

**PENGALAMAN KELUARGA MERAWAT ANGGOTA KELUARGA
DENGAN *PALLIATIVE CARE*
(STUDI FENOMENOLOGI)**

Jaji

Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya

E-mail: jaji.unsri@gmail.com

Abstrak

Tujuan: Tujuan penelitian ini untuk mengeksplor perasaan anggota keluarga dalam merawat klien paliatif.

Metode: Penelitian ini merupakan penelitian kualitatif dengan pendekatan fenomenologi deskriptif.

Hasil: Hasil analisis data didapatkan tujuh tema, yaitu: konsep sakit (modern dan tradisional), penyebab penyakit yang di derita, berusaha untuk membawa dan mengobati klien yang sakit, berusaha untuk memenuhi semua kebutuhan klien, kondisi klien sangat menyita waktu orang di sekitarnya, peralihan peran, semuanya di serahkan kepada sang pencipta (pasrah).

Simpulan: Saran bagi para keluarga yang terdapat klien paliatif care, agar selalu bersabar dan berusaha memberikan yang terbaik bagi klien yang mengalami paliatif care.

Kata Kunci: keluarga, pengalaman merawat, paliatif, stroke.

Abstract

Aim: *The purpose of this study was to explore the feelings of family members in caring for palliative clients.*

Method: *This research is a qualitative research with descriptive phenomenology approach.*

Result: *The results of data analysis found seven themes, namely: the concept of sickness (modern and traditional), the causes of illness, trying to bring and treat clients who are sick, trying to meet all the needs of clients, the condition of the client is very time-consuming for those around him, the transition of roles, all of which are left to the creator (surrender).*

Conclusion: *Suggestions for families who have palliative care clients, to always be patient and try to provide the best for clients who experience palliative care.*

Keywords: *family, caring, palliative, stroke experience.*

PENDAHULUAN

Stroke merupakan salah satu penyakit tidak menular, menempati posisi pertama, dan urutan ketiga terbesar penyebab kematian di dunia setelah jantung dan kanker, dilihat dari pola kematian penderita rawat inap. World Health Organisation (WHO)¹, mendefinisikan stroke adalah suatu gangguan otak fokal (atau global), dengan tanda klinis yang berkembang begitu cepat sebagai akibat dari gejala yang berlangsung selama 24 jam bahkan lebih, dan dapat menyebabkan kecacatan pada penderitanya bahkan kematian tanpa ada penyebab lain yang begitu jelas selain vaskuler.^{2,3}

Hasil analisa data dari berbagai Negara yang ada, didapatkan data bahwa 15 juta orang terkena stroke setiap tahunnya, data mengatakan sepertiganya akan mengalami kematian pada tahun berikutnya, data yang sepertiganya lagi mengatakan bahwa pasien stroke bertahan hidup dengan kondisi kecacatan, dan data sepertiga sisanya lagi mengatakan bahwa pasien stroke dapat sembuh kembali seperti semula.¹ Kejadian kasus penyakit stroke meningkat di negara maju seperti Amerika Serikat. Data statistik di Amerika menyebutkan, setiap tahunnya terjadi 750.000 kasus stroke baru di Amerika. Data tersebut artinya menunjukkan bahwa, pada setiap 45 menit, terdapat satu orang di Amerika yang terkena serangan penyakit stroke. Bahkan ada perkiraan pada tahun 2020 diprediksi sekitar 7,6 juta orang akan mengalami meninggal dunia karena penyakit stroke.⁴

Kejadian penyakit stroke di Indonesia merupakan sebagai pembunuh nomor tiga. Hasil analisa data berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) di tahun 2007, usia 45-54 tahun angka terjadi kematian yang diakibatkan oleh penyakit stroke sebesar 15,9% (terjadi pada daerah perkotaan), dan 11,5% (terjadi pada daerah

pedesaan), dan dari jumlah total penderita stroke yang ada di Indonesia, sekitar 2,5 persen atau 250 ribu orang meninggal dunia, sisanya cacat ringan maupun berat.⁵

Stroke atau CVD (Cerebro Vaskuler Disease) merupakan defisit neurologis secara mendadak susunan saraf pusat yang disebabkan oleh peristiwa iskemik atau hemoragik mempunyai etiologi dan patogenesis yang multi kompleks. Stroke menjadi penyebab utama suatu kecacatan fisik dan atau mental pada pasiennya yang mengalami, atau terjadi pada usia produktif maupun usia lanjut.⁶ Penyakit stroke, mengakibatkan berbagai masalah pada kliennya. Pada masa kelanjutannya, pasien dengan penyakit stroke akut atau kronis biasanya akan mengalami berbagai gejala masalah fisik, diantaranya sesak nafas, nyeri, terjadi penurunan berat badan, begitupun dengan gangguan aktivitas.

Pasien stroke tidak hanya mengalami gangguan fisik saja tetapi akan mengalami gangguan psikososial dan spritual juga, dimana gangguan tersebut akan sangat mempengaruhi kualitas hidup dari pasien dan keluarga penderita stroke. Penangannya pun pada pasien stroke tidak hanya pemenuhan kebutuhan fisik saja, tetapi penting juga dukungan terhadap kebutuhan psikologis, kebutuhan sosial dan kebutuhan spritual, yang kesemuanya akan terpenuhi dilakukan dengan pendekatan interdisiplin oleh tim, dan yang lebih dikenal dengan sebutan perawatan *palliative*.^{7,8}

Perawatan *Palliative* adalah bentuk pelayanan yang dapat memberikan kualitas hidup bagi pasien yang akan menjadi lebih baik. Perawatan *Palliative* mempunyai bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup baik bagi pasien maupun keluarga pasien dari masalah penyakit yang dapat mengancam jiwa. Implementasinya dapat dilakukan melalui pencegahan, dengan cara

identifikasi dini penyakit yang dialami, penanganan masalah nyeri, dan masalah-masalah lainnya yang diakibatkan oleh sifat penyakit tersebut, yaitu fisik, psikososial dan spiritual.⁹

Perawatan *palliative* ini sangatlah penting dan memiliki beberapa keuntungan antara lain : dengan paliatif care pasien akan merasa nyaman, merasa bebas, lebih dekat dengan keluarga, rasa aman dan memberi kesempatan bagi anggota keluarga untuk ikut terlibat dalam perawatan.¹⁰ Pasien dengan penyakit stroke akan memiliki ketergantungan yang berat kepada keluarga, karena keluarga merupakan orang yang sangat dekat dengan pasien, keluarga adalah bagian anggota dari pasien, dan keluarga akan sangat berperan dalam memberikan perawatan lanjutan untuk membantu memenuhi kebutuhan perawatan pasien yang tidak akan dapat dilakukan sendiri oleh pasien, maka keluarga hadir dalam menjalankan perannya atau mengganti peran dari klien tersebut untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga.¹¹

METODE

Metode yang di pakai dalam penelitian ini, yaitu penelitian kualitatif fenomenologi. Konsep utama penelitian yang dilakukan yaitu memperoleh informasi dari informan secara mendalam tentang pendapat dan perasaan, tentang sikap, kepercayaan, motivasi dan perilaku hidup.¹² Informan penelitian adalah anak dan istri dari klien, sedangkan penelitian di lakukan di rumah klien di daerah Gandus Palembang, Sumatera Selatan. Peneliti melakukan skrining dengan format skrining milik rumah sakit, dengan hasil screening didapatkan klien masuk kategori klien paliatif.

Analisis data kualitatif dilakukan dengan tahapan menurut langkah-langkah dari Colaizzi.^{13,14,15} yaitu sebagai berikut: (1) menggambarkan fenomena yang menjadi fokus penelitian; (2) mengumpulkan informasi fenomena dari partisipan; (3) membaca semua transkrip wawancara dan catatan lapangan; (4) membuat transkrip untuk mendapatkan keseluruhan kesan dan mengidentifikasi pernyataan-pernyataan yang signifikan; (5) mencoba menggambarkan kategori dari setiap pernyataan yang signifikan; (6) menentukan kategori-kategori pernyataan menjadi pernyataan bermakna dan berhubungan dan menjadikan tema; (6a) mengelompokkan tema-tema yang sejenis kemudian dibandingkan dengan deskripsi asli dalam transkrip; (6b) mencatat ketidakcocokan antara tema dengan transkrip (7) mengintegrasikan hasil ke pernyataan yang mendalam dari fenomena dan memformulasikan pernyataan yang mendalam dari fenomena penelitian sebagai sesuatu pernyataan yang jelas diidentifikasi dari fenomena (8) mengembalikan hasilnya kepada partisipan untuk divalidasi (9) jika menemukan data baru masukan kembali ke dalam pernyataan mendalam.

HASIL

Hasil penelitian dengan menggunakan teknik wawancara kepada informan didapatkan tujuh tema, yaitu: konsep sakit (modern dan tradisional), penyebab penyakit yang di derita, berusaha untuk membawa dan mengobati klien yang sakit, berusaha untuk memenuhi semua kebutuhan klien, kondisi klien sangat menyita waktu orang di sekitarnya, peralihan peran, semuanya di serahkan kepada sang pencipta (pasrah). Secara rinci akan di uraikan di bawah ini:

1. Konsep sakit (modern dan tradisional).
 - a. Modern, sesuai dengan pernyataan informan:

“ Kalo secara kedokteran mungkin dia sakit stroke,... Tapi kalo prediksi kedokteran kesitu “. (I1)

“ Bapak sakit stroke katanya, waktu berobat ke rumah sakit dulu, ... “. (I2)
 - b. Tradisional.

“ ..., tapi kalo kita balik ke kampung kena guna guna. Bapak nih mungkin kena teguran “. (I1)

“ Tapi kalo dikaitkan dengan agama bapa ini jauh dari agama “. (I2)
2. Penyebab penyakit yang di derita.

“ Penyebabnya kesemutan, bapak suka minum jamu sebelum sakit.. karena asam urat “. (I1)

“ bapak nih suka sakit pusing-pusing, pas berobat ke rumah sakit, satu minggu balik dari rumah sakit, disuruh ngulang berobat tapi bapaknya tidak bisa duduk “. (I2)
3. Berusaha untuk membawa dan mengobati klien yang sakit.

“ Berobat ke dokter kampung, Ya kalo ada yang kita obati kita obati, ... “. (I1)

“ Berobat ke alternatif, berobat kampung, ya sama dengan di terapi dengan cara diurut badannya itu berobat kampung, ... “. (I2)
4. Berusaha untuk memenuhi semua kebutuhan klien.
 - a. Personal hygiene.

“ Mandi be kita yang ngerjain, mandi susah duduk karena pinggangnya sakit. paling kita bantu-bantu gerak-gerak gitu lo “. (I1)

“ Masalah personal hygiene kita bantu mandi seperti yang ada di rumah ni lah, Semua kebutuhan yang memenuhinya sama anak, mandi di bantu oleh nenek dan anak-anak“. (I2)
 - b. Psikologis.

“ Ya kita kasih, istilahnya selama masih hidup ini apa yang mau kita kasih mumpung masih hidup selama bapak sakit, karena takutnya kalo tidak di kasih sembuhu penyakitnya idak kalao sampe mati keinginannya tepenuhi idak “. (I1)

“ Semua keinginannya kalau ada, kita bisa kita penuhi, pemenuhan keinginannya seperti merokok kalo kepengen kita kasih, walaupun tidak baik untuk kesehatan, tapi cakmana kalau bapaknya mau “. (I2)
 - c. Spiritual.

“ Berdoa, pemenuhan spiritual, ... bapak engga ada pusing dengan tidak beribadah, (I1)

“ Ibadah sudah tidak bisa terbaring begitu, ... “. (I2)
 - d. Sosial.

“ Pengen, pengen keluar ngeliat keluar, atau keteras, tapi kondisinya, ... “. (I1)

“ Kepengenan bapak kadang pengen keluar ke teras tapi tidak bisa dengan kondisi kayak gini, gotong-gotongnya berat “. (I2)

5. Kondisi klien sangat menyita waktu orang di sekitarnya.
“ Kalo bapak nih mau kita ajak jauh untuk berobat tidak bisa, rencana berobat lagi ada, cuman faktor begawe bagi pengantarnya, yang tidak bisa. (I1)
“ Kondisi ini sangat menyita waktu anggota keluarga yang lain, ngurusi bapak kayak gini, “. (I2)
6. Peralihan peran.
“ Semampu aku punya aku penuhi kebutuhan keluarga ini, “. (I1)
“ Selama bapak sakit semua kebutuhan kehidupan dan biaya berobat anak yang memenuhi semuanya “. (I2)
7. Semuanya di serahkan kepada sang pencipta (pasrah).
“ Kita jalani aja yang sudah terjadi biarlah terjadi yang kedepannya kita pikirkan, kalo kita pikirkan terus ntar mumet kitanya, yang sudah terjadi ya terjadi sudah kuasa tuhan, tapi kalo kita mampu kita usahakan, rejeki, nikmat kita jalani “. (I1)
“ Kalao saya sendiri terima apa adanya, aku pasrah sama yang kuasa. Sy tidak mengeluh dengan kondisi bapak, sudah pasrah, berobat juga kalau kata yang diatas belum dikasih kesembuhan maka belum sembuh “. (I2)

PEMBAHASAN

Hasil penelitian ini didapatkan tujuh tema yaitu: konsep sakit (modern dan tradisional), penyebab penyakit yang di derita, berusaha untuk membawa dan mengobati klien yang sakit, berusaha untuk memenuhi semua kebutuhan klien, kondisi klien sangat menyita waktu orang di sekitarnya, peralihan peran, semuanya di serahkan kepada sang pencipta (pasrah).

Penyakit Stroke yang menimpa pada salah seorang, dapat menyebabkan kecacatan fisik dan atau mental pada klien yang mengalaminya, tidak hanya itu, penyakit stroke juga mengakibatkan berbagai masalah pada kliennya juga pada keluarganya. Keluarga sangat diharapkan oleh klien dalam merawat memenuhi semua kebutuhan klien untuk membantu pemulihan klien stroke. Walaupun berbagai masalah kadang dihadapi seperti, kondisi keuangan yang tidak memungkinkan untuk biaya pengobatan sehingga harus pulang paksa, atau pemberhentian pengobatan, keadaan tersebut hak sepenuhnya penderita atau

keluarga.¹⁶ Pada kondisi inilah diperlukan perawatan paliatif.

Perawatan paliatif sendiri adalah pelayanan kesehatan kepada klien paliatif secara terpadu dalam rangka meningkatkan kualitas hidup klien dengan cara meringankan keluhan, memberi dukungan psikososial dan spiritual, ketika pertama kali diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat. Sedangkan tujuan perawatan sendiri untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga, dari masalah penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui preventif, kuratif dan rehabilitatif. Melalui kegiatan pemeriksaan yang baik, identifikasi dini, terapi rasa sakit, masalah fisik, psikososial, dan spritual.^{17,1} Ada juga pendapat lain¹⁸, bahwa tujuan utama perawatan paliatif yaitu menciptakan keamanan dan kenyamanan, serta memberikan dukungan kepada klien di fase terakhir dari penyakit yang dialami klien sehingga tercipta kenyamanan yang di harapkan.

Secara psikologis keluarga dengan klien yang terkategori paliatif akan berdampak

terhadap anggota keluarga yang lain. Kondisi klien dengan sendirinya tidak akan mampu memenuhi kebutuhannya sehingga segala kebutuhan klien otomatis akan di kerjakan oleh anggota keluarga yang lain. Semua kebutuhan klien baik yang bersifat formal seperti kebutuhan esensial akan makan dan minum dan lain sebagainya, maupun kebutuhan yang tidak formal seperti minta ditemani sekedar untuk ngobrol dan lain lain. Walaupun ada keuntungannya karena tidak mengeluarkan biaya lain halnya seperti di tempat pelayanan resmi seperti rumah sakit maka harus dengan biaya atau yang lebih dikenal dengan formal dan informal caregiver.¹⁹ Konsep diatas sejalan dengan penelitian,²⁰ dimana hasil penelitiannya dalam mengembangkan keperawatan paliatif di masyarakat akan membuat mandiri keluarga dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga yang menderita kanker di rumah. Implementasinya melalui home visit, dimana klien mendapatkan informasi kesehatan paliatif care. Sehingga keluarga dalam merawat klien dengan paliatif care punya kemampuan mengenal masalah, mengambil keputusan, merawat, memodifikasi lingkungan dan memanfaatkan layanan kesehatan yang ada di sekitarnya.

Peran kepedulian anggota keluarga pada klien paliatif sangat berperan sekali memberikan dan menjaga serta memelihara kesejahteraan klien di rumah. Bahkan ketika klien sendiri tidak dapat menyampaikan apa yang diharapkan atau dirasakan, atau tidak dapat berkomunikasi dengan orang lain, atau ketika membuat keputusan medis sekalipun, maka anggota keluarga yang lainlah yang akan menggantikannya atau mewakilinya.²¹ Literature lain mengatakan selama klien mengalami masa penyakit dengan kronisnya, kurang lebih sekitar 55 % segala yang menjadi kebutuhan perawatan klien dipenuhi oleh anggota keluarga lainnya.²² Menurut Pearlin²³ kepedulian anggota keluarga yang

lain merupakan peran perawatan dari anggota keluarga yang mempunyai anggota keluarga dengan klien paliatif. Peran perawatan yang di berikatan terkait dengan hubungan anggota keluarga yaitu peran perawatan yang di berikan oleh anggota keluarga yang lain meliputi: orang tua (ayah atau ibu), anak laki-laki maupun perempuan, saudara kandung maupun pertalian darah.²⁰

Keluarga seperti halnya klien dengan paliatif, sama-sama menghadapi stresor dan terjadi perubahan peran yang signifikan dalam peranannya di kehidupannya. Anggota keluarga selain mengalami perubahan peran juga mempunyai tantangan dalam memberikan atau memenuhi segala sesuatu yang menjadi kebutuhan klien dengan paliatif. Semua kebutuhan klien dengan paliatif yang harus terpenuhi diantaranya: memberikan obat, ganti perban atau perawatan luka, kebutuhan pemenuhan akan personal hygiene, kebutuhan makan dan miinum, memebrikan perawatan mobilitas, psikologis, dan tetap berusaha memberikan pengobatan yang terbaik bahkan pengobatan alternative sekalipun. Upaya yang dilakukan dalam perawatan paliatif terutama fokus mengurangi keluhan penderita, sehingga klien tetap aktif, dan kualitas hidup klien meningkat.²⁴

Perubahan peran yang dihadapi oleh anggota keluarga menjadi tantangan bagi anggota keluarga, dimana peran klien yang mengalami sakit akan digantikan oleh anggota keluarga yang lain, walaupun anggota keluarga itu sendiri mempunyai peran nya sendiri juga. Itulah yang menjadi tantangannya karena akan memakan waktu, tenaga materi beban pisik maupun psikologis, termasuk koping yang dipakai dan masalah-masalah keuangan dalam menghadapi kondisi tersebut. Bahkan peran anggota pengganti klien dengan paliatif di tuntutan mampu dan tegar menghadapi

masalah, dengan berdiskusi dengan tim kesehatan lain.²¹

Sesuai dengan konsep⁶, semakin tinggi pengetahuan keluarga tentang paliatif care, maka akan semakin terampil pula keluarga merawat anggota keluarganya dengan paliatif care di rumah, dalam rangka mencegah dan meningkatkan kualitas hidup klien paliatif. Sejalan dengan hasil penelitian²⁵, bahwa keluarga yang mempunyai klien yang menderita kanker (pasca perawatan), ketika di rumah sangat membutuhkan tim kesehatan. Sehingga akan memfasilitasi kebutuhan klien baik secara fisik maupun emosional. Begitupun hasil penelitian Pratitis, 2016²⁶ yaitu pelatihan pemecahan masalah dapat menurunkan stres pada keluarga.

Selain itu pasien paliatif harus dikenalkan kepada konsep happy dying atau menerima kematian ketika waktunya tiba, dengan cara mengarahkan kepada rutinitas ibadahnya dalam rangka mendekatkan diri kepada penciptanya. Adapun bentuk seperti ibadah, dan kegiatan yang pada prinsipnya untuk mendekatkan diri, pasrah kepada sang penciptanya.²⁷ Pasien paliatif diarahkan untuk mempersiapkan kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi bahkan kematian sekalipun, karena itu adalah kejadian natural atau alami, dan merupakan suatu fenomena dimana setiap orang akan mengalaminya. Karena kematian adalah suatu kejadian khusus maka membutuhkan pendekatan khusus dalam intervensinya.²⁸

SIMPULAN

Hasil penelitian didapatkan tujuh tema, yaitu: konsep sakit (modern dan tradisional), penyebab penyakit yang di derita, berusaha untuk membawa dan mengobati klien yang sakit, berusaha untuk memenuhi semua kebutuhan klien, kondisi klien sangat

menyita waktu orang di sekitarnya, peralihan peran, semuanya di serahkan kepada sang pencipta (pasrah). Saran bagi para keluarga yang terdapat klien paliatif care, agar selalu bersabar dan berusaha memberikan yang terbaik bagi klien yang mengalami paliatif care

REFERENSI

1. WHO. 2005. WHO Definition of Palliative Care. Retrieved Februari 4, 2013, from WHO: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
2. Mackay J, Mensah G. editors. The Atlas of Heart Disease and Stroke. Geneva: WHO. Retrieved 9 April 2008.
3. McIlraith DM, Cote R: Epidemiology and Etiology of Stroke, Current Opinion in Neurology and Neurosurgery 4:31-7. 1991.
4. Sjahrir, Hasan. Stroke Iskemik. Yandira Agung: Medan. 2009.
5. Kementerian Kesehatan RI. 2012. Gambaran Penyakit Tidak Menular di Rumah Sakit di Indonesia Tahun 2009 dan 2010. Buletin Jendela Data dan Informasi Kesehatan, pp.1-48.
6. Lubis Erika, & Karim. N Ulfah. 2017. *Kualitas Hidup Pasien Stroke dalam Perawatan Palliative Homecare*. Jurnal Ners dan Kebidanan Indonesia.
7. Stevens, T., Payne, S., Burton, C., Addington-Hall, J., & Jones. (2007). Palliative care in stroke: A critical review of the literature. *Palliative Medicine*, 21(4), 323–31. <https://doi.org/10.1177/0269216307>.
8. Fitria, Nur Cemy. 2010. *Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal*. Yogyakarta. Jurnal Gaster Vol. 7 No. 1.

9. KEMENKES. 2007. *Kebijakan Perawatan Palliative*. Kepmenkes RI No 812 tahun 2007.
10. Kusumawardhani Candra RA, Danatosa Thomas, Saleh Syahria Maya. 2008. *Perawatan Palliative di Puskesmas Bolongsari Surabaya*. Indonesian Journal of cancer1, 27-29.
11. Friedman. M Marilyn, Bowden. R Vicky, & Jones. G Elaine. 2010. *Buku Ajar Keperawatan Keluarga Riset, Teori, & Praktik*. Jakarta : EGC.
12. Anggreani, D.M & Saryono. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Bidang Kesehatan*. Yogyakarta: Nuha Medika.
13. Moleong, lexy. *Metodologi penelitian kualitatif, edisi revisi*. Penerbit: PT. Remaja Rosdakarya Bandung 2004.
14. Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. *Qualitatif research in nursing advamcing the humanistic imperative* (3^{ed} ed.). Philadelphia; Lippincott 2003.
15. Polit, D.F., & Beck, C.T. *Nursing research principles and methods* (7th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2004.
16. Harsono. 2000. *Coaching dan aspek-aspek psikologisdalam choaching*. jakarta : Tombak Kesuma.
17. Rasjidi, I. (2010). *Perawatan paliatif supportif dan bebas nyeri pada kanker*. Jakarta: Sagung Seto.
18. Twycross, R. (1995). *Introducing palliative care*. New York: Radcliffe MedicalPress.
19. Barrow, G.M. (1996). *Aging, the individual and society* (6th edition). Amerika: West Publishing Company.
20. Ulfiana, Elida. Has, Eka Mishbahatul Mar'ah. Dan Rachmawati, Praba Diyan. *Pengembangan palliative community health nursing (pchn) untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam merawat penderita kanker di rumah*. Jurnal Ners Vol. 8 No. 2 Oktober 2013: 309–316.
21. Dorris. (2007). *Care for the family in palliative care*. HKSPM Newsletter. Hal 26.
22. Macaraeg, J.C. & Smith, S.T. (2013). *Psychological distress and help seeking attitudes of cancer caregivers on Guam*. Pacific Asia Inquiry, (4), 121-13.
23. Pearlin, L.I., Mullan, J.T., Semple, S., & Skaff, M.M. (1990). *Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures*. The Gerontologist, 30(5), 583-594.
24. Bare, S. 2007. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing*, 10th edition. USA: Mosby Inc.
25. Steele, & Fitch. 1996. *Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer*. Nursing Oncology Forum.
26. Pratitis, Nindia. *Efektivitas Problem Solving Training untuk Menurunkan Stres Perawatan pada Family Caregiver Pasien Paliatif*. Persona, Jurnal Psikologi Indonesia September 2016, Vol. 5, No. 03, hal 204 - 214.
27. Indrawati dan Ambarwati Nur Winarsih. 2009. *Hubungan antara pengetahuan dan sikap keluarga dengan perilaku dalam meningkatkan kapasitas fungsional pasien pasca stroke di wilayah kerja puskesmas kartasura*. Berita ilmu keperawatan. ISSN 1979-2679 Vol 2 no 2.
28. Macleod, R., Vella-Brincat, J., & Macleod, A. 2012. *The Palliative Care Handbook 10th ed.*, Wellington: Hospice New Zealand.