

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kanker merupakan penyebab utama kematian di seluruh dunia. Pada tahun 2020 jumlah kasus kanker diperkirakan mencapai 18,1 juta kasus dengan hampir 10 juta kematian atau 16,7% kematian global yang disebabkan oleh kanker (World Health Organization, 2022). Berdasarkan data Global Burden of Cancer Study (2021), jumlah kasus di Indonesia pada tahun 2020 tercatat sebanyak 396.914 kasus dengan angka kematian mencapai 234.511 kasus. Berdasarkan Data Pusat Observasi Global (Globocan) terdapat lebih dari 408.661 kasus baru dan hampir 242.099 kematian di Indonesia pada tahun 2022 dengan jumlah kematian tertinggi diakibatkan oleh kanker payudara, kanker leher rahim, kanker paru, kanker kolorektal, dan kanker hati. Banyaknya kasus kanker dan tingginya angka kematian menjadikan kanker sebagai salah satu penyakit yang sangat ditakuti dan menjadi penyakit penyebab kematian ketiga terbesar di Indonesia (Kemenkes, 2022). Kondisi ini menunjukkan bahwa kanker masih menjadi tantangan besar bagi sistem kesehatan Indonesia.

Data dari Riset Kesehatan Dasar menunjukkan bahwa prevalensi kanker mengalami peningkatan dari 1,4% pada tahun 2013 menjadi 1,79 pada tahun 2019. Di Indonesia, angka kejadian kanker terhitung 136,2/100.000 penduduk, urutan ke 8 di Asia Tenggara, urutan ke 23 di Asia (Kementrian Kesehatan RI, 2019). Data dari *Burden of Cancer* (2020) dilaporkan terdapat 348.809 kasus pasien kanker di Indonesia pada tahun 2018, kemudian pada tahun 2020 tercatat sebanyak 396.914 kasus kanker baru terdiagnosis. (*Internasional Agency for Research in Cancer*, 2021). Prevalensi di Sulawesi Selatan tercatat sebesar 1,59% dari total populasi sebanyak 33.693 jiwa (Riset Kesehatan Dasar, 2019). Berdasarkan data 10 penyakit teratas di Rumah Sakit Pendidikan Universitas Hasanuddin menunjukkan sebagian besar merupakan penyakit kanker. Jenis kanker dengan kasus terbanyak yaitu kanker payudara (705 kasus), kanker

leher rahim/*serviks* (552 kasus), leukimia limfoblastik akut (486 kasus), kanker nasofaring (323 kasus), kanker ovarium (320 kasus), dan kanker paru (268 kasus). Tingginya kasus kanker menunjukkan perlunya perhatian khusus terhadap pasien kanker termasuk perawatan paliatif.

Perawatan paliatif pada pasien kanker menjadi sangat penting karena tidak hanya berfokus pada upaya penyembuhan penyakit tetapi juga pada peningkatan kualitas hidup pasien. Pada pasien kanker terutama pada stadium lanjut sering kali mengalami berbagai gejala fisik seperti nyeri, sesak napas, mual, kelelahan, serta beban psikologi seperti kecemasan dan depresi (Kemenkes Kesehatan RI, 2021). Oleh karena itu, perawatan paliatif berperan membantu pasien dalam menghadapi kondisi terminal dengan lebih bermartabat dan nyaman sehingga kualitas hidup pasien tetap terjaga.

Pelayanan perawatan paliatif di Indonesia bukanlah hal yang baru sebab kebijakan mengenai perawatan paliatif telah diterbitkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia 812/Menkes/VII /2007 (Kemenkes, 2017). Kenyataannya di Indonesia, perkembangan perawatan paliatif di Indonesia masih berjalan lambat. Layanan perawatan paliatif hanya dapat dijangkau di beberapa kota besar yang memiliki fasilitas pengobatan kanker (Putranto, 2017). Ketersediaan layanan paliatif bagi pasien dengan penyakit kronis atau pasien dalam kondisi terminal di Indonesia masih belum merata sehingga menjadi masalah penting dalam sistem kesehatan nasional (Wilson et al., 2024).

Ketidakmerataan perawatan paliatif di Indonesia disebabkan oleh berbagai faktor seperti keterbatasan infrastruktur, minimnya tenaga kesehatan yang terlatih, serta hambatan geografis dan ekonomi. Jumlah tenaga medis yang memiliki keahlian dalam bidang paliatif di Indonesia masih sangat terbatas. Berdasarkan hasil wawancara kepada salah satu perawat di Rumah Sakit Umum Pusat Dr. Tadjuddin Chalid Makassar dan Rumah Sakit Ibnu Sina YW-UMI merupakan Rumah Sakit yang memberikan perawatan paliatif kepada pasien tetapi belum memiliki unit khusus perawatan paliatif.

Hal ini menunjukkan bahwa pelayanan paliatif masih mengalami kendala besar karena kurangnya tenaga yang terlatih dan fasilitas yang memadai. Kondisi tersebut menegaskan bahwa sangat penting dan mendesak untuk meningkatkan kemampuan tenaga kesehatan terutama perawat dalam memberikan layanan paliatif.

Perawat memiliki peran yang sangat signifikan dalam perawatan paliatif karena perawat yang menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien dibandingkan tenaga kesehatan lainnya sehingga perawat lebih memahami perkembangan kondisi terkini pasien. Pendidikan serta pelatihan khusus terkait pelayanan paliatif belum menjadi standar dalam kurikulum medis di banyak institusi pendidikan di Indonesia (Giarti, 2018) yang mengakibatkan sebagian besar tenaga kesehatan belum menguasai pengetahuan dan keterampilan yang diperlukan untuk memberikan layanan paliatif yang optimal. Kondisi ini menyebabkan kualitas pelayanan paliatif seringkali tidak maksimal terutama di fasilitas kesehatan yang memiliki keterbatasan sumber daya (Aisyah et al., 2020). Hal ini menunjukkan bahwa adanya perbedaan antara kemampuan yang dimiliki perawat dengan keterampilan nyata dilapangan.

Selain pengetahuan, sikap tenaga kesehatan juga merupakan faktor yang sangat penting. Kurangnya pemahaman atau kesadaran mengenai pentingnya perawatan paliatif disertai dengan sikap yang kurang simpatik dari tenaga medis sering kali menjadi hambatan dalam pemberian pelayanan yang optimal kepada pasien. Penelitian yang dilakukan oleh Indrawati et al., (2019) menunjukkan bahwa hambatan bagi tenaga kesehatan khususnya perawat, salah satunya adalah kurangnya pengetahuan perawat mengenai cara memberikan pelayanan paliatif yang optimal dan berkualitas. Menurut Donsu (2017) yaitu pemahaman yang baik tentang perawatan paliatif dapat memengaruhi sikap, perilaku, komunikasi, empati, serta keterampilan dalam mengatasi nyeri menjadi lebih efektif. Ghaffari et al., (2024) menegaskan bahwa perawat yang memiliki tingkat pengetahuan yang tinggi cenderung memiliki sikap lebih empatik dan profesional dalam merawat pasien kanker. Dalam penelitian yang dilakukan oleh

Ernawati Siagian dan Morri Perangin-angin pada tahun 2020 menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat masih dalam kategori rendah dan sikap perawat masih dalam kategori sedang.

Perilaku *caring* juga memiliki peranan penting dalam pemberian asuhan keperawatan paliatif. *Caring* merupakan inti dari praktik keperawatan yang menunjukkan perhatian, empati, dan kepedulian perawat terhadap pasien secara menyeluruh. Dalam konteks perawatan paliatif, perilaku *caring* tidak hanya berfokus pada tindakan fisik, tetapi juga mencakup dukungan emosional dan spiritual untuk membantu pasien menghadapi penderitaan akibat penyakitnya. Penelitian yang dilakukan oleh Sri Rahayu (2018) menyebutkan bahwa tidak ada hubungan antara pendidikan dengan perilaku *caring*. Sedangkan pengetahuan dan sikap perawat memiliki hubungan yang signifikan dengan perilaku *caring*. Perilaku *caring* yang baik dapat dipengaruhi oleh pengetahuan dan sikap perawat yang baik. Oleh karena itu, peningkatan aspek pengetahuan dan sikap diharapkan mampu memperkuat perilaku *caring* perawat dalam memberikan pelayanan paliatif yang humanis, empatik, dan berfokus pada kebutuhan pasien.

Berdasarkan hal tersebut, peneliti tertarik untuk meneliti tentang “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat dengan Persepsi Perilaku *Caring* mengenai Perawatan Paliatif terhadap Pasien Kanker”

B. Rumusan Masalah

Kanker merupakan salah satu penyakit kronik yang membutuhkan pendekatan holistik termasuk perawatan paliatif yang berfokus pada peningkatan kualitas pasien hidup. Perawat sebagai tenaga kesehatan yang berinteraksi secara langsung dengan pasien memiliki peran penting dalam memberikan perawatan paliatif yang optimal. Pengetahuan dan sikap yang dimiliki perawat akan memengaruhi persepsi perilaku *caring* yang ditunjukkan dalam praktik sehari-hari. Beberapa rumah sakit telah melaksanakan pelayanan perawatan paliatif meskipun tidak memiliki unit khusus

perawatan paliatif sehingga kualitas pelayanan sangat bergantung pada pengetahuan, sikap, dan persepsi perilaku *caring* perawat dalam menangani pasien kanker. Berdasarkan hal tersebut, maka rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Apakah terdapat hubungan antara pengetahuan dan sikap perawat tentang perawatan paliatif dengan persepsi perilaku *caring* terhadap perawatan paliatif terhadap pasien kanker?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui hubungan pengetahuan dan sikap perawat tentang perawatan paliatif dengan persepsi perilaku *caring* terhadap pasien kanker.

2. Tujuan Khusus

- a. Diketuainya gambaran karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, Pendidikan terakhir, lama bekerja, lama bekerja di unit terakhir, dan pengalaman pelatihan paliatif).
- b. Diketuainya tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif terhadap pasien kanker.
- c. Diketuainya sikap perawat tentang perawatan paliatif terhadap pasien kanker.
- d. Diketuainya persepsi perilaku *caring* perawat dalam memberikan perawatan paliatif terhadap pasien kanker.
- e. Diketuainya hubungan antara pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif dengan persepsi perilaku *caring* terhadap pasien kanker.
- f. Diketuainya hubungan antara sikap perawat tentang perawatan paliatif dengan persepsi perilaku *caring* terhadap pasien kanker.

D. Kesesuaian Penelitian dengan Roadmap Program Studi

Penelitian ini yang berjudul “Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Perawatan Paliatif dengan Persepsi Perilaku *Caring* terhadap Pasien Kanker” sesuai dengan roadmap program studi ilmu keperawatan terkhusus pada domain 3 yaitu peningkatan kualitas pelayanan kesehatan dan pendidikan keperawatan dan

keperawatan yang unggul dan inovatif karena penelitian ini fokus pada aspek pengetahuan dan sikap perawat dalam memberikan perawatan paliatif yang merupakan bagian dari upaya peningkatan mutu layanan keperawatan, khususnya bagi pasien dengan penyakit kronis dan terminal seperti kanker. Persepsi terhadap perilaku *caring* dalam penelitian ini dimaknai sebagai cara perawat memandang, memahami, dan menilai perilaku *caring* dalam praktik keperawatan. Persepsi tersebut mencerminkan bagaimana perawat menginterpretasikan nilai kepedulian, empati, dan dukungan holistik yang dibutuhkan pasien pada fase akhir kehidupannya.

E. Manfaat Penelitian

1. Manfaat Teoritis

Memberikan kontribusi terhadap pengembangan ilmu keperawatan, khususnya dalam bidang perawatan paliatif, dengan menambah literatur mengenai pengetahuan, sikap, dan perilaku *caring* perawat dalam memberikan asuhan perawatan paliatif.

2. Manfaat Bagi Institusi Pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan kontribusi dalam pengembangan materi ajar mengenai perawatan paliatif, khususnya bagi mahasiswa keperawatan.

3. Manfaat Bagi Pelayanan Kesehatan

Penelitian ini dapat menjadi dasar pertimbangan bagi rumah sakit atau fasilitas layanan kesehatan dalam meningkatkan kualitas pelayanan paliatif. Informasi yang diperoleh dapat membantu menyusun pelatihan atau program peningkatan kapasitas perawat dalam merawat pasien kanker secara empatik dan profesional.

4. Manfaat Bagi Peneliti

Penelitian ini memberikan pengalaman langsung bagi peneliti dalam mengkaji pengetahuan, sikap, dan perilaku *caring* perawat di lapangan. Selain itu, penelitian ini memperluas wawasan peneliti tentang pentingnya peran perawat dalam memberikan perawatan paliatif yang bermakna bagi pasien kanker.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Kanker

1. Definisi

Berdasarkan WHO (2022), kanker digolongkan sebagai penyakit yang dapat muncul dari berbagai organ atau jaringan tubuh. Penyakit ini ditandai oleh pertumbuhan sel abnormal yang berkembang secara tidak terkendali dan melampaui batas wajar, sering kali menyerang jaringan di sekitarnya atau menyebar ke organ lain.

Sementara itu, menurut National Cancer Institute (2021), kanker merupakan kondisi ketika beberapa sel dalam tubuh berkembang tanpa terkendali dan menyebar ke jaringan tubuh lainnya. Penyakit ini dapat berasal dari hampir seluruh bagian tubuh manusia, yang terdiri dari triliunan sel. Secara normal, sel-sel tubuh tumbuh dan berkembang untuk menggantikan sel yang mati atau rusak dengan sel baru sesuai kebutuhan tubuh.

a. Klasifikasi Kanker

Kemenkes (2023) mengklasifikasikan kanker ke dalam lima jenis utama sebagai berikut:

1. Karsinoma yaitu jenis kanker yang berasal dari kulit atau jaringan yang melapisi organ dalam tubuh.
2. Sarkoma yaitu kanker yang berasal dari jaringan seperti tulang, lemak, otot, tulang rawan, pembuluh darah, atau jaringan ikat lainnya.
3. Limfoma yaitu kanker yang bermula dari kelenjar getah bening atau jaringan sistem kekebalan tubuh. Adenoma sendiri berkembang dari jaringan seperti tiroid, adrenal, dan hipofisis.
4. Leukemia yaitu kanker yang timbul di jaringan pembentuk darah, seperti sumsum tulang, dan sering ditemukan dalam peredaran darah.

5. Glioma yaitu kanker yang menyerang jaringan saraf, termasuk sel-sel glia yang menjadi penunjang dalam sistem saraf pusat.

b. Stadium Kanker

Stadium kanker umumnya dikelompokkan menjadi dua kategori, yaitu stadium lokal dan stadium metastasis (yang sudah menyebar). Penentuan stadium ini dilakukan dengan sistem TNM, di mana:

- 1) T menunjukkan ukuran tumor
- 2) N menunjukkan penyebaran ke kelenjar getah bening
- 3) M menunjukkan ada atau tidaknya penyebaran jauh (metastasis).

Sistem ini dikembangkan oleh kolaborasi antara Badan Internasional untuk Penelitian Kanker dan Komite Gabungan Amerika untuk Kanker. Setelah tahap TNM ditentukan, kanker kemudian diklasifikasikan ke dalam stadium I hingga IV (Clarissa, 2024).

Menurut Kemenkes (2022), pengelompokan stadium kanker adalah sebagai berikut:

1. Stadium I: Tumor berukuran kecil dan baru terdeteksi, belum menyebar ke jaringan sekitar. Ini disebut sebagai stadium awal.
2. Stadium II: Kanker mulai menyebar ke kelenjar getah bening di sekitar atau jaringan di sekitar tumor, dengan ukuran tumor yang meningkat.
3. Stadium III: Penyebaran kanker telah mencapai kelenjar getah bening yang lebih jauh, dengan kemungkinan ukuran tumor yang juga membesar.
4. Stadium IV: Kanker telah menyebar atau metastatis ke jaringan atau organ lain di luar lokasi asalnya, sering kali disebut sebagai kanker stadium lanjut atau kanker yang sudah bermetastatis.

c. Etiologi Kanker

Penyebab kanker hingga kini belum sepenuhnya diketahui, namun sejumlah faktor risiko telah ditemukan, baik dari aspek lingkungan maupun genetik. Sel

spindle sarkoma merupakan salah satu jenis kanker pada jaringan ikat yang ditandai dengan adanya sel berbentuk gelendong ketika dilihat dengan mikroskop. Tumor ini umumnya berkembang pada bagian-bagian jaringan ikat, seperti di bawah kulit, di antara otot, atau di sekitar organ tubuh. Tumor tersebut sering kali mulai dari benjolan kecil yang mengalami pertumbuhan dan perkembangan.

Pada awalnya, benjolan tersebut mungkin tidak terdeteksi karena berada di jaringan dalam dan tidak selalu tumbuh melampaui batas kapsulnya. Pemeriksaan mikroskopis yang mendalam sering kali diperlukan untuk mendeteksi kanker pada tahap awal. Faktor genetik dan lingkungan dapat memengaruhi risiko seseorang terkena kanker. Riwayat keluarga juga menjadi faktor penting, karena keluarga dengan riwayat kanker memiliki risiko lebih tinggi dibandingkan keluarga tanpa riwayat tersebut.

Selain itu, faktor tambahan seperti kelainan kromosom dan kebiasaan merokok juga dapat meningkatkan risiko kanker, terutama pada paru-paru, mulut, laring, dan kandung kemih. Pola makan juga berperan, di mana konsumsi makanan tertentu dapat meningkatkan risiko kanker, khususnya pada sistem pencernaan. Hal ini menunjukkan bahwa adanya bahan kimia tertentu dalam makanan dapat berkontribusi pada perkembangan kanker yang merupakan salah satu pemicu terkena kanker. Selain itu, infeksi virus bisa mengakibatkan risiko kanker. (Clarissa, 2024).

d. Patofisiologi Kanker

Proses pembentukan kanker terjadi secara bertahap dan memakan waktu lama, melibatkan tiga fase utama: inisiasi, promosi, dan perkembangan. Pada fase inisiasi, terjadi perubahan permanen pada genom sel akibat kerusakan DNA, yang mengakibatkan mutasi gen. Sel-sel yang mengalami mutasi akan mengalami pertumbuhan yang lebih cepat dari pada pertumbuhan sel normal yang ada di sekitarnya, dan fase ini biasanya berlangsung dari satu hari hingga beberapa hari. Fase kedua, promosi, bisa berlangsung lebih dari sepuluh tahun. Pada fase ini, proses

berlangsung secara perlahan karena melibatkan kerusakan berkelanjutan pada materi genetik sel. Promosi dimulai dengan mekanisme epigenetik yang menyebabkan sel-sel yang rusak berkembang menjadi kondisi pra-kanker (pre-malignan). Fase terakhir, yaitu perkembangan, ditandai dengan ketidakstabilan genetik yang menyebabkan perubahan mutagenik dan epigenetik. Proses ini menghasilkan klon sel tumor baru yang terus-menerus membelah, bersifat ganas, menyerang jaringan sekitarnya, dan menyebar ke bagian tubuh lainnya. (Nurarif & Kusuma, 2020).

e. Manifestasi Klinis

Sel-sel kanker dapat berpindah dari satu organ ke organ lainnya dengan proses invasi dan metastasis. Gejala kanker bervariasi tergantung pada organ atau bagian tubuh yang terlibat. Kanker dapat menyebabkan berbagai gejala seperti anemia, anoreksia, penurunan berat badan, kesulitan menelan, kelemahan dan nyeri. Gejala-gejala ini muncul akibat kerusakan jaringan yang disebabkan oleh invasi sel kanker yang aktif atau tidak berfungsi dengan baik, seperti gangguan pada sumsum tulang yang menyebabkan anemia atau produksi steroid adrenal yang berlebihan. Selain itu, tekanan pada struktur di sekitar, peningkatan kebutuhan metabolik, dan gangguan produksi sel darah juga berperan dalam timbulnya gejala tersebut. (Clarissa, 2024).

f. Pemeriksaan Penunjang Kanker

Menurut Clarissa (2024), berbagai metode dapat digunakan untuk mendiagnosis kanker, antara lain:

- 1) Penanda Tumor: Pemeriksaan ini biasanya dilakukan dengan sampel darah untuk mendeteksi kanker. Contohnya termasuk Alfa-fetoprotein (AFP) yang diproduksi selama kehamilan, serta antigen karsinoembrionik (CEA) dan antigen kanker lainnya seperti Ca 72-4, Ca 19-9, dan Ca 12-5, yang membantu dalam diagnosis kanker dari berbagai organ.
- 2) Gonadotropin Korionik Manusia (HCG): Kadar HCG meningkat pada kondisi keganasan seperti mola hidatidosa dan koriokarsinoma testis.

- 3) Antigen Kanker 15-3 (Ca 15-3): Digunakan untuk identifikasi dan pemantauan kanker payudara.
- 4) Antigen Spesifik Prostat (PSA): Diperiksa untuk diagnosis kanker prostat.
- 5) Nolas Spesifik Neuron (NSE): Berguna untuk evaluasi kanker seperti karsinoma bronkus sel kecil dan neuroblastoma.
- 6) Antigen Karsinoma Sel Skuamosa (SCC): Ditemukan dalam jaringan karsinoma sel skuamosa, seperti di serviks uteri, dan kadarnya dapat meningkat pada keganasan di area seperti faring dan laring.
- 7) Patologi Anatomi: Melibatkan pemeriksaan morfologi tumor secara makroskopis dan mikroskopis dari sampel biopsi.
- 8) Ultrasonografi (USG): Menggunakan gelombang suara frekuensi tinggi untuk memeriksa tumor tambahan, seperti pada tumor testis.
- 9) Mamografi: Teknik sinar-X untuk memeriksa payudara, yang mampu mendeteksi kelainan kecil dengan akurasi hingga 90%.
- 10) Pemeriksaan Pencitraan: Mencakup berbagai teknik untuk mendukung diagnosis kanker dan menentukan stadium tumor.

g. Penatalaksanaan Kanker

Menurut Risnah (2020) pada penatalaksanaan pasien kanker, ada berbagai cara yaitu:

1) Pembedahan atau Operasi

Terapi pembedahan atau operasi merupakan pengobatan yang sangat awal dilakukan untuk penatalaksanaan kanker terutama kanker payudara. Prosedur operasi disesuaikan dengan tujuan, jumlah jaringan yang diangkat, bagian tubuh yang membutuhkan operasi, dan kehendak penderita kanker.

2) Radioterapi

Radioterapi menggambarkan proses penyinaran pada wilayah yang terkena kanker dengan mengenakan sinar X dan sinar gamma yang bertujuan guna membunuh sel kanker, mencegah kanker berkembang kembali, serta membatasi

perkembangan sel kanker. Tindakan ini mempunyai dampak berupa penderita merasa lemah, nafsu makan menurun, warna kulit disekitar payudara menjadi gelap, Hb dan leukosit cenderung menyusut akibat dari radiasi.

3) Kemoterapi

Kemoterapi merupakan proses pemberian obat-obatan anti kanker dalam wujud cairan maupun kapsul atau melalui infus yang bertujuan memusnahkan sel kanker. Kemoterapi diberikan secara bertahapan, umumnya dilakukan sebanyak 6 hingga 8 siklus dengan supaya memperoleh dampak yang diharapkan dengan efek samping yang masih bisa di terima. Kemoterapi adjuvant sering diberikan pasca operasi kepada pengidap yang memiliki tingkatan resiko resiko kekambuhan yang besar.

4) Terapi Hormonal

Pengobatan hormonal merupakan salah satu penyembuhan untuk tipe kanker payudara yang sensitif terhadap hormon. Pengobatan hormonal bisa diberikan pada kanker paling utama kanker payudara yang mempunyai hormonal positif. Pengobatan hormonal bisa diberikan sepanjang 5–10 bulan pada permasalahan kanker payudara dengan jenis luminal A (ER+, PR+, serta HER-). Hormon estrogen akan merangsang pertumbuhan sel-sel kanker payudara. Oleh karena itu, dokter mungkin hendak meresepkan obat guna memblokir akibat dari hormon estrogen demi menghentikan pertumbuhan sel kanker payudara namun pengobatan ini cuma efisien pada tumor dengan reseptor hormonal yang positif. Biasanya dilakukan dengan konsumsi tablet obat sampai 10 tahun.

h. Komplikasi Kanker

Menurut Kemenkes (2023) kanker dan pengobatannya dapat menimbulkan berbagai komplikasi, antara lain:

- 1) **Metastasis:** Penyebaran kanker ke bagian tubuh lainnya yang dapat membuat pengobatan lebih rumit dan memengaruhi prognosis, sering kali memerlukan terapi yang lebih intensif atau kombinasi beberapa jenis terapi.
- 2) **Efek Samping Pengobatan:** Terapi seperti kemoterapi dan radioterapi dapat menimbulkan efek samping seperti kelelahan, mual, kehilangan rambut, serta dampak pada organ tubuh lainnya, yang memerlukan penanganan tambahan untuk mengatasi masalah tersebut.
- 3) **Problem Pada Kekebalan Tubuh:** Baik kanker maupun proses penyembuhannya tersebut menimbulkan efek yang terjadi pada sistem kekebalan tubuh yang melemah, meningkatkan risiko infeksi, serta memperlambat proses pemulihan.
- 4) **Problem Pada Nutrisi:** Penyakit kanker dapat memengaruhi saluran pencernaan yang mengakibatkan nafsu makan hilang, mengalami kesulitan dalam menelan, dan juga malnutrisi, yang dapat memperburuk kesehatan secara keseluruhan dan memengaruhi efektivitas terapi.
- 5) **Efek Pada Emosional:** Diagnosis pada kanker serta pengobatannya sering kali membawa efek pada diri yaitu stres, merasa cemas, dan juga depresi. Yang mana hal tersebut memerlukan dukungan psikologis dan konseling.
- 6) **Sindrom Kelelahan:** Kelelahan yang parah yang sering dialami oleh pasien kanker dapat berdampak signifikan pada kualitas hidup, memerlukan manajemen khusus untuk membantu pasien tetap aktif.
- 7) **Komplikasi Pada Hematologis:** Beberapa jenis kanker beserta pengobatannya mengakibatkan produksi sel darah di sumsum tulang, menyebabkan anemia dan masalah pendarahan yang mungkin memerlukan transfusi darah atau terapi tambahan.

B. Tinjauan Perawatan Paliatif

1. Pengertian

Pengertian dan arti kata ungkapan "palliative" berasal dari bahasa latin yaitu "pallium" yang artinya adalah menutupi atau menyembunyikan. Perawatan Paliatif ditujukan untuk menutupi atau menyembunyikan keluhan pasien dan memberikan kenyamanan ketika tujuan penatalaksanaan tidak mungkin disembuhkan (Muckaden, 2011).

Perawatan paliatif adalah sistem perawatan terpadu yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan orang lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosis ditegakkan sampai akhir hayat dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan/berduka (Nendra et al., 2011), serta bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa (Kemenkes RI, 2007).

2. Prinsip Dasar Perawatan Paliatif

Prinsip dasar perawatan paliatif sangat penting dalam memberikan perawatan paliatif. Adapun prinsip dasar perawatan paliatif menurut Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care (2000) dalam Ningsih (2011):

- a. Menghormati serta menghargai pasien dan keluarganya
- b. Kesempatan atau hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang pantas
- c. Mendukung pemberi perawatan (*caregiver*)
- d. Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif (Ningsih, 2011).

3. Tujuan

Tujuan akhir dari perawatan paliatif adalah mencegah dan mengurangi penderitaan serta memberikan bantuan untuk memperoleh kualitas kehidupan

terbaik bagi pasien dan keluarga mereka tanpa memperhatikan stadium penyakit atau kebutuhan terapi lainnya, dengan demikian perawatan paliatif dapat diberikan secara bersamaan dengan perawatan yang memperpanjang/mempertahankan kehidupan atau sebagai fokus keperawatan (Campbell, 2009).

Penilaian klinis pada pasien yang berbaring, terfokus untuk menentukan kebutuhan baik fisik, sosial, ataupun spiritual dan merencanakan kebutuhan klien dengan keluarga untuk mengatasi masalah yang teridentifikasi. Tujuan dari perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, yang secara rinci tujuan utamanya adalah (Nendra et al., 2011):

- a. Meningkatkan kapasitas keluarga untuk memberikan perawatan paliatif.
- b. Mendukung peningkatan akses ke perawatan paliatif dalam perawatan, dukungan, dan layanan pengobatan yang ada.
- c. Mengajukan untuk perawatan paliatif yang berkelanjutan dan holistik.
- d. Meningkatkan akses terhadap obat-obatan dan komoditas penting dalam perawatan paliatif.
- e. Meningkatkan kualitas pelayanan perawatan paliatif

Sedangkan menurut Hudson & Bruce Aspek (2003) spiritual merupakan tujuan dari pelayanan perawatan paliatif yang bertujuan untuk membuat seseorang menjadi lebih tenang, berfikir positif senantiasa mengkreasikan hidup sejahtera. Beberapa tahun terakhir, telah terjadi peningkatan dramatis dalam agama dan keyakinan spiritual sebagai sumber kekuatan dan dukungan dalam penyakit fisik yang serius professional kesehatan memberikan perawatan medis dalam memenuhi kebutuhan spiritual dan keagamaan (Woodruff, 2004). Menurut Hudson dan Bruce (2003) spiritual dijadikan sebuah komponen penting dalam melaksanakan perawatan paliatif.

Spiritual menjadi hal yang paling penting bagi sebagian orang bahkan lebih dari interaksi sosial. Pada bagian ini perawat dan ahli spiritual yang mempunyai

minat dalam keperawatan, dua profesi yang berbeda yang saling berkolaborasi sehingga menghasilkan sifat perawatan yang berfokus pada akhir kehidupan seseorang (Hudson dan Bruce, 2003).

Persoalan spiritual menjadi jelas melalui suatu situasi tertentu tergantung dari pengalaman masa lalu dan kepercayaan masing-masing (Hudson dan Bruce, 2003), menurut Potter & Perry (2005) banyak orang yang mengalami pertumbuhan spiritual ketika memasuki hubungan yang langgeng, penerimaan tentang diri yang didasarkan hubungan yang langgeng dengan yang maha agung. Penyakit dan kehilangan dapat mengancam dan menentang proses perkembangan spiritual.

Suatu pengkajian spiritual dimaksudkan untuk menilai apa yang menjadi kebutuhan pasien, dan kesadaran terhadap spiritual sering meningkat pada saat pasien belajar mengenai penyakit terminal. Salah satu alat untuk mengkaji spiritual memakai singkatan FICA (*Faith* (keyakinan) *Important* (makna atau pengaruh) *Community* (komunikasi) *Address* (aplikasi)) (Puchalski, 1999 dalam Campbell, 2009). Selain spiritual ada juga aspek hubungan dengan lingkungan yang ada di sekitar mencakup:

a. Hubungan dengan pasien dan perawat

Saat ini di Rumah Sakit, pasien sering menemui kesulitan untuk memiliki perawat primer karena jadwal yang berubah-ubah. Pasien dengan penyakit terminal menghargai hubungan dengan klinisi, namun berbeda dengan beberapa perawat yang justru menghindari pasien dengan penyakit terminal karena takut untuk mengatakan atau melakukan hal yang salah (Campbell, 2009).

b. Hubungan sosial

Bagi pasien-pasien yang mendekati akhir kehidupan, hubungan menjadi salah satu hal yang lebih penting. Bagi beberapa orang, ada suatu kebutuhan untuk

menyambung kembali hubungan yang renggang, meminta atau memberi maaf, atau memulihkan hubungan (Campbell, 2009).

c. Peran keluarga

Ketika pasien sudah mendekati kematian, satu atau lebih anggota keluarga dapat berada di sisi pasien terus menerus, hal ini kadang-kadang disebut dengan "berjaga-jaga dengan kematian" (Campbell, 2009).

Selain hal tersebut, aspek komunikasi menjadi hal yang penting dalam menghadapi pasien terminal (Hudson dan Bruce, 2003). Kemahiran berkomunikasi dalam perawatan paliatif sangat penting, yaitu bagaimana cara menyampaikan berita buruk (*breaking bad news*) mengenai vonis mendekatnya kematian bagi penderita dan berikutnya kepada keluarga yang hampir pasti dalam keadaan emosional menjadi sangat penting. Kemahiran berkomunikasi tidak hanya antar anggota tim saja tetapi juga non medis misalnya ulama ataupun notaris dalam menuliskan surat wasiat (Mahajudin, 2008).

Komponen berkomunikasi dengan pasien paliatif ada lima konteks diantaranya, pengaturan ruang, bahasa tubuh, kontak mata, sentuhan, memulai pembicaraan (Emanuel dan Librach, 2007). Komunikasi dibagi menjadi dua bagian komunikasi verbal dan non-verbal (Lestari, 2010).

a. Komunikasi verbal

Hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi verbal (Leddy, 1998 dalam Lestari, 2010)

1) Masalah tehnik

Seberapa akurat komunikasi tersebut dapat mengirimkan symbol dari komunikasi.

2) Masalah semantic

Seberapa tepat symbol dalam mengirimkan pesan yang dimaksud

3) Masalah pengaruh

Seberapa efektif arti yang diterima mempengaruhi tingkah laku Menurut Ellis dan Nowlis, 1994 dalam Lestari, 2010 hal yang diperhatikan dalam komunikasi verbal:

- a) Penggunaan bahasa: kejelasan, keringkasan, dan sederhana
- b) Kecepatan
- c) Voice tone: menunjukkan gaya dari ekspresi yang digunakan dalam bicara dan dapat merubah arti dari kata.

b. Komunikasi nonverbal

Komunikasi nonverbal merupakan komunikasi yang tidak melibatkan bicara dan tulisan. Sebesar 90% dari arti komunikasi nonverbal (Hunsaker, 1995 dalam lestari, 2010). Adapun tujuan dari komunikasi nonverbal (Stuart and Sundeen, 1995 dalam Lestari, 2010) adalah:

- 1) Mengekspresikan emosi.
- 2) Mengekspresikan tingkah laku interpersonal.
- 3) Membangun, mengembangkan dan memelihara interaksi sosial.
- 4) Menunjukkan diri terlibat dalam ritual.
- 5) Mendukung komunikasi verbal.

Komunikasi nonverbal terdiri dari: *kinesics*, *paralanguage*, *proxemics*, sentuhan, *cultural artifact*, gaya berjalan, penampilan fisik umum.

a) *Kinesics*

Ekspresi muka, gesture (gerak, isyarat, sikap), gerakan tubuh dan posture, gerak mata atau kontak mata.

b) *Paralanguage*

Kualitas suara: irama, volume, kejernihan

Vocal tanpa suara: suara tanpa adanya struktur linguistic, misalnya sedu sedan, tertawa, mendengkur, mengerang, merintih, hembusan nafas, nafas panjang.

c) *Proxemics*

- (1) Jarak intim (sampai dengan 18 inchi)
- (2) Jarak personal (18 inchi 4 kaki) untuk seseorang yang dikenal
- (3) Jarak sosial (4 kaki 12 kaki) untuk interaksi mengenai suatu urusan tetapi bukan orang khusus/tertentu.
- (4) Jarak publik (lebih dari 12 kaki) untuk pembicaraan formal.

d) Sentuhan

Sentuhan penting dilakukan pada situasi emosional, Sentuhan dapat menunjukkan arti "saya peduli."

e) *Cultural artifact*

Hal-hal yang ada dalam interaksi seseorang dengan orang lain yang mungkin bertindak sebagai rangsang nonverbal misalnya: baju, kosmetik, parfum/bau badan, perhiasan, kacamata dan lain-lain.

f) Gaya berjalan

Beberapa gaya berjalan menunjukkan pesan tertentu, antara lain cara berjalan yang bersemangat dan gembira akan menunjukkan seseorang tersebut dalam keadaan sehat.

g) Penampilan fisik umum

Kulit kering, berkerut akan mengkomunikasikan pada kita bahwa orang tersebut sedang mengalami kekurangan cairan/dehidrasi, pola nafas cepat menunjukkan seseorang sedang merasa cemas.

4. Tim dan Tempat Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif pendekatannya melibatkan berbagai disiplin yang meliputi pekerja sosial, ahli agama, perawat, dokter (dokter ahli atau dokter umum) dalam merawat pasien dengan kondisi terminal dengan membantu keluarga yang berfokus pada perawatan yang kompleks meliputi masalah fisik, emosional, sosial dan spiritual (Hockenberry & Wilson, 2005). Seluruh anggota tim perawatan paliatif

harus memenuhi kriteria dan kesadaran akan tugas dan tanggungjawabnya (Craig, 2007)

Anggota tim lain adalah psikologis dan fisioterapi. Masing- masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi penderita, dan penyusunan tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatannya. Anggota tim perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi sesuai dengan keahliannya (Djauzi., et all, 2003).

Menurut Muckaden (2011) dalam perawatan paliatif harus dimulai saat didiagnosa dan diberikan selama mengalami sakit dan dukungan untuk berduka. Pasien bisa memilih dimana dia akan di rawat diantaranya adalah:

a. Rumah Sakit

Tim perawatan paliatif merupakan kolaborasi antara interdisiplin (antar keilmuan) dan biasanya mencakup seseorang dokter dan atau perawat senior bersama dengan satu atau lebih pekerja sosial dan pendeta (pemuka agama). Sebagai tambahan, tim tersebut dibantu teman sejawat dari gizi dan rehabilitasi, seperti fisioterapis atau petugas terapi okupasi dan terapis pernapasan. Konsultasi awal biasanya dilakukan oleh seseorang dokter atau perawat yang berhubungan dengan kebutuhan pasien dan keluarganya serta membuat rekomendasi ke dokter utama si pasien. Terkadang, konsultan perawatan paliatif dilibatkan untuk membantu komunikasi antara keluarga dalam mencapai tujuan pengobatan.

b. *Hospice*

Hospice merupakan tempat dimana pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di rumah sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-

gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri (Kemenkes RI, 2007).

Perawatan *hospice* bagi pasien yang sakit atau dalam keadaan terminal memiliki filosofi yang sama dengan perawatan paliatif bagaimanapun "semua perawatan *hospice* adalah perawatan paliatif namun tidak semua perawatan paliatif merupakan perawatan *hospice*" (Morris et al., 2006 dalam Campbell, 2009). Perawatan paliatif sebaiknya ditawarkan kepada pasien yang membutuhkan beberapa pelayanan, tetapi perawatan *hospice* diatur dan seseorang pasien harus memiliki setidaknya memiliki harapan hidup paling sedikit setidaknya enam bulan untuk mendapatkan perawatan *hospice*.

c. Rumah

Pada perawatan di rumah, maka peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga, dan keluarga atau orang tua sebagai *care giver* diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang mungkin dilakukan oleh keluarga (Muckaden, 2011).

5. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif

Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan kultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama masa dukacita. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah (Kemenkes RI, 2007).

C. Tinjauan Perawat

1. Definisi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 Pasal 1, perawat diartikan sebagai individu yang

telah menuntaskan pendidikan keperawatan baik di dalam negeri maupun luar negeri, sesuai ketentuan perundang-undangan (Permenkes, 2010). Sementara itu, menurut Ketentuan Umum Pasal 1 Ayat 1 Undang-Undang Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan, dijelaskan bahwa “perawat merupakan seseorang yang lulus pendidikan tinggi keperawatan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri, dan telah mendapatkan pengakuan dari pemerintah sesuai dengan regulasi yang berlaku” (UU, 2014). Dengan demikian, perawat ialah seseorang yang menyelesaikan pendidikan keperawatan serta memiliki kemampuan dan kewenangan untuk memberikan pelayanan keperawatan sesuai dengan bidang ilmu yang dikuasai. Mereka juga dituntut memenuhi kebutuhan pasien, termasuk aspek biologis, psikologis, sosial, dan spiritual (Wirentanus, 2019).

2. Peran Perawat

Peran merujuk pada perilaku yang diharapkan masyarakat terhadap seseorang sesuai dengan posisi dalam sistem sosial. Peran tersebut dipengaruhi oleh kondisi sosial baik dari dalam maupun luar yang bersifat stabil (Dermawan, 2012).

Sebagai bagian dari tenaga kesehatan profesional, perawat menjalankan peran sebagai pemberi asuhan, pendidik, advokat klien, konselor, agen perubahan, pemimpin, manajer, manajer kasus, peneliti, serta pengembang praktik keperawatan (Pasthikarini et al., 2018).

Mengacu pada Permenkes Nomor 26 Tahun 2019 Pasal 16, disebutkan bahwa dalam pelaksanaan praktik keperawatan, perawat memiliki tanggung jawab sebagai:

- a. Pemberi Asuhan Keperawatan
- b. Penyuluh sekaligus konselor bagi klien
- c. Pengelola Pelayanan Keperawatan
- d. Peneliti Keperawatan
- e. Pelaksana tugas berdasarkan pelimpahan kewenangan

- f. Pelaksana tugas dalam kondisi keterbatasan tertentu

3. Peran Perawat sebagai Pemberi Asuhan Keperawatan

a. Pengkajian

Perawat melakukan pengumpulan, verifikasi, analisis, dan komunikasi data mengenai klien untuk menentukan kebutuhan kesehatan, masalah, serta respons pasien. Informasi ini menjadi dasar pengembangan diagnosis dan rencana asuhan keperawatan yang akan dievaluasi sesuai kebutuhan klien selama masa perawatan (Palopadang & Hidayah, 2019).

b. Perumusan Diagnosis

Perawat menganalisis data pengkajian untuk menetapkan diagnosis keperawatan. Diagnosis ini berfungsi sebagai acuan asuhan keperawatan, sarana komunikasi antarperawat, serta upaya meningkatkan mutu layanan. Penyusunan diagnosis menggunakan standar yang telah ditetapkan, meliputi masalah (*problem*), penyebab (*etiology*), serta data pendukung (*sign and symptom*), disingkat PES (Palopadang & Hidayah, 2019).

c. Perencanaan Keperawatan

Perawat menyusun rencana tindakan untuk mengatasi masalah dan meningkatkan kesehatan pasien. Proses perencanaan mencakup penentuan prioritas, tujuan, dan langkah intervensi. Tujuan dirumuskan dengan prinsip SMART (*Specific, Measurable, Achievable, Reliable, Time*). Kolaborasi dengan klien dilakukan dalam penyusunan rencana agar sesuai kebutuhan individu (Palopadang & Hidayah, 2019).

d. Implementasi Keperawatan

Perawat melaksanakan intervensi yang telah direncanakan, berkolaborasi dengan klien dan tenaga kesehatan lain, serta mengoordinasi layanan. Mereka juga bertindak sebagai advokat bagi klien, memberikan edukasi kesehatan, serta

melakukan supervisi pada tenaga keperawatan lain (Palopadang & Hidayah, 2019).

e. Evaluasi Keperawatan

Evaluasi dilakukan menggunakan format SOAP (*Subjective, Objective, Assessment, Plan*). Tahap ini menilai hasil asuhan, efektivitas intervensi, serta kualitas pelayanan secara keseluruhan. Evaluasi bertujuan menentukan kelanjutan, modifikasi, atau penghentian rencana asuhan. Proses evaluasi dilakukan berkesinambungan dengan mengandalkan pengetahuan, intuisi, dan kepekaan perawat (Palopadang & Hidayah, 2019).

4. Pengetahuan, Sikap dan Persepsi

Benyamin Bloom mengelompokkan perilaku manusia ke dalam tiga ranah utama yang berkaitan dengan tujuan pendidikan, yaitu ranah kognitif, afektif, dan psikomotor. Seiring perkembangannya, teori Bloom ini kemudian dimodifikasi untuk menilai hasil pendidikan kesehatan yang meliputi pengetahuan, sikap, dan tindakan (praktik).

Pengetahuan merupakan hasil dari proses seseorang mengenali suatu objek melalui pengindraan. Pengetahuan memiliki beberapa tingkatan yaitu:

a. Tahu

Tahap ini berarti seseorang mampu mengingat kembali informasi yang telah diperoleh sebelumnya setelah melakukan pengamatan terhadap suatu objek. Tingkat ini merupakan tingkat pengetahuan paling dasar.

b. Memahami

Pada tahap ini seseorang mampu menjelaskan dengan benar tentang objek yang diketahui serta menafsirkan materi tersebut secara tepat.

c. Aplikasi

Aplikasi menggambarkan kemampuan menggunakan materi yang telah dipelajari pada situasi nyata, seperti menerapkan hukum, rumus, metode, atau prinsip tertentu.

d. Analisis

Analisis merupakan kemampuan untuk menguraikan atau memisahkan suatu masalah menjadi bagian-bagian serta menemukan hubungan antar komponen tersebut. Ciri seseorang telah mencapai tahap ini adalah kemampuannya dalam membedakan, mengelompokkan, atau menggambarkan suatu objek.

e. Sintesis

Sintesis menunjukkan kemampuan untuk menyusun atau menggabungkan berbagai bagian menjadi suatu bentuk baru secara utuh. Secara sederhana, ini adalah kemampuan untuk merumuskan hal baru dari konsep-konsep yang telah ada.

f. Evaluasi

Evaluasi menggambarkan kemampuan menilai suatu objek berdasarkan kriteria tertentu, baik yang dibuat sendiri maupun yang sudah ditetapkan sebelumnya.

Sikap merupakan bentuk reaksi atau respons yang bersifat tertutup dari seseorang terhadap suatu stimulus atau objek. Menurut Newcomb, sikap merupakan kesiapan atau kesediaan untuk bertindak, namun bukan tindakan nyata dari suatu motif tertentu. Dengan demikian, sikap bersifat tertutup dan merupakan kecenderungan perilaku seseorang terhadap suatu stimulus. Sikap terdiri dari beberapa tingkatan yaitu:

a. Menerima

Tahap ini menunjukkan bahwa individu bersedia memperhatikan stimulus yang diberikan.

b. Menanggapi

Seseorang pada tahap ini menunjukkan reaksi atau jawaban terhadap objek yang dihadapkan kepadanya.

c. Menghargai

Tahap ini menunjukkan bahwa seseorang memberikan nilai positif terhadap suatu objek, misalnya dengan melakukan atau membahas suatu masalah.

d. Bertanggung jawab

Pada tingkat ini, individu berani mengambil risiko atas tindakan atau pendapatnya meskipun mendapat tanggapan negatif dari orang lain.

Persepsi merupakan suatu proses yang melibatkan pengorganisasian, pengenalan, serta penafsiran terhadap informasi yang diterima melalui sistem sensorik, sehingga individu mampu memahami dan memberikan makna terhadap lingkungan sekitarnya. Proses persepsi bersifat individual, dimana setiap orang dapat menafsirkan situasi yang sama dengan cara yang berbeda. Persepsi juga melibatkan rangsangan yang diteruskan melalui sistem saraf, yang berasal dari stimulasi fisik maupun kimiawi pada sistem sensorik (Schacter, 2011).

Menurut Schacter (2014), persepsi dibedakan menjadi dua jenis, yaitu:

a. Persepsi Positif

Persepsi positif merupakan persepsi yang mencerminkan pengetahuan dan tanggapan individu yang disertai dengan kecenderungan untuk memanfaatkan atau mengaplikasikannya secara konstruktif terhadap objek yang dipersepsikan.

b. Persepsi Negatif

Persepsi negatif merupakan persepsi yang menunjukkan adanya pengetahuan dan tanggapan individu yang tidak sesuai atau tidak selaras dengan objek yang dipersepsikan.

Faktor-faktor yang memengaruhi persepsi:

a. Perhatian Selektif

Individu tidak merespons seluruh stimulus yang diterima secara bersamaan, melainkan cenderung memusatkan perhatian pada stimulus tertentu yang dianggap penting atau relevan.

b. Karakteristik Stimulus

Persepsi dipengaruhi oleh sifat atau ciri dari stimulus yang diterima, antara lain:

- 1) Stimulus yang bergerak cenderung lebih menarik perhatian dibandingkan stimulus yang diam.
- 2) Stimulus dengan ukuran lebih besar lebih mudah menarik perhatian dibandingkan stimulus yang lebih kecil.
- 3) Stimulus yang memiliki kontras tinggi dan intensitas yang kuat lebih menonjol dibandingkan stimulus yang kurang jelas atau samar.

c. Nilai dan Kebutuhan Individu

Setiap individu memiliki nilai, minat, dan kebutuhan yang berbeda, sehingga memengaruhi cara individu dalam mengamati dan menafsirkan suatu stimulus.

d. Pengalaman Masa Lalu

Pengalaman yang dimiliki individu sebelumnya berperan penting dalam membentuk cara individu dalam mempersepsikan suatu objek atau situasi.

5. Perilaku *Caring* Perawat

Swanson (dalam Watson, 2005) menyatakan bahwa *caring* merupakan upaya perawat dalam membangun serta mempertahankan hubungan yang bermakna dengan pasien, sehingga pasien dapat merasakan adanya tanggung jawab dan komitmen terhadap dirinya sendiri. Watson menambahkan bahwa *caring* adalah ciri khas hubungan antarpribadi yang tidak diwariskan secara genetik,

melainkan dapat dipelajari melalui pendidikan dan menjadi bagian dari budaya profesi keperawatan. Sementara itu, Woodward (2008) menegaskan bahwa agar nilai *caring* dapat terus diterapkan dalam praktik, dibutuhkan peningkatan perhatian dalam bidang pendidikan sehingga muncul kesadaran dan komitmen untuk mempertahankannya sebagai nilai utama.

Caring dipandang sebagai hubungan terbuka antara pemberi pelayanan dengan penerima pelayanan, di mana perawat menunjukkan kepedulian dan empatinya terhadap pasien (Potter & Perry, 2009). Menurut Dwidiyanti (2007), perilaku *caring* ditunjukkan melalui perhatian, rasa hormat, serta empati terhadap sesama. Berdasarkan pandangan para ahli tersebut, *caring* dapat diartikan sebagai tindakan keperawatan yang dilandasi oleh keinginan tulus untuk memahami, membantu, dan mengurangi penderitaan pasien melalui tindakan terbaik demi kesehatannya, dengan berpedoman pada nilai-nilai kebaikan untuk meningkatkan kepuasan dan kemandirian pasien

a. Komponen *Caring*

Swanson (dalam Watson, 2005) mengemukakan lima komponen dalam *caring*, yaitu:

- 1) Mengetahui (Knowing) yaitu usaha memahami orang lain secara mendalam melalui interaksi dan perhatian antara perawat dengan pasien.
- 2) Kehadiran (Being with) yaitu keterlibatan emosional perawat saat mendampingi pasien, menunjukkan empati, serta mengelola perasaan tanpa menambah beban pasien.
- 3) Melakukan (Doing for) yaitu tindakan yang dilakukan untuk memenuhi kebutuhan pasien dan membantu kemandiriannya, seperti memberikan kenyamanan, perlindungan, serta menunjukkan kompetensi dan penghargaan.

- 4) Memampukan (Enabling) yaitu membantu pasien melewati masa sulit atau perubahan dengan memberi informasi, dukungan, pemahaman, dan umpan balik yang sesuai.
- 5) Mempertahankan kepercayaan (Maintaining belief) yaitu menjaga keyakinan pasien dengan menghargai nilai-nilai yang dimilikinya, mempercayai kemampuannya, menumbuhkan harapan, dan selalu siap membantu dalam berbagai situasi.

B. Tinjauan Penelitian Ter-update Terkait Variabel

Tabel 2. 1 Penelitian Terdahulu

No	Author, Tahun, Judul Penelitian	Tujuan Penelitian	Metode	Sampel/ Partisipan	Hasil
1.	Ernawati Siagian, Morri Perangin- angin, 2020, Pengetahuan dan Sikap Perawat tentang Perawatan Paliatif di Rumah Sakit	Tujuan dari penelitian ini adalah mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap perawatan paliatif, serta mencari tahu apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat	Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan teknik sampel convinience yang berjumlah 120 responden yang bekerja di rumah sakit swasta di Bandar Lampung. Untuk mengukur tingkat pengetahuan digunakan kuesioner The	Penelitian ini dilakukan kepada 120 orang perawat.	Hasil menunjukkan bahwa tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan paliatif dalam kategori rendah (99,17%), sedangkan sikap perawat terhadap perawatan paliatif dalam kategori sedang (70,83%). Hasil uji Spearman rho menunjukkan bahwa ada hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan

		terhadap perawatan paliatif.	Palliative Care Quiz for Nursing (PCQN), sedangkan untuk mengukur sikap digunakan kuesioner Frommelt's Attitude Toward Care of the Dying (FATCOD) scale.		sikap perawat dengan nilai p value $0,011 < 0,05$. Tingkat pengetahuan perawat dalam kategori rendah dan sikap perawat dalam kategori sedang. Nilai korelasi yang didapatkan $r = 0,230$ berarti ada hubungan yang searah dengan tingkat kecerdasan yang sangat lemah.
2.	Saidah Qodtamalla, Erna Melastuti, Ahmad Ikhlasul Amal, 2022, <i>Gambaran Pengetahuan Dan Peran Perawat Dalam Perawatan Paliatif Pada Pasien Kondisi Terminal Di Rumah Sakit Islam Sultan Agung Semarang</i>	Untuk mengetahui gambaran pengetahuan dan peran perawat pada perawatan paliatif pada pasien kondisi terminal	Penelitian ini merupakan penelitian deskriptif observasional. Desain yang digunakan dalam penelitian ini yaitu desain penelitian kuantitatif dengan menggunakan	Sampel pada penelitian ini berjumlah 92 perawat.	Hasil: Berdasarkan hasil penelitian menunjukkan bahwa secara umum perawat yang memiliki pengetahuan yang baik sebanyak 90 orang dengan presentase 97,8%, perawat yang memiliki

			pendekatan observasional.		pengetahuan yang cukup sebanyak 1 orang dengan presentase 1,1%, dan perawat yang memiliki pengetahuan kurang sebanyak 1 orang dengan presentase 1,1%, total responden adalah 92 orang.
3.	Fitri Handayani, Iis Neneng Rosita, 2022, ANALISIS KARAKTERISTIK, PENGETAHUAN, DAN SIKAP PERAWAT TERHADAP PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT DAERAH KABUPATEN SUBANG	Untuk dapat menganalisis hubungan tingkat pengetahuan dengan sikap perawat tentang perawatan paliatif terhadap karakteristik di Rumah Sakit Daerah Kabupaten Subang.	Rancangan penelitian yang digunakan adalah Cross Sectional.	Sampel dalam penelitian ini adalah 76 perawat.	Hasil penelitian menunjukkan bahwa variabel yang memiliki hubungan bermakna terhadap tindakan perawat pada perawatan paliatif yaitu variabel umur, pendidikan, pengetahuan, dan sikap dengan nilai $p < 0,05$. Dari keempat variabel tersebut mempunyai peluang terhadap pelaksanaan

					perawatan paliatif sebesar 67,5%. Perlu meningkatkan pengetahuan dan sikap dibidang perawatan paliatif untuk perawat yang memberikan perawatan paliatif melalui pendidikan khusus.
4.	Vika Djamdin, Gresty Masi, Maria Lupita Nena Meo, 2023, Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Siloam Hospitals Manado	Untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di Siloam Hospitals Manado. M	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional.	Penelitian ini menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan cross-sectional. Sampel penelitian terdiri dari 136 responden dengan menggunakan	Penelitian ini menunjukkan bahwa responden memiliki tingkat pengetahuan kurang 6,6%, tingkat pengetahuan cukup 93,4%, dan tingkat pengetahuan baik 0%. Berdasarkan kuesioner PCQN-I, yang mendapatkan nilai tertinggi yaitu pada kategori manajemen nyeri

				n teknik total sampling.	dan gejala lainnya dengan nilai mean 56,50, serta yang mendapatkan nilai terendah yaitu pada kategori perawatan psikososial dan spiritual dengan nilai mean 16,66.
5.	Gallant Deva Nainggolan, Mori Agustina Perangin-angin, 2020, Hubungan Pengetahuan dan Sikap Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Rumah Sakit Advent Bandung	Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap perawatan paliatif, serta mencari tahu apakah terdapat hubungan antara tingkat pengetahuan dan sikap perawat terhadap	Penelitian ini adalah deskriptif korelasi dengan menggunakan tehnik sampel convenience	Menggunakan tehnik sampel convenience yang berjumlah 99 perawat yang bekerja di Rumah Sakit Advent Bandung.	Tingkat pengetahuan perawat terhadap perawatan paliatif dalam kategori rendah, sedangkan sikap perawat terhadap perawatan paliatif dalam kategori sedang. Hasil uji Spearman rho menunjukkan bahwa tidak terdapat hubungan yang signifikan antara pengetahuan dan sikap perawat dengan nilai $p > 0,05$.

		perawatan paliatif.			
--	--	------------------------	--	--	--