

# STUDI FENOMENOLOGI: RESPONS KECEMASAN KELUARGA SELAMA MENDAMPINGI PASIEN PADA FASE *END OF LIFE* DI RUMAH SAKIT

Yuldensia Avelina

Pengajar Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu-Ilmu Kesehatan Universitas Nusa Nipa  
Maumere, Kabupaten Sikka, Jl. Kesehatan No. 3, Kode Pos 86111

Propinsi Nusa Tenggara Timur

Email: [nersyoully@gmail.com](mailto:nersyoully@gmail.com)

## ABSTRAK

**Tujuan:** Penelitian ini bertujuan menggali makna dari pengalaman respons kecemasan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* di rumah sakit. **Metode:** Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 6 orang yang diperoleh melalui teknik *purposive sampling* berdasarkan kriteria inklusi yang telah ditetapkan peneliti. Pengambilan data dilakukan dengan wawancara mendalam pada 6 anggota keluarga yang selalu mendampingi pasien selama fase *end of life* di rumah sakit. Proses pengambilan data dilakukan selama 2 minggu. Wawancara mendalam dilakukan selama 30–60 menit untuk setiap partisipannya. Hasil penelitian dianalisis dengan menggunakan IPA dari Smith.

**Hasil:** Penelitian ini menghasilkan tiga tema, yaitu memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien, mengalami ketidakstabilan kondisi fisik, mengalami perasaan hati tidak tenang.

**Diskusi:** Keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* di rumah sakit akan mengalami kecemasan. Kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* merupakan perasaan cemas akan kehilangan orang yang dicintai. Kecemasan tersebut ditunjukkan oleh keluarga melalui respons fisik maupun respons psikologis. **Kesimpulan:** Respons kecemasan yang diperlihatkan oleh keluarga baik respons fisik maupun respons psikologis hendaknya menjadi perhatian para petugas kesehatan sehingga keluarga tetap dapat menjalankan perannya dengan baik dalam mendampingi pasien selama berada pada fase *end of life* di rumah sakit.

**Kata Kunci:** *end of life*, kecemasan, keluarga, respons.

## ABSTRACT

**Objective:** This study aims to explore the meaning of experience of family's anxiety response when assisting patients in the end-of-life phase in hospital. **Methods:** The study employed a qualitative method with interpretative phenomenological design. There were 6 participants involved in this study obtained through a purposive sampling technique, based on inclusion criteria established by researcher. Data were collected through in-depth interviews with 6 family members who experienced anxiety when assisting patients in the end-of-life phase in hospital. They were collected for 2 weeks. In-depth interviews were conducted for 30–60 minutes for each participant. The results were analyzed using IPA. **Results:** This study generated 3 themes, namely having an unstable thought about patient's recovery, undergoing unstable physical condition, having an uneasy feeling. **Discussion:** When assisting patients in the end-of-life phase in hospital, the family would experience anxiety. Such anxiety was a feeling about the loss of a loved one. It was shown through physical and psychological response. **Conclusion:** Anxiety responses shown by families through either physical or psychological response should be the center of interest for health officials so that families can play their role well in assisting patients in the end-of-life phase in hospital.

**Keywords:** anxiety, end-of-life phase, family, responses

## **PENDAHULUAN**

Fase *end of life* terjadi melalui suatu tahapan proses mulai dari penurunan kondisi fisik, psikososial, dan spiritual pasien hingga akhirnya kematian. Pasien pada kondisi tersebut akan membutuhkan perawatan yang lebih intensif, waktu perawatan yang panjang, dan obat-obatan khusus. Biaya pengobatan yang dibutuhkan pun relatif mahal, disesuaikan dengan pelayanan yang diberikan. Selain itu, pasien yang dirawat juga memiliki tingkat ketergantungan yang tinggi (Fitria, 2010; Heidenreich dkk., 2012).

Kompleksitas masalah yang dialami pasien pada fase *end of life* memberikan beban tersendiri pada keluarga yang terlibat langsung dalam perawatan karena pasien membutuhkan perawatan total selama 24 jam. Apabila stresor ini berlangsung dalam waktu yang lama, dapat memunculkan respons emosional. Respons emosional yang paling sering ditemui ialah kecemasan (McAdam, dkk., 2012).

Kecemasan yang dialami oleh keluarga dapat disebabkan oleh beberapa faktor, di antaranya ketidakpastian baik medis, pelaksanaan tugas, psikososial, maupun spiritual. Faktor ketidakpastian medis disebabkan selalu ada penambahan diagnosis dari dokter dan prognosis penyakit pasien yang makin memburuk. Hal-hal yang terkait faktor ketidakpastian pelaksanaan tugas di antaranya pemenuhan kebutuhan pasien, biaya perawatan, dan perencanaan lainnya. Faktor ketidakpastian psikososial terkait apa yang akan terjadi pada masa depan. Sementara itu, faktor ketidakpastian spiritual terkait makna hidup, yakni sejauh mana keluarga menemukan makna hidup selama merawat anggota keluarganya. Faktor lainnya yang juga turut berperan menyebabkan kecemasan pada keluarga ialah komunikasi yang kurang efektif antara keluarga dan perawat, misalnya dalam pemberian informasi yang dibutuhkan dan

sikap empati yang masih dirasakan kurang oleh keluarga. Selain itu, kecemasan juga menyangkut kesiapan keluarga dalam menerima kondisi pasien seperti kesiapan menerima informasi terkait prognosis pasien, kesiapan mental dalam menghadapi kondisi terburuk, dan kesiapan dalam melaksanakan perubahan peran dan tanggung jawab (Henrikson dan Arestedt, 2013; Hebert, dkk., 2009).

Studi pendahuluan pada keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* dilakukan di salah satu ruangan kritis rumah sakit di Kota Malang pada tanggal 16 Maret 2016. Hasil studi pendahuluan yang dilakukan tersebut menunjukkan bahwa kecemasan yang dialami oleh keluarga umumnya disebabkan belum adanya kemampuan untuk menerima kompleksitas penyakit yang dialami oleh pasien saat ini. Selain itu, keluarga masih membutuhkan penyesuaian terhadap perubahan peran dan tanggung jawab dalam mengurus rumah tangga.

Kecemasan yang dialami keluarga dapat terlihat dari seringnya keluarga bertanya tentang penyakit yang dialami kepada perawat dan dokter meskipun sudah dijelaskan berulang kali. Selain itu, pikiran keluarga hanya ditujukan pada hal-hal yang dapat membuat pasien mendapatkan perawatan yang baik dan dapat segera pulih sehingga mereka sering mengabaikan kondisi kesehatan mereka sendiri. Pada waktu itu, keluarga sudah merasa kelelahan, kurang tidur, sakit kepala, bahkan mengalami penurunan nafsu makan. Hal tersebut tidak mereka ceritakan kepada anggota keluarga lainnya. Apabila ditanya, mereka mengatakan kondisinya baik-baik saja. Hal ini dilakukan keluarga agar dapat terus mendampingi pasien.

Pengalaman dalam merawat keluarga dengan kondisi yang sama tidak membuat keluarga dapat siap untuk menerima

kondisi pasien saat ini. Keluarga juga berusaha mencari solusi dan dukungan dari berbagai pihak dalam upaya mengurangi kecemasannya dan berharap pasien memperoleh perawatan yang terbaik. Upaya tersebut misalnya rutin berkonsultasi dengan dokter dan perawat di ruangan, juga mencari dukungan dari keluarga lainnya, baik anak-anak, saudara, maupun kerabat terkait transportasi dan bantuan biaya perawatan serta hadir menjenguk pasien setiap hari. Anggota keluarga lainnya juga turut saling bergantian dalam mendampingi pasien di rumah sakit apabila keluarga sudah terlihat kelelahan.

Berdasarkan fenomena tersebut, mendampingi orang yang dicintai dalam fase *end of life* di rumah sakit menimbulkan beban tersendiri bagi keluarga karena membawa banyak perubahan dalam sistem keluarga, baik peran, status kesehatan keluarga, maupun tanggung jawab keuangan. Segala perubahan inilah memunculkan kecemasan. Keluarga berupaya untuk mengatasi kecemasannya walaupun mengalami kendala. Tujuan dilakukannya penelitian ini ialah menggali makna dari pengalaman respons kecemasan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life*.

## METODE

Metode yang digunakan dalam penelitian ini ialah metode kualitatif dengan pendekatan fenomenologi interpretif (Afiyanti dan Rachmawati, 2014). Penelitian ini dilakukan di Rumah Sakit Panti Waluya, Sawahan, Malang pada pertengahan Mei sampai awal Juni 2016.

Sebanyak 6 partisipan berkontribusi pada penelitian ini. Keenam partisipan tersebut dipilih menggunakan teknik *purposive sampling*, yakni melakukan seleksi terhadap keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* yang telah memenuhi kriteria inklusi yang telah ditetapkan oleh peneliti dan

peneliti tidak menemukan informasi baru atau telah tercapai saturasi data. Saturasi data tercapai pada partisipan keenam. Kriteria inklusi tersebut antara lain (1) memiliki anggota keluarga yang masuk pada fase *end of life*, yakni yang berada dalam kondisi penurunan kesadaran, menggunakan alat bantu medis, dan prognosis yang buruk sehingga pengobatan yang diberikan tidak dapat membantu sepenuhnya; (2) anggota keluarga yang dipilih ialah pasangan, orangtua, anak, saudara yang sehari-hari mendampingi pasien pada fase *end of life*; (3) anggota keluarga yang telah teridentifikasi mengalami kecemasan. Tingkat kecemasan pasien yang didapatkan dalam penelitian ialah berada pada tingkat kecemasan sedang, yakni dinilai berdasarkan perubahan respons fisiologis, kognitif, dan afektif dari partisipan yang merujuk pada pengidentifikasian tingkat kecemasan menurut Stuart (2013); (4) mengikuti perkembangan pasien sejak sebelum fase *end of life*; (5) bersedia ikut sebagai partisipan dengan menandatangani surat kesediaan menjadi partisipan; (6) dapat menceritakan pengalamannya dengan baik/kooperatif.

Proses pemilihan partisipan dilaksanakan setelah mendapatkan kelayakan etik dari komite etik dan izin penelitian dari rumah sakit. Dalam proses identifikasi partisipan, peneliti dibantu oleh kepala ruangan dan perawat yang bertugas di ruangan tersebut.

Sebagian besar partisipan dalam penelitian ini berjenis kelamin perempuan dan hanya 1 partisipan berjenis kelamin laki-laki. Pada umumnya partisipan merupakan anak dan pasangan dalam hubungan dengan pasien yang sedang dirawat. Sisanya orangtua dan saudara. Keseluruhan partisipan telah mendampingi pasien selama kurang lebih 2–4 hari sejak pasien masuk rumah sakit. Partisipan tersebut semuanya mengalami kecemasan sedang yang ditunjukkan dari perubahan respons

fisik (tidak ada nafsu makan), respons kognitif (susah berpikir), dan respons afektif (susah tidur, perasaan tidak aman). Namun, partisipan tersebut masih dapat menerima arahan dari pihak lain baik dari anggota keluarga lainnya dan petugas kesehatan. Selain itu, partisipan tampak kooperatif dan dapat menceritakan segala pengalamannya selama mendampingi pasien pada fase *end of life*. Kepada setiap partisipan dilakukan wawancara mendalam selama kurang lebih 30–60 menit.

Pada penelitian ini, peneliti menggunakan teknik wawancara mendalam (*indepth interview*) dan observasi. *Indepth interview* dilakukan dengan menggunakan panduan wawancara yang sudah disiapkan. Observasi dilakukan dengan mengamati ekspresi partisipan seperti ekspresi wajah, bahasa tubuh, dan berbagai reaksi partisipan ketika berbicara yang terkait pernyataan partisipan yang diberikan serta situasi lingkungan selama proses *indepth interview* tersebut. Selanjutnya, hasilnya akan ditulis ke dalam catatan lapangan (*field notes*).

#### **Instrumen Penelitian**

Instrumen utama dalam penelitian kualitatif ialah peneliti sendiri. Peneliti sebagai instrumen penelitian yang utama dibantu juga dengan instrumen pengumpulan data lainnya, yakni pedoman wawancara mendalam, catatan lapangan, dan *handphone* sebagai alat perekam suara.

Analisis data dalam penelitian ini menggunakan *interpretive phenomenological analysis* (IPA) dari Smith, dkk. (2009). Tahapan analisis menggunakan IPA, yakni: (1) *reading and re-reading*, peneliti memindahkan data dalam bentuk audio menjadi data dalam bentuk tulisan (transkrip). Selanjutnya, hasil transkrip wawancara tersebut dibaca berulang kali untuk mengetahui makna yang terkandung yang kemudian akan dianalisis;

(2) *initial notes*, peneliti menganalisis isi/konten dari kata, kalimat yang digunakan partisipan kemudian digarisbawahi kata-kata yang penting, selanjutnya dibuat catatan mengenai alasan kata-kata tersebut dianggap penting; (3) *developing emergent themes*, peneliti mengidentifikasi munculnya tema-tema; (4) *searching for connections across emergent themes*, peneliti mencari hubungan antartema-tema yang muncul dilakukan setelah peneliti menetapkan dalam transkrip dan disusun secara kronologis; (5) *moving to the next case*, peneliti melakukan urutan analisis tahap 1–4 ke partisipan berikutnya; (6) *looking for patterns across cases*, merupakan tahap akhir dari proses analisis, yakni mencari hubungan antara tema yang muncul dari setiap partisipan dan digambarkan dalam bentuk skema dan selanjutnya keterkaitan antartema tersebut akan dianalisis.

#### **HASIL**

Penelitian ini menghasilkan tiga tema, yaitu memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien, mengalami ketidakstabilan kondisi fisik dan mengalami perasaan hati tidak tenang. Tema-tema tersebut akan dijelaskan sebagai berikut.

##### **Tema 1: Memiliki Pikiran yang Tidak Menentu tentang Kesembuhan Pasien**

Pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien tampak dari keyakinan atau pandangan yang terucap tentang tanggapan penyakit pasien sebagai sesuatu yang berbahaya, perkembangan kondisi pasien yang makin memburuk dan adanya perubahan kondisi yang begitu cepat dari sebelumnya. Selain itu, pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien juga dapat tampak ketika partisipan mempertanyakan keselamatan pasien. Tema ini disusun oleh tiga subtema, yaitu

perkiraan kondisi penyakit yang makin memburuk, pikiran yang tidak tenang, dan takut kehilangan orang yang dicintai.

Subtema pertama ialah perkiraan kondisi penyakit yang makin memburuk diungkapkan oleh partisipan dengan perubahan kondisi pasien yang mendadak tidak sadar, diagnosis medis yang terus berubah, dan pasien tidak dapat terselamatkan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut.

*"...hari Senin pagi langsung masuk... tapi Ibu udah enggak sadar...matanya kayak terbalik gitu (tidak dapat membuka mata)... sampe sekarang belum sadar mbak..masih kritis."* (p3)

*"...saya pikir bahwa struk itu penyakit yang fatal..membahayakan...pokoke mematikan karna kalo dengar-dengar orang yang struk meninggal...itu yang buat saya cemas...takut."* (p6).

Subtema kedua ialah pikiran yang tidak tenang. Hal ini diungkapkan oleh partisipan dengan memikirkan seperti apa kondisi pasien ke depannya dan mempertanyakan masa depan tanpa orang yang dicintai. Memikirkan seperti apa kondisi pasien kedepannya. Hal ini membuat partisipan tidak dapat mengambil keputusan jika dihadapkan pada pilihan alternatif pengobatan karena apabila salah memilih, dapat mengancam keselamatan pasien. Bingung merupakan satu ungkapan yang dapat menggambarkan situasi tersebut, seperti diungkapkan oleh partisipan berikut ini.

*"...yang pertama katanya nanti dioperasi otaknya...katanya untuk keluarkan perdarahan yang buat tersumbat di otak. Kalo enggak pake alternatif kedua yakni diobati biasa seperti sekarang ini, Mbak...saya bingung...makin cemas saya."* (p3)

Mereka mempertanyakan masa depan tanpa orang yang dicintai yang didukung oleh pernyataan partisipan berikut ini.

*"...mana lihat anak-anaknya saya jadi*

*makin sedih. Kasian mereka juga masih pada sekolah. Ada yang nomer tiga lagi ada ujian. Bagaimana dengan hari-hari ke depannya... bagaimana dengan anak-anaknya ini."* (p2)

Subtema ketiga takut kehilangan orang yang dicintai. Perasaan takut kehilangan orang yang dicintai merupakan perasaan tidak ingin ditinggalkan orang yang dicintai. Perasaan takut kehilangan orang yang dicintai tampak dalam ungkapan partisipan sebagai perasaan belum siap menerima kondisi terburuk dan pengalaman pernah kehilangan keluarga terdekat. Hal ini didukung oleh pernyataan berikut:

*"...kaget, sedih, kuatir, takut soalnya selama ini sehat-sehat saja...kolesterolnya baik, asam uratnya normal, tensi baik, gula baik, jantungnya juga sehat."* (p6)

*"...setahun yang lalu bapak saya meninggal juga gara-gara seperti ini...jadi ketika ibu dikatakan kena struk juga sok saya...."* (p4)

## **Tema 2: Mengalami Ketidakstabilan Kondisi Fisik**

Mengalami ketidakstabilan kondisi merupakan suatu respons kecemasan partisipan yang berdampak pada fisik partisipan tersebut. Pada tema ini keluarga menyatakan bahwa mereka mengalami gangguan fisik sebagai respons terhadap kecemasannya. Respons kecemasan tersebut diungkapkan oleh partisipan dengan kondisi susah tidur dan tidak ada nafsu makan. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut.

*"Eenggak (tidak) ada nafsu makan...yang ada dipikiran saya cuman anak saya...saya harus nungguin terus."* (p1).

*"...apalagi soal tidur...enggak bisa (tidak dapat tidur), Mbak, takutnya ada apa-apa sama Ibu...atau dipanggil perawatnya...atau gimana...jadi enggak bisa mbak."* (p3)

## **Tema 3: Mengalami Perasaan Hati Tidak**

## **Tenang**

Perasaan hati tidak tenang merupakan suatu respons kecemasan partisipan yang dirasakan melalui adanya ketidaktenteraman hati ketika melihat perubahan kondisi pasien yang makin memburuk. Tema ini disusun oleh 1 subtema, yakni belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai.

Subtema belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai mempunyai arti adanya ketidaksiapan mental untuk kehilangan karena masih ingin bersama pasien. Belum siap ditinggalkan oleh orang yang dicintai diungkapkan partisipan dengan adanya kekuatiran akan kondisi pasien yang memburuk dan merasa akan kehilangan orang yang dicintai. Hal tersebut didukung oleh pernyataan partisipan sebagai berikut:

*"...gimana yah di hati...yah sedih... sesak...sempat duduk sebentar saya."* (p1)

*"...enggak nyangka...begitu cepat yah... yah saya tau adek saya ni punya riwayat sering tinggi memang...justru sekarang yang enggak terlalu tinggi malah drop...benar-benar takut saya, Mbak."* (p2)

*"...dalam hati gimana yah mbak...belum bisa saya trima keadaan ibu kayak gini...yah sedih..saya takut tidak bisa bersama lagi"* (p3).

## **DISKUSI**

Kecemasan merupakan respons emosional yang paling sering ditemui pada keluarga yang mendampingi pasien selama fase *end of life*. Alasan munculnya kecemasan pada keluarga dalam penelitian ini ialah memiliki pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien. Pikiran yang tidak menentu tentang kesembuhan pasien muncul saat keluarga mendengar diagnosis medis yang terus berubah, melihat perubahan kondisi yang berbeda dari sebelumnya, dan mempunyai anggapan bahwa penyakit yang dialami pasien dapat membuat pasien tersebut tidak dapat terselamatkan.

Hebert, dkk. (2009), dalam penelitiannya mengungkapkan bahwa adanya diagnosis medis yang semakin kompleks dan prognosis penyakit pasien yang semakin memburuk menjadi penyebab kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life*. Li, dkk. (2013) juga menyatakan bahwa pada umumnya kecemasan keluarga akan meningkat seiring dengan semakin memburuknya kondisi pasien. Peningkatan kecemasan keluarga dapat berdampak pada kondisi fisiknya seperti kurang tidur, kelelahan, sakit kepala, hingga penurunan nafsu makan.

Keluarga mengalami kecemasan selama mendampingi pasien pada fase *end of life* disebabkan takut kehilangan orang yang dicintai. Keluarga pada umumnya masih ingin bersama pasien, ditunjukkan dengan perasaan belum siap menerima kondisi terburuk. Hebert, dkk. (2009) dan Henrikson & Arestedt (2013) mengungkapkan bahwa perasaan belum siap menerima kondisi terburuk merupakan bentuk kurangnya kesiapan mental keluarga dalam menghadapi situasi terburuk. Di sisi lain, keluarga belum siap menerima kondisi terburuk dapat terjadi karena keluarga pernah kehilangan anggota keluarga terdekat. McAdam, dkk. (2012) juga menyatakan hal yang sama bahwa walaupun pernah mengalami kehilangan, pernah merawat anggota keluarga lain dengan penyakit yang sama, itu tidak selalu cukup untuk mempersiapkan keluarga dalam menerima kondisi pasien, termasuk penerimaan akan kematian nantinya.

Respons kecemasan yang ditunjukkan keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* meliputi respons fisik dan psikologis. Respons fisik ialah tidak dapat makan dan tidur, sedangkan respons psikologis ialah mengalami perasaan hati yang tidak tenang seperti sedih, takut, dan rasa bersalah. Stuart (2013) mengungkapkan bahwa seseorang yang mengalami

kecemasan akan menunjukkan perubahan pada respons fisik maupun psikologis, yakni kelelahan umum, gangguan pola tidur, tidak ada nafsu makan dan gangguan pencernaan, perasaan sedih, takut, gelisah dan rasa bersalah. Hal senada juga diungkapkan oleh Heidenreich, dkk. (2012). Keluarga yang mendampingi pasien pada fase *end of life* akan mengalami perubahan respons fisik sebagai dampak dari kecemasan yang dialaminya. Perubahan respons fisik yang dialami tersebut misalnya kelelahan umum, gangguan pola tidur, tidak ada nafsu makan, dan gangguan pencernaan. Selain itu, keluarga juga mengalami perubahan respons psikologis yang meliputi sedih, takut, marah, rasa bersalah, dan berduka.

## SIMPULAN

Kecemasan yang dialami keluarga selama mendampingi pasien pada fase *end of life* adalah perasaan cemas akan kehilangan orang yang dicintai. Respons kecemasan yang diperlihatkan oleh keluarga baik respons fisik maupun respons psikologis hendaknya menjadi perhatian dari para petugas kesehatan sehingga keluarga tetap dapat menjalankan perannya dengan baik dalam mendampingi pasien selama berada pada fase *end of life* di rumah sakit. Dengan demikian, makna yang diperoleh dari penelitian ini ialah berada dalam kecemasan dalam mendampingi pasien pada fase *end of life*.

## DAFTAR PUSTAKA

- Afiyanti, Y. dan Rachmawati, I.N. (2014). *Metodologi Penelitian Kualitatif dalam Riset Keperawatan*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Bevans, M. F., and Sternberg, E. M. (2012). "Caregiving Burden, Stress and Health Effects among Family Caregivers of Adult Cancer Patients". *JAMA*, 307 (4), 398–403.
- Brereton, L., Gardiner, C., Goff, M., Ingleton, C., Barners, S., and Carroll, C. (2011). "The Hospital Environment for end of Life Care of Older Adults and Their Families: As Integrative Review". *Journal of Advanced Nursing*, 1–13.
- Coombs, M. (2015). *A Scoping Review of Family Experience and Need during end of Life Care in Intensive Care*. John Wiley & Sons Ltd., 24–35.
- Effendy, C., Dassen, M. V., Setiyarini, S., Kristanti, M. S., Tejawinata, S., Vissers, K. *et al.* (2014). "Family Caregivers Involvement in Caring for A Hospitalized Patient with Cancer and Their Quality of Life in A Country with Strong Family Bonds". *Psychooncology*, 1-7.
- Fitria, C.N. (2010). "Palliative Care pada Penderita Penyakit Terminal". *GASTER*, 7 (1), 527–535.
- Hebert, R. S., Schulz, R., Copeland, V. C., and Arnold, R. M. (2009). "Preparing Family Caregivers for Death and Bereavement". *Journal of Pain & Symptom Management*, 37 (1), 3–12.
- Heidenreich, M.T., Koo, F.K., and White, K. (2012). "The Experience of Chinese Immigrant Woman in Caring for A Terminally Ill Family Member in Australia". *Elsevier Ltd.*, 21(2012), 275–285.
- Henrikson, A. and Arestedt, K. (2013). "Exploring Factors and Caregivers Outcomes Associated with Feelings of Preparedness for Caregiving in Family Caregivers in Palliative Care". *Palliative Medicine*, 27 (7), 639–646.
- Hudson, P., Remedios, C., Zordan, R., Thomas, K., Clifton, D., Crewdson, M. *et al.* (2012). "Guidelines for the Psychosocial and Bereavement Support of Family Caregivers of Palliative Care Patients". *Journal of Palliative Medicine*, 15(6), 696–702.
- Li, Q.P., Loke, A.Y., and Mak, Y.W. (2013). "Spouse's Experience of Caregiving for

- Cancer Patients". *International Nursing Review*, 60(1), 178–187.
- McAdam, J., Fontaine, D.K., White, D.B., Dracup, K.A., and Puntillo, K.A. (2012). "Psychological Symptoms of Family Members of High-risk Intensive Care Unit Patients". *American Journal of Critical Care*, 21(6), 386–393.
- McKiernan, M. and McCarthy. (2010). "Family Members' Lived Experience in the Intensive Care Unit". *Elsevier*, 26 (2010), 254-261.
- Mosher, C.E., Jaynes, H.A., Hanna, N., and Ostroff, J.S. (2013). "Distress Family Caregivers of Lung Cancer Patients". *Support Care Cancer*, 21 (2), 431–437.
- Saunders, D.C. (2008). *End of Life Strategy*. London: COI for The Department of Health.
- Setiawan, E. (2016). *Kamus Besar Bahasa Indonesia Online*. KEMDIKBUD, Badan Pengembangan & Pembinaan Bahasa. <http://www.kbbi.web.id>.
- Smith, J., Flowers, P., and Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis*. London: SAGE Publication Ltd.
- Stajduhar, K.I., Outcalt, L., and Funk, L. (2013). "Family Caregiver Learning". *Palliative Medicine*, 27(7), 657–664.
- Streubert, H.J. and Carpenter, D.R. (2011). *Qualitative Research in Nursing* (Fifth ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Stuart, G.W. (2013). *Principles and Practice of Psychiatric Nursing*. Singapore: Elsevier Inc.