

PENGEMBANGAN *PALLIATIVE COMMUNITY HEALTH NURSING* (PCHN) UNTUK MENINGKATKAN KEMANDIRIAN KELUARGA DALAM MERAWAT PENDERITA KANKER DI RUMAH

(The Development of Palliative Community Health Nursing to Increase Family's Autonomy in Caring Patient with Cancer at Home)

Elida Ulfiana*, Eka Mishbahatul Mar'ah Has*, Praba Diyan Rachmawati*

Prodi Pendidikan Ners, Fakultas Keperawatan, Universitas Airlangga

Jl. Mulyorejo (Kampus C) Unair 60115 Surabaya

E-mail: halebib@yahoo.com

ABSTRAK

Pendahuluan: Kanker masih menjadi penyakit dengan angka mortalitas yang tinggi. Pelayanan kesehatan berkelanjutan untuk penderita kanker yang bisa bertahan hidup (*cancer survivors*) sangat diperlukan untuk pencegahan kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker. PCHN (*Palliative Community Health Nursing*) merupakan paket pelayanan perawatan kesehatan masyarakat (perkesmas) paliatif yang diberikan kepada keluarga dan penderita kanker di rumah, yang berfokus pada kegiatan promotif dan preventif. Tujuan dari penelitian ini adalah menjelaskan pengaruh pengembangan PCHN terhadap peningkatan kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker di rumah. **Metode:** Jenis penelitian adalah pra eksperimen. Populasi adalah keluarga penderita kanker pascaperawatan yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo, Kota Surabaya. Sampel diambil dengan teknik *purposive sampling*. Sejumlah 7 orang memenuhi kriteria inklusi. Variabel independen adalah PCHN. Variabel dependen adalah tingkat kemandirian keluarga, dikumpulkan dengan lembar observasi tingkat kemandirian keluarga. Data kemudian dianalisis dengan *Wilcoxon Signed Rank Test*, $\alpha \leq 0,05$. **Hasil:** Hasil uji menunjukkan ada perbedaan tingkat kemandirian keluarga penderita kanker sebelum dan sesudah PCHN ($p = 0,025$). **Diskusi:** PCHN dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker di rumah. Pelaksanaan PCHN melalui kunjungan rumah dapat memberikan dukungan informasi terkait kanker dan perawatan di rumah bagi keluarga. PCHN dapat dikembangkan sebagai salah satu metode untuk meningkatkan pelayanan paliatif di masyarakat oleh perawat komunitas, dalam rangka meningkatkan kualitas hidup penderita kanker. Penelitian selanjutnya, diharapkan mengembangkan PCHN dengan melibatkan tim yang multidisiplin, baik dari petugas kesehatan, rohaniawan, maupun sukarelawan.

Kata Kunci: perawatan kesehatan masyarakat, paliatif, kemandirian keluarga, kanker

ABSTRACT

Introduction: Cancer still remains a disease with high mortality rate. Sustainable health services for cancer survivors are important to prevent relapse and improve patient's quality of life. PCHN (*Palliative Community Health Nursing*) is a packet of community health nursing services given to the family and cancer's patient at home, focused on promotive and preventive activities. The aim of this study was to analyze the influence of palliative community health nursing to increase family's autonomy in caring patient with cancer at home. **Method:** This study was used pre-experiment design. The populations were family who lived with cancer's patient post treatment. Samples were taken by purposive sampling technique; consist of 7 people. Variable independent was PCHN. Variable dependent were family's autonomy in caring patient with cancer at home collected by using observation form. The data were then analyzed by using *Wilcoxon Signed Rank Test*, with $\alpha \leq 0.05$. **Results:** The results had showed the differences between family's autonomy in caring patient at home before and after PCHN ($p = 0.025$). **Discussion:** PCHN can increase family's autonomy in caring cancer's patient at home. The implementation of PCHN through home visit can give informational support about cancer and treatment at home to the families. PCHN can be used as one of method to improve palliative services at community, in order to increase cancer's patient quality of life. Further research, should develop PCHN which involve multidicipline team, such as health care provider, clergy, and health volunteer.

Keywords: community health nursing, palliative, familiy's autonomy, cancer

PENDAHULUAN

Kanker masih menjadi penyebab kematian ke-6 akibat penyakit tidak menular di Indonesia (Depkes RI, 2006). Di Indonesia setiap tahunnya 100 kasus baru terjadi di antara

100.000 penduduk. Sekitar 70% di antaranya ditemukan dalam keadaan stadium yang sudah lanjut (Oemiati, Rahajeng, dan Kristanto, 2011). Perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi dalam pelayanan kedokteran dan

asuhan keperawatan bagi penderita kanker yang meliputi berbagai terapi modalitas (kemoterapi, radioterapi, pembedahan, dan terapi kombinasi) telah terbukti dapat memperpanjang ketahanan hidup penderita dibanding 10 tahun yang lalu (Society, 2009). Sejalan dengan hal tersebut, maka pelayanan kesehatan berkelanjutan untuk penderita kanker yang bisa bertahan hidup (*cancer survivors*) sangat diperlukan untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidup penderita kanker (Coward, 2006).

Perawatan paliatif merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan berkelanjutan untuk penderita kanker. Perawatan paliatif dilakukan secara terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup dengan meringankan keluhan penderita kanker, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai dari diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat, serta dukungan pada keluarga yang merasa kehilangan (WHO, 2005). Fokus perawatan paliatif bukan hanya pada penderita, tetapi juga keluarga. Perawatan paliatif yang paripurna mencakup berbagai setting mulai rumah sakit, perawatan komunitas yang dikelola Puskesmas, dan perawatan di rumah (*home care*) (Fauzi, 2011). Akan tetapi, selama ini hanya perawatan paliatif berbasis rumah sakit yang berkembang.

Mayoritas penderita kanker akan kembali tinggal bersama keluarga pasca perawatan di rumah sakit (Dinkes RI, 2008). Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan kesehatan anggota keluarga, terutama yang sedang sakit (Friedman, 2010). Keluarga penderita kanker diharapkan mampu secara mandiri memberikan dukungan dan perawatan yang tepat untuk membantu meningkatkan kualitas hidup penderita kanker pasca perawatan. Kemandirian keluarga berorientasi pada lima fungsi keluarga dalam mengatasi masalah kesehatannya yaitu mampu mengenal masalah kesehatannya, mengambil keputusan tepat untuk mengatasi kesehatannya, melakukan tindakan keperawatan untuk anggota keluarga yang sakit, memodifikasi lingkungan sehingga menunjang upaya peningkatan kesehatan, serta memanfaatkan sarana pelayanan kesehatan yang ada (Depkes RI, 2006). Namun, kurangnya pengetahuan

membuat keluarga belum memahami perawatan penderita kanker di rumah. Hal tersebut berdampak pada kondisi penderita yang tidak stabil, sehingga harus kembali ke Rumah Sakit untuk menjalani perawatan.

Menurut Krisnana (2012), faktor lingkungan yang berupa fisik (sarana dan prasarana) dan non fisik (edukasi dan informasi petugas kesehatan) merupakan faktor utama yang sangat dibutuhkan oleh keluarga dalam merawat anggota keluarga yang sakit. Dukungan berupa edukasi dan informasi merupakan salah satu strategi peningkatan kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker (Anggraeni dan Ekowati, 2010). Edukasi dapat diberikan oleh perawat komunitas sebagai petugas kesehatan di Puskesmas yang bertanggung jawab terhadap pelayanan tindak lanjut keperawatan di rumah (Saleh, Danantosa, dan Kusumawardhani, 2008). Sebagai bagian dari kegiatan perawatan kesehatan masyarakat (*Community Health Nursing-CHN*).

Hasil studi pendahuluan diketahui bahwa pelaksanaan CHN untuk penderita kanker di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo, Kota Surabaya masih belum optimal. Selama ini, 19 penderita kanker pasca perawatan yang tercatat hanya datang ke puskesmas untuk meminta rujukan pelayanan paliatif ke rumah sakit. Perawatan di rumah dilakukan oleh perawat komunitas atas permintaan dari penderita kanker dengan kebutuhan perawatan khusus (misalnya perawatan luka, memasukkan makanan melalui NGT, dan lain-lain). Sementara *follow up* kunjungan rumah oleh perawat komunitas secara rutin dan terjadwal untuk penderita pasca perawatan kanker tanpa keluhan, belum dilakukan. Padahal penderita tersebut juga masih memerlukan promosi kesehatan, seperti perilaku sehat, nutrisi, dan terapi komplementer (Skinner, Wallace, dan Levitt, 2007). Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk mengembangkan *Palliative Community Health Nursing* untuk meningkatkan kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker di rumah, di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo, Kota Surabaya.

BAHAN DAN METODE

Penelitian ini merupakan jenis penelitian pra eksperimen. Populasi adalah keluarga penderita kanker pasca perawatan yang tercatat di wilayah kerja Puskesmas Mulyorejo, Kota Surabaya. Sampel diseleksi dari populasi dengan teknik *purposive sampling*, dengan kriteria inklusi: 1) keluarga adalah salah satu orang terdekat (bisa bapak, ibu, suami, istri, dan anak) yang tinggal bersama dan terlibat aktif dalam perawatan penderita kanker di rumah; 2) keluarga berstatus warga tetap di Kecamatan Mulyorejo, Kota Surabaya; dan 3) keluarga bisa membaca dan menulis. Sampel dieksklusikan apabila keluarga tersebut tinggal dengan penderita kanker pasca perawatan yang tergantung secara total. Sampel yang didapatkan dari kriteria tersebut sebanyak 7 orang.

Variabel independen dalam penelitian ini adalah *Palliative Community Health Nursing*, yang berupa paket kunjungan rumah 3x30 menit oleh perawat komunitas, berfokus pada kegiatan promotif dan preventif yang dapat dilakukan secara mandiri oleh keluarga penderita kanker di rumah. Sedangkan, variabel dependen dalam penelitian ini adalah tingkat kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker di rumah, yang dinilai dengan lembar observasi tingkat kemandirian keluarga dari Depkes RI (2006). Data kemudian dianalisis menggunakan uji *Wilcoxon Signed Rank Test* dengan $\alpha \leq 0,05$ untuk mengetahui ada tidaknya perbedaan tingkat kemandirian keluarga sebelum dan sesudah intervensi.

HASIL

Hasil analisis data responden menunjukkan bahwa lebih dari setengah responden berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 4 orang (57%) dan berada pada kelompok usia dewasa pertengahan (30–49 tahun), sebanyak 4 orang (56%). Tipe keluarga sebagian besar responden adalah keluarga besar (*extended family*), yaitu sebanyak 5 orang (72%). Sementara penderita kanker yang tinggal dengan responden pada penelitian

ini juga sebagian besar berjenis kelamin perempuan, yaitu sebanyak 6 orang (86%). Usia penderita kanker lebih dari setengahnya adalah kelompok usia dewasa pertengahan (30–49 tahun), sebanyak 4 orang (56%). Dan kasus terbanyak adalah Kanker Payudara (*Ca Mammae*), sebanyak 5 orang (72%).

Berdasarkan Tabel 1 dapat diketahui bahwa sebagian besar responden berada pada tingkat kemandirian keluarga II sebelum pelaksanaan PCHN, yaitu sebanyak 5 orang (72%). Sementara, setelah intervensi diketahui sebagian besar responden berada pada tingkat kemandirian keluarga III, yaitu sebanyak 5 orang (72%). Akan tetapi, ada dua responden yang tidak mengalami peningkatan tingkat kemandirian dalam perawatan penderita kanker di rumah setelah intervensi. Hasil uji *Wilcoxon Signed Rank Test* menunjukkan $p = 0,025$, yang berarti ada perbedaan yang signifikan pada tingkat kemandirian keluarga sebelum dan sesudah pelaksanaan PCHN.

Berdasarkan analisis hasil observasi kemandirian keluarga, diketahui bahwa sebelum pelaksanaan PCHN semua responden (7 orang, 100%) sudah mampu menerima petugas kesehatan dan menerima pelayanan kesehatan sesuai dengan rencana keperawatan. Sementara setelah pelaksanaan PCHN, semua responden (7 orang, 100%) sudah mampu menerima petugas, menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan, tahu dan dapat mengungkapkan masalah

Tabel 1. Tingkat kemandirian keluarga sebelum dan sesudah pelaksanaan PCHN

Nomer responden	Tingkat kemandirian keluarga		
	Sebelum	Sesudah	Perubahan
1	2	3	+1
2	3	4	+1
3	2	3	+1
4	2	3	+1
5	2	3	+1
6	2	2	0
7	3	3	0

Wilcoxon Signed Rank Test
 $p = 0,025$

Tabel 2. Tingkat kemandirian keluarga

Aspek Kemandirian	Pre Test		Post Test	
	f	%	f	%
Menerima petugas	7	100	7	100
Menerima pelayanan kesehatan sesuai rencana keperawatan	7	100	7	100
Tahu dan dapat mengungkapkan masalah kesehatannya secara benar	4	58	7	100
Memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran	6	86	7	100
Melakukan tindakan keperawatan sederhana sesuai anjuran	5	72	6	72
Melakukan tindakan pencegahan secara aktif	2	28	5	72
Melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif	0	0	1	14

kesehatannya secara benar, dan memanfaatkan fasilitas pelayanan kesehatan sesuai anjuran. Dan terdapat 1 responden (14%) yang mampu dalam semua aspek kemandirian, termasuk mampu melakukan tindakan peningkatan kesehatan (promotif) secara aktif.

PEMBAHASAN

Berdasarkan hasil analisis data responden diketahui bahwa lebih dari setengah keluarga yang terlibat dalam perawatan pasien kanker di rumah berjenis kelamin perempuan. Hubungan antara anggota keluarga pemberi perawatan dan penderita kanker di antaranya ibu, anak kandung perempuan, dan saudara kandung perempuan. Di mayoritas keluarga, peran perempuan dalam perawatan anggota keluarga yang sakit cukup besar. Menurut Nura (2010), dalam perawatan anak dengan kanker, anggota keluarga yang berpartisipasi aktif dan menjalin kerja sama dengan petugas kesehatan selama pengobatan dan perawatan sebagian besar adalah perempuan, yaitu ibu. Perawatan penderita kanker memerlukan perhatian dari keluarga dalam jangka waktu yang relatif lama. Anggota keluarga perempuan yang tinggal di rumah biasanya yang mengambil peran tersebut karena memiliki banyak waktu luang untuk memberikan perawatan kepada penderita.

Lebih dari setengah responden berada pada kelompok usia dewasa pertengahan (30–49 tahun). Menurut Stein dan Book (2000), semakin dewasa usia, individu akan memiliki kematangan emosi yang lebih stabil karena

pandangan yang lebih arif terhadap suatu permasalahan. Individu pada kelompok usia dewasa biasanya memiliki mekanisme koping yang lebih efektif dibandingkan kelompok usia lain. Kestabilan emosi diperlukan dalam perawatan penderita kanker. Penyakit kanker dan perawatannya memiliki dampak yang sangat besar dalam kehidupan keluarga, baik fisik, mental, maupun kehidupan sosial. Tidak hanya penderita kanker, tetapi keluarga yang tinggal bersama dengan penderita tersebut juga mengalami stres dan depresi. Anggota keluarga dengan usia dewasa pertengahan yang memiliki kematangan emosi dan pengelolaan stres yang baik, biasanya lebih kuat secara fisik dan emosional dalam perawatan penderita kanker di rumah.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa mayoritas penderita kanker adalah perempuan, pada kelompok usia dewasa pertengahan (30–49 tahun), dengan kasus terbanyak adalah kanker payudara (*Ca Mammae*). Hal ini sesuai dengan hasil analisis demografi pada penelitian prevalensi kanker/tumor yang dilakukan oleh Oemiati (2011), bahwa *odds ratio* jenis kelamin pada perempuan besarnya hampir dua kali lipat dari laki-laki. Perempuan lebih berisiko menderita kanker karena faktor reproduksi, seperti multiparitas, perubahan hormonal akibat menopause, dan penggunaan alat kontrasepsi hormonal dalam jangka waktu lama. Menurut data RS Kanker Dharmais (2007), dari semua jenis kanker, kanker payudara memiliki prevalensi tertinggi, diikuti kanker serviks dan kanker paru. Makin tua usia responden, maka risiko terkena penyakit

tumor/kanker makin tinggi, yang mencapai puncaknya pada usia 35 sampai 44 tahun, kemudian secara perlahan risikonya akan menurun dan akan terjadi peningkatan pada usia > 65 tahun.

Tingkat kemandirian keluarga sebelum pelaksanaan PCHN sebagian besar berada pada tingkat II. Hal ini menunjukkan bahwa seluruh keluarga telah mampu menerima kedatangan petugas kesehatan, serta menerima pelayanan saat kunjungan dengan baik. Berdasarkan hasil penelitian Steele dan Fitch (1996), keluarga penderita kanker pasca perawatan sangat membutuhkan dukungan dari petugas kesehatan selama memberikan perawatan di rumah, sehingga keluarga dapat memberikan perawatan yang tepat dan tidak terganggu secara fisik dan emosional. Kunjungan perawat ke rumah dirasakan sebagai perhatian bagi keluarga, sehingga keluarga secara terbuka mau menerima perawat. Perawatan penderita kanker yang berkelanjutan dan berlangsung dalam waktu lama membuat perawat dan keluarga pada umumnya sudah saling mengenal dan memiliki hubungan yang baik. Oleh karena itu, tidak ada penolakan dari keluarga terhadap kunjungan dan pelayanan yang diberikan perawat di rumah.

Mayoritas responden telah memanfaatkan pelayanan kesehatan, yaitu puskesmas ataupun rumah sakit untuk menjalani pengobatan kanker. Begitu individu didiagnosis menderita kanker, maka saat itu pula individu tersebut mulai berhubungan dengan fasilitas pelayanan kesehatan. Penatalaksanaan penderita kanker di rumah sakit dilakukan melalui kemoterapi, radioterapi, pembedahan, dan pengobatan komplementer, dengan frekuensi kunjungan berulang. Untuk penderita dengan stadium lanjut, upaya yang dilakukan adalah perawatan paliatif yang difokuskan untuk mengurangi keluhan penderita, sehingga tetap bisa aktif dan kualitas hidupnya meningkat (Bare, 2007). Bagi penderita yang menggunakan jaminan kesehatan sosial, mereka juga terlebih dahulu harus meminta rujukan dari puskesmas. Oleh karena itu, pemanfaatan fasilitas layanan kesehatan oleh penderita kanker dan keluarga sudah cukup baik.

Berdasarkan hasil analisis, hanya sebagian responden saja yang mampu mengungkap masalah kesehatan yang dihadapi. Menurut Depkes RI (2007), pengetahuan keluarga yang tepat tentang kanker mempengaruhi keterampilannya dalam memberikan perawatan kepada penderita selama di rumah, untuk mencegah kekambuhan dan meningkatkan kualitas hidupnya. Akan tetapi, responden hanya mengetahui bahwa salah satu anggota keluarganya tersebut menderita kanker. Apabila diminta untuk menjelaskan lebih jauh tentang penanganan kanker dan cara memodifikasi lingkungan yang tepat untuk perawatan penderita kanker di rumah, diketahui bahwa sebagian besar pemahamannya masih rendah.

Setelah dilakukan PCHN, tingkat kemandirian keluarga dalam perawatan kanker mengalami peningkatan, yaitu 1 keluarga yang telah mampu mencapai tingkat IV, 5 keluarga mencapai tingkat III, dan hanya 1 keluarga yang masih berada pada tingkat II. Pada keluarga yang telah mencapai tingkat kemandirian keluarga IV, keluarga tersebut telah mampu melaksanakan tindakan keperawatan sesuai anjuran, mampu melakukan pencegahan kanker di keluarga, bahkan mampu melakukan upaya promosi kesehatan secara aktif. Responden tersebut telah berpartisipasi sebagai kader sadar kanker yang telah terbentuk di lingkungan rumah. Di sisi lain, ada keluarga yang tidak mengalami peningkatan tingkat kemandirian setelah pelaksanaan PCHN. Hal ini dikarenakan responden berusia lanjut (> 60 tahun), sehingga kurang bisa menerima informasi yang diberikan oleh perawat. Responden mungkin memerlukan frekuensi kunjungan yang lebih banyak dan intensif dari perawat untuk meningkatkan kemandiannya dalam perawatan penderita kanker di rumah.

Perawatan paliatif merupakan salah satu bentuk pelayanan kesehatan secara terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup dengan meringankan keluhan, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai diagnosa ditegakkan sampai akhir hayat (WHO, 2005). Sedangkan *Community Health Nursing* atau dikenal dengan perawatan kesehatan

masyarakat (perkesmas) merupakan bentuk perawatan yang menekankan pada kelompok risiko tinggi di masyarakat yang ditujukan meningkatkan kemandirian mengatasi masalah kesehatan melalui peningkatan pengetahuan, keterampilan, membimbing individu, keluarga, dan kelompok masyarakat (Depkes RI, 2006). PCHN merupakan paket pelayanan perawatan kesehatan masyarakat yang diberikan kepada penderita dan keluarga penderita kanker di rumah yang berfokus pada kegiatan promotif dan preventif. Proses pelaksanaan PCHN pada penelitian ini dimulai dengan pengkajian keluarga menggunakan format pengkajian perkesmas untuk keluarga dengan kanker. Pengkajian tersebut mengidentifikasi tugas keluarga dalam kesehatan yang terdiri dari kemampuan mengenal masalah kanker, mengambil keputusan kesehatan, memberikan perawatan kepada penderita kanker di rumah, memodifikasi lingkungan fisik dan psikologis yang kondusif untuk peningkatan kesehatan, serta memanfaatkan fasilitas kesehatan terdekat. Adapun bentuk intervensi PCHN adalah upaya untuk mengatasi ketidakmampuan keluarga pada pelaksanaan tugas tersebut.

PCHN merupakan paket kunjungan rumah yang dilaksanakan oleh perawat komunitas terhadap penderita kanker pasca perawatan yang tinggal bersama keluarganya di rumah. Melalui PCHN, perawat komunitas memberikan penyuluhan tentang nutrisi pada penderita kanker, pencegahan kanker, serta motivasi untuk tetap memanfaatkan pelayanan kesehatan puskesmas dan rumah sakit untuk pengobatan dan rujukan. Hal ini sesuai dengan yang dituliskan oleh Friedman (1998) bahwa tujuan penyuluhan di keluarga adalah memberikan informasi, sehingga mampu membuat keputusan-keputusan yang tepat dalam hubungan dengan kesehatan dan sakit, membantu agar berpartisipasi secara efektif dalam perawatan maupun penyembuhan, membantu beradaptasi terhadap realita penyakit dan pengobatannya, serta membantu agar mengalami rasa puas dengan usaha-usaha mereka sendiri yang menunjang perbaikan kesehatan. Pendidikan kesehatan merupakan proses belajar dari individu, kelompok, masyarakat dari tidak

tahu nilai-nilai kesehatan menjadi tahu, dari tidak mampu mengatasi masalah kesehatan menjadi mampu. Pengetahuan adalah hasil tahu dan terjadi setelah orang melakukan penginderaan terhadap suatu objek tertentu. Penginderaan terjadi melalui panca indra manusia yakni: penglihatan, pendengaran, penciuman, rasa dan raba. Sebagian besar pengetahuan manusia diperoleh melalui mata dan telinga. Pengetahuan kognitif merupakan domain yang sangat penting dalam membentuk tindakan seseorang (Notoatmodjo, 2003).

Penelitian PCHN ini mampu meningkatkan kemandirian keluarga dalam perawatan kanker di rumah karena penerapan PCHN memandang keluarga sebagai klien. Ada hubungan yang kuat antara keluarga dan status kesehatan anggotanya. Keluarga berperan sangat penting bagi setiap aspek perawatan anggota keluarga secara individu anggota mulai mengenal atau mendeteksi masalah kesehatan, membuat keputusan yang tepat untuk perawatan, melakukan perawatan, menciptakan lingkungan yang sehat sampai dengan membawa ke pelayanan kesehatan. Pelaksanaan PCHN melalui kunjungan rumah dapat memberikan kesempatan keluarga untuk mendapatkan informasi kesehatan terkait dengan kanker dan perawatan di rumah, sehingga meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal kanker. Melalui PCHN, keluarga semakin mampu melakukan tindakan-tindakan perawatan di rumah yang kaitannya dengan menyiapkan makanan sehat dan melaksanakan aktivitas-aktivitas untuk meningkatkan kesehatan tubuh. Pada akhirnya keluarga juga mampu melakukan tindakan-tindakan pencegahan supaya tidak terjadi kanker pada anggota keluarga yang lain, dan senantiasa ke pelayanan kesehatan untuk mendapatkan pengobatan dan rujukan.

SIMPULAN DAN SARAN

Simpulan

PCHN dapat meningkatkan kemandirian keluarga dalam perawatan penderita kanker di rumah. Pelaksanaan PCHN melalui kunjungan rumah dapat memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mendapatkan informasi

kesehatan terkait dengan kanker dan perawatan di rumah, sehingga meningkatkan kemampuan keluarga dalam mengenal kanker. Melalui PCHN, keluarga dibina dalam meningkatkan kemampuan melaksanakan tugas keluarga yaitu mengenal kanker, membuat keputusan yang tepat dalam perawatan kanker, mampu merawat kanker di rumah, menciptakan lingkungan yang sehat untuk kanker, serta memanfaatkan pelayanan kesehatan yang ada di puskesmas dan rumah sakit.

Saran

Palliative Community Health Nursing (PCHN) dapat diterapkan oleh perawat komunitas di puskesmas sebagai program pengembangan pelayanan paliatif, dalam rangka meningkatkan kualitas hidup penderita kanker pasca perawatan. Keluarga penderita kanker diharapkan melaksanakan tugas keluarga dalam kesehatan untuk mencapai kemandirian dalam perawatan kanker di rumah. Penelitian selanjutnya diharapkan mengembangkan PCHN dengan melibatkan tim yang multidisiplin, baik dari tenaga kesehatan, keluarga, rohaniawan, dan relawan.

KEPUSTAKAAN

- Anggraeni, M., & Ekowati, W. 2010. Peran keluarga dalam memberikan dukungan terhadap pencapaian integritas diri pasien kanker payudara post radikal mastektomi. *Jurnal Keperawatan Soedirman Vol. 5 No. 2*, 105–114.
- Bare, S. 2007. *Brunner & Suddarth's textbook of medical surgical nursing, 10th edition*. USA: Mosby Inc.
- Coward, D. 2006. Supporting health promotion in adults with cancer. *Family Community Health 29 (1 Suppl)*, 52S–60S.
- Depkes RI. 2007. *Kepmenkes 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif*.
- Depkes RI. *Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 279 tahun 2006 tentang Perawatan Kesehatan Masyarakat*.
- Depkes RI. 2006. *Litbang Depkes RI*. Retrieved November 3, 2010, from Litbang Depkes RI Web site: <http://www.litbang.depkes.go.id/aktual/kliping/kankerparu010306.html>
- Desen. 2008. *Buku ajar onkologi klinis, edisi 2*. Jakarta: FK-UI.
- Dharma, K. 2011. *Metodologi penelitian keperawatan panduan melaksanakan dan menerapkan hasil penelitian*. Jakarta: CV. Trans Info Media.
- Dharmais, R K. 2007. *Statistik Kanker Tahun 2007*. Jakarta: RS Kanker Dharmais.
- Dinkes Jatim. 2008. *Kegiatan pengendalian kanker di Jawa Timur*. Retrieved Februari 4, 2013, from Dinkes Jatim: <http://dinkes.jatimprov.go.id/userimage/dokumen/KEGIATAN%20PENANGGULANGAN%20KANKER%20DI%20JAWA%20TIMUR.pdf>
- Efendi, F., & Makhfudli. (2009). *Buku ajar keperawatan kesehatan komunitas*. Jakarta: PT. Salemba Medika.
- Fauzi, A. 2011, Agustus 06. *Mengembangkan perawatan paliatif di Indonesia*. Retrieved Februari 4, 2013, from Universitas Gajah Mada Web site: <http://ugm.ac.id/new/id/berita/2936-mengembangkan-perawatan-paliatif-di-indonesia.xhtml>
- Friedman, M. 2010. *Buku ajar keperawatan keluarga: riset, teori dan praktik, edisi 5*. Jakarta: EGC.
- Nura. 2010. *Peran Ibu bagi anak penderita kanker di rumah singgah yayasan kasih anak kanker Indonesia (YKAKD)*. Jakarta: UIN Syarif Hidayatullah Jakarta. Skripsi. Tidak Dipublikasikan.
- Oemiati, R., Rahajeng, E., & Kristanto, A. 2011. Prevalensi tumor/kanker dan beberapa faktor yang mempengaruhinya di Indonesia. *Bulleting Penelitian Kesehatan, Vol 39 No 4*, 190–204.
- Saleh, Danantosa & Kusumawardhani. 2008. Perawatan paliatif Puskesmas Balongsari Surabaya: upaya mendekatkan layanan rawat jalan kepada pasien kanker stadium lanjut. *Indonesian Journal of Cancer, 1*, 27–29.
- Setiawati. 2008. *Penuntun praktik asuhan keperawatan keluarga*. Jakarta: Trans Info Media.
- Setiyadi. 2008. *Konsep dan proses perawatan keluarga*. Jakarta: Graha Ilmu.

- Skinner, R., Wallace, W., & Levitt, G. 2007. Long-term follow-up of children treated for cancer: why is it necessary, by whom, where, and how? *Arch Dis Child*, 92, 257–260.
- Society, A. 2009. *Cancer statistics 2009 presentation*. Retrieved January 24, 2013, from Cancer Web site: http://www.cancer.org/docroot/PRO/content/PRO_1_1_Cancer_Statistics_2009_Presentation.asp.
- Steele, & Fitch. 1996. Needs of family caregivers of patients receiving home hospice care for cancer. *Nursing Oncology Forum* .
- WHO. 2005. *WHO Definition of Palliative Care*. Retrieved Februari 4, 2013, from WHO: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>