanyaan), stres sosial (5 pertanyaan) item), stres fisik atau kesehatan (4 pertanyaan), stres mental atau psikologis (5 pertanyaan), stres finansial (1 pertanyaan), stres sosial (1 pertanyaan) Fokus pada pasien dan keluarganya (7 pertanyaan).

Jawaban atas pertanyaan diberikan nilai skor 0 sampai 4, Jika 0 = tidak pernah, 1 = jarang, 2 = kadang-kadang, 3 = cukup sering dan 4 = hampir selalu. Hasil survei ini merupakan penjumlahan dari masing-masing skor yang dipilih dan dapat dibagi menjadi empat kategori. Jika skor 0 sampai 20 dikatakan hampir atau tidak ada beban, jika skor 21 sampai 40 dikatakan beban ringan sampai sedang, dan jika skor 41 sampai 60 dikatakan beban ringan sampai sedang. menjadi beban sedang hingga berat, dan itu adalah beban berat ketika skor 61-88.

Kuesioner *Zarit Burden Interview* (ZBI) dalam versi bahasa Indonesia telah diuji validitas dan reliabilitasnya oleh Rahmat LAE (2009) dan telah digunakan kembali dalam penelitian (Puspitasari, 2017) dan (Rizka et al., 2021). Validitas yang diperoleh adalah 75,7% (sensitivitas), dan kehadiran pengasuh tanpa beban perawatan jangka panjang terdeteksi sebesar 83,6% (spesifisitas), sehingga 22 item pertanyaan efektif dalam mengukur beban perawatan jangka panjang. Peneliti tidak menguji ulang keefektifan perangkat *Zarit Burden Interview* (ZBI).

### 3.9. Pengolahan Data

Data yang dikumpulkan dengan instrumen penelitian tetap berupa data mentah yang perlu diolah untuk digunakan dalam proses analisis selanjutnya. Proses pengolahan data terdiri dari beberapa tahap.:

#### 3.9.1 *Editing data*

Data yang terkumpul perlu diolah untuk memungkinkan pengolahan data lebih lanjut. Saat mengedit, penting untuk menjawab semua pertanyaan dengan lengkap, pastikan catatan Anda jelas dan mudah dibaca, dan cuplikan Anda telah diperbaiki.

#### 3.9.2 *Scoring*

Setelah dievaluasi, peneliti pertama-tama menilai beban *caregiver* dengan skor 0-4. Dimana 0 = tidak ada, 1 = jarang, 2 = kadang-kadang, 3 = cukup sering, 4 = hampir selalu. Hasil survei ini merupakan penjumlahan dari masing-masing skor yang dipilih dan dapat dibagi menjadi empat kategori. Skor 0 sampai 20 memberikan sedikit atau tidak ada beban, 21-40 memberikan beban ringan sampai sedang, skor 41-60 memberikan beban sedang sampai berat, dan mencapai skor 61-88 dari beban berat.

#### 3.9.3 *Tabulasi*

Agregat digunakan untuk mengisi tabel dan menyusun angka sehingga peneliti dapat menghitung jumlah kasus dalam berbagai kategori.

### 3.10. Analisa Data

Dalam penelitian ini, peneliti menggunakan analisis data deskriptif dengan menyajikan data dalam bentuk distribusi frekuensi. Analisis data deskriptif adalah analisis yang bertujuan untuk merangkum, memperjelas, dan menyajikan data sedemikian rupa sehingga mudah dipahami maksudnya. Dalam analisis ini, data yang diperoleh ditampilkan dalam bentuk tabel distribusi frekuensi.

Untuk menghitung data persentase yang masuk pada kategori tertentu di setiap aspek (Suryana, 2012) adalah sebagai berikut:

$$P = \frac{F_0}{N} \times 100\%$$

Keterangan :

$P$  : persentase jawaban

$F_0$  : jumlah skor yang muncul

$N$  : jumlah skor total/skor ideal.

## BAB IV

### HASIL DAN PEMBAHASAN

#### 4.1. Gambaran Umum

Penelitian ini dilaksanakan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu di ruang perawatan kemoterapi Ruangan Seruni. Waktu Penelitian dilaksanakan pada bulan Mei penelitian ini berlangsung dari 19 – 31 Mei 2022. Pada penelitian ini diperoleh sampel 36 responden. Sebagian besar responden adalah keluarga pasien yang menjalani kemoterapi rawat jalan. Penelitian dilakukan setiap hari, waktu yang dipilih sesuai kesepakatan dengan responden terlebih dahulu.

Penelitian dilakukan dengan mendatangi pasien di ruang perawatan kemoterapi Ruangan Seruni secara bergantian. Secara keseluruhan responden lebih banyak mengalami beban ringan hingga sedang dibandingkan dengan sedikit atau tidak ada beban, beban sedang hingga berat, dan beban berat.

#### 4.2. Hasil

##### 4.2.1. Karakteristik Responden

**Tabel 4.1 Distribusi Frekuensi Karakteristik Responden Berdasarkan Usia, Jenis Kelamin, Pendidikan, Pekerjaan, Penghasilan, Status Perkawinan, Usia Pasien, dan Lama Merawat Pasien**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Usia		
17 – 25	5	13,1
26 – 35	8	22,2
36 – 45	15	41,5
46 – 55	8	22,2
Jenis Kelamin		
Perempuan	16	44,4
Laki-laki	20	56,6
Pendidikan		
SD	4	11,1
SMP	4	11,1
SMA	23	63,8
S1	5	13,8
Status Perkawinan		
Menikah	30	66,6
Belum Menikah	6	33,4

Hubungan Dengan Pasien		
Suami	18	50,0
Istri	7	19,4
Anak	10	27,7
Ibu	1	2,7
Usia Pasien		
26 – 35	12	33,3
36 – 45	13	36,1
46 – 55	7	19,4
56 – 65	4	11,1
Lama Merawat Pasien		
6 – 12 Bulan	33	91,6
≥ 12 Bulan	3	8,4

Tabel 4.1 Hasil penelitian menunjukkan bahwa responden yang paling dominan adalah dewasa, berusia 36-45 tahun, 15 responden (41,6%), jenis kelamin responden, dan sebagian besar responden adalah laki-laki, atau 20 responden (56,6%), pendidikan terakhir responden terbanyak adalah SMA, 23 responden (63,8%), Dari segi profesi, sebagian besar responden bekerja sebagai petani, bahkan 10 responden (27,7%)., Mayoritas pendapatan berada pada kisaran  $\leq 2.200.000$  sebanyak 24 responden (66,6 %) atau di bawah upah minimum regional Bengkulu, status perkawinan didominasi pada responden yang berstatus sudah menikah sebanyak 30 responden (66,6%), usia pasien paling banyak berada pada usia dewasa awal sebanyak 13 pasien (36,1%) dewasa akhir 12 pasien (33,3%), lansia awal 7 pasien (19,4%), dan lansia akhir 4 pasien (11,1%), lama *caregiver* keluarga merawat pasien paling banyak adalah dalam rentang 6 – 12 bulan dengan 33 responden (91,6%) dan paling lama merawat pasien >12 bulan sebanyak 3 responden (8,4 %).

#### 4.2.2. Beban Keluarga *Caregiver*

**Tabel 4.2 Distribusi Frekuensi Beban Keluarga *Caregiver* Selama Perawatan Paliatif Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu**

Variabel	Frekuensi	Persentase (%)
Sedikit atau tidak ada beban	13 responden	36,1
Beban ringan hingga sedang	22 responden	61,1
Beban sedang hingga berat	1 responden	2,8
Beban berat	0 responden	0,0

Berdasarkan tabel 4.2 menunjukkan bahwa beban ringan hingga sedang paling banyak dirasakan responden sebanyak 22 responden (66,6 %), sedikit atau tidak ada beban dialami oleh 13 responden (36,1 %), beban sedang hingga berat 1 responden (2,8 %) dan beban berat tidak ditemukan (0,0 %)

### **4.3.Pembahasan**

#### **4.3.1. Karakteristik Responden**

Akibatnya, mayoritas responden adalah orang dewasa, antara usia 36-45 tahun 15 responden (41,6%). Usia ini cukup matang untuk membuat keputusan, berpikir rasional, mengendalikan emosi, dan menjadi semakin toleran terhadap orang lain. Usia ini juga dianggap matang secara emosional dengan pengalaman yang cukup untuk merawat kerabat yang sakit.

Frekuensi responden berdasarkan jenis kelamin yang terbanyak adalah jenis kelamin laki laki yaitu 20 responden (56,6%) dan responden berjenis kelamin perempuan berjumlah 16 responden (44,4%). Hal tersebut berkaitan hubungan dengan pasien yang terbanyak adalah suami dan sebagian besar jenis kanker yang diderita adalah kanker payudara yang dialami perempuan.

Pendidikan terakhir yang ditempuh responden paling banyak adalah SMA sebanyak 23 responden (63,8%). Hal ini diartikan bahwa responden memiliki tingkat pendidikan yang cukup mampu untuk melakukan tugas *caregiver primer* yang mana *caregiver primer* ini memiliki tanggung jawab tinggi mengenai perawatan dan melakukan tugas terbesar dari tugas-tugas pengasuhan. (Caqueno, 2018) ini menjelaskan bahwa orang yang berpengetahuan dapat mengidentifikasi masalah dengan lebih baik dan merawat pasien dengan sumber daya sosial dengan lebih baik. Namun, hasil penelitian ini tidak sesuai dengan penelitian (Ariska et al., 2020) yang meneliti hubungan antara pendidikan dan beban *caregiver*. Penelitian tersebut mengatakan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dan tingkat beban *caregiver*.

Dari segi pekerjaan paling banyak responden bekerja sebagai petani sebanyak 10 responden (27,7 %), disusul dengan wiraswasta sebanyak 9 responden (25,0 %), dan paling sedikit responden bekerja sebagai pedagang sebanyak 1 responden (2,7 %). Hal ini karena mayoritas responden tinggal di

pedesaan dataran tinggi maupun dataran rendah yang mayoritas penduduknya bekerja sebagai petani kopi, karet, dan sawit. Pada penelitian ini responden tetap dapat bekerja sekalipun tetap berperan sebagai keluarga *caregiver* hal tersebut bertentangan dengan hasil penelitian (Joanna, 2012) yang mengatakan bahwa beban berat akan terjadi pada *caregiver* yang merupakan pekerja karena *caregiver* harus menyeimbangkan antara pekerjaan dan kewajiban merawat pasien.

Hasil wawancara, jika *caregiver* tidak bekerja, akan menjadi beban keuangan yang besar tergantung pada biaya pengobatan. Selain itu, *family caregiver* yang tidak bekerja mengakui bahwa aktivitas perawatan pasiennya membosankan, berbeda dengan *caregiver* keluarga yang bekerja yang melakukan aktivitas lain bersama dengan perawatan pasien, sehingga mereka melakukan aktivitas transfer dengan perawatan pasien.

Mayoritas pendapatan berada pada kisaran  $\leq$ Rp2.200.000,- rupiah sebanyak 24 responden (66,6 %) atau di bawah upah minimum regional Bengkulu. Pendapatan berpengaruh terhadap beban *caregiver*. Hal ini ditunjukkan oleh *caregiver* dengan pendapatan dibawah  $\leq$ Rp2.200.000,- rupiah per bulan memiliki tingkat beban ringan hingga sedang sebanyak 22 responden 61,1%, hal tersebut dirasakan dalam biaya perawatan serta obat-obatan pasien sehingga keluarga merasakan beban ekonomi yang bertambah. (Ariska et al., 2020) melakukan penelitian untuk meneliti hubungan antara pendapatan dan beban *caregiver* pada demensia. Hasilnya, ditemukan bahwa pendapatan rendah sebesar dan beban berat pada pengasuh dengan sedikit perawatan merupakan faktor stres yang mempengaruhi perasaan stres dalam perawatan kerabat. Selain mengurus keluarga, mereka juga perlu menyelesaikan masalah keuangan dan mencari sumber pendanaan.

(Siregar, 2020) Pendapatan yang rendah menunjukkan masalah keuangan dalam perawatan karena harus menyelesaikan masalah keuangan selain merawat orang sakit. Lama pengobatan, keparahan penyakit, dan harga obat yang tinggi semuanya dapat membebani secara finansial bagi *caregiver*.

Hasil penelitian didapatkan bahwa keluarga *caregiver* lebih banyak berstatus sudah menikah sebanyak 30 responden (66,6%) dan hanya 6 responden (16,6%) *caregiver* yang belum menikah. *Caregiver* yang lebih penyayang

memiliki status pasangan mereka sendiri, yaitu mereka sudah menikah hal ini sesuai dengan pendapat (Rosanti, 2021) Jika bentuk dukungan adalah suatu bentuk informasi tentang suatu perilaku atau materi tertentu yang dapat mengarahkan individu untuk dicintai, diperhatikan, dan merasa dicintai, maka dukungan adalah orang yang paling dekat dengan pasien (Tamara, 2014). Hal ini dikarenakan pasien kanker payudara yang memiliki dukungan relatif terhadap keluarganya berada pada kategori baik dan patuh menjalani kemoterapi, sedangkan pasien kanker payudara yang memiliki dukungan relatif terhadap keluarganya dalam menjalani kemoterapi menunjukkan ketidakpatuhan..

Hasil penelitian ini usia pasien paling banyak berada pada usia dewasa awal sebanyak 13 pasien (36,1%) dewasa akhir 12 pasien (33,3%), lansia awal 7 pasien (19,4%), dan lansia akhir 4 pasien (11,1%). Penelitian menunjukkan bahwa usia pasien beragam mulai dari usia dewasa sampai lansia. Hal ini menunjukkan bahwa penyakit kanker dapat menyerang segala usia tanpa terkecuali.

Ini konsisten dengan penelitian yang menunjukkan bahwa pasien kanker yang lebih tua meningkatkan tantangan pengasuh dan, tentu saja, meningkatkan risiko stres berat pengasuh. Penuaan menyebabkan kemunduran psikologis dan meningkatkan kebutuhan untuk mengasuh anak (Patricia et al., 2019)

Lama *caregiver* keluarga merawat pasien paling banyak adalah 6 – 12 bulan dengan 33 responden (91,6%) dan paling lama merawat pasien >12 bulan sebanyak 3 responden (8,4%). Penelitian ini sependapat dengan penelitian yang dilakukan (Erwina et al., 2016) Hal ini menunjukkan bahwa semakin lama pasien sakit, semakin sedikit beban mental yang dimiliki keluarga. Hal ini karena *caregiver* mampu beradaptasi dengan tantangan yang mereka hadapi saat merawat keluarga penderita kanker. Keterampilan pengasuh berkembang saat *caregiver* memahami kondisi klien.

#### 4.3.2. Beban Keluarga *Caregiver*

Untuk beban keluarga *caregiver* diukur dengan 22 pertanyaan dan untuk kepentingan analisis maka dibuat total skor dan selanjutnya dikelompokkan menjadi 4 kelompok yaitu sedikit atau tidak ada beban, beban ringan hingga sedang, beban sedang hingga berat, dan beban berat. Pengelompokan dilakukan

berdasarkan hasil dari pernyataan yang dipilih oleh responden dengan nilai. Sebagian besar mengalami beban ringan hingga sedang 22 responden (61,6%).

Pada penelitian ini didapatkan hasil bahwa responden yang mengalami beban paling banyak yaitu beban ringan hingga sedang 22 responden (61,1%). Pada penelitian ini memperlihatkan bahwa tingkat beban keluarga *caregiver* banyak dijumpai pada beban ringan hingga sedang 22 responden (61,1%) sedangkan beban sedikit atau tidak ada beban 13 responden (36,1%), beban sedang hingga berat 1 responden (2,8%) dan tidak dijumpai pada beban berat pada responden.

Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Puspitasari, 2017) menunjukkan hasil yang sama dimana responden paling banyak mengalami beban ringan hingga sedang 17 responden (42,5%) kemudian sedikit atau tidak ada beban 15 responden (37,5%), beban sedang hingga berat 7 responden (17,5%) dan beban berat 1 responden (2,5%).

Hasil penelitian menunjukkan bahwa keluarga *caregiver* mengaku sangat rileks dalam melakukan perawatan terhadap pasien meskipun kadang dirundung rasa khawatir dan lelah dalam memberi perawatan. Hal tersebut jika dikaitkan dengan sosio kultural masyarakat Indonesia yang pada umumnya mewajarkan seorang keluarga (orang tua, anak, pasangan, saudara) untuk merawat anggota keluarga yang sedang sakit atau sesuai dengan ajaran kepercayaan keluarga *caregiver* yang menyatakan kemuliaan dalam merawat keluarga yang sakit.

Sejalan dengan penelitian *Wake Forest University School of Medicine* menunjukkan hubungan antara status emosional dan perkembangan kanker dalam tubuh. Semakin tertekan, stres, dan tertekan, semakin buruk kesehatannya. Tetapi semakin dia merasa bahagia dan bersemangat, semakin baik kesehatannya. Menurut psikologi, suasana hati yang bahagia dan menyenangkan dapat memiliki efek positif. Suasana hati pasien yang positif tentu mempengaruhi beban pengasuh. Berbeda dengan unit perawatan intensif rumah sakit, yang menyebabkan kebosanan dengan rutinitas yang monoton, hal ini secara alami dapat menyebabkan stres pada pasien dan pengasuh. Di sisi lain, pasien kanker, terutama pasien kanker masa kanak-kanak, tidak hanya membutuhkan

pengobatan, tetapi juga perlu terhubung dengan teman dan tumbuh. (Siska et al., 2014)

#### **4.4.Keterbatasan Penelitian**

Penelitian ini memiliki keterbatasan dalam proses pelaksanaannya, yaitu :

- a. Proses Laik Etik membutuhkan waktu yang lebih lama dibandingkan biasanya.
- b. Dalam kondisi perawatan kemoterapi tidak semua responden bersedia menjadi responden.
- c. Terdapat 7 orang responden yang tidak bersedia menjadi responden.
- d. Peneliti hanya dapat melakukan penelitian selama 15 hari karena keterbatasan waktu.

## **BAB V**

### **SIMPULAN DAN SARAN**

#### **4.1.Simpulan**

Berdasarkan hasil penelitian dan pembahasan di bab IV, serta setelah peneliti melakukan penelitian tentang “Beban Keluarga *Caregiver* Selama Perawatan Paliatif Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu”, dapat disimpulkan beban keluarga *caregiver* di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu cenderung mengalami beban ringan hingga sedang 22 responden (61,6%).

#### **4.2.Saran**

Berdasarkan hasil kesimpulan dari hasil penelitian yang telah dilakukan di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu, maka peneliti menyarankan beberapa hal sebagai berikut :

##### 4.2.1. Bagi Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam

Hasil Penelitian ini dapat menjadi bahan untuk menambah ilmu dan wawasan bagi peneliti lain yang memerlukan masukan berupa data atau pengembangan penelitian dengan judul yang sama demi kesempurnaan penelitian ini dan sebagai sumber informasi pada Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu.

##### 4.2.2. Bagi Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menjadi acuan untuk pihak Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu dalam pemenuhan kebutuhan tenaga kesehatan terutama pada peningkatan tenaga perawat kemoterapi melihat dari tingginya jam kerja dan meningkatnya angka kejadian kasus kanker dan kemoterapi.

##### 4.2.3. Bagi Peneliti Selanjutnya

Hasil penelitian diharapkan dapat memberikan informasi dan masukkan untuk melanjutkan pengembangan terhadap penelitian yang serupa.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adistie, F., Belinda, V., Lumbantobing, M., Nur, N., & Maryam, A. (2018). Kebutuhan Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Anak : Literature Review Nurses ' Need To Provide Palliative Nursing Care To Children : Literature Review. *Nursing Care & Biomolecular*, 3(2), 104–113.
- Ariska, Y. N., Handayani, P. A., & Hartati, E. (2020). Faktor yang Berhubungan dengan Beban Caregiver dalam Merawat Keluarga yang Mengalami Stroke. *Holistic Nursing and Health Science*, 3(1), 52–63.  
<https://doi.org/10.14710/hnhs.3.1.2020.52-63>
- BR.SIREGAR, W. F. (2020). Universitas Muhammadiyah Sumatera Utara. In *Perbedaan Karakteristik Pasien CHF (Chronic Heart Failure) pada Usia Dewasa dan Usia Lanjut serta Hubungannya dengan Kematian selama Perawatan: Vol. Volume 5*.
- Dhewi, R. R. K. (2017). Kebutuhan Caregiver Dalam Merawat Lansia Dengan Demensia Di Panti Werdha Kota Semarang. *Undergraduate Thesis, Faculty of Medicine*. <http://eprints.undip.ac.id/55104/>
- Dilworth-Anderson, P., Williams, S. W., & Cooper, T. (1999). Family caregiving to elderly African Americans: Caregiver types and structures. *Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences*, 54(4), 237–241. <https://doi.org/10.1093/geronb/54B.4.S237>
- Effendy, C., Kurianto, E., Rayu, A., Darmayanti, I., Noviana, U., & Nurjannah, I. (2022). *Palliative Care Education to Enhance Informal Caregivers ' Skills in Caring for Patients with Cancer : A Scoping Review*. 10, 69–75.
- Grant RN. (2013). Family Caregiver Burden, Skills Preparedness, and Quality of Life in Non-Small Cell Lung Cancer. *Oncology Nursing Forum*, 40(4), 337–346.
- Hesdaliya. (2017). No Title No Title. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Kemendes RI. (2017). Keluarga Sehat Wujudkan Indonesia Sehat. *Kementerian Kesehatan RI*, 6.  
[https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Warta-Kesmas-Edisi-03-2017\\_955.pdf](https://kesmas.kemkes.go.id/assets/uploads/contents/others/Warta-Kesmas-Edisi-03-2017_955.pdf)
- kemp, charles. (2010). *No Title* ( pamilih eko karyuni (ed.); 2nd ed.). perustakaan nasional: katalog dalam terbitan.
- KPAI. (2016). Mengenal Bullying. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 19–43.
- Kraushar, M. F. (2008). Informed consent. *Risk Prevention in Ophthalmology*,

65–75. [https://doi.org/10.1007/978-0-387-73341-8\\_7](https://doi.org/10.1007/978-0-387-73341-8_7)

Kusumaningrum, T., Pradanie, R., Yunitasari, E., & Kinanti, S. (2016). PERAN KELUARGA DAN KUALITAS HIDUP PASIEN KANKER SERVIKS ( The Role of Family and Quality of Life in Patients with Cervical Cancer )  
Tiyas Kusumaningrum \*, Retnayu Pradanie \*, Esti Yunitasari \*, Sih Kinanti  
\*\* \* Divisi Keperawatan Maternitas , Fakultas Kep. *Jurnal Ners*, Vol. 11  
No(Nci), 112–117.

Limpens, M. (2018). Kanker. *PodoPost*, 31(2), 5–5.  
<https://doi.org/10.1007/s12480-018-0030-x>

Liu, Z., Heffernan, C., & Tan, J. (2020). Caregiver burden: A concept analysis.  
*International Journal of Nursing Sciences*, 7(4), 438–445.  
<https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.07.012>

Medan, U., & Area, M. (2018). *Universitas medan universitas medan area area. 1.*

Nenobais, A., Yusuf, A., & Andayani, S. R. . (2020). Beban pengasuhan Caregiver keluarga klien dengan Skizofrenia di Rumah Sakit Jiwa Naimata Kupang. *Jurnal Penelitian Kesehatan “SUARA FORIKES” (Journal of Health Research “Forikes Voice”)*, 11(2), 183.  
<https://doi.org/10.33846/sf11218>

padila, padila. (2012). *No Title* (H. Haiki (ed.); cetakan I). nuha medika.

Patricia, H., Rahayuningrum, D. C., & Nofia, V. R. (2019). Hubungan Beban Keluarga Dengan Kemampuan Caregiver Dalam Merawat Klien Skizofrenia.  
*Jurnal Kesehatan Medika Sainatika*, 10(2), 45.  
<https://doi.org/10.30633/jkms.v10i2.449>

Prof. Dr. Suryana, Ms. (2012). Metodologi Penelitian : Metodologi Penelitian Model Praktis Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif. *Universitas Pendidikan Indonesia*, 1–243. <https://doi.org/10.1007/s13398-014-0173-7.2>

Publikasi, N., & Rosanti, R. (2021). *Literature review: dukungan keluarga terhadap motivasi pasien kanker payudara yang menjalani kemoterapi di indonesia.*

Puspita, E., & Rozi, F. (2020). Modul Pembelajaran Keperawatan Paliatif. *Buku Keperawatan*, 2–36.

Puspitasari, S. (2017). *GAMBARAN BEBAN CAREGIVER KELUARGA PADA Oleh : SANTI PUSPITASARI. 47–55.*

Rasjidi, I. (2007). *No Title* ( anggota IKAPI (ed.); 1st ed.). CV. Sagung Seto.

Rizka, Y., Erwin, E., Hasneli, Y., & Putriana, N. (2021). Beban Family Caregiver Dalam Merawat Pasien Kanker Stadium Lanjut. *Jurnal Ners Indonesia*, 12(1), 22. <https://doi.org/10.31258/jni.12.1.22-28>

- Santi Deliani Rahmawati, H. S. (2020). *No Title*. 3(2017), 54–67.  
<http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
- Shatri, H., Faisal, E., Putranto, R., & Sampurna, B. (2020). Advanced Directives pada Perawatan Paliatif Advanced Directives in Palliative Care. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(2), 125–132.
- Sinaga, M. D. (2018). Perilaku Caring Keluarga sebagai Caregiver dalam Memenuhi Kebutuhan Dasar Anak dengan Retardasi Mental SKRIPSI. *Skripsi*, 1–127.
- Sumarni, T. A. (2019). Viva Medika. *Jurnal Kesehatan*, 12(July), 50–63.
- Wahyuningsih, S., & Yogyakarta, L. C. (n.d.). *Cancer caregiver*.
- Werdani, Y. D. W. (2018). Pengaruh caregiving pada pasien kanker terhadap tingkat caregiver burden. *Jurnal Ners Dan Kebidanan (Journal of Ners and Midwifery)*, 5(3), 249–256. <https://doi.org/10.26699/jnk.v5i3.art.p249-256>
- Yanti. (2021). Jurnal Keperawatan & Kebidanan Jurnal Keperawatan & Kebidanan. *Jurnal Keperawatan*, 13(1), 213–226.

**L**

**A**

**M**

**P**

**I**

**R**

**A**

**N**

## PERNYATAAN PERSETUJUAN

Saya menyatakan bersedia berpartisipasi dalam pengambilan data atau sebagai responden pada penelitian yang dilakukan oleh Mahasiswa Program Studi Diploma III Keperawatan Fakultas Matematika dan Ilmu Pengetahuan Alam Universitas Bengkulu.

Judul Penelitian : Beban Keluarga *Caregiver* Selama Perawatan Paliatif Pasien Kanker Yang Menjalani Kemoterapi di Rumah Sakit Umum Daerah Dr M Yunus Bengkulu

Peneliti : Dwi Debby Indryanni

NPM : F0H019016

Saya percaya yang saya informasikan dijamin kerahasiaannya. Demikian saya bersedia berperan serta dalam penelitian ini secara sukarela dan tidak ada unsur paksaan dari pihak manapun.

Bengkulu, April 2022

Peneliti

Responden

Dwi Debby Indryanni

(.....)

NPM. F0H019016

## *CURRICULUM VITAE*



### **1. Data Pribadi**

Nama : Dwi Debby Indryanni  
Tempat dan Tanggal Lahir : Daspetah, 27 Juni 2001  
Jenis Kelamin : Perempuan  
Agama : Islam  
Status Pernikahan : Belum Menikah  
Warga Negara : Indonesia  
Alamat KTP : Desa Daspetah II  
Alamat Sekarang : Jalan Pramuka I  
Nomor Telepon : 081367397101  
e-mail : [dwidebby204@gmail.com](mailto:dwidebby204@gmail.com)

### **2. Pendidikan Formal**

No	Jenjang Pendidikan dan nama sekolah	Tempat	Jurusan	Lulus Tahun
1	Diploma tiga	Bengkulu	Keperawatan	2022
2	SMA N 1 Kepahiang	Kepahiang	IPA	2019
3	SMP N 1 Kepahiang	Kepahiang	-	2016

4	SD N 1 Ujan Mas	Kepahiang	-	2013
---	-----------------	-----------	---	------

### 3. Pendidikan Non Formal / Training – Seminar

No	Tahun	Nama Pelatihan/ Training/Magang	Lama pelatihan/magang	Tempat Instansi Penyelenggara
1	2021	BTCLS	4 hari	RSI Pondok Kopi

Saya menyatakan bahwa semua keterangan dalam Curriculum Vitae ini adalah benar dan apabila terdapat kesalahan, saya bersedia mempertanggungjawabkannya

Bengkulu, April 2022.

Yang menyatakan

Dwi Debby Indryanni

**KUESIONER PENELITIAN KELUARGA *CAREGIVER* SELAMA  
PERAWATAN PALIATIF PASIEN KANKER YANG MENJALANI  
KEMOTERAPI**

**A. KUESIONER DATA DEMOGRAFI RESPONDEN**

**Petunjuk :** isilah titik-titik atau berilah tanda (√) pada pertanyaan berikut.

**1. Data Responden**

Nama inisial : .....

Usia : ..... Jenis Kelamin : .....

Tempat, tanggal lahir : .....

No telpon : .....

Alamat asal : .....

Pendidikan :  SD       SMA       S1  
 SMP       S3       ≥S1

Pekerjaan :  Pegawai Negeri     Wiraswasta  
 Ibu Rumah Tangga       Pensiunan  
 Karyawan Swasta       Lainnya .....

Pendapatan Keluarga :  ≤ Rp 2.200.000     ≥ Rp 2.200.000

Status Pernikahan :  Menikah       Belum menikah  
 Bercerai       Lainnya .....

Lama merawat pasien : .....

Hubungan dengan pasien : .....

**2. Data pasien**

Nama inisial : .....

Umur Pasien : .....

Jenis kanker yang diderita : .....

Lama menjalani Kemoterapi : .....

**A. KUESIONER BEBAN CAREGIVER (ZARIT BURDEN INTERVIEW )**

**Petunjuk :** Silakan beri tanda ceklist (√) pada jawaban yang paling menggambarkan perasaan Anda

Pertanyaan	Tidak Pernah	Jarang	Kadang - kadang	Cukup Sering	Hampir Selalu
1. Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda (yang terkena kanker) meminta bantuan lebih dari yang dia butuhkan?					
2. Apakah Anda merasa waktu yang Anda habiskan bersama keluarga membuat Anda tidak punya cukup waktu untuk diri sendiri?					
3. Apakah Anda merasa stres merawat keluarga Anda, sementara Anda memiliki tanggung jawab lain terhadap keluarga?					
4. Apakah Anda merasa malu terhadap perilaku keluarga Anda?					
5. Apakah Anda merasa marah apabila berada disekitar keluarga Anda?					
6. Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda saat ini meregangkan hubungan Anda dengan anggota keluarga yang lain.					
7. Apakah Anda merasa					

takut akan masa depan keluarga Anda?					
8. Apakah Anda merasa keluarga Anda bergantung kepada Anda?					
9. Apakah Anda merasa tegang (tidak nyaman) ketika berada disekitar keluarga Anda?					
10. Apakah Anda merasa kesehatan Anda terganggu karena keterlibatan merawat Keluarga Anda?					
11. Apakah Anda merasa Anda tidak memiliki pencapaian yang Anda inginkan karena keluarga Anda?					
12. Apakah Anda merasa kehidupan sosial Anda terganggu karena mengurus Keluarga Anda?					
13. Apakah Anda merasa tidak nyaman memiliki teman karena keluarga Anda?					
14. Apakah Anda merasa bahwa keluarga Anda menginginkan Anda untuk mengurus dia ?					
15. Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak memiliki cukup uang untuk mengurus keluarga					

Anda?					
16. Apakah Anda merasa bahwa Anda tidak lagi mampu untuk mengurus keluarga Anda?					
17. Apakah Anda merasa bahwa Anda kehilangan kendali atas hidup Anda karena penyakit Keluarga Anda?					
18. Apakah Anda berharap dapat memberikan tanggung jawab perawatan keluarga Anda kepada orang lain?					
19. Apakah Anda merasa tidak yakin tentang apa yang harus Anda lakukan lagi terhadap keluarga Anda?					
20. Apakah Anda merasa bahwa Anda harus melakukan lebih banyak lagi untuk keluarga Anda dalam hal apapun?					
21. Apakah Anda merasa bahwa Anda bisa melakukan yang lebih baik lagi dalam merawat keluarga Anda?					
22. Secara keseluruhan, bagaimana perasaan Anda terhadap beban merawat keluarga Anda?					



