



PENGEMBANGAN MODEL HOSPICE BERBASIS PERGURUAN TINGGI UNTUK PASIEN PALIATIF

Yuanita Ani Susilowati¹, Ferdinan Sihombing², Maria Alfa Raniadita³,
Sih Ami Lestari⁴, Alexander Risdianto⁵

^{1,2} Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Santo Borromeus, Padalarang, Kabupaten Bandung Barat

^{3,4,5} Fakultas Ilmu Sosial dan Ekonomi Kreatif Universitas Santo Borromeus, Padalarang, Kabupaten Bandung Barat

yuanitaani@yahoo.co.id

Abstrak

Latar belakang Kota Bandung dan sekitarnya menghadapi tantangan serius dalam penyediaan layanan perawatan paliatif bagi pasien dengan penyakit kronis stadium akhir. Secara nasional, laporan Globocan 2020 mencatat 396.914 kasus baru kanker di Indonesia, dengan kanker payudara sebagai jenis terbanyak, mencapai 68.858 kasus (16,6%). Lebih mengkhawatirkan, sekitar 70% pasien kanker di Indonesia terdiagnosis pada stadium lanjut, yang memerlukan perawatan paliatif intensif. Di Jawa Barat, khususnya di Kota Bandung, prevalensi kanker menunjukkan peningkatan signifikan dengan sekitar 15.000 kasus terdiagnosis setiap tahunnya, dan 30% di antaranya berada dalam tahap terminal. **Tujuan** Tujuan penelitian ini untuk mengetahui kebutuhan masyarakat terhadap pelayanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal. **Metode** Metode penelitian menggunakan model Reasearch and Development (R & D) dengan sepuluh tahapan, tahap pertama yaitu Research and information collecting. **Hasil** Responden sebanyak 201 diambil secara purposive sampling, hasil didapatkan terdapat kebutuhan masyarakat akan keberadaan hospice dengan mean 86,14. **Kesimpulan** Dilakukan analisis pasar didapatkan target utama yaitu keluarga pasien dengan penyakit terminal dan perawatan palliative, khususnya yang sudah tidak fokus pada kesembuhan medis tetapi pada peningkatan kualitas hidup (quality of life) dan keluarga kelas menengah ke atas yang membutuhkan dan menginginkan layanan holistik (perawatan medis, psikologis, spiritual, dan sosial) bagi pasien.

Kata Kunci: Hospice, Kanker, Kualitas Hidup, Komprehensif, Perawatan Paliatif

Abstract

Background Bandung and its surrounding areas face significant challenges in providing palliative care services for patients with end-stage chronic illnesses. According, the 2020 Globocan report recorded 396,914 new cases of cancer in Indonesia, with breast cancer being the most common type, reaching 68,858 cases (16.6%). Alarmingly, approximately 70% of cancer patients in Indonesia are diagnosed at an advanced stage, requiring intensive palliative care. In West Java, particularly in Bandung, the prevalence of cancer has shown a significant increase, with approximately 15,000 cases diagnosed annually, and 30% of these are in the terminal stage. **Objective** The purpose of this study was to determine the community's need for hospice services for patients with terminal illnesses. **Method** The research method used a Research and Development (R&D) model with ten stages, the first stage being research and information collection. 201 respondents were taken through purposive sampling. **Results** The results showed that there was a community need for hospice services with a mean of 86.14. **Conclusion** A market analysis was conducted, and the main targets were families of patients with terminal illnesses and palliative care, especially those who no longer focus on medical treatment but on improving the quality of life, and upper-middle-class families who need and want holistic services (medical, psychological, spiritual, and social care) for patients.

Keywords: cancer; comprehensive; hospice; palliative care; quality of life

@Jurnal Ners Prodi Sarjana Keperawatan & Profesi Ners FIK UP 2026

* Corresponding author :

Yuanita Ani Susilowati

Address : Universitas Santo Borromeus, Bandung, Indonesia

Email : yuanitaani@yahoo.co.id

PENDAHULUAN

Meningkatnya angka insidensi penyakit terminal seperti kanker, penyakit jantung, dan penyakit neurodegeneratif, menyebabkan kebutuhan akan layanan paliatif yang holistik dan komprehensif menjadi semakin mendesak. Kota Bandung dan sekitarnya menghadapi tantangan serius dalam penyediaan layanan perawatan paliatif bagi pasien dengan penyakit kronis stadium akhir. Data dari RSUD Sayang Cianjur menunjukkan peningkatan jumlah pasien kanker dari 400 orang pada tahun 2022 menjadi lebih dari 1.000 orang pada tahun 2023, dengan mayoritas kasus adalah kanker payudara. Di Kota Depok, hingga 16 November 2024, tercatat 87 penderita kanker dengan dominasi pada perempuan. The International Agency for Research on Cancer (IARC) memprediksi, terdapat 408.661 kasus baru dan sebanyak 242.988 kematian di Indonesia pada 2022. IARC juga memperkirakan terjadi peningkatan 77% kasus kanker pada 2050, artinya kasus kankertidak pernah selesai atau hilang, melainkan terus bertambah banyak, dengan demikian kebutuhan dukungan perawatan bagi penderita kanker akan terus meningkat (1), (2)

Secara nasional, laporan Globocan 2020 mencatat 396.914 kasus baru kanker di Indonesia, dengan kanker payudara sebagai jenis terbanyak, mencapai 68.858 kasus (16,6%). Lebih mengkhawatirkan, sekitar 70% pasien kanker di Indonesia terdiagnosis pada stadium lanjut, yang memerlukan perawatan paliatif intensif. Di Jawa Barat, khususnya di Kota Bandung, prevalensi kanker menunjukkan peningkatan signifikan dengan sekitar 15.000 kasus terdiagnosis setiap tahunnya, dan 30% di antaranya berada dalam tahap terminal. Kementerian Kesehatan RI melaporkan bahwa kanker menjadi salah satu penyebab utama kematian di Indonesia, dengan angka kematian akibat kanker diperkirakan mencapai 234.000 jiwa pada tahun 2022. Selain kanker, penyakit lain seperti penyakit jantung, penyakit ginjal kronis, dan penyakit degeneratif turut menambah beban sistem kesehatan. Saat ini, lebih dari 1.700 pasien dengan kondisi terminal di Kota Bandung memerlukan layanan paliatif untuk mengurangi gejala, meningkatkan kualitas hidup, dan memberikan dukungan emosional bagi pasien serta keluarga mereka (3), (4)

Kualitas hidup didefinisikan sebagai kebahagiaan (*happiness*), hidup baik (*the good life*) atau hidup untuk kebaikan. Kualitas hidup menyangkut status kesehatan seseorang, status fungsional, fungsi fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Kualitas hidup merupakan refleksi keadaan sehat sejahtera, kebahagiaan, kepuasan hati terhadap kehidupan diri sendiri. Kualitas hidup dipengaruhi oleh kondisi fisik, Psikologis, hubungan sosial dan tingkat kebebasan. Kualitas hidup penderita penyakit terminal tentu berbeda dengan kualitas hidup individu yang dalam

keadaan sehat, individu yang sehat secara jasmani dan rohani kualitas hidupnya dikatakan optimal bila yang bersangkutan mampu memenuhi semua kebutuhan hidupnya, mandiri secara fisik, termasuk mandiri secara finansial. Kualitas hidup pada penderita penyakit terminal satu dengan yang lainpun akan berbeda tergantung pada berat ringannya dampak penyakit terminal yang sedang dijalani, namun seberapa maksimal kemampuan yang masih ada pada penderita penyakit terminal itulah yang perlu dioptimalkan sehingga ternyacapai kualitas hidup yang optimal. Kualitas hidup menjadi salah satu ukuran penting dalam menentukan luaran dari manfaat pengobatan dan menjadi luaran utama pada perawatan paliatif (5), (6), (7).

Kualitas hidup pada tiap individu tentu berbeda, terutama bagi pasien dengan penyakit terminal. Peningkatan jumlah pasien dengan penyakit terminal menuntut tersedianya layanan kesehatan yang tidak hanya fokus pada aspek kuratif, tetapi juga mengutamakan kualitas hidup melalui pendekatan paliatif. Salah satu bentuk layanan paliatif yang penting namun belum berkembang luas di Indonesia adalah hospice care, yaitu pendekatan pelayanan kesehatan yang menyeluruh dan berfokus pada kenyamanan pasien di akhir hayat. Universitas Santo Borromeus sebagai institusi pendidikan dan pelayanan kesehatan memiliki potensi besar untuk menjadi pionir dalam pengembangan layanan hospice berbasis holistik yang terintegrasi dengan rumah sakit pendidikan. Penelitian ini bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan masyarakat terhadap layanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal sebagai tahap awal dari model penelitian dan pengembangan (Research and Development/R&D), yakni tahap *research and information collecting*.

METODE

Metode penelitian menggunakan desain deskriptif kuantitatif dengan pendekatan *cross sectional*. Pengambilan data menggunakan kuesioner kebutuhan keluarga akan perawatan paliatif sebanyak 20 item pernyataan menggunakan skala likert, dan sudah dilakukan uji validitas pada 30 responden menggunakan rumus $df=n-2$, dengan nilai kemaknaan 0,05 sehingga didapatkan nilai r table pada angka 0,361. Hasil validitas didapatkan nilai pada rentang 0,361 – 0,775 dan nilai reliabilitas pada angka 0,884.

Populasi dalam penelitian ini adalah keluarga pasien dengan penyakit terminal yang merawat pasien di rumah dengan jumlah yang tidak diketahui, sehingga ukuran sampel menggunakan rumus lameshow

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1-a/2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

n = Jumlah sampel
Z = Skor Z pada kepercayaan 95% = 1,96
P = Maksimal estimasi = 90%
d = Tingkat kesalahan = 0,05

Maka didapatkan

$$n = \frac{1,96^2 \times 0,9 \times (1-0,9)}{(0,05)^2}$$

$$n = \frac{3,8416 \times 0,09}{0,0025}$$

n = 138,297 ➔ dibulatkan menjadi 139 (sampel minimal)

Pengambilan sample menggunakan purposive sampling dengan memilih sampel berdasarkan kriteria yang telah ditentukan yaitu keluarga yang merawat pasien penyakit terminal dan diambil secara accidental sampling melalui pembatasan waktu selama satu bulan (30 hari), di ruang rawat inap RS Swasta Bandung, RS Swasta Bandung Barat dan keluarga pasien yang tergabung di Bandung Cancer Society (BCS). Setelah dilakukan pengumpulan data selama satu bulan didapatkan sampel sebanyak 201 responden, dianalisis menggunakan tendensi central.

Peneliti melakukan uji laik etik di Universitas santo Borromeus, dan dinyatakan lolos etik dengan nomor 128/USTB/Etik/Has/V/2025. Peneliti merujuk pada Komisi Nasional Etik Penelitian Kesehatan (KNEPK 2021), yang meliputi Respect for person, beneficence, dan justice. Pada aspek respect for person, peneliti sebelum melakukan pengambilan data, peneliti memberikan penjelasan kepada responden (informed consent) tentang tujuan penelitian, hak dan kewajiban responden, lalu meminta persetujuan (informed Choice) pada responden. Pada aspek kemanfaatan (beneficence) peneliti menjaga kerahasiaan responden, dengan cara tidak mencantumkan nama dan alamat pada lembar kuesioner, pengambilan data melalui google form bagi responden yang memiliki *handphone* dan mempunyai kuota, sedangkan responden yang tidak menggunakan internet/ tidak memiliki kuota pengisian kuesioner menggunakan lembar pernyataan. data penelitian dikelola dengan baik, disimpan pada file tersendiri dan tidak dapat diakses oleh orang lain. Aspect justice peneliti tidak membedakan responden, memberikan hak yang sama yaitu responden berhak mengundurkan diri dari kepesertaan sebagai responden saat penelitian/ pengambilan data sedang dilakukan memperlakukan semua responden, demikian pula saat pengambilan data menggunakan cara yang sesuai dengan keberadaan responden, yaitu yang memiliki kuota

menggunakan Google form dan yang tidak memiliki kuota menggunakan lembar kuesioner (8), (9).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil penelitian dari 201 responden keluarga pasien dengan penyakit terminal diperoleh data umum dan khusus. Data umum meliputi Jenis kelamin, status perkawinan, hubungan dengan pasien, Pendidikan, pekerjaan, pendapatan, daerah tempat tinggal, dan agama, sedangkan data khusus yaitu kebutuhan responden akan pelayanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal.

Tabel 1. Distribusi Frekuensi Responden Berdasarkan Jenis Kelamin, status perkawinan, hubungan dengan pasien, Pendidikan, pekerjaan, pendapatan, daerah tempat tinggal, dan agama (n = 201)

Karakteristik		Frekuensi	Presentasi
Jenis Kelamin	Laki-laki	87	43.3
	Perempuan	114	56.7
Status Perkawain	Tidak kawin	36	17.9
	Kawin	151	75.1
	Janda / Duda	14	7.0
Hubungan dengan Pasien	Suami / Istri	36	17.9
	Anak / Orang tua	87	43,3
Pendidikan	Keluarga lainnya	78	38,8
	Dasar	25	12,5
	Menengah	66	32,8
Pekerjaan	Tinggi	110	54,7
	Tidak bekerja	49	24,4
	PNS	66	32,8
Pendapata	Swasta/petani/buruh	86	42,8
	< UMR	52	24.4
Tempat Tinggal	≥ UMR	149	74,2
	Perkotaan	109	54.2
Paparan Pengetahuan	Pedesaan	92	45.8
	Terpapar	60	29.9
Agama	Tidak terpapar	141	70.1
	Islam	100	49.8
	Kristen	51	25.4
	Katolik	46	22.9
	Hindu	2	1.0
	Budha	2	1.0

Pada Tabel 1, didapatkan data mayoritas responden perempuan, status menikah, hubungan dengan pasien sebagai anak/ orang tua, berpendidikan tinggi dan bekerja pada sektor swasta dengan pendapatan mayoritas diatas UMR, tinggal di perkotaan belum pernah terpapar dengan materi tentang perawatan pada pasien paliatif dan mayoritas beragama islam.

Tabel 2. Analisis Univariat kebutuhan responden terhadap pelayanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal (n = 201)

	n	Minimum	Maksimum	Mean	Standar deviasi
Kebutuhan Masyarakat terhadap pelayanan Hospice	201	20	100	86,14	11.51

Hasil analisis *tendency central* menunjukkan bahwa kebutuhan terhadap layanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal berada pada kategori tinggi dengan skor mean 86,14 dengan standar deviasi 11,51. Skor mean mendekati nilai maksimum bermakna kebutuhan masyarakat akan keberadaan hospice tinggi

Setelah didapatkan hasil bahwa kebutuhan responden terhadap pelayanan hospice bagi pasien dengan penyakit terminal berada pada kategori tinggi, maka dilanjutkan dengan melakukan analisis pasar. Analisis Pasar dilakukan dengan cara melakukan analisis segmentasi, targeting dan positioning. Segmentasi Pasar adalah proses pengelompokan pasar melalui demografis, geografis, psikografis, dan perilaku. Targeting adalah proses untuk memilih segmen yang paling potensial untuk dilayani. Positioning adalah menciptakan posisi pasar dibandingkan dengan kompetitor yang ada. Analisis Pasar (STP) ini bertujuan untuk mengidentifikasi tren kebutuhan dan menghitung potensi pasar (10).

Pemasaran adalah pilar suatu bisnis, untuk dapat meningkatkan kepuasan pelanggan, manajemen bisnis harus menggunakan strategi pemasaran kontemporer STP (Segmenting, Targeting, dan Positioning) untuk menarik target pasar (Wahyuni, 2019). Dalam bidang kesehatan, pemasaran dibutuhkan untuk memenuhi kebutuhan dan keinginan pasien, bukan sekedar untuk kebutuhan komersial semata. Berdasarkan hasil instrumen penelitian yang diberikan kepada para responden, menunjukkan hasil “adanya kebutuhan hospice bagi pasien palliative.”. Hospice memiliki pasar yang spesifik (khusus), yaitu mereka yang menderita penyakit terminal, atau penyakit yang tidak dapat disembuhkan secara medis. Menurut Kotler dan Keller (2012), tiga konsep utama dalam analisis pasar adalah Segmenting, Targeting, dan Positioning (11).

1. Segmentation (Segmentasi Pasar)

Segmentasi adalah membagi pasar dari heterogeny menjadi kelompok yang homogen. Segmentasi kebutuhan hospice dapat dilihat dari:

- a. Demografi:
 - Pasien lansia yang memerlukan perawatan palliative (kanker, stroke, gagal ginjal, dll).
 - Usia 60 tahun ke atas, atau pasien dewasa muda dengan kondisi terminal.
 - Keluarga dengan tingkat ekonomi berpendapatan menengah keatas (mampu membayar perawatan).
- b. Geografi:
 - Lokasi dekat rumah sakit besar atau kota dengan populasi lansia tinggi.
 - Area urban dengan akses transportasi mudah.
- c. Psikografi:
 - Keluarga yang mengutamakan kualitas hidup pasien dibanding sekadar pengobatan agresif.

- Nilai religius/humanis: ingin pasien menjalani sisa hidup dengan tenang, bermartabat, dan didampingi.
- d. Perilaku:
 - Keluarga yang mencari dukungan medis dan emosional.
 - Membutuhkan layanan 24 jam, konseling, dan pendampingan spiritual.
 - Tingkat loyalitas tinggi jika merasa aman, nyaman, dan dipercaya.

2. Targeting (Menentukan Target Pasar)

Dari segmen di atas, kita bisa menentukan target pasar:

- a. Target Utama:

Keluarga pasien dengan penyakit terminal dan perawatan palliative, khususnya yang sudah tidak fokus pada kesembuhan medis tetapi pada peningkatan kualitas hidup (*quality of life*).

Keluarga kelas menengah ke atas yang membutuhkan dan menginginkan layanan holistik (perawatan medis, psikologis, spiritual, dan sosial) bagi pasien.

- b. Target Sekunder:

Organisasi sosial, yayasan, atau komunitas religius yang ingin bermitra atau menyumbang.

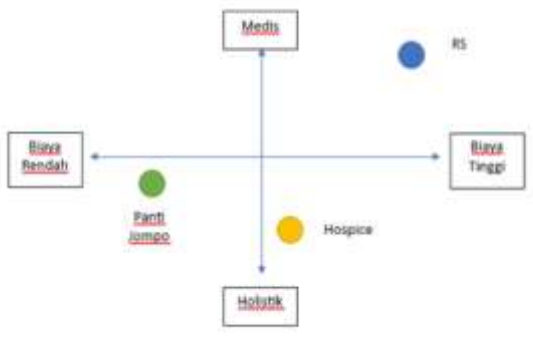
Rumah sakit yang membutuhkan tempat rujukan pasien terminal.

3. Positioning (Posisi di Pasar):

Rumah singgah atau hospice harus memiliki keunggulan dan nilai pembeda yang jelas dibanding layanan rumah sakit atau panti jompo biasa. Contoh positioning yang dapat digunakan :

Fokus pada perawatan holistik: Bio, Psiko, Sosial, Spiritual Menawarkan suasana rumah, bukan suasana klinis seperti rumah sakit. Perawatan di Hospice memberikan layanan personal dan dukungan seperti keluarga sendiri. Apabila menggunakan pendekatan faktor tipe pelayanan dan biaya maka dapat kita buat Mapping Positioning sebagai berikut:

Bagan 1. Potitioning Pelayanan Hospice



Bagan tersebut memberi gambaran dimana posisi hospice, dibandingkan dengan

Kompetitor. Sebagai kompetitor dari Hospice yaitu Rumah Sakit dan Panti Wherda (Panti jompo). Perawatan di Rumah Sakit lebih bersifar “*Curatif*” atau mengobati sedangkan pasien dengan penyakit terminal kecil kemungkinan untuk dapat disembuhkan, sehingga bila pasien paliatif dirawat di Rumah Sakit lebih pada mengurangi gejala, atau pemberian obat-obatan yang sifatnya suportif, dan tidak mungkin pasien paliatif dirawat di Rumah Sakit dalam jangka waktu berbulan-bulan karena dapat menghambat pasien lain yang benar-benar membutuhkan perawatan di Rumah Sakit. Hospice bila dibandingkan dengan panti Wherda, perawatan di panti wherda semua pasien sudah memasuki masa lansia (lanjut usia), pelayanan di panti wherda layaknya perawatan di rumah sendiri, penghuninya rata-rata mandiri dalam pemenuhan kebutuhan dasar manusia (KDM), kecuali yang sudah sangat tua atau sudah tidak mampu untuk beraktivitas, maka akan dibantu oleh petugas untuk pemenuhan kebutuhan hariannya. Di panti Wherda ada ruang pribadi yaitu kamar dan ruang umum tempat kegiatan bersama – sama, atau tempat rekreasi Bersama, dan sepanjang jalan yang dilalui oleh lansia dipasang *hand rail* (pegangan tangan), untuk mencegah lansia jatuh karena penurunan keseimbangan dan kekuatan otot karena proses degenerasi (12), (13), (14).

Pelayanan hospice yang ditawarkan pada masyarakat berupa pelayanan yang mendasarkan pada caring (merawat) yang meliputi aspek bio, psiko, social dan spiritual dengan menekankan pada peningkatan kualitas hidup. Pelayanan hospice didukung dengan teori Jean Watson dimana terdapat 10 faktor karatif yang dapat diimplementasikan pada pasien dengan terminal illness. Faktor-faktor tersebut antara lain membentuk sistem nilai humanistik altruistik, manusia adalah pribadi yang utuh, perlu dihargai, dipelihara dan diperhatikan atau dipedulikan. Demikian halnya dengan pasien dengan penyakit terminal, dia tetaplah manusia yang utuh, bermartabat, perlu dihargai, didengarkan dan diberi kepercayaan untuk meningkatkan kapasitasnya. Faktor lainnya adalah menanamkan keyakinan dan harapan. Pasien dengan penyakit terminal tak jarang kehilangan keyakinan dan harapan, merasa, mereka merasa Tuhan menghukumnya dan sudah tidak ada harapan lagi. Pasien yang merasa kehilangan keyakinan dan harapan tampak murung, depresi, menarik diri, dengan sendirinya kualitas hidupnya menurun. Oleh karena itu petugas / care giver yang bekerja di pelayanan hospice harus mampu mengembalikan kepercayaan pasien dan harapan untuk menjadi pribadi yang berguna di akhir kehidupan ini (15), (16), (17)

Pelayanan hospice berfokus pada kenyamanan dan mengoptimalkan kualitas hidup, bukan pada penyembuhan penyakit. Hospice juga membantu pasien untuk meningkatkan kepekaan

pada diri sendiri, karena sesungguhnya yang mengetahui kebutuhan diri adalah diri sendiri, orang luar hanya meraba-raba, oleh karena itu pasien perlu menyadari apa sesungguhnya yang mereka butuhkan dari orang-orang dan dari lingkungan disekitarnya. Pasien yang sudah mampu mengidentifikasi kebutuhan diri, sudah mendapatkan kembali keyakinan dan harapan dapat menjadi contoh bagi pasien yang lain dan mereka dapat membentuk peer group yang saling menguatkan satu sama lainnya. Banyak konsep teori keperawatan yang dapat diterapkan pada pelayanan di Hospice, antara lain konsep teori Dorothea Orem yang membahas tentang kebutuhan manusia secara umum, dimana ada kebutuhan bio, psiko, social dan spiritual. Kebutuhan lain adalah pencapaian tumbuh kembang, semua manusia akan melewati siklus kelahiran, menjalani kehidupan dan berakhir dengan kematian. Orem juga membahas membahas bahwa pada individu juga dapat mengalami penyimpangan kesehatan, baik karena faktor keturunan, gaya hidup maupun mutasi gen termasuk didalamnya penyakit kanker. Pelayanan di Hospice lebih menawarkan pendampingan, suportif mengoptimalkan kemampuan yang ada, pasien difasilitasi untuk mengekspresikan perasaan-perasaannya, harapan-harapannya pada sisa hidupnya, bagaimana mereka akan memaknai hidup, dan menyiapkan diri untuk menjelang keabadian dengan ikhlas dan lapang dada, sehingga seseorang meninggal dengan bermartabat (*death with dignity*) (18), (19), (20), (21)

Dari data demografi didapatkan responden sebagian besar perempuan, hubungan dengan pasien adalah sebagai anak, orang tua, suami atau istri, responden mayoritas berpendidikan tinggi, bekerja baik sebagai aparatur sipil negara (ASN) maupun bekerja di sektor swasta dengan pendapatan diatas UMR. Kondisi ini yang mendasari kebutuhan responden akan adanya pelayanan hospice tinggi (Mean 86, 14) bagi anggota keluarganya. Merawat pasien dengan penyakit terminal tidaklah mudah, meskipun secara fisik pasien terminal mungkin masih mandiri, namun secara emosional sangatlah labil dan memerlukan “teman” yang mampu mendengarkan keluh kesahnya, ketakutannya dan harapan-harapannya. Menurut Kubler Ross (1967), pasien dengan terminal illness secara umum akan melewati tahapan penyangkalan (*denial*), pada tahap ini individu tidak percaya dengan kenyataan yang ada, penyangkalan terjadi mana kala individu didiagnosis pertama kali. Pasien kanker saat didiagnosis kanker mungkin masih pada stadium satu atau dua, namun karena terjebak pada fase denial maka saat datang kembali untuk melanjutkan pengobatan stadium kankernya sudah mencapai stadium empat dan menyebar ke organ-organ lain dan tidak memungkinkan untuk dilakukan tindakan yang

progresif seperti operasi pengangkatan tumor, radio terapi dan lain sebagainya (18), (22).

Individu setelah menyadari bahwa kenyataan harus dihadapi maka individu akan masuk pada tahap marah (angry), marah pada keadaan, marah pada lingkungan, marah pada orang-orang disekitarnya, bahkan marah kepada Tuhan. Pada tahap marah, pasien paling sulit didekati, maka perlahan anggota keluarga menjauh menyibukkan diri dengan pekerjaannya, teman dan kerabat menjauh karena tidak ingin berkonflik tinggallah pasien “sendirian”. Pasien yang menyadari bahwa amarahnya tidak membawa perubahan bahkan memperburuk situasi, maka pasien akan masuk pada tahap tawar menawar (Bargaining), ucapan yang sering muncul pada tahap bargaining iatu “Tuhan, bila saya dapat sembuh, saya ingin mengabdikan hidupku untuk orang-orang terlantar dan lain sebagainya yang berupa janji-janji bersyarat. Segala doa sudah individu panjatkan kepada Tuhan, segala upaya sudah dilakukan untuk kesembuhan, namun penyakit tetap ada, kondisi ini memicu individu masuk pada tahap depresi, menarik diri, merasa tidak berguna, merasa tidak ada harapan dan merasa sendirian. Pada tahap depresi pasien cenderung menolak makan dan minum sehingga pasien dapat mengalami penurunan kondisi tubuh yang drastis bahkan mengancam jiwanya, dan keluarga akan membawa pasien ke Rumah Sakit karena mengalami dehidrasi, bila tahap depresi dapat dilalui dengan baik dan support sistemnya memadai maka individu akan masuk pada tahap menerima keadaan sakit (acceptance), individu yang sudah sampai pada tahap acceptance akan produktif, kualitas hidupnya meningkat dan dapat menjadi support sistem bagi pasien lainnya (18), (23), (24).

Seperti telah diuraikan diatas, merawat pasien dengan terminal illness tidak dapat dilakukan dalam waktu yang singkat, bagi mereka dengan beban pekerjaan tinggi menjadi masalah ketika harus merawat anggota keluarganya dengan penyakit terminal. Keberadaan hospice bagi pasien terminal menjadi solusi tepat, karena keluarga dapat memberikan perawatan yang memadai, dan dapat tetap melaksanakan pekerjaannya secara optimal. Hospice menawarkan pelayanan yang komprehensif meliputi bio, psiko, sosial dan spiritual. Di Hospice pasien tidak akan merasa “sendirian” karena ada orang lain yang mengalami kondisi yang sama, pasien akan lebih cepat mencapai tahap *acceptance* sehingga kualitas hidupnya semakin optimal, disamping itu, petugas yang bertugas di Hospis petugasnya telah dibekali dengan konsep teori perawatan paliatif, sehingga mereka mampu menghadapi pasien yang berada pada tahap penolakan sampai dengan tahap penerimaan (19), (21).

SIMPULAN

Kebutuhan terhadap pelayanan hospice tinggi dengan nilai mean 86,14 dan standar deviasi 11, 51. Kebutuhan ini didukung dengan analisis pasar dimana segmentasinya jelas yaitu pasien dengan penyakit terminal dan target pasarnya adalah keluarga pasien dengan penyakit terminal yang membutuhkan perawatan palliative dan dari positioning pelayanan hospice dikhususkan untuk memberikan perawatan (caring) yang mencakup bio. Psiko, social dan spiritual.

Temuan ini memberikan dasar yang kuat bagi tahap perencanaan dan pengembangan bentuk layanan hospice yang sesuai dengan kebutuhan masyarakat dan karakteristik institusi. Penelitian ini merekomendasikan dilakukannya edukasi lanjutan dan kolaborasi lintas profesi dalam proses perencanaan model layanan hospice di masa mendatang

UCAPAN TERIMA KASIH

Peneliti menyampaikan ucapan terima kasih kepada pihak-pihak yang telah memberikan dukungan dan bantuan sehingga penelitian ini dapat diselesaikan dengan baik. Ucapan terimakasih terutama kepada:

1. Universitas Santo Borromeus
2. Rumah Sakit Borromeus
3. Rumah Sakit Cahya Kawaluyaan
4. Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Cililin
5. *Bandung Cancer Society*

DAFTAR PUSTAKA

- Fikri A. kanker. 2024;2024.
- Putri G. Wanita Beresiko Terkena Kanker Serviks. Kemenkes. 2022;
- Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, et al. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209–49.
- Anandany A, Suryanto. Model Layanan Psikososial (Psychosocial Care) dalam Perawatan Paliatif Pada Pasien Kanker Payudara. *Pros Semin Nas 2020 Fak Psikol Umby.* 2019;98–109.
- Costa WA, Eleutério J, Giraldo PC, Gonçalves AK. Quality of life in breast cancer survivors. *Rev Assoc Med Bras.* 2017;63(7):583–9.
- Pankewycz OG, Gross CR, Laftavi MR, Gruessner AC. Quality of Life. *Transplant Pancreas* Second Ed. 2023;1039–52.
- Daire R, Donabédian H, Tambouras V, Sagot C. Quality of life in palliative care. *Soins Gerontol.* 2019;24(139):25–7.
- KEPPKN. Pedoman dan Standar Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional.

- Komisi Etik Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Nasional. 2021. 1–23 p.
- Haryani W, Setyobroto I. Modul etika penelitian. Jurusan Kesehatan Gigi Poltekkes Jakarta I. 2022. 32 p.
- Putu N, Wahyuni S, Segmenting BSTP, Positioning P. Analisis Produk Layanan Rawat Inap di RSUD Wangaya Denpasar Berdasarkan STP (Segmenting, Targeting, Positioning) dan 4 P (Product, Price, Place, Promotion). *J ARSI Adm Rumah Sakit Indones*. 2019;6(1).
- Kotler, P., & Keller KL. *Marketing Management* (14th ed.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.; 2012.
- Haryadi SR, Husin D. Konsep Lansia Aktif Dalam Perancangan Panti Jompo Di Kemang Selatan. *J Sains, Teknol Urban, Perancangan, Arsit*. 2024;6(1):523–34.
- Pratiwi BEK, Suprpti A, Murtini TW. Panti Werdha Di Kota Semarang. *J IMAJI*. 2012;1(2):303–12.
- Setyowati, F S, W IK, Dkk. Keperawatan Paliatif. 2023. 1–257 p.
- Gonzalo A. Jean Watson ' s Human Caring Theory of Human Caring. *Nurs Theor Nurs Pract*. 2023;321–40.
- Andersson E, Salickiene Z, Rosengren K. To be involved - A qualitative study of nurses' experiences of caring for dying patients. *Nurse Educ Today*. 2016;38:144–9.
- Siregar RN. Peran Perawat Dalam Pemberian Pelayanan di Rumah Sakit. *J Keperawatan*. 2016;
- Kubler Ross E. *On Death and Dying*. Great Britain: Tavistock Publications Limited; 1969. 259 p.
- ACS 19. Palliative Care [Internet]. Available from: www.cancer.org/treatment/end-of-life-care/hospice-care/who-provides-hospice
- Kasl-Godley JE, King DA, Quill TE. Opportunities for psychologists in palliative care: Working with patients and families across the disease continuum. *Am Psychol*. 2014;69(4):364–76.
- Yualiati. Modul Hospice Home care. In 2020. p. 16.
- Susilowati YA. Faktor-faktor yang mempengaruhi kualitas hidup pada survivor kanker payudara. (Tesis, FIK UI). 2014;(3):25.
- Astuti NP, Sriyono S, Yunitasari E, Kurniawati ND, Baidhowy AS. Dilemma of Identification Patients Palliative Care Needs in Critical Care Unit. *Indones J Glob Heal Res*. 2024;6(1):223–30.
- Pattison EM. *The Experience of Dying*. USA: Prentice-Hall, InC., Englewood Cliffs; 1977. 355 p.