

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Perawatan paliatif adalah pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara meringankan penderitaan terhadap rasa sakit dan memberikan dukungan fisik, psikososial dan spiritual yang dimulai sejak tegaknya diagnosa hingga akhir kehidupan pasien.(1) Pengertian perawatan paliatif menurut *Cancer Council Australia* adalah perawatan yang membantu pasien menjalani hidup nyaman dan sebaik mungkin dengan penyakit terminal yang dialami. Perawatan paliatif diberikan pada tahap apapun saat fase aktif kanker.(2) Menurut *American Cancer Society*, perawatan paliatif adalah perawatan untuk dewasa dan anak dengan penyakit serius yang berfokus mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarga, tetapi tidak dimaksud untuk menyembuhkan penyakit. Perawatan paliatif dapat diberikan kepada semua usia dan semua stadium panyakit dengan mengurangi gejala, nyeri, dan stress dan diberikan bersama dengan pengobatan kuratif.(3)

Perawatan paliatif ini ditujukan untuk orang yang menghadapi penyakit yang belum dapat disembuhkan seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, *cystic fibrosis*, *stroke*, parkinson, gagal

jantung/*heart failure*, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS.(4)

Pemberian pelayanan perawatan paliatif dilakukan oleh tim paliatif yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, psikolog, konselor spiritual (rohaniawan), relawan, apoteker, ahli gizi dan profesi lain yang terkait dan fokus pendekatannya adalah kepada pasien dan keluarga.(4)(5) Peranan tim paliatif diantaranya yaitu memberikan dukungan pada pasien dan keluarga, menyediakan dan meningkatkan manajemen gejala fisik dan emosional, melakukan kolaborasi untuk memenuhi kebutuhan pasien serta memberikan informasi mengenai prognosis penyakit pasien.(6)(7)

Perawatan paliatif ini diberikan pada pasien rawat inap, rawat jalan, maupun kunjungan/rawat rumah yang tujuannya adalah untuk mencegah dan meringankan penderitaan, memperpanjang umur, meningkatkan kualitas hidup, dan memberikan dukungan kepada keluarga.(4)(8) Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal pasien siap secara psikologis dan spiritual. Pelayanan paliatif terdiri dari pelaksanaan identifikasi dini, pengobatan nyeri dan masalah-masalah lain baik fisik, psikososial dan spiritual dan pelayanan masa dukacita bagi keluarga melalui pendekatan tim interdisiplin.(9)(4)

Pelayanan perawatan paliatif yang diberikan memiliki beberapa aspek yaitu fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Aspek fisik dalam perawatan meliputi pemberian asuhan terhadap reaksi patofisiologis seperti nyeri, gejala lain dan efek samping yang dialami pasien. Aspek sosial dalam perawatan

yaitu memberikan pemahaman kepada pasien dan keluarga tentang penyakit dan komplikasinya, gejala, efek samping dari pengobatan seperti kecacatan yang berpengaruh terhadap hubungan interpersonal, kapasitas pasien untuk menerima dan kapasitas keluarga untuk menyediakan kebutuhan perawatan. Aspek psikologis yaitu memberikan asuhan terhadap reaksi seperti depresi, stress, kecemasan, serta pelayanan terhadap proses berduka dan kehilangan. Aspek spiritual dalam perawatan meliputi pemberian asuhan terhadap masalah keagamaan seperti harapan dan ketakutan, makna, tujuan, kepercayaan tentang kehidupan setelah kematian, rasa bersalah, pengampunan dan kehadiran rohaniawan sesuai keinginan pasien dan keluarga.(11) (9)

Data kasus paliatif berdasarkan prevalensi WHO tahun 2011 menunjukkan bahwa dari 29 miliar kasus paliatif sebanyak 20,4 miliar kasus membutuhkan pelayanan paliatif.(8) Pelaksanaan perawatan paliatif di Eropa mulai digalakkan sejak tahun 2005, walaupun saat itu sebagian rumah sakit di Eropa tidak memiliki tim paliatif rumah sakit. Pelaksana perawatan paliatif kemudian dilakukan sendiri oleh klinisi yang sudah mengikuti pelatihan. Penerapan perawatan paliatif tersebut dilaporkan dapat meningkatkan mutu perawatan akhir hayat pasien dan memberi keuntungan bagi pasien, keluarga dan klinisi.(12)(13)

Perawatan paliatif di Indonesia sudah berkembang sejak tahun 1992 dan kebijakan perawatan paliatif telah diatur dalam Surat Keputusan (SK) Menteri Kesehatan RI No. 812, tertanggal 19 Juli 2007. SK tersebut merupakan suatu

instruksi resmi yang diberikan kepada seluruh institusi pelayanan kesehatan di Indonesia untuk mengembangkan layanan perawatan paliatif di tempat masing-masing.

Beberapa rumah sakit yang sudah memberikan pelayanan perawatan paliatif, yaitu hanya ada di 5 kota besar yaitu DKI Jakarta (RSCM dan RS Kanker Dharmais), DIY (RS Dr. Sardjito), Surabaya (RSUD Dr. Soetomo), Denpasar (RS Sanglah) dan Makassar (RS Wahidin Sudirohusodo).(14)(11) Pelaksanaan perawatan paliatif di RS Dr. Soetomo sudah berjalan dengan baik. Bahkan pada tanggal 15 Mei 2010 telah dideklarasikan secara resmi Surabaya sebagai kota paliatif pertama di Indonesia. Perawatan paliatif yang diberikan berupa perawatan paliatif rawat jalan (poliklinik), rawat inap, rawat rumah (*home care*), *day care*, dan *respite care*. Tenaga kesehatan yang berperan juga telah mendapat pelatihan mengenai perawatan paliatif.(15)

Hasil penelitian terkait perawatan paliatif juga telah dilakukan di RSCM tentang biaya perawatan paliatif yaitu biaya pasien yang mendapat perawatan paliatif justru lebih rendah dari yang tidak mendapat perawatan.(16) Biaya kasus paliatif dijamin oleh PBJS kesehatan, sehingga rumah sakit dapat mendorong penerapan pelayanan paliatif di rumah sakit.(4) Gambaran lain pelaksanaan perawatan paliatif di RSUP Sanglah Denpasar yaitu perawatan paliatif baru mulai diberikan pada pasien dengan kondisi terminal yang akan segera meninggal. Hal ini dikarenakan keterbatasan sumber daya dari tim perawatan paliatif.(17). Kendala dalam pemberian perawatan paliatif juga terjadi di RSUP Dr. Sardjito yaitu belum adanya

standar dalam menilai kualitas perawatan paliatif sehingga batasan perawatan paliatif yang diberikan oleh klinisi menjadi kurang jelas.(18) (19)

Pasien dengan penyakit kanker sangat membutuhkan perawatan paliatif karena kanker adalah penyakit yang perkembangannya cepat dan butuh waktu perawatan yang panjang. Pasien kanker beresiko tinggi mengalami kematian terlebih jika kondisi prognosis yang semakin buruk. Hal ini didukung dengan penelitian yang dilakukan Tejawinata dan Razak pada tahun 2012, yang menggunakan target populasi pasien kanker dengan stadium lanjut dalam perawatan paliatif yang dititikberatkan pada penanganan gejala saat periode *end-of-life*. Menurut penelitian Effendy *et al* pada tahun 2014, di beberapa rumah sakit di Indonesia mengidentifikasi bahwa pasien kanker mengalami banyak masalah terkait pemenuhan kebutuhan dasar. Masalah finansial, otonomi dan psikososial juga dialami keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien kanker di rumah sakit.

Kasus penyakit kanker di propinsi Jawa Tengah menempati peringkat kedua terbesar se-Indonesia dengan prevalensi 2,1 % dari estimasi jumlah penduduk 68.638 orang.(20) Kasus kanker terbanyak didapatkan pada rumah sakit rujukan yaitu rumah sakit umum pusat (RSUP) Dr. Kariadi Semarang. RSUP Dr. Kariadi adalah rumah sakit pendidikan tipe A dan pusat rujukan kasus kanker di propinsi Jawa Tengah. Di RSUP Dr. Kariadi belum tersedia instalasi khusus untuk perawatan paliatif, namun pelaksanaan dilakukan oleh tim paliatif. Anggota tim paliatif berjumlah 20 orang yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, psikolog dan rohaniawan.

Perwakilan anggota yang tergabung di dalam tim perawatan paliatif RSUP Dr. Kariadi diberikan fasilitas mengikuti pelatihan di beberapa rumah sakit seperti di rumah sakit Dharmais dan RSUP Dr. Soetomo. Perwakilan dipilih berdasarkan rekomendasi dan persetujuan tim. Selain itu, RSUP Dr. Kariadi juga memberikan fasilitas berupa seminar perawatan paliatif yang diselenggarakan setiap tahun dan ditujukan kepada perawat. Jumlah perawat yang mengikuti seminar adalah 120 perawat dan berasal dari unit yang berbeda-beda. Sehingga tidak semua perawat mengikuti seminar tersebut.

Perawat yang sudah ikut seminar dan mendapatkan sertifikat diharapkan membagi pengetahuan tentang perawatan paliatif yang didapatkan kepada rekan sejawatnya yang tidak mengikuti seminar. Pengetahuan perawat dapat memberikan kekuatan yang lebih besar untuk mengambil tindakan dan kurangnya pengetahuan perawat menyebabkan perawat tidak bisa memberikan perawatan yang aman atau efektif. (21) Penelitian tentang pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif sudah banyak dilakukan, di Jordania sebuah survey online dilakukan untuk mengukur tingkat pengetahuan mahasiswa keperawatan di 5 sekolah perawat yang hasilnya mahasiswa memiliki pengetahuan kurang tentang perawatan paliatif. 63% mahasiswa mengatakan tidak mendapatkan pendidikan perawatan paliatif selama masa belajar, hal tersebut yang menyoroti pentingnya pendidikan perawatan paliatif yang terintegrasi dalam pendidikan formal dan dibutuhkan sebagai dasar untuk meningkatkan pengetahuan perawat. Pengetahuan yang baik tentang perawatan paliatif, dapat mempengaruhi sikap, kemampuan

komunikasi, empati, dan manajemen nyeri perawat menjadi lebih positif. Pendidikan tentang perawatan paliatif sangat penting dalam memperbaiki pengetahuan dan praktik perawat.(22)(23)

Berdasarkan hasil wawancara dengan 4 perawat di beberapa ruangan di bangsal Rajawali RSUP Dr. Kariadi, perawat A menjelaskan pengertian perawatan paliatif adalah perawatan yang diberikan untuk mengatasi masalah tidak hanya fisik tetapi juga psikologi, sosial, dan spiritual yang tujuannya adalah memberikan kenyamanan kepada pasien dan keluarga. Paradigma perawatan paliatif yang lalu hanya fokus pada *end of life*, namun sekarang perawatan paliatif diberikan sejak awal terdiagnosa dan yang terlibat dalam perawatan yaitu dokter, perawat, psikolog, dan keluarga.

Perawat B mengatakan perawatan paliatif adalah perawatan akhir hayat yang mengantarkan seseorang meninggal dengan damai, tenang, bahagia, penuh penerimaan atas kondisinya, dan menyiapkan psikologi keluarga. Yang terlibat yaitu semua praktisi kesehatan, dokter, perawat, ahli gizi, spiritualis, fisioterapi, dan profesi lain. Prinsipnya dimulai sedini mungkin jika pasien telah memenuhi kriteria, mempersiapkan psikologi keluarga dan pasien atas kondisi penyakit. Perawat C mengatakan perawatan paliatif adalah perawatan pasien terminal atau *end stage* dengan mengoptimalkan kualitas hidup mereka. Aplikasi di ruangan yaitu penanganan nyeri dengan analgetik untuk menekan nyeri seminimal mungkin, mendekati dengan keluarga, tidak memaksakan tindakan medis yang mengurangi kenyamanan pasien. Yang terlibat yaitu semua pihak medis, keluarga, institusi kesehatan di lingkungan

pasien, dan rohaniawan. Prinsipnya, apapun dilakukan agar pasien nyaman, tidak kesakitan, menghargai sisa umurnya dengan berkualitas.

Perawat D mengatakan perawatan paliatif ditujukan untuk pasien yang sudah stadium lanjut dan sudah tidak bisa sembuh oleh pengobatan. Yang terlibat adalah tim paliatif, perawat ruang dan lingkungan sekitar atau keluarga pasien. Pasien harus merasa nyaman dalam menghadapi penyakitnya. Dukungan keluarga juga penting, bila pasien atau keluarga menginginkan ada fasilitas bimbingan rohani oleh rohaniawan. Berdasarkan jawaban dari perawat yang beragam tersebut menjadi sebuah fenomena yang perlu diteliti lebih lanjut karena belum pernah ada peneliti yang meneliti tentang gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Dr. Kariadi. Dengan demikian, diharapkan dapat ditentukan langkah awal untuk mengembangkan sumber daya keperawatan serta pengembangan sistem perawatan paliatif yang terintegrasi dalam pelayanan rumah sakit.

B. Rumusan Masalah

Perawatan paliatif yang diselenggarakan di Indonesia pada saat ini lebih menekankan pada penyakit kanker, karena adanya peningkatan yang signifikan dari kasus tersebut dalam setiap tahunnya. Kasus kanker terbanyak didapatkan pada rumah sakit rujukan yaitu rumah sakit umum pusat (RSUP) Dr. Kariadi Semarang. Di RSUP Dr. Kariadi belum tersedia instalasi khusus untuk perawatan paliatif, namun pelaksanaan dilakukan oleh tim paliatif.

RSUP Dr. Kariadi sudah memberikan fasilitas berupa seminar perawatan paliatif yang diselenggarakan setiap tahun dan ditujukan kepada perawat.

Perawat yang sudah ikut seminar dan mendapatkan sertifikat membagi ilmu yang didapatkan kepada rekan sejawatnya yang tidak mengikuti seminar. Sehingga sebagian besar perawat tahu tentang perawatan paliatif. Pengetahuan perawat dapat memberikan kekuatan yang lebih besar untuk mengambil tindakan dan kurangnya pengetahuan perawat menyebabkan perawat tidak bisa memberikan perawatan yang aman atau efektif. (21) Berdasarkan uraian latar belakang yang telah disampaikan sebelumnya, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah “Bagaimanakah gambaran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Dr. Kariadi Semarang?”

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan Umum

Untuk mengetahui tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien dengan kanker stadium akhir di RSUP Dr. Kariadi

2. Tujuan Khusus

- 1) Mengidentifikasi gambaran karakteristik perawat (usia, jenis kelamin, pendidikan terakhir, dan masa kerja) di RSUP Dr. Kariadi
- 2) Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien dengan kanker stadium akhir di RSUP Dr. Kariadi

- 3) Mengidentifikasi pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif yang meliputi :
- a. Pengertian perawatan paliatif
 - b. Tujuan perawatan paliatif
 - c. Tim dan tempat perawatan paliatif
 - d. Ruang lingkup perawatan paliatif

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penulisan penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi mengenai pengetahuan perawatan tentang perawatan paliatif di rumah sakit.

2. Bagi Perawat

Hasil penulisan penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi tentang gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di rumah sakit.

3. Bagi perkembangan Institusi Keperawatan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah wawasan dan ilmu pengetahuan dalam bidang keperawatan, khususnya asuhan keperawatan dalam bidang perawatan paliatif di rumah sakit.

4. Bagi Penelitian

Penelitian ini diharapkan dapat menjadi dokumen akademik yang berguna untuk dijadikan acuan penelitian selanjutnya dan sebagai sarana berfikir kritis untuk peneliti khususnya dalam bidang asuhan keperawatan pada pasien.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Teori

1. Perawatan Paliatif

a. Pengertian

Kata “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.(24)

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 atau berduka serta bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa.(25)(4)

Pengertian perawatan paliatif menurut *Cancer Council Australia* adalah perawatan yang membantu pasien menjalani hidup nyaman dan sebaik mungkin dengan penyakit terminal

yang dialami. Perawatan paliatif diberikan pada tahap apapun saat fase aktif kanker.(2) Menurut *American Cancer Society*, perawatan paliatif adalah perawatan untuk dewasa dan anak dengan penyakit serius yang berfokus mengurangi penderitaan dan meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarga, tetapi tidak dimaksud untuk menyembuhkan penyakit. Perawatan paliatif dapat diberikan kepada semua usia dan semua stadium panyakit dengan mengurangi gejala, nyeri, dan stress dan diberikan bersama dengan pengobatan kuratif.(3)

b. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah untuk membantu klien dan keluarga mencapai kualitas hidup terbaik, menganggap kematian sebagai proses normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, menjaga keseimbangan psikologis dna spiritual, mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya dan membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga.(26)(27)

c. Prinsip dasar perawatan paliatif

Prinsip dasar perawatan paliatif menurut *Committee on Bioethic and Committee on Hospital Care* pada tahun 2000 :(28)

- 1) Menghormati serta menghargai pasien dan keluarganya
- 2) Kesempatan atau hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang pantas

- 3) Mendukung pemberi perawatan (*caregiver*)
- 4) Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif



Gambar 1. Diagram Paliatif

Menurut WHO pada tahun 2007, prinsip pelayanan paliatif pasien kanker yaitu menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain, menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses yang alami, tidak bertujuan mempercepat atau menunda kematian, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya dan menghindari tindakan sia-sia.(10)

d. Tim dan Tempat Perawatan Paliatif

Pendekatan perawatan paliatif melibatkan berbagai disiplin ilmu yaitu pekerja sosial, ahli agama, perawat, dokter, psikolog, relawan, apoteker, ahli gizi, fisioterapi, dan okupasi terapi. Masing-

masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi penderita, dan penyusunan tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tempat perawatannya. (29)(30)
Pasien dapat memilih dimana ingin dirawat, misalnya : (24)

1) Rumah sakit

Tim perawatan paliatif merupakan kolaborasi antara interdisiplin ilmu dan biasanya terdiri dari seorang dokter dan atau perawat senior bersama dengan satu atau lebih pekerja sosial dan pemuka agama/rohaniawan. Sebagai tambahan, tim tersebut juga dibantu teman sejawat dari gizi dan rehabilitasi, seperti fisioterapis atau petugas terapi okupasi. Konsultasi awal biasanya dilakukan oleh dokter atau perawat yang berhubungan dengan kebutuhan pasien dan keluarga dan juga memberi rujukan kepada dokter utama yang menangani pasien tersebut. Terkadang juga konsultan perawatan paliatif dilibatkan untuk membantu komunikasi dengan keluarga.

Perawatan paliatif berbasis rumah sakit dapat diselenggarakan dalam beberapa tingkat atau model, yaitu primer, sekunder, dan tersier. Pertama, perawatan paliatif primer harus tersedia di semua rumah sakit. Pada tingkat ini, minimal klinisi harus memiliki pendidikan tentang dasar-dasar pengelolaan nyeri dan gejala lain. Model primer berfokus pada peningkatan pelayanan yang sudah ada dan pendidikan bagi

klinisi. Karena itu, model ini cocok bagi institusi yang memiliki keterbatasan sumber daya.

Kedua, perawatan paliatif sekunder memerlukan semua tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien untuk memiliki level kompetensi minimum dan memerlukan para spesialis yang menyediakan perawatan paliatif melalui tim konsultasi interdisipliner, unit khusus, maupun keduanya.

Ketiga, program tingkat tersier dapat melibatkan organisasi tersier, seperti rumah sakit pendidikan dan pusat-pusat pendidikan dengan tim ahli dalam perawatan paliatif. Pada level ini, program yang dibuat dapat dijadikan sebagai konsultan bagi level praktik primer dan sekunder ataupun sebagai program percontohan bagi pusat-pusat pengembangan lainnya. Praktisi dan institusi yang terlibat dalam level perawatan paliatif tersier juga harus berpartisipasi dalam aktivitas-aktivitas pendidikan dan penelitian.

2) *Hospice*

Hospice merupakan tempat 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.(4)

3) Rumah

Peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga. 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.(24)

e. Sumber Daya Manusia

Kriteria pelaksana perawatan paliatif adalah telah mengikuti pendidikan/pelatihan perawatan paliatif dan mendapat sertifikat. Pelatihan dilaksanakan dengan modul pelatihan yang disusun dari kerjasama antar pakar perawatan paliatif dengan Departemen Kesehatan (Badan Pembinaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik). Modul-modul tersebut terdiri dari modul untuk dokter, perawat, dan tenaga kesehatan lain. Pelatih dalam pelatihan adalah pakar perawatan paliatif dari RS Pendidikan dan Fakultas Kedokteran. Dalam pelatihan ini, sertifikasi dikeluarkan dari Departemen Kesehatan (Pusat Pelatihan dan Pendidikan Badan PPSDM).

Pada tahap pertama, dilakukan sertifikasi pemulihan untuk pelaksana perawatan paliatif di 5 (lima) propinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, dan Makassar. Pada tahap selanjutnya sertifikasi diberikan setelah mengikuti pelatihan.(4)

f. Lingkup kegiatan dan aspek perawatan paliatif

Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, dukungan sosial, dukungan cultural dan spiritual, dukungan persiapan dan selama masa dukacita.(4)

Pada setiap individu terdapat keterkaitan antara sistem biologis, sistem psikologis, dan sistem sosial. Penyakit yang dialami individu akan memberikan pengaruh besar dalam emosi, penampilan, dan perilaku sosial individu. Dr. Elisabeth Kubler Ross mengidentifikasi terdapat lima tahap yang mungkin dilewati oleh pasien penyakit terminal yang divonis tidak akan hidup lama lagi. Melalui tahapan tersebut maka dapat terlihat gambaran mengenai proses perubahan psikologis pada pasien terminal dalam menghadapi sebuah kenyataan yaitu kematian atau rasa kehilangan sehingga pasien memerlukan bantuan maupun dukungan untuk melewati tahapan tersebut.(31)

Pemberian perawatan paliatif sangat dianjurkan untuk pasien dan keluarga pasien dengan penyakit terminal salah satunya adalah kanker. Perawatan ini memungkinkan tidak hanya

mendapatkan perawatan secara aspek fisik saja namun juga perawatan secara psikologis dan sosial dalam menghadapi penyakit fisik yang berpengaruh terhadap masalah psikologis dan sosial yang dihadapi pasien dan keluarga pasien. Hal ini sesuai definisi perawatan paliatif menurut WHO yaitu perawatan yang aktif dan menyeluruh terhadap pasien yang penyakitnya tidak lagi memberikan tanggapan kepada pengobatan yang menyembuhkan. Kontrol dari rasa sakit, gejala-gejala lain, masalah psikologis, sosial, dan spiritual merupakan hal yang terpenting. Sehingga aspek perawatan paliatif berupa aspek psikologis, sosial, dan spiritual menjadi fokus dalam rangkaian pengobatan kanker.(31)

1) Aspek Psikologis

Pasien dengan penyakit terminal biasanya semakin tidak bisa menunjukkan dirinya secara ekspresif. Pasien menjadi sulit untuk mempertahankan kontrol biologis dan fungsi sosialnya, seperti menjadi sering mengeluarkan air liur, perubahan ekspresi bentuk muka, gemeteran dan lain sebagainya. Pasien juga sering mengalami kesakitan, muntah-muntah, keterkejutan karena perubahan penampilan yang drastus disebabkan kerontokan rambut atau penurunan berat badan, dan stres karena pengobatan sehingga pasien mengalami ketidak mampuan untuk berkonsentrasi.

Masalah psikologis tersebut disebabkan oleh perubahan-perubahan dalam konsep diri pasien. Sebagai pemberi perawatan paliatif harus bisa melakukan tugas dengan menyesuaikan terhadap masalah pasien. Tugas yang berkaitan dengan fungsi psikologis meliputi upaya untuk a) mengendalikan perasaan negatif dan memelihara pandangan positif mengenai diri sendiri dan masa depan, b) mengidentifikasi dan mempertahankan kepuasan akan diri sendiri dan kemampuan diri, c) mendorong keluarga untuk memelihara pandangan positif kepada pasien.

2) Aspek Sosial

Ancaman terhadap konsep diri yang terjadi karena menurunnya fungsi mental dan fisik pasien dapat juga mengancam interaksi sosial pasien. Meskipun pasien penyakit terminal sering menginginkan dan membutuhkan untuk dijenguk, namun pasien mungkin juga mengalami ketakutan bahwa kemunduran mental dan fisiknya akan membuat orang-orang yang menjenguknya menjadi kaget dan merasa tidak enak.

Konsekuensi mengenai interaksi sosial yang tidak menyenangkan ini dapat membuat pasien mulai menarik diri dari kehidupan sosialnya dengan cara membatasi orang-orang

yang mengunjunginya hanya kepada beberapa orang anggota keluarga saja.

Pemberian perawatan paliatif harus dapat memberikan perawatan sesuai dengan masalah yang ada pada pasien. Tugas yang berkaitan dengan aspek sosial meliputi a) memelihara hubungan baik dengan keluarga dan teman-teman, b) membantu pasien mempersiapkan diri bagi masa depan yang tidak tentu,

3) Aspek spiritual

Spiritualitas penting dalam meningkatkan kesehatan dan kualitas hidup seseorang. Spiritualitas juga penting dikembangkan untuk dijadikan dasar tindakan dalam pelayanan kesehatan. Aspek ini dinyatakan juga dalam pengertian kesehatan seutuhnya oleh WHO pada tahun 1984, yang oleh *American Psychiatric Assosiation* (APA) dikenal dengan dengan rumusan “bio-psiko-sosio-spiritual”.(32) Kekosongan spiritual, kerohanian, dan rasa keagamaan dapat menimbulkan permasalahan psiko-sosial begitu juga sebaliknya.(32) Bussing et al dalam penelitiannya juga mengungkapkan bahwa pasien kanker yang memiliki sandaran sumber religius yang kuat akan mengantarkan pasien tersebut pada prognosis yang lebih baik dari yang diperkirakan.(33)

Hal ini didukung oleh penelitian Balboni et al yang menyatakan bahwa 96% dari orang dewasa di Amerika Serikat yang mengalami kanker mengungkapkan kepercayaannya terhadap Tuhan dan 70% diantaranya mengungkapkan bahwa agama adalah salah satu yang paling dibutuhkan.(34) Kebutuhan spiritual inilah yang menjadikan salah satu aspek terpenting dalam pemberian perawatan paliatif pada pasien dengan penyakit terminal salah satunya kanker.

Perawatan paliatif dapat menyentuh aspek spiritual dengan cara membantu pasien untuk mengidentifikasi kepercayaan spiritualitas positif yang dimilikinya, sehingga pasien dapat menggunakan kepercayaan tersebut untuk menghadapi situasi kesehatannya. Pemahaman akan kebutuhan spiritualitas akan mempengaruhi kualitas hidup individu secara psikologis, dengan kata lain spiritualitas adalah sesuatu yang menghidupkan semangat bagi penderita kanker serviks untuk mencapai kesehatan yang lebih baik. Pemahaman yang baik juga akan membantu pasien dalam menerima kondisi yang terjadi pada dirinya.(35)

Intervensi terhadap pemenuhan kebutuhan spiritualitas membutuhkan pengakuan dari penderita kanker. Dalam hal ini perlu adanya hubungan yang baik antar pemberi layanan kesehatan, pasien, dan keluarga pasien. Pasien diharapkan

dapat merasakan ketenangan dalam jiwa kemudian perawat membantu pasien untuk merasakan dalam jiwa kehadiran satu kekuatan yang Maha Agung yang menciptakan kita semua sebagai manusia. Penelitian ini diterapkan pada kanker serviks yang menjelaskan pengaruh spiritualitas terhadap kualitas hidupnya dengan merasakan dalam jiwa tentang kehadiran Allah sebagai kekuatan Sang Maha Mengatur kehidupan dengan memberi ujian kepada individu.(36)

g. Sasaran Kebijakan Perawatan Paliatif

Tujuan umum kebijakan paliatif yaitu sebagai perlindungan hukum dan petunjuk bagi perawatan paliatif di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan perawatan paliatif, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersedianya sarana dan prasarana yang dibutuhkan.

Sasaran kebijakan paliatif adalah seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif dimana pun pasien berada di seluruh Indonesia. Untuk pelaksana perawatan paliatif yaitu dokter, perawat, dan tenaga kesehatan yang terkait. Sedangkan institusi terkait yaitu dinas kesehatan provinsi dan kabupaten/kota, rumah sakit

pemerintah dan swasta, puskesmas, rumah perawatan/hospis, fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta.

h. Aspek medikolegal dalam perawatan paliatif

Persetujuan tindakan medis/*informed consent* untuk pasien paliatif, harus dipastikan terlebih dahulu bahwa pasien memahami pengertian, tujuan dan pelaksanaan perawatan paliatif melalui komunikasi yang berkesinambungan antara tim perawatan paliatif dengan pasien dan keluarga. Pelaksanaan *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran pada dasarnya dilakukan sebagaimana yang telah diatur dalam peraturan penundang-undangan. Meskipun pada umumnya hanya tindakan kedokteran (medis) yang membutuhkan *informed consent*, tetapi pada perawatan paliatif sebaiknya setiap tindakan yang beresiko, dilakukan *informed consent*. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diutamakan pasien sendiri apabila masih mampu, dengan saksi anggota keluarga terdekatnya. Pasien dan keluarga membutuhkan waktu yang cukup untuk berkomunikasi. Jika pasien sudah tidak mampu, maka keluarga terdekat yang melakukan atas nama pasien.

Tim perawatan paliatif mendengarkan apa yang diinginkan pasien saat pasien masih mampu tentang apa yang harus atau tidak boleh dilakukan terhadapnya ketika kemampuannya mulai menurun. Selain itu pasien juga bisa saja menunjuk seseorang yang

nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan saat pasien tidak mampu lagi. Pernyataan pasien tersebut dibuat tertulis dan akan dijadikan panduan utama bagi tim perawatan paliatif.

Pada keadaan darurat, untuk kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan. Keputusan resusitasi/ tidak resusitasi dibuat oleh pasien ketika masih mampu atau oleh tim perawatan paliatif. Hal tersebut seharusnya sudah diinformasikan pada saat pasien memulai perawatan.

Pasien yang masih mampu memiliki hak untuk tidak menghendaki resusitasi selama informasi yang dibutuhkan untuk membuat keputusan telah dipahami. Keputusan diberikan dalam bentuk pesan (*advanced directive*) atau dalam *informed consent* menjelang berkurangnya kemampuan. Keluarga terdekat pada dasarnya tidak boleh membuat keputusan tidak resusitasi, kecuali telah dipesankan dalam *advanced directive* tertulis. Namun dalam keadaan tertentu dan atas pertimbangan tertentu, permintaan tertulis oleh seluruh keluarga dapat dimintakan penetapan pengadilan untuk pengesahannya. Tim perawatan paliatif dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi sesuai pedoman klinis, yaitu apabila pasien berada dalam tahap terminal dan tindakan resusitasi diketahui tidak akan menyembuhkan atau memperbaiki kualitas hidupnya berdasarkan bukti ilmiah pada saat tersebut.

Tim perawatan paliatif bekerja berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh pimpinan rumah sakit, termasuk pada saat melakukan perawatan di rumah pasien. Pada dasarnya, tindakan yang bersifat kedokteran harus dikerjakan oleh tenaga medis, tetapi dengan pertimbangan yang memperhatikan keselamatan pasien, tindakan-tindakan tertentu dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Komunikasi antara pelaksana dengan pembuat kebijakan harus dijaga.

i. Tempat dan organisasi perawatan paliatif

Tempat perawatan paliatif yaitu rumah sakit, untuk pasien yang harus mendapatkan pengawasan ketat, tindakan khusus atau perawatan khusus. Puskesmas, untuk pasien yang memerlukan pelayanan rawat jalan. Rumah singgah/panti/hospis, untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Rumah pasien, untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.

Organisasi perawatan paliatif, menurut tempat pelayanan/sarana kesehatan adalah kelompok perawatan paliatif yang dibentuk di tingkat puskesmas. Unit perawatan paliatif dibentuk di rumah sakit kelas D, C dan B non pendidikan.

Instalasi perawatan paliatif dibentuk di rumah sakit kelas B pendidikan dan kelas A. Tata kerja organisasi perawatan paliatif bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait.

j. Indikasi Pelayanan Paliatif

Program paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan serta bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

- 1) Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang belum dapat diatasi
- 2) Gangguan psikologis terkait dengan diagnosis atau terapi kanker
- 3) Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya
- 4) Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
- 5) Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif (sesuai dengan prosedur rujukan)
- 6) Angka kematian hidup < 12 bulan (ECOG >3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, sindromvena cava superior, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan, yaitu kompresi tulang belakang)
- 7) Pasien kanker stadium lanjut yang tidak memebrikan respon dengan terapi yang diberikan

k. Langkah-langkah dalam pelayanan paliatif adalah :

- 1) Melakukan penilaian aspek fisik, psikologis, sosial atau kultural, dan spiritual
- 2) Menentukan pengertian dan harapan pasien dan keluarga
- 3) Menentukan tujuan perawatan pasien
- 4) Memberikan informasi dan edukasi perawatan pasien
- 5) Menentukan tatalaksana gejala, dukungan psikologis, sosial atau kultural, dan spiritual
- 6) Memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya : penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dan lain-lain)
- 7) Membantu pasien dalam membuat wasiat atau keinginan terakhir
- 8) Pelayanan terhadap pasien dengan fase terminal

2. Kanker

a. Definisi Kanker

Kanker merupakan suatu istilah untuk menggambarkan bentuk ganas dari neoplasma, yaitu suatu proses penyakit yang memiliki karakteristik proliferasi (pembelahan) yang tak terkontrol yang menyebabkan terbentuknya suatu massa atau tumor.

Suatu neoplasia akan berubah menjadi kanker apabila bersifat maligna/ganas, artinya pertumbuhannya tidak lagi

terkendali dan tumor tumbuh langsung di jaringan didekatnya (invasi), menyebar (metastase) ke tempat yang lebih jauh, atau keduanya. (tumor yang tidak bermetastase tidak dapat disebut kanker, tetapi disebut tumor jinak).(37)

Menurut WHO, kanker adalah istilah umum untuk satu kelompok besar penyakit yang dapat mempengaruhi setiap bagian dari tubuh. Istilah lain yang digunakan adalah tumor ganas dan neoplasma. Salah satu fitur mendefinisikan kanker adalah pertumbuhan sel-sel baru secara abnormal yang tumbuh melampaui batas normal yang kemudian dapat menyerang bagian sebelah tubuh dan menyebar ke organ lain. *National Cancer Institute* tahun 2009 mendefinisikan kanker sebagai suatu istilah untuk penyakit di mana sel-sel membelah secara abnormal tanpa kontrol dan dapat menyerang jaringan di sekitarnya. Proses ini disebut metastasis.(38) Metastasis merupakan penyebab utama kematian akibat kanker menurut WHO tahun 2009.

Kanker adalah istilah umum yang dipakai untuk menunjukkan neoplasma ganas, dan ada banyak tumor atau neoplasma lain yang tidak bersifat kanker.(39) Kanker adalah pertumbuhan sel-sel jaringan tubuh yang tidak normal, berkembang dengan cepat, tidak terkendali, dan akan terus membelah diri. Selanjutnya menyusup ke jaringan sekitar (invasif) dan terus menyebar melalui jaringan ikat, darah, dan menyerang

organ-organ penting serta syaraf tulang belakang. Sel-sel yang berkembang ini akan menumpuk, mendesak, dan merusak jaringan dan organ yang ditempati. Penumpukan inilah yang disebut tumor ganas.

b. Jenis Kanker

Terdapat tiga jenis kanker menurut Nussbaum et al tahun 2001 yang digolongkan berdasarkan tipe jaringan dari mana berasal, yaitu :

- 1) *Sarcoma*, tumor berasal dari jaringan mesenkim, seperti tulang, otot, atau jaringan ikat.
- 2) *Carcinoma*, berasal dari jaringan epitel seperti sel-sel yang melapisi bagian dalam usus, atau bronchi.
- 3) *Limfoid* (kelenjar getah bening) dan *hematopoietic*, seperti leukimia dan limfoma yang menyebar melalui sumsum tulang, sistem limfatik, dan pembuluh darah tepi.(37)

c. Stadium

Stadium kanker membantu menggambarkan bagaimana penyebaran kanker, juga membantu menentukan harapan hidup dan mengatur serta merubah penatalaksanaan, khususnya kanker pada stadium 4 harapannya rata-rata sangat lambat atau sekitar 5 tahunan. Beberapa faktor yang menentukan stadium kanker terdiri dari :

Stadium I dengan ukuran kurang dari 2 cm, nodus limfe tidak terkena oleh sel-sel kanker, lokasinya hanya di satu tempat dan tidak menyebar ke area tubuh lainnya.

Stadium II dengan ukuran tumor biasanya 2-5 cm, nodus limfe biasanya terkena, kanker masih dilokasinya belum menyebar.

Stadium III, tumor tampak membesar dengan jelas, umumnya lebih dari 5 cm, nodus limfe tampak terkena sel-sel kanker. Perubahan antara stadium II dan III agak sulit tergantung pada tipe kanker.

Stadium IV, tumor menjadi beberapa ukuran, nodus limfe terkena dan terjadi penyebaran ke organ lain, harapan hidup sangat singkat tetapi tergantung jenis kankernya.

3. Instrumen untuk mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif

Pengukuran tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif terdapat instrumen baku berbentuk kuesioner yaitu PCQN (*Palliative Care Quiz for Nursing*) yang pertama kali disusun oleh Ross et al. tahun 1996 di Canada. Instrumen ini diaplikasikan untuk 200 mahasiswa (147 mahasiswa S1 dan 53 mahasiswa profesi keperawatan) dan 196 perawat (155 perawat terdaftar dan 41 perawat belum terdaftar). Kuesioner memiliki 20 pertanyaan yang meliputi 3 domain pengetahuan perawatan paliatif yaitu filosofi dan prinsip perawatan paliatif, manajemen gejala (nyeri), dan aspek psikososial

perawatan. Nilai internal konsistensi dari 20 pertanyaan tersebut adalah 0,78 dan nilai *alpha chronbach* koefisien 0,413.

Instrument PCQN tersebut dalam perkembangannya sudah banyak digunakan di beberapa Negara seperti di Spanyol, instrumen ini diadaptasi menjadi bahasa Spanyol oleh Chover, Matinez, dan Lapena pada tahun 2017. Nilai uji CVI 0,83 dan *alpha chronbach* koefisien 0,67. Di South-east Iran dengan responden 140 perawat onkologi dan rawat intensif di 3 rumah sakit oleh Ilmu Kesehatan Universitas Kerman.(40) Di Korea digunakan pada 368 perawat unit kanker, bangsal umum, dan ICU pada tahun 2012. Selain itu PCQN juga sudah digunakan di Korea, Australia, US, Jordania, dan Etiopia. Di Indonesia PCQN yang telah dimodifikasi juga sudah digunakan pada 114 perawat di Rumah Sakit Hasan Sadikin Bandung, 17 perawat di RSUD Panembahan Senopati bantul dan 109 mahasiswa keperawatan Universitas Indonesia.

Kuesioner PCKT (*Palliative Care Knowledge Test*) yang merupakan modifikasi dari PCQN oleh Nakazawa *et al.* pada tahun 2007 yang diaplikasikan kepada 940 perawat dari 2 rumah sakit di kota Yokohama Jepang. Jumlah item pertama adalah 40, setelah uji validitas terpilih 20 item dengan korelasi 0,88. PCKT juga sudah digunakan kepada 2378 perawat pada tahun 2008 di Jepang oleh Sato *et al.* Ada 20 item dengan 5 aspek pengetahuan yaitu filosofi (2 item),

nyeri (6 item), dypnea (4 item), masalah psikiatri (4 item) dan masalah pencernaan (4 item).(41)(42)

Kuesioner lain tingkat pengetahuan tentang perawatan paliatif disusun oleh Weissman *et al.* pada 318 mahasiswa tahun terakhir di 2 universitas di Jerman tahun 2013. Ada 36 pertanyaan pilihan ganda yang diberikan dan 10 kasus berduka yang topiknya terapi nyeri (50%), gejala lain selain nyeri (17%), aspek psikososial (17%), kebijakan kesehatan atau isu organisasi (6%), prognosis (3%) dan etik (8%).(43)

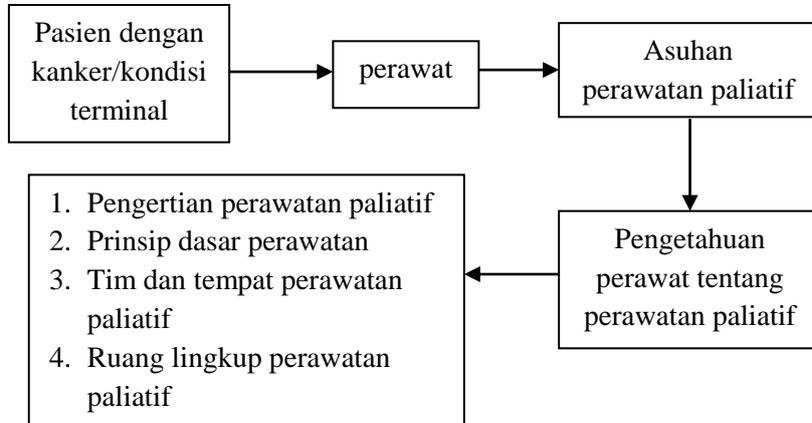
Kuesioner baku keempat adalah kuesioner yang disusun oleh JO Fadare *et al.* di Nigeria pada tahun 2013. Kuesioner terdiri dari data sosiodemografi, pengetahuan tentang pengertian-filosofi perawatan paliatif dan pengetahuan tentang penggunaan analgesik opioid yang diaplikasikan kepada 100 perawat di Ekiti State University Teaching Hospitals dengan *alpha chornbach* 0,79.(44)

Kuesioner baku kelima dari salah satu mahasiswa sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta dengan judul “Gambaran Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Paliatif pada Pasien dengan Kondisi Terminal di RSUD Kabupaten Bekasi” oleh Andry Septian. Instrumen sudah di uji cobakan pada tanggal 6-10 Februari 2016 di

Rumah Sakit Annisa Cikarang yaitu ruang ICU pada 50 perawat dengan nilai r 0,276 dan nilai probabilitas 0,05.

Peneliti memilih instrumen Andry Septian dalam penelitian ini karena instrument ini mewakili fenomena dan konsep dari penelitian. Kuesioner ini juga telah dilakukan uji expertise, validitas dan reabilitas sehingga kuesioner ini merupakan kuesioner yang valid sebagai instrument penelitian. Instrument ini akan dimodifikasi dengan kuesioner PCKT sehingga sesuai dengan kebutuhan peneliti.

B. Kerangka Teori



Gambar 1. Kerangka Teori

BAB III

METODE PENELITIAN

A. Kerangka Konsep

Pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif, meliputi :

1. Pengertian perawatan paliatif
2. Prinsip dasar perawatan paliatif
3. Tim dan tempat perawatan paliatif
4. Ruang lingkup perawatan paliatif

Gambar 2. Kerangka Konsep

B. Jenis dan Rancangan Penelitian

Ditinjau dari tujuan penelitian yang akan dicapai, penelitian ini menggunakan penelitian deskriptif kuantitatif. Deskriptif adalah suatu metode penelitian yang ditujukan untuk menggambarkan fenomena yang di dalamnya tidak ada analisis hubungan antar variabel, tidak memberikan manipulasi atau perubahan pada variabel-variabel bebas, tetapi menggambarkan suatu kondisi apa adanya. Penelitian kuantitatif adalah penelitian yang bertujuan menggambarkan suatu fenomena dengan berbentuk angka-angka.(45) Deskriptif kuantitatif adalah penelitian yang

dilakukan dengan tujuan untuk membuat gambaran atau deskripsi suatu keadaan secara objektif. Metode ini digunakan untuk memecahkan atau menjawab permasalahan yang sedang dihadapi pada saat ini atau saat yang lampau.(46)

C. Populasi dan Sampel Penelitian

1. Populasi

Populasi adalah sekumpulan objek yang menjadi pusat perhatian, yang memiliki informasi tentang suatu hal yang ingin diketahui.(47) Populasi merupakan seluruh objek yang berpotensi dapat diukur sebagai target peneliti untuk menghasilkan hasil penelitian.(46) Populasi dalam penelitian ini adalah seluruh perawat yang bekerja di bangsal Rajawali sebanyak 300 perawat di RSUP Dr. Kariadi Semarang.

2. Sampel

Sampel adalah bagian dari elemen populasi yang diambil dengan cara tertentu dan dilakukan penelitian.(48) Penarikan sampel yaitu pengambilan sampel dari suatu populasi.(47) Teknik pengambilan sampel yang dilakukan adalah *total sampling*. *Total sampling* adalah teknik pengambilan sampel dimana semua anggota populasi dijadikan sampel atau di mana dilakukan pemilihan sampel untuk melihat keseluruhan populasi yang mempunyai kumpulan beberapa karakteristik khusus.(49)(50) Dimana semua perawat di gedung Rajawali dijadikan sampel.

D. Besar Sampel

1. Besar sampel

Teknik menentukan besaran penelitian ini menggunakan teknik *slovin* yaitu:(51)

$$n = \frac{N}{1 + Ne^2}$$

Dimana :

n = sampel

N = jumlah populasi

e = perkiraan tingkat kesalahan

$$n = \frac{300}{1 + 300(0,05)^2}$$

$n = 171,42$ dibulatkan menjadi 172 sampel

Berdasarkan rumus tersebut, maka besar sampel minimal yang dibutuhkan dalam penelitian ini adalah 172 perawat.

2. Kriteria Sampel

Kriteria sampel dalam penelitian terdiri atas kriteria inklusi dan kriteria eksklusi. Kriteria tersebut menentukan dapat atau tidaknya sampel bisa digunakan.

a. **Kriteria Inklusi**

Kriteria inklusi merupakan karakteristik umum subjek penelitian dari suatu populasi target yang akan diteliti.⁴⁶ Kriteria inklusi dalam penelitian ini yaitu:

- 1) Perawat yang pernah merawat pasien kanker
- 2) Bersedia menjadi responden penelitian

b. **Kriteria Eksklusi**

Kriteria eksklusi adalah batasan subjek penelitian mewakili sampel yang tidak memenuhi syarat sampel penelitian. Tidak ada kriteria eksklusi khusus yang ditetapkan dalam penelitian ini.

E. Tempat dan Waktu Penelitian

1. **Tempat Penelitian**

Penelitian ini dilakukan di RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang.

2. **Waktu Penelitian**

Penelitian ini dilakukan pada bulan Mei-Juni 2017.

F. Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

1. **Variabel Penelitian**

Variabel adalah perilaku atau karakteristik yang memberikan dampak terhadap sesuatu seperti manusia, benda dan sebagainya.⁽⁵²⁾ Penelitian ini menggunakan variabel tunggal yaitu pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien kanker stadium akhir.

2. Definisi Operasional dan Skala Pengukuran

Tabel 1
Variabel Penelitian, Definisi Operasional, dan Skala Pengukuran

Variabel/ Subvariabel	Definisi Operasional	Cara ukur	Hasil ukur	Skala
Bagian A : Kuesioner demografis				
1. Jenis Kelamin	Perbedaan gender perawat RSUP Dr. Kariadi	Kuesioner A	1. Laki-laki 2. Perempuan	Nominal
2. Usia	Lamanya waktu hidup perawat RSUP Dr. Kariadi yang dihitung dari mulai lahir sampai sekarang	Kuesioner A	1. 17-25 tahun 2. 26-35 tahun 3. 36-45 tahun 4. 46-55 tahun	Nominal
3. Pendidikan Terakhir	Tingkat pendidikan formal terakhir yang ditempuh perawat RSUP Dr. Kariadi	Kuesioner A	1. D3 2. S1 3. Ns/Profesi 4. S2	Ordinal
4. Lama bekerja di unit Rajawali	Pegalaman kerja perawat RSUP Dr. Kariadi diukur dari waktu dalam bekerja	Kuesioner A	1. 0-5 tahun 2. 6-10 tahun 3. 11-15 tahun 4. 16-20 tahun	Nominal
5. Unit Kerja saat ini	Tempat/Bangsas dimana perawat RSUP Dr. Kariadi bekerja	Kuesioner A	1. Rajawali 1A 2. Rajawali 1B 3. Rajawali 2A 4. Rajawali 2B 5. Rajawali 3A 6. Rajawali 3B 7. Rajawali 4A 8. Rajawali 4B 9. Rajawali 5A 10. Rajawali 5B 11. Rajawali 6A 12. Rajawali 6B	Nominal
6. Jabatan dalam tim keperawatan	Kedudukan yang menunjukkan tugas, tanggung jawab, wewenang, dan hak perawat RSUP Dr. Kariadi	Kuesioner A	1. Kepala Ruang 2. Ketua tim 3. Perawat Pelaksana	Nominal

Variabel/Su bvariabel	Definisi Operasional	Cara Ukur	Hasil Ukur	Skala
7. Pelatihan Tentang perawatan paliatif	Proses pendidikan jangka pendek untuk meningkatkan pengetahuan, ketrampilan klinis tentang perawatan paliatif pada perawat RSUP Dr. Kariadi	Kuesioner A	1. Ya 2. Tidak	
Bagian B : Kuesioner Pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif.	Tingkat pengetahuan perawat RSUP Dr. Kariadi terkait : 1. Pengertian perawatan paliatif pada pasien kanker 2. Prinsip dasar perawatan paliatif pada pasien kanker 3. Tim dan tempat perawatan paliatif pada pasien kanker 4. Ruang lingkup perawatan paliatif pada pasien kanker 5. Tujuan perawatan paliatif pada pasien kanker	Kuesioner yang terdiri dari 36 item pertanyaan dengan menggunakan skala <i>Guttman</i> : <i>Favorable</i> : Jawaban Benar = 1, Salah = 0 <i>Unfavorable</i> : Benar = 0 Salah = 1	1. Baik = jika presentase jawaban benar 75%- 100% 2. Cukup = jika presentase jawaban benar 56%- 74% 3. Kurang = jika persentase jawaban < 56% (48)	Ordinal

G. Alat Penelitian dan Cara Pengumpulan Data

1. Alat Penelitian

Alat penelitian adalah alat yang digunakan untuk mengumpulkan data dalam suatu penelitian. Instrumen penelitian adalah segala peralatan yang digunakan untuk memperoleh, mengelola, dan mengintegrasikan informasi dari para responden yang dilakukan dengan pola pengukuran yang sama. Alat penelitian dalam penelitian ini menggunakan kuesioner dengan tanda cek (✓) untuk mengisinya. Kuesioner ini terdiri dari data

demografi dan lembar pernyataan tentang pengetahuan perawatan paliatif.

Kuesioner tentang perawatan paliatif terdiri dari 36 item pernyataan, 17 item pernyataan positif (*favorable*), dan 19 item pernyataan negatif (*unfavorable*). Responden diberikan pilihan untuk memilih jawaban pada setiap poin pernyataan, yaitu benar dan salah.

Tabel 2 Kisi-kisi kuesioner

	Pernyataan Positif	Pernyataan Negatif
Pengertian perawatan paliatif		1
Prinsip dasar perawatan paliatif	7,22	2,3,8,23
Tujuan perawatan paliatif	11,18	15,16,17
Tim dan tempat perawatan paliatif	5, 10,12,19,20	4, 6,9
Ruang lingkup perawatan paliatif	13, 21,27,28,31,32,35,36	14,24,25,26,29,30,33,34

2. Validitas dan Reliabilitas

a. Uji Validitas

Alat ukur yang valid merupakan alat ukur yang mampu mengukur variabel dengan baik dan tepat terkait dengan sasaran dan dapat menunjukkan jumlah besar atau kecilnya gejala yang akan diukur. Instrumen atau alat ukur dalam penelitian dapat dilakukan

dengan melakukan uji validitas konstruk atau validitas kerangka (*construct validity*) serta validitas dalam isi yang terkandung (*content validity*).

Kuesioner menggunakan kuesioner dari salah satu mahasiswa sarjana Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah Jakarta dengan judul “Gambaran Pengetahuan Perawat tentang Perawatan Paliatif pada Pasien dengan Kondisi Terminal di RSUD Kabupaten Bekasi”. Instrumen sudah di uji cobakan pada tanggal 6-10 Februari 2016 di Rumah Sakit Annisa Cikarang yaitu ruang ICU pada 50 perawat dengan nilai r 0,276 dan nilai probabilitas 0,05. Apabila r hitung $>$ r tabel, maka pernyataan tersebut valid.

Kuesioner tersebut ditambah dengan beberapa item PCKT (*Palliative Care Knowledge Test*) yang merupakan modifikasi dari PCQN oleh Nakazawa *et al.* pada tahun 2007 yang diaplikasikan kepada 940 perawat dari 2 rumah sakit di kota Yokohama Jepang. Jumlah item pertama PCKT adalah 40, setelah uji validitas terpilih 20 item dengan korelasi 0,88. PCKT juga sudah digunakan kepada 2378 perawat pada tahun 2008 di Jepang oleh Sato *et al.* Ada 20 item dengan 5 aspek pengetahuan yaitu filosofi (2 item), nyeri (6 item), dypnea (4 item), masalah psikiatri (4 item) dan masalah pencernaan (4 item).(42)(41)

b. Uji Reliabilitas

Alat ukur atau instrumen penelitian dinyatakan menjadi alat ukur yang *reliable* (andal) ketika memiliki sifat yang konstan, stabil dan tepat. Selain itu alat ukur yang *reliable* akan tetap memiliki hasil yang sama jika dilakukan untuk mengukur subjek lain yang memiliki karakteristik sama dengan subjek yang akan diteliti.

Perhitungan uji reliabilitas dianalisa dengan rumus Cronbach's Alpha, yaitu : (53)

$$r_{11} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(1 - \frac{\sum s_b^2}{\sum s_t^2} \right)$$

Keterangan:

r_{11} : reliabilitas instrument

k : banyaknya item yang diujikan

s_t^2 : standar deviasi total

$\sum s_b^2$: jumlah standar deviasi item

Hasil kesimpulan dari uji reliabilitas adalah:

- 1) Jika r hitung $>$ r tabel. Maka *reliable*.
- 2) Jika r hitung $<$ r tabel. Maka tidak *reliable*.

Cronbach's Alpha diukur berdasarkan skala 0 sampai dengan

1. Nilai kemantapan alpha bila *Cronbach's Alpha* dibagi menjadi 5 rank yaitu:

- 1) Nilai *Cronbach's Alpha* 0,00 s.d 0,20 berarti kurang *reliable*
- 2) Nilai *Cronbach's Alpha* 0,21 s.d 0,40 berarti agak *reliable*

- 3) Nilai *Cronbach's Alpha* 0,41 s.d 0,60 berarti cukup *reliable*
- 4) Nilai *Cronbach's Alpha* 0,61 s.d 0,80 berarti *reliable*
- 5) Nilai *Cronbach's Alpha* 0,81 s.d 1,00 berarti sangat *reliable*

Uji realibilitas pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif akan diujikan kepada 20 orang perawat di gedung Rajawali RSUP Dr. Kariadi Semarang.

3. Cara Pengumpulan Data

Pengumpulan data dilakukan setelah peneliti mendapatkan ijin untuk melakukan penelitian di RSUP Dr. Kariadi Kota Semarang.

Prosedur pengumpulan data yang dilakukan adalah sebagai berikut :

- a. Setelah melalui tahap penyempurnaan proposal, peneliti mengajukan surat pengantar permohonan izin penelitian kepada Kepala Jurusan Keperawatan FK UNDIP dan pengajuan *ethical clearance*.
- b. Peneliti mengantarkan surat ijin penelitian ke RSUP Dr. Kariadi kemudian diberikan disposisi dan peneliti telah diizinkan untuk melakukan penelitian di RSUP Dr. Kariadi.
- c. Peneliti bertemu dengan 1 orang enumerator di setiap bangsal yang ada di gedung Rajawali peneliti menyamakan persepsi dengan enumerator.
- d. Setelah ijin kepada kepala ruang di masing-masing bangsal, peneliti dan enumerator memberikan penjelasan mengenai tujuan,

- manfaat, prosedur penelitian, kontrak waktu serta menanyakan kesediaan untuk menjadi responden penelitian.
- e. Setelah mendapat persetujuan, responden diminta untuk mengisi dan menandatangani lembar pernyataan persetujuan (*informed consent*).
 - f. Sebelum memulai pengisian kuesioner, peneliti dan enumerator menjelaskan cara mengisi kuesioner. Responden dipersilahkan untuk mengajukan pertanyaan apabila terdapat hal yang belum dipahami.
 - g. Setelah selesai, peneliti dan enumerator mengecek dan memastikan kembali bahwa semua pertanyaan sudah terisi. Bila terdapat jawaban yang terlewat, peneliti langsung menanyakan kembali kepada responden.
 - h. Setelah semua data terkumpul, peneliti melakukan pengolahan dan analisa data.

H. Teknik Pengolahan dan Analisis Data

1. Pengolahan Data

Peneliti melakukan pengolahan data dengan dibantu program analisis statistik komputer. Pengolahan data dalam penelitian ini menggunakan tahap sebagai berikut⁴⁷:

a. *Editing*

Editing merupakan proses yang dilakukan untuk menilai kelengkapan data. Peneliti mengecek kuesioner yang telah diisi oleh responden dan melihat kelengkapan, kejelasan dan apakah jawaban relevan dengan pertanyaan. Apabila terdapat pertanyaan yang belum diisi atau jawaban kurang jelas, peneliti menanyakan langsung kepada responden. Proses ini langsung dilakukan di tempat pengumpulan data.

b. *Coding*

Coding merupakan pemberian kode pada setiap jawaban pada kuesioner yang telah diberikan responden. Peneliti mengubah kode jawaban yang berupa kata atau kalimat menjadi data angka untuk kemudian dilakukan pengolahan data selanjutnya. Pemberian kode untuk jawaban benar adalah 1 dan jawaban salah adalah 0.

c. *Entry Data*

Entry data merupakan proses memasukkan data ke dalam program pengolah data untuk dilakukan analisis menggunakan program statistik dengan komputer. Setelah dilakukan pengkodean, peneliti memasukkan data untuk dilakukan proses pengolahan data. Setelah melakukan *coding* tahap selanjutnya adalah memasukkan data ke dalam SPSS untuk diolah lebih lanjut.

d. *Tabulating*

Tabulating merupakan penyajian data yang akan menjurus ke analisis kuantitatif dimana pengolahan data menggunakan tabel distribusi frekuensi dan tabel silang.

e. *Cleaning*

Cleaning merupakan kegiatan pembersihan seluruh data supaya terhindar dari kesalahan sebelum dilakukan proses analisis data. Peneliti memeriksa kembali seluruh proses mulai dari pengkodean serta memastikan bahwa data yang diinput tidak terdapat kesalahan sehingga analisis dapat dilakukan dengan benar. Proses *cleaning* dapat dilakukan dengan bantuan program analisis statistik komputer.

2. Analisis Data

Analisis data adalah proses untuk menentukan besarnya pengaruh yang ada secara kuantitatif antara suatu kejadian dengan kejadian yang lain. Analisa data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan analisa univariat, yaitu melakukan analisa terhadap tiap variabel hasil penelitian untuk menghasilkan distribusi frekuensi dan persentasi tiap variabel yang ada.

I. Etika Penelitian

Penelitian merupakan upaya mencari kebenaran dalam suatu fenomena kehidupan masyarakat. Oleh sebab itu, penelitian harus dilakukan sesuai dengan norma dan etika yang berlaku di masyarakat. Etika penelitian

merupakan masalah yang sangat penting dalam penelitian keperawatan mengingat penelitian keperawatan berkaitan langsung dengan manusia. Hal ini menyebabkan perlunya sebuah etika dalam melakukan penelitian keperawatan. Penelitian diharapkan menerapkan empat prinsip sebagai berikut :

1. Menghormati harkat dan martabat manusia (*respect for human dignity*)

Peneliti menghargai hak-hak responden dan memberikan kebebasan kepada responden untuk bersedia berpartisipasi dalam penelitian atau tidak. Responden yang bersedia diminta untuk mengisi dan menandatangani *informed consent*. Peneliti menjelaskan terlebih dahulu mengenai teknis penelitian sebelum meminta persetujuan.

2. Menghormati privasi dan kerahasiaan subyek penelitian (*respect for privacy and confidentiality*)

Responden memiliki hak untuk menjaga privasi masing-masing. Peneliti wajib menjaga kerahasiaan dengan tidak memberitahukan identitas responden kepada orang lain. Dalam penelitian ini, responden hanya diminta untuk menuliskan inisial. Peneliti juga tidak mengungkapkan identitas responden secara personal kepada orang lain.

3. Keadilan dan inklusivitas/keterbukaan (*respect for justice and inclusiveness*)

Peneliti berusaha untuk menjaga prinsip keadilan, keterbukaan dan kejujuran dengan menjelaskan terlebih dahulu prosedur penelitian kepada responden. Responden diberikan kesempatan untuk

menanyakan hal yang dianggap masih belum jelas. Peneliti juga memperlakukan semua responden secara sama tanpa membedakan suku, agama, ras, status ekonomi, dan sebagainya.

4. Memperhitungkan manfaat dan kerugian yang ditimbulkan (*balancing harms and benefits*)

Peneliti berusaha untuk memberikan manfaat sebaik-baiknya bagi masyarakat khususnya responden dan subjek penelitian. Responden diharapkan dapat mengetahui status perkembangan anak-anak mereka. Peneliti tidak merugikan responden dengan tidak memaksakan kehendak dan tidak mengganggu waktu aktivitas responden.

DAFTAR PUSTAKA

1. WHO | WHO Definition of Palliative Care. WHO [Internet]. 2012 [cited 2017 Apr 11]; Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
2. Palliative care - Cancer Council Australia [Internet]. [cited 2017 May 28]. Available from: <http://www.cancer.org.au/about-cancer/treatment/palliative-care.html>
3. A Guide to Palliative or Supportive Care [Internet]. [cited 2017 May 29]. Available from: <https://www.cancer.org/treatment/treatments-and-side-effects/palliative-care/supportive-care-guide.html>
4. KEPMENKES RI. Kebijakan Perawatan Paliatif. VII Indonesia: Menkes; 2007.
5. McCorkle R, Pasacreta J. Enhancing caregiver outcomes in palliative care. *cancer Control* [Internet]. 2001; Available from: insidemoffitt.com
6. Innes S, Payne S. Advanced cancer patients' prognostic information preferences: a review. *Palliat Med*. 2009;23(November 2008):29–39.
7. O'Connor M, Fisher C. Interdisciplinary teams in palliative care : a critical reflection. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2006;12(3):132–7. Available from: search.ecscohost.com
8. Fact Sheets by Cancer [Internet]. [cited 2017 May 23]. Available from: http://globocan.iarc.fr/Pages/fact_sheets_cancer.aspx
9. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. National Consensus Project. New York; 2005.
10. No Title.
11. KEPMENKES. Kebijakan Perawatan Paliatif. 2007.
12. Truog RD, Campbell ML, Curtis JR, Haas CE, Luce JM, Rubenfeld GD, et al. Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit: a consensus statement by the American College of Critical Care Medicine. *Crit Care Med*. 2008;36(3):953–63.
13. Nelson R, Botkin J, Kodish E, Levetown M. Palliative care for children. 2000 [cited 2016 Nov 16]; Available from:

<http://utah.pure.elsevier.com/en/publications/palliative-care-for-children>

14. Aselmahuka. Perawatan Paliatif [Internet]. 2008 [cited 2016 Jan 1]. Available from: <http://rumahkanker.com/paliatif/perawatanpaliatif/24-perawatan-paliatif-apa-sih>
15. Layanan Rawat Jalan Perawatan Paliatif [Internet]. Palliative RSUD dr. Soetomo. 2017 [cited 2017 Apr 18]. Available from: <http://palliativesdssurabaya.com/rawat-jalan/>
16. Mangunkusumo C. Penghematan Biaya Perawatan Pasien Kanker Terminal Dewasa melalui Konsultasi Tim Paliatif di Rumah Sakit. 2017;4(1):36–41.
17. Ningsih NS. Pengaman Perawat dalam Memberikan Perawatan Paliatif pada Anak dengan Kanker di Wilayah Jakarta. Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. 2011;
18. Suryati SR. Kualitas Perawatan Paliatif Pasien Kritis di ICU RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Univ Gadjah Mada. 2013;
19. Adhistry K. Pelayanan Paliatif pada Pasien Kanker di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. Perpustakaan Pus UGM. 2016;
20. Kementerian Kesehatan RI Pusat Data dan Informasi Kesehatan. Stop Kanker. infodatin-Kanker. 2015;hal 3.
21. Kiran R, Agarwal PD, Verma AK. Knowledge Management. SAGE Open [Internet]. 2013;3(2):215824401348491. Available from: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2158244013484915>
22. Al Qadire M. Knowledge of palliative care: An online survey. Nurse Educ Today [Internet]. 2014;34(5):714–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2013.08.019>
23. Adriaansen M, van Achterberg T. The content and effects of palliative care courses for nurses: A literature review. Int J Nurs Stud. 2008;45(3):471–85.
24. Muckaden M, Al E. Pediatric Palliative Care : theory to practice. Indian J Palliat. 2011;1:52–60.
25. Nendra et al. Buku penanganan paliatif care HIV-AIDS. Jakarta: Lembaga kesehatan nahdatul ulama; 2011.
26. Irawan E. Pengaruh Perawatan Paliatif Terhadap Pasien Kanker Stadium Akhir (Literature Review). 2013;(1):34–8.
27. Potter P, Perry A, Stockert P, Hall A. fundamental of nursing. singapore:

- mosby elsevier; 2009.
28. Ningsih NS. Pengalaman Perawat dalam memberikan Perawatan Paliatif pada Anak dengan Kanker di Wilayah Jakarta. FIK UI. 2011;
 29. Hockenberry J., Wilson D. Wong : Essensials of Pediatric Nursing Ed 8. mosby elsevier; 2009.
 30. Craig F, et all. IMPaCCT : Standart for Pediatric Palliative Care in Europe. J palliative care. 2007;14(2):109–14.
 31. Damayantri A, Fitriyah, Indriani. Penanganan Masalah Sosial dan Psikologis Pasien Kanker Stadium Lanjut dalam Perawatan Paliatif. Indones J Cancer. 2008;1:30–4.
 32. Yafie, Ali, Shihab MQ, Hawari D, Hafidhuddin Di, Dharmais TMR. Sakit Menguatkan Iman: Uraian Pakar Medis dan Spiritual. Jakarta: Gema Insani Press; 2006.
 33. Bussing A, Fischer J, Ostermann T, Mathiessen, P F. Reliance on God’s Help, Depression and Fatigue Female Cancers Patient. J Psychiatr Med. 2008;357–72.
 34. Balboni TA, L.C. Vanderwerker, S.D. Block, M.E. Paulk, C.S. Lathan JRP& HGP. Religiousness and Spiritual Support among Advanced Cancer Patient and Associations with End of Life Treatment Preferences and Quality of Life.”. J Clin Oncol. 2007;25(5):555–60.
 35. Koziar, B., G. Erb B& SS. Fundamental of Nursing: Concept, Process and Practise. Uper Saddle River: Perarson Education; 2004.
 36. Shihab MQ. Menjemput Maut Bekal Perjalanan Menuju Allah SWT. Jakarta: Lentera Hati; 2007.
 37. Nussbaum, R.L., McInnes, R.R., Willard, H.F.,2001 T and T. Genetics in Medicine 6th ed. Philadelphia: WB Saunders Company;
 38. Institute NC. Breast Cancer [Internet]. 2009. Available from: <http://cancerweb.ncl.ac.uk/cancernet/100013.html>
 39. Price, Sylvia A. Wilson, Lorraine MPrice, Sylvia A. Wilson LM. Patofisiologi Konsep Klinis Proses-Proses Penyakit. 6th ed. Jakarta: EGC; 2006.
 40. Iranmanesh S, Razban F, Tirgari B, Zahra G. Nurses’ knowledge about palliative care in Southeast Iran. Palliat Support Care [Internet].

- 2014;12(3):203–10. Available from:
http://www.journals.cambridge.org/abstract_S1478951512001058
41. Sato K, Inoue Y, Umeda M, Ishigamori I, Igarashi A, Togashi S, et al. A Japanese region-wide survey of the knowledge, difficulties and self-reported palliative care practices among nurses. *Jpn J Clin Oncol*. 2014;44(8):718–28.
 42. Nakazawa Y, Miyashita M, Morita T, Umeda M, Oyagi Y, Ogasawara T. The palliative care knowledge test: reliability and validity of an instrument to measure palliative care knowledge among health professionals. *Palliat Med* [Internet]. 2009;23(8):754–66. Available from:
<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0269216309106871>
 43. Weber M, Schmiedel S, Nauck F, Alt-Epping B. Knowledge and attitude of final - year medical students in Germany towards palliative care - an interinstitutional questionnaire-based study. *BMC Palliat Care* [Internet]. 2011;10(1):19. Available from:
<http://bmc-palliatcare.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-684X-10-19>
 44. Fadare J, Obimakinde A, Olaogun D, Afolayan J, Olatunya O, Ogundipe K. [Not Available]. *Ann Med Health Sci Res* [Internet]. 2014 Sep [cited 2017 Jun 2];4(5):723–7. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25328782>
 45. E B, AS H. *Metode Penelitian Kuantitatif Aplikasi Dalam Pendidikan*. Yogyakarta: Deepublish; 2014.
 46. Ketut SI. *Metodologi Penelitian Kesehatan*. Yogyakarta: CV Andi Offset; 2012.
 47. W gulo. *Metodologi Penelitian*. Jakarta: Grasindo; 2003.
 48. Nursalam. *Konsep dan Penerapan Metodologi Penelitian Ilmu Keperawatan : Pedoman Skripsi, Tesis dan Instrumen Penelitian Keperawatan*. Jakarta: Salemba Medika; 2008.
 49. Lusiana N, Andriyani R MM. *Buku Ajar Metodologi Penelitian Kebidanan*. 1st ed. Yogyakarta: Deepublish; 2015.
 50. K D. *Metodologi Penelitian Keperawatan : Pedoman melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV Trans Info Media; 2011.
 51. Siregar S. *Statistika Deskriptif untuk penelitian*.

52. Nursalam. Metodologi Ilmu Keperawatan: Pendekatan Praktis (edisi 3). Jakarta: Salemba Medika; 2015.
53. Malhorta N. Marketing Research : An Applied Approach European Edition. 3rd ed. UK: Perarson Education; 2007.

LAMPIRAN

