

Asuhan Keperawatan pada Keluarga Pasien dengan Kanker Nasofaring Stadium Lanjut: Laporan Kasus

Nursing Care of Patient's Family with Advance Nasopharynx Cancer: Case Report

Ilham Taufik Nurilhami^{1*}, Hartiah Haroen¹, Hana Rizmadewi Agustina¹

¹Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan, Universitas Padjadjaran, Bandung, Indonesia

Artikel info

Artikel history:

Submitted: 20-06-2024

Received : 20-06-2024

Revised : 24-10-2024

Accepted : 21-11-2024

Keywords:

*palliative;
nasopharyngeal
cancer;
family needs*

Kata Kunci:

paliatif;
kanker nasofaring;
kebutuhan keluarga

Abstract

Nasopharyngeal Cancer (NPC) is a life-threatening illness. Early palliative care approach is essential to improve the quality of life of patients and families. However, in the clinical settings, health professionals often consider families as providers who provide care for patients. Whereas in palliative care the family is a unit of care that have to be seen as a patient who needs support. This article is a case report nursing care to a family of a patient with advanced nasopharyngeal cancer. It is found that family needs include physical, psychological and health information. Based on the literature, there are several assessment and intervention guidelines such as the CARES intervention framework that can be applied by nurses in providing palliative care approach to families, especially in the health care system.

Abstrak

Kanker Nasofaring atau *Nasopharynx Cancer (NPC)* merupakan salah satu penyakit yang mengancam jiwa atau *life threatening illness*. Pendekatan perawatan paliatif lebih dini penting dilakukan guna meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Namun, dalam tatanan klinik profesional kesehatan seringkali hanya melihat keluarga sebagai pemberi dukungan bagi pasien. Padahal dalam perawatan paliatif keluarga adalah *unit of care* yang harus dilihat juga sebagai pasien yang membutuhkan dukungan. Artikel ini merupakan sebuah laporan kasus yang mendiskusikan asuhan keperawatan pada keluarga pasien dengan kanker nasofaring stadium lanjut. Penulis menemukan adanya kebutuhan *caregiver* yang dilihat dari aspek fisik, psikologis dan informasi kesehatan. Berdasarkan literatur, terdapat beberapa panduan pengkajian dan intervensi seperti kerangka CARES yang dapat diaplikasikan oleh perawat dalam melakukan pendekatan perawatan paliatif pada keluarga khususnya di sistem pelayanan kesehatan.



Corresponden author:

Ilham Taufik Nurilhami, email: ilham19017@mail.unpad.ac.id



This is an open access article under the **CC-BY** license

Highlight:

- Penggunaan kerangka CARES merupakan panduan sistematis yang efektif untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan keluarga dalam konteks paliatif. Selain itu, *family meeting* juga disarankan untuk memperkuat komunikasi dan dukungan antarpihak.

PENDAHULUAN

Kanker Nasofaring atau *Nasopharynx Cancer* (NPC) merupakan salah satu penyakit yang mengancam jiwa atau *life threatening illness*. Pada tahun 2018 angka kejadian kanker nasofaring secara internasional diperkirakan mencapai 129.079 kasus dengan angka kematian lebih dari setengahnya yaitu 72.987 (Chang *et al.*, 2021). Sebuah studi di Indonesia menunjukkan bahwa angka kelangsungan hidup atau *survival rate* pada pasien kanker nasofaring sangat rendah yaitu 31,8 bulan dan hanya 38,6% mencapai 5 tahun setelah menerima kemoterapi *neoadjuvant* diikuti dengan kemoradiasi (Dwijayanti *et al.*, 2020). Melihat rendahnya angka kelangsungan hidup pada kanker nasofaring, maka pendekatan perawatan paliatif lebih dini adalah salah satu upaya untuk meningkatkan kualitas hidup baik untuk pasien maupun keluarga.

Perawatan paliatif didefinisikan sebagai perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa atau *life threatening illness* (WHO, 2020). Perawatan paliatif adalah perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga (Steele dan Davies, 2015). Namun, keberadaan keluarga seringkali hanya dilihat sebagai pemberi dukungan bagi pasien (Wittenberg *et al.*, 2020). Padahal dalam perawatan paliatif pasien dan keluarga adalah *unit of care* (NCP, 2018). Maknanya adalah keluarga dalam perannya sebagai *family caregiver* sama halnya dengan pasien memiliki kebutuhan yang harus terpenuhi. Dengan itu, dalam perawatan paliatif keluarga dapat dilihat sebagai pemberi dukungan atau *giving support* dan yang membutuhkan dukungan atau *needing support* (Becqué *et al.*, 2021).

Peran keluarga sebagai *family caregiver* bagi pasien kanker dengan stadium lanjut dihadapkan dengan tugas dan tanggung jawab perawatan jangka panjang yang dapat berdampak pada kualitas hidup *family caregiver*; baik dari aspek kesehatan fisik, mental, kehidupan sosial, dan beban finansial (Ochoa *et al.*, 2020). Bersama dengan perannya sebagai *family caregiver*, keluarga juga dihadapkan dengan morbiditas tersembunyi dan kebutuhan keluarga yang tidak terpenuhi (Alam *et al.*, 2020). Kebutuhan keluarga yang tidak terpenuhi seringkali ditunjukkan dengan adanya beban pengasuhan, khususnya pada pasangan yang berperan sebagai *family caregiver* yang digambarkan dalam bentuk beban fisik meliputi kelelahan, sulit tidur, dan penurunan kesehatan, beban sosial mencakup terbatasnya waktu untuk diri sendiri dan tekanan sosial terkait isolasi (Alam *et al.*, 2020; Steele dan Davies, 2015). Dampak psikologis seperti depresi dan kecemasan juga sering ditemukan (Nipp *et al.*, 2016).

Baik dalam tatanan layanan klinik atau bukan, profesional kesehatan termasuk perawat sudah seharusnya melihat keluarga bukan hanya sebagai *caregiver* tapi juga sebagai pasien. Hal tersebut penting untuk mengkaji dan mengidentifikasi kebutuhan apa yang dibutuhkan dan apa yang harus diberikan pada keluarga dalam upaya menjaga kualitas hidup mereka sebagai *family caregiver*. Sayangnya, berdasarkan observasi yang didapatkan penulis di lapangan profesional kesehatan termasuk perawat cenderung hanya berfokus pada pasien, sedangkan keberadaan keluarga cenderung terabaikan dalam aspek mengkaji dan memenuhi kebutuhan keluarga

sebagai satu kesatuan unit perawatan. Padahal, seperti kasus yang dikelola penulis, seorang perempuan (Ny. M, 49 Tahun) menunjukkan adanya beban pengasuhan selama kebersamaan suaminya (Tn. A, 51 Tahun) di rawat di rumah sakit karena kanker nasofaring stadium lanjut seorang diri selama kurang lebih dua minggu. Hal tersebut menjadi salah satu fenomena bahwa keluarga sudah selayaknya mendapatkan perhatian yang sama dengan pasien dari profesional kesehatan.

Dalam penelitian telah banyak dilaporkan bahwa tidak sedikit *family caregiver* yang mayoritas dari mereka adalah perempuan dengan rentang usia 50 tahun mengalami beban pengasuhan yang ditunjukkan dengan distress psikologis dan penurunan kualitas hidup selama merawat pasien kanker. Hal tersebut digambarkan dengan tekanan emosional, kecemasan, depresi dan kesepian serta adanya dampak secara fisiologis dan kesehatan yang ditunjukkan dengan kelelahan yang signifikan, gangguan tidur, sulit menjaga fokus dan mempertahankan energi (Martín *et al.*, 2023; Mishra *et al.*, 2021). Penting bagi perawat untuk dapat memitigasi beban pengasuhan dengan melihat keluarga sebagai satu kesatuan utuh dalam perawatan paliatif, sehingga perawat dapat mengkaji dan memberikan intervensi yang tepat dalam rangka menjaga kualitas hidup pasien dan keluarga sebagai *family caregiver*.

Pada artikel ini, penulis akan mendiskusikan dan melaporkan perspektif lain dari asuhan keperawatan dimana keluarga dilihat sebagai pasien. Penulis menemukan adanya kebutuhan keluarga yang tidak terpenuhi dari aspek fisik, psikologis dan informasi kesehatan. Sampai saat ini, penelitian terkait pengkajian kebutuhan dan intervensi untuk keluarga dalam pendekatan perawatan paliatif khususnya di layanan kesehatan dinilai masih terbatas. Oleh karena itu, artikel ini juga akan mengeksplorasi panduan atau intervensi apa saja yang relevan dan bisa diaplikasikan oleh profesional kesehatan dalam melakukan pendekatan perawatan paliatif pada keluarga.

METODE

Karya tulis ini menggunakan metode *case report* yang memuat laporan dari suatu kasus yang ditemukan dan dinilai memiliki kondisi yang tidak biasa dan perlu dibahas lebih lanjut. Kerangka yang digunakan mengikuti struktur yang dikembangkan oleh Views (2017) yang terdiri atas abstrak, pendahuluan, deskripsi kasus, diskusi dan kesimpulan. Penulis menggunakan pendekatan proses keperawatan yang terdiri dari pengkajian, menegakkan diagnosa, perencanaan, implementasi dan evaluasi. Pengelolaan kasus dilakukan selama 5 hari dari tanggal 25-29 Januari 2024. Pengambilan data dilakukan dengan observasi, wawancara dan data sekunder berupa rekam medik pasien. Subjek dari karya tulis ini adalah seorang perempuan berusia 49 tahun, istri dan *family caregiver* dari pasien laki-laki berusia 52 tahun dengan diagnosa Ca Nasofaring T4N1M1 Stadium IVA Post Status Epileptikus Konvulsivus di ruang rawat inap salah satu Rumah Sakit Rujukan Provinsi di Indonesia. Semua data yang didapatkan sudah melalui *informed consent* dengan memperhatikan kode etik keperawatan hingga mendapatkan persetujuan untuk dijadikan sebuah *case report*. Karya tulis ini akan membahas tentang asuhan keperawatan pada keluarga dengan kanker nasofaring stadium lanjut.

HASIL

Deskripsi Kasus

Ny. M berusia 49 tahun adalah seorang istri dan *family caregiver* dari Tn. A (51 tahun) yang sedang dirawat di ruang rawat inap hari ke 3 dengan diagnosa Ca Nasofaring Stadium IVA T4N1M1 Post Status Epileptikus Konvulsivus. Ny. M sudah berada di Rumah Sakit

selama 14 hari sejak adanya perburukan kondisi pada suaminya yang mengharuskan mendapatkan perawatan intensif sampai akhirnya ke ruangan rawat inap untuk pemulihan.

Tn. A terdiagnosa kanker nasofaring sejak Desember tahun 2022 dengan gejala yang dirasakan berlangsung selama 1 tahun sebelum terdiagnosa. Tn. A dirujuk ke RS Provinsi untuk dilakukan radioterapi dan kemoterapi, terhitung sampai saat ini Tn. A telah melakukan radioterapi sebanyak 33 kali dan kemoterapi 6 kali.

Ny. M dan Tn. A memiliki dua orang anak (satu anak laki-laki sudah menikah dan dilibatkan dalam mengambil keputusan, satu anak perempuan masih menempuh jenjang pendidikan SLTA). Saat ini, pasien tinggal bersama istri, kedua anaknya, satu menantu dan satu cucu. Selama program pengobatan dan perawatan, Ny. M adalah *family caregiver* utama yang selalu menemani dan membantu memenuhi kebutuhan Tn. A baik di rumah atau di Rumah Sakit.

Pengkajian dimulai dengan penapisan paliatif berdasarkan ECOG, didapatkan skor 8 yang maknanya pasien dan keluarga dihadapkan dengan kondisi serius dan perlu konsul lebih lanjut pada tim paliatif. Penulis juga memulai dengan melakukan pendekatan kepada keluarga seperti pemeriksaan tanda-tanda vital pasien, memberikan obat dan menawarkan bantuan. Setelah itu, penulis membuat kontrak waktu untuk melakukan pengkajian lebih lanjut pada keluarga. Saat pengkajian, penulis menanyakan beberapa pertanyaan kepada Ny. M terkait kondisi fisik, perasaan, harapan, hambatan dan tingkat pengetahuan Ny. M dalam praktik pengasuhan, dan rencana keberlanjutan pengobatan.

Saat dikaji, Ny. M mengatakan bahwa dirinya merasa lelah, mengeluh tidur tidak nyaman, dan mengeluh sakit kepala, tekanan darah saat itu 140/80 mmHg. Anggota keluarga lain tidak bisa bergantian ke RS karena komposisi keluarga yang sedikit dan kesibukan yang tidak bisa ditinggalkan, hanya di akhir pekan anaknya bisa datang untuk menemani Ny. M. Selain lelah secara fisik, Ny. M juga mengatakan bahwa dirinya lelah secara batin karena harus terus datang ke RS dengan melihat kondisi suaminya yang semakin menurun. Ny. M hanya mengharapkan kondisi kesehatan suaminya akan membaik setelah melewati semua program pengobatan termasuk kemoterapi yang sempat terhenti sejak adanya perburukan.

Faktor lain yang menjadi pemicu stress psikologis bagi Ny. M saat pengkajian adalah adanya hambatan untuk mengelola gejala mual muntah yang berlangsung sehari-hari setelah kemoterapi. Karena keterbatasan pengetahuannya, Ny. M hanya menunggu gejala tersebut membaik seiring waktu sambil membujuk Tn. A agar tidak melewatkan makan dan minum meskipun sedikit. Kondisi Tn. A yang direncanakan pulang menggunakan NGT untuk sementara waktu juga menjadi hambatan yang dikhawatirkan Ny. M, dirinya belum siap dan belum tahu cara menggunakan NGT yg benar dan takut melakukan kesalahan, sehingga masih meminta bantuan perawat.

Pengkajian lain terkait rencana keberlanjutan kemoterapi, Ny. M tampak terlihat pasrah, tidak semangat dengan mengatakan semuanya tergantung Tn. A, jika Tn. A ingin melanjutkan kemoterapi maka akan dilanjutkan, namun dari keluarga terutama anak pertamanya mengatakan bahwa melihat kondisi ayahnya yang terus menurun lebih baik istirahat di rumah saja.

Dengan pendekatan proses keperawatan, penulis mengumpulkan data yang ditemukan untuk menegakkan diagnosa keperawatan Ketegangan Peran Pemberi Asuhan, kemudian penulis menyusun perencanaan dan memberikan intervensi berdasarkan panduan 3S (SDKI, SLKI, dan SIKI). Terdapat empat intervensi yang diimplementasikan dalam rentang 4 hari sampai pasien pulang. Pertama, intervensi Dukungan Emosional, penulis memfasilitasi Ny. M untuk mengungkapkan perasaannya, memvalidasi perasaan, memberikan apresiasi dan afirmasi positif untuk mempertahankan motivasi. Kedua, intervensi Edukasi Kesehatan, penulis memberikan edukasi dengan menggunakan media *leaflet* terkait penanganan non-farmakologi mual muntah pasca kemoterapi yang dapat dilakukan di rumah berdasarkan hasil penelitian.

Penulis juga memberikan edukasi pertolongan pertama kejang saat di rumah untuk mengantisipasi jika terjadi kejang berulang pada Tn. A. Ketiga, intervensi Dukungan Keluarga Merencanakan Keperawatan, penulis mengajarkan keluarga terkait bagaimana menggunakan NGT yang baik dan benar, penulis mengajarkan dan melibatkan Ny. M setiap hari saat jam makan Tn. A tiba. Saat keputungan, penulis melakukan kolaborasi dengan Ahli Gizi terkait bagaimana cara mengolah dan menyiapkan makanan di rumah. Keempat, intervensi Dukungan Pengambilan Keputusan, penulis memfasilitasi hubungan antara Tn. A dan Ny. M untuk memastikan keberlanjutan kemoterapi, mendiskusikan harapan pengobatan yang diharapkan, mendiskusikan dampak positif dan negatif dari setiap keputusan dengan mempertimbangkan program radioterapi dan kemoterapi yang sudah dilewati oleh Tn. A dan Ny. M.

Penulis melakukan evaluasi dari setiap intervensi keperawatan yang didokumentasikan dalam catatan perkembangan. Penulis melihat adanya respon dan hasil positif dari Ny. M pada setiap intervensi. Saat pulang, Ny. M mengucapkan terima kasih kepada penulis karena sudah mendengarkan perasaannya dan memberikan semangat, Ny. M mengatakan bahwa dirinya menjadi tahu tentang apa yang bisa dilakukan di rumah saat Tn. A mual muntah. Ny. M sudah bisa secara mandiri memberikan makan via NGT. Ny. M juga mengatakan bahwa dirinya akan mempertimbangkan keinginan Tn. A untuk melanjutkan kemoterapi namun masih ingin berdiskusi dengan anaknya.

Pengelolaan kasus yang berlangsung 5 hari dinilai singkat dan tidaklah cukup mengingat perjalanan panjang yang sudah dilewati Ny. M dan Tn. A serta tantangan kedepannya yang mungkin akan lebih sulit dihadapi oleh keluarga. Sehingga, penulis menyadari bahwa apa yang sudah dilakukan jauh dari kata sempurna, perawatan paliatif tidak berhenti saat pasien dan keluarga pulang, namun terus diberikan sepanjang perjalanan penyakit pasien baik dalam seting layanan kesehatan maupun di rumah.

PEMBAHASAN

Perawatan paliatif memiliki konsep *family centered care* dan *unit of care* (Alam *et al.*, 2020; NCP, 2018; Steele dan Davies, 2015). Oleh karena itu, dalam praktik perawatan paliatif pasien dan keluarga merupakan satu kesatuan utuh yang tidak bisa terpisahkan dalam mendapatkan perawatan. Keluarga merupakan sekelompok individu yang saling terkait erat dan saling berinteraksi serta saling menguatkan. Keluarga dapat berarti saudara sedarah langsung, hubungan melalui komitmen emosional, atau kelompok atau orang yang paling dekat dengan seseorang (Steele dan Davies, 2015). Dalam konteks keluarga sebagai sistem, kondisi sakit merupakan bagian dari aspek kehidupan keluarga, sehingga penyakit yang dialami akan berdampak baik pada pasien maupun anggota keluarga secara utuh (Steele dan Davies, 2015). Dalam kasus ini, Ny. M merupakan istri Tn. A berperan sebagai *family caregiver*.

Family caregiver memberikan perawatan yang substansial bagi pasien dengan kanker stadium lanjut, disamping mereka menghadapi morbiditas tersembunyi dan kebutuhan yang tidak terpenuhi (Alam *et al.*, 2020). Kedudukan keluarga sebagai yang membutuhkan dukungan atau *needing support* cenderung terabaikan diantara profesional kesehatan sehingga sering disebut *the silent other patient* atau pasien lain yang diam dalam drama pelayanan kesehatan (Wittenberg *et al.*, 2020). Namun hal tersebut terjadi karena berbagai faktor baik yang datang dari keluarga maupun kalangan profesional kesehatan. Kurangnya pemahaman terkait pengalaman yang dialami keluarga dan ketidaktahuan bagaimana memberikan bantuan untuk keluarga merupakan salah satu faktor yang datang dari penyedia layanan kesehatan (Wittenberg *et al.*, 2020). Terlepas dari faktor tersebut, menilai kebutuhan keluarga dengan melihatnya sebagai pasien adalah hal penting yang tidak bisa diabaikan.

Ny. M, seorang perempuan berusia 49 tahun sudah menemani suaminya berjuang melawan kanker nasofaring selama kurang lebih 15 bulan. Saat dilakukan pengkajian, Ny. M sudah berada di rumah sakit selama 14 hari sejak adanya perburukan kondisi pada suaminya yang mengharuskan mendapatkan perawatan intensif sampai akhirnya ke ruangan rawat inap untuk pemulihan.

“Saya sudah lelah lahir batin, 1 tahun lebih saya bulak balik ke rumah sakit, dan sekarang saya sudah 14 hari disini gk bisa pulang, tidur gak nyaman, kepala udah kerasa pusing”. Ungkapan tersebut menyiratkan bahwa adanya kebutuhan Ny. M untuk istirahat secara fisik, salah satunya dengan memberikan *respite* atau jeda untuk sejenak beristirahat dari tanggung jawabnya sebagai *caregiver* (Nysaeter *et al.*, 2024). Namun, sumber daya yang terbatas dapat menjadi faktor *caregiver* sulit mendapatkan istirahat: *“Anak saya paling besar harus kerja, anak perempuan saya sekolah, menantu saya punya anak kecil gak bisa ditinggalin, paling hari sabtu atau minggu anak saya baru bisa datang nemenin saya”*.

Pasien dan keluarga seringkali dihadapkan dengan sebuah paradoks atau konflik antara kenyataan dan harapan. Pasien memutuskan untuk tidak menyerah namun disaat yang sama merasa lelah berjuang. Begitupun dengan pasangan yang ingin menghabiskan waktunya dengan pasien namun di sisi lain mereka juga mengharapkan kehidupan yang normal (Steele dan Davies, 2015). Hal tersebut juga dialami oleh Ny. M dengan ungkapan *“Saya bingung, mau lanjut kemo tapi kasian ke bapak kaya gini terus, ditambah saya juga gak tau harus gimana pas bapak di rumah mual muntah tiap habis kemo. Kalo anak saya paling besar bilang istirahat aja di rumah, tapi kalo saya mah gimana bapak aja, kalo mau lanjut kemo ya bakal saya antar”*. Ungkapan Ny. M tersebut juga menyiratkan bahwa adanya kesulitan dalam membuat keputusan, dan hal tersebut juga diasosiasikan dengan tidak terpenuhinya dukungan informasi dan komunikasi dari tim pelayanan kesehatan (Longacre *et al.*, 2018).

Kebutuhan akan edukasi kesehatan terkait praktek pengasuhan juga ditunjukkan oleh Ny. M dengan ungkapan ketidaktahuannya: *“Saya belum siap kalo bapak harus pake selang buat makan, nanti ngasihnya gimana? nyiapin makanannya gimana? disini aja suka minta bantuan karena makanannya kental, saya takut salah. Kalo gak pake selang gak bisa ya? Kan bapak udah dilatih minum pake sendok sedikit-sedikit”*. Data yang ditemukan dalam pengkajian tersebut menegaskan bahwa mengkaji kebutuhan keluarga itu penting, namun bisa jadi kebutuhan keluarga tidak akan ditemukan jika profesional kesehatan tidak melihat keluarga sebagai pasien.

Pengelolaan kasus yang berlangsung 5 hari dinilai singkat dan tidaklah cukup untuk mengkaji dan mengeksplorasi lebih jauh kebutuhan keluarga, mengingat perjalanan panjang yang sudah dilewati Ny. M dan Tn. A serta tantangan kedepannya yang mungkin akan lebih sulit dihadapi oleh keluarga. Sehingga, penulis merasa bahwa pengkajian yang sudah dilakukan belum maksimal dan komprehensif. Artikel ini menjadi refleksi bagi penulis bahwa sebenarnya ada satu *framework* bernama CARES yang seharusnya dari awal digunakan penulis untuk melakukan penilaian dan dukungan kepada keluarga.

Kerangka CARES telah dikembangkan dan diimplementasikan di Klinik Perawatan Paliatif Onkologi di *Princess Margaret Cancer Centre*. Kerangka ini menekankan prinsip paliatif yang mencakup dukungan bagi anggota keluarga selama pasien sakit dan berduka. CARES merupakan singkatan untuk komponen pada kerangka ini, yaitu *Consider caregivers as part of the unit of care* (melihat *caregiver* sebagai unit perawatan), *Assess the caregiver’s situation, perceptions and needs* (menilai situasi, persepsi dan kebutuhan *caregiver*), *Refer to appropriate services and resources* (rujuk ke layanan dan sumber daya yang sesuai), *Educate about the practical aspects of caregiving* (ajarkan terkait praktik pengasuhan), *Support the caregiver through bereavement* (berikan dukungan melewati fase duka) (Alam *et al.*, 2020).

Jika dibandingkan dengan apa yang sudah dilakukan penulis dalam penelitian ini dengan komponen yang ada pada CARES, penulis melewati dua komponen R dan S namun selebihnya sudah termasuk pada komponen C, A, dan E. Penulis sudah melihat keluarga sebagai satu kesatuan unit perawatan, mengakui keluarga sebagai bagian penting dalam praktik pengasuhan, mengkaji kondisi fisik dan psikologis keluarga, mengkaji kapasitas keluarga dalam memberikan perawatan, dan memberikan edukasi terkait praktik pengasuhan meliputi manajemen gejala mual muntah serta melatih kemampuan keluarga menggunakan NGT. Kerangka CARES memberikan panduan yang sistematis dalam melakukan penilaian dan memberikan dukungan kepada keluarga. Maka dari itu, penulis mengharapkan untuk kedepannya kerangka CARES dapat menjadi pilihan untuk diterapkan khususnya di tatanan klinik oleh profesional kesehatan termasuk perawat.

Selain kerangka CARES, dalam sebuah penelitian terkait dukungan keluarga dalam perawatan paliatif, Steele dan Davies (2015) menjelaskan terkait pentingnya empat intervensi utama yang dapat diterapkan dalam asuhan keperawatan. Pertama, *maintain hope* atau pertahankan harapan, harapan keluarga seiring perjalanan penyakit akan berubah dari harapan kesembuhan menjadi remisi, kemudian nyaman dan akhirnya harapan untuk kematian yang baik. Kedua, *involve families* atau libatkan keluarga dalam setiap aspek perawatan termasuk dalam pengambilan Keputusan. Ketiga, *offer information* atau memberikan informasi lebih lanjut terkait kondisi yang mungkin terjadi kedepannya dan bagaimana harapan keluarga akan hal tersebut. Keempat, *communicate openly* atau komunikasi yang terbuka, komunikasi yang terbuka dan jujur dengan perawat dan profesional kesehatan lainnya merupakan bagian dari kebutuhan keluarga. Dalam implementasinya, peneliti juga mengembangkan empat intervensi tersebut dengan penilaian fungsi keluarga sebagai bagian dari sumber pemecahan masalah (Steele dan Davies, 2015).

Dalam tatanan klinik yang memiliki sumber daya memadai, *family meeting* menjadi hal yang juga harus dipertimbangkan. Meskipun penelitian terkait *family meeting* masih terus dikembangkan terkait indikasi keluarga, waktu dan struktur yang tepat. Family meeting menjadi salah satu praktik perawatan paliatif yang dapat memperjelas nilai-nilai pasien dan pengasuh, memberikan informasi, menentukan preferensi perawatan, dan mengidentifikasi sumber stress dan beban terkait penyakit sehingga intervensi ini dinilai mampu mengurangi stress pengasuh, memitigasi kebutuhan yang tidak terpenuhi, mempersiapkan keluarga dalam pengasuhan dan memperbaiki dampak berduka (Glajchen *et al.*, 2022).

SIMPULAN DAN SARAN

Melalui proses keperawatan, penulis mengumpulkan data yang ditemukan untuk menegakkan diagnosa keperawatan ketegangan peran pemberi asuhan, kemudian penulis menyusun perencanaan dan memberikan intervensi edukasi kesehatan, dukungan pengambilan keputusan, dukungan keluarga merencanakan perawatan dan dukungan emosional. Namun dalam implementasinya penulis merasa kurang maksimal dalam melakukan pengkajian dan memberikan intervensi pada keluarga, sehingga penulis mencari dan menemukan sumber literatur seperti kerangka CARES, empat intervensi utama dalam asuhan keperawatan dan *family meeting* yang diharapkan kedepannya dapat digunakan sebagai salah satu referensi dalam melakukan pendekatan perawatan paliatif pada keluarga.

DAFTAR PUSTAKA

Alam, S., Hannon, B., Zimmermann, C. 2020. Palliative Care for Family Caregivers. *Jurnal of Clinical Oncology*. 38(9), 926-936. <https://doi.org/10.1200/jco.19.00018>

- Becqué, Y.N., Rietjens, J.A.C., Vander, H.A., Witkamp, E. 2021. How Nurses Support Family Caregivers in the Complex Context of End-of-Life Home Care: A Qualitative Study. *BMC Palliat Care*. 20(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12904-021-00854-8>
- Chang, E.T., Ye, W., Zeng, Y.X., Adami, H.O. 2021. The Evolving Epidemiology of Nasopharyngeal Carcinoma. *Cancer Epidemiol Biomarkers and Prevention*. 30(6), 1035-1047. <https://doi.org/10.1158/1055-9965.epi-20-1702>
- Dwijayanti, F., Prabawa, A., Besral, Herawati, C. 2020. The Five-Year Survival Rate of Patients with Nasopharyngeal Carcinoma Based on Tumor Response After Receiving Neoadjuvant Chemotherapy, Followed by Chemoradiation, in Indonesia: A Retrospective Study. *Oncology*. 98(3), 154–160. <https://doi.org/10.1159/000504449>
- Glajchen, M., Goehring, A., Johns, H., Portenoy, R.K. 2022. Family Meetings in Palliative Care: Benefits and Barriers. *Optim in Oncology*. 23, 658-667. <https://doi.org/10.1007/s11864-022-00957-1>
- Longacre, M.L., Miller, M.F., Golant, M., Zaleta, A.K., Buzaglo, J.S. 2018. Care and Treatment Decisions in Cancer: The Role of The Family Caregiver. *Journal Oncology Navigation Survivorship*. 9(9), 354-362. <https://www.jons-online.com/issues/2018/september-2018-vol-9-no-9/1977-care-and-treatment-decisions-in-cancer-the-role-of-the-family-caregiver>
- Martín, M.D., Espinosa, M.D.R., Gavira-López, Y., Holgado-Castro, C., López-Latorre, I., Borrallo-Riego, Á. 2023. Quality of Life in Caregivers of Cancer Patients: A Literature Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 20(2), 1-12. <https://doi.org/10.3390/ijerph20021570>
- Mishra, S., Gulia, A., Satapathy, S., Gogia, A., Sharma, A., Bhatnagar, S. 2021. Caregiver Burden and Quality of Life Among Family Caregivers of Cancer Patients on Chemotherapy: A Prospective Observational Study. *Indian Journal Palliative Care*. 27(1), 109-112.
- NCP. 2018. Clinical Practice Guidelines For Quality Palliative Care. National Coalition for Hospice and Palliative Care.
- Nipp, R.D., El-Jawahri, A., Fishbein, J.N., Gallagher, E.R., Stagl, J.M., Park, E.R., Jackson, V.A., Pirl, W.F., Greer, J.A., Temel, J.S. 2016. Factors Associated with Depression and Anxiety Symptoms in Family Caregivers of Patients with Incurable Cancer. *Journal of the European Society for Medical Oncology*. 27(8), 1607-1612. <https://doi.org/10.1093/annonc/mdw205>
- Nysaeter, T.M., Olsson, C., Sandsdalen, T., Hov, R., Larsson, M. 2024. Family Caregivers' Preferences for Support When Caring for a Family Member with Cancer in Late Palliative Phase Wish to Die at Home—A Grounded Theory Study. *BMC Palliat Care*. 23(15), 1-12. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01350-5>
- Ochoa, C.Y., Lunsford, N.B., Smith, J.L. 2020. Impact of Informal Cancer Caregiving Across the Cancer Experience: A Systematic Literature Review of Quality of Life. *Palliat Support Care*. 18(2), 220-240. <https://doi.org/10.1017/s1478951519000622>
- Steele, R., Davies, B. 2015. Supporting Families in Palliative Care. *Social Aspec of Care*. 51-72. <https://doi.org/10.1093/med/9780190244132.003.0003>
- Views, H. 2017. Guidelines To Writing A Clinical Case Report. *Journal of The Gulf Heart A Association*. 18(2), 14-15. <https://doi.org/10.4103/1995-705x.217857>.
- Wittenberg, E., Goldsmith, J., Ragan, S.L., Parnell, T.A. 2020. *Caring for The Family Caregiver*. Oxford University Press.
- WHO. 2020. *Palliative Care*. Geneva: World Health Organization.