

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Tinjauan Pustaka

1. Kanker Nasofaring

a. Definisi kanker nasofaring

Kanker Nasofaring (KNF) adalah tumor ganas yang terjadi di daerah nasofaring (bagian hulu kerongkongan yang berhubungan dengan hidung). Bagian paling sering dari tumbuhnya karsinoma ini adalah di fossa Rosenmuller (daerah transisional dimana epitel kuboid berubah menjadi skuamosa) dan daerah di atas nasofaring. KNF memiliki beberapa gejala yang tidak spesifik sehingga seringkali terdiagnosis sudah pada stadium lanjut, sehingga angka keberhasilan dalam pengobatan menjadi lebih rendah daripada jika diobat sejak stadium awal (Kemenkes RI, 2017; Nazaruddin *et al.*, 2012).

b. Penyebab kanker nasofaring

Beberapa faktor dapat menyebabkan terjadinya KNF. Faktor penyebab KNF tersebut yaitu :

1) Genetik

Individu dengan riwayat keluarga yang mengalami KNF akan memiliki risiko lebih tinggi daripada individu yang tidak memiliki riwayat keluarga. Faktor genetik ini dibuktikan menjadi penyebab KNF karena pada penderita KNF ditemukan adanya kehilangan pada kromosom di bagian 3p dan 9p yang dapat menunjang

terjadinya infeksi pada sel epitel pra ganas atau ganas nasofaring (Bruce *et al.*, 2015). Penelitian Prasetyo *et al.*, 2013 membuktikan bahwa pengaruh riwayat keluarga KNF berisiko tiga kali lipat kemungkinan mengalami KNF pada anggota keluarga lainnya. Penelitian ini menemukan uji validitas kuisioner risiko riwayat keluarga yang mengalami kanker didapatkan hasil valid untuk semua item pertanyaan.

2) *Epstein-Barr Virus* (EBV)

Paparan EBV diusia dini dan ditambah dengan paparan dari co-karsinogenik dari lingkungan dapat meningkatkan perkembangan KNF. KNF yang tidak terdiferensiasi merupakan tipe histologi tersering yang terjadi dan erat hubungannya dengan EBV (Adham *et al.*, 2012). Penelitian Tsao *et al.*, (2014) menemukan bahwa perubahan genetik yang dapat diidentifikasi di epitel nasofaring pre malignan memiliki peran penting dalam perkembangan infeksi EBV yang stabil. Produksi gen EBV laten dan litik dapat mendesak ekspansi klonal dan transformasi sel epitelial nasofaring pre malignan pada sel kanker. Inflamasi stroma pada mukosa nasofaring dipercaya memiliki peran penting memodulasi pertumbuhan dan menunjang transformasi malignan sel nasofaring yang terinfeksi EBV.

KNF dipastikan disebabkan adanya infeksi EBV karena terdapat molekul antigen yang membentuk transformasi sel epitel

sehingga sel akan berubah menjadi karsinogenesis. Molekul antigen yang terlibat adalah EBNA-1, EBNA-2, LMP-1, LMP-2 dan miRNA (Muhlis dan Imanto, 2017).

c. Faktor risiko kanker nasofaring

Terdapat beberapa faktor risiko yang berkontribusi pada kejadian KNF. Beberapa faktor risiko pada kejadian KNF antara lain :

1) Konsumsi ikan asin

Penelitian Jayalie *et al.*, (2017) menemukan bahwa faktor risiko yang dapat meningkatkan terjadinya KNF adalah dengan konsumsi ikan asin. Ariwibowo (2013) juga menyatakan bahwa dengan mengonsumsi ikan asin memiliki risiko 1,7 sampai 7,5 kali lebih tinggi daripada yang tidak mengonsumsi ikan asin.

2) Merokok

Individu yang merokok dapat meningkatkan tingkat IL-6, mengaktifkan EBV, memperburuk hipoksia jaringan, dan dapat mengembangkan tumor terutama pada nasofaring. Perokok berat kemungkinan akan mengalami dampak jangka panjang, dalam jumlah yang besar, dan akan menumpuk dengan bertambahnya usia. Hal tersebut mengakibatkan tingkat ketahanan hidup yang relatif kurang baik karena paparan rokok dalam jangka panjang (OuYang *et al.*, 2013). Penelitian Salehiniya *et al.*, (2018) menunjukkan bahwa hubungan merokok dengan kejadian KNF adalah tergantung dari dosis rokok yang dikonsumsi. Dari

hasil meta analisis menunjukkan bahwa risiko mengalami kanker pada seorang perokok adalah 60% lebih tinggi daripada yang bukan perokok.

3) Riwayat infeksi di area nasofaring

Prasetyo *et al.*, (2013) dalam penelitiannya menyebutkan bahwa uji validitas subkonstruk infeksi nasofaringitis kronik semua itemnya adalah valid. Riwayat infeksi kronis di bagian nasofaring memperlihatkan bahwa terdapat proses yang menahun dan memiliki potensi dapat merubah karakter sel epitel nasofaring. Hasil pencarian dalam beberapa referensi tidak didapatkan data yang spesifik bahwa infeksi kronis nasofaringitis dapat menyebabkan KNF, tetapi secara patologi umum jelas dapat diketahui bahwa infeksi yang kronis memainkan peran penting pada karsinogenesis.

d. Tanda dan gejala kanker nasofaring

Tanda dan gejala yang muncul pada kanker nasofaring menurut Jayalie *et al.*, (2017) dan Melani dan Sofyan (2013) yaitu :

- 1) Teraba benjolan di leher yang merupakan keluhan paling umum
- 2) Hidung tersumbat
- 3) Hidung berdarah
- 4) Cacat pendengaran unilateral
- 5) Telinga berdengung
- 6) Nyeri pada telinga

- 7) Sakit kepala
- 8) Pandangan atau penglihatan ganda

Sebagian besar penderita mengalami keluhan tersebut selama \leq 6 bulan, tetapi beberapa penderita mengabaikan keluhan yang dirasakan tersebut selama lebih dari setahun sebelum penderita pergi ke dokter. Muhlis dan Imanto (2017) menjelaskan bahwa terdapat gangguan saraf pada pasien KNF yaitu lesi N III, IV, dan VI. Proses kanker ganas ini dapat terus menekan N IV, X, XI dan XII atau gangguan ini disebut dengan Sindrom Jackson.

e. Stadium kanker nasofaring

Brierley *et al.*, (2017) dan Kemenkes RI, (2017) membagi stadium pada KNF dikategorikan sebagai berikut :

- 1) Stage I : Tumor terbatas pada nasofaring, atau meluas ke oropharynx dan atau rongga hidung tanpa melibatkan parapharyngeal, tidak ada pembesaran kelenjar getah bening dan tidak ada metastasis.
- 2) Stage IIA : Tumor terbatas pada nasofaring, atau meluas ke oropharynx dan atau rongga hidung tanpa melibatkan parapharyngeal, sudah terdapat pembesaran kelenjar getah bening < 6 cm, tetapi belum bermetastasis.
- 3) Stage IIB : Tumor meluas ke ruang parafaring dan atau

infiltrasi pterygoid medial, pterygoid lateral dan atau otot prevertebral, sudah terdapat pembesaran kelenjar getah bening < 6 cm, tetapi belum bermetastasis.

- 4) Stage IIIA : Tumor meluas ke ruang parafaring dan atau infiltrasi pterygoid medial, pterygoid lateral dan atau otot prevertebral, sudah terjadi pembesaran kelenjar getah bening < 6 cm, belum bermetastasis.
- 5) Stage IIIB : Tumor sudah menginvasi struktur tulang vertebra servical tengkorak, struktur pterygoid dan atau sinus paranasal, sudah terjadi pembesaran kelenjar getah bening < 6 cm, belum bermetastasis.
- 6) Stage IVA : Tumor sudah meluas pada intrakranial dan atau melibatkan saraf kranial, hipofaring, kelenjar parotid dan atau infiltrasi di luar permukaan lateral otot pterygoid lateral, sudah terjadi pembesaran kelenjar getah bening < 6 cm, belum bermetastasis.
- 7) Stage IVB : Tumor sudah meluas pada intrakranial dan atau melibatkan saraf kranial, hipofaring, kelenjar parotid dan atau infiltrasi di luar permukaan lateral otot pterygoid lateral, sudah terjadi pembesaran kelenjar getah bening > 6 cm, dan belum bermetastasis.

8) Stage IV C : Tumor sudah meluas pada intrakranial dan atau melibatkan saraf kranial, hipofaring, kelenjar parotid dan atau infiltrasi di luar permukaan lateral otot pterygoid lateral, sudah terjadi pembesaran kelenjar getah bening > 6cm, dan sudah bermetastasis jauh ke organ lain seperti paru, tulang, atau yang lainnya.

f. Pemeriksaan penunjang kanker nasofaring

Penegakan diagnosis harus didapatkan dari anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan endoskopi, radiologi, serologi, patologi anatomi, biopsi nasofaring (Kemenkes RI, 2017; Wijaya dan Soeseno, 2017).

1) Endoskopi

Endoskopi dilakukan untuk menilai perluasan tumor pada permukaan mukosa nasofaring tetapi prosedur endoskopi tidak dapat melihat pertumbuhan serta penyebaran tumor hingga ke intrakranial (Wijaya dan Soeseno, 2017).

2) Radiologi

Radiologi dilakukan untuk foto tengkorak dengan posisi potongan anteroposterior dan lateral serta posisi Waters yang akan terlihat jaringan lunak di daerah nasofaring. Foto dasar tengkorak akan tampak destruksi atau erosi tulang pada daerah fossa serebri media. Pemeriksaan foto dada juga dilakukan jika

dicurigai adanya metastasis sel kanker ke paru-paru (Base *et al.*, 2016).

3) Serologi

Pemeriksaan serologi yang dilakukan adalah pada imunoglobulin A anti-viral capsid antigen (Ig anti-VCA), Ig G anti-early antigen (EA), imunohistokimia, dan polymerase chain reaction (PCR). Pemeriksaan ini dapat dijadikan sebagai skrining untuk mendeteksi kanker nasofaring lebih awal. Pemeriksaan ini dapat juga dilakukan sebagai tumor marker di tempat yang dicurigai memiliki hubungan dengan KNF. (Wijaya dan Soeseno, 2017).

4) Patologi anatomi

Hasil pemeriksaan tipe hispatologi yang disebut sebagai konfirmasi diagnosis, dalam penelitian Faiza, Rahman, & Asri (2016) jenis KNF terbanyak ditemukan adalah *nonkeratinizing carcinoma undifferentated type* yaitu sebesar 72, 73%, keratinizing SCC sebesar 13,64%, dan *nonkeratinizing carcinoma differentiated type* sebesar 11,36%.

5) Biopsi nasofaring

Base *et al.*, (2016) dalam penelitiannya pada penderita KNF yang memiliki tanda dan gejala KNF tetapi hasil pemeriksaan fisiknya tidak ditemukan kelainan maka dapat dilakukan tindakan biopsi endoskopi.

g. Penatalaksanaan kanker nasofaring

Terdapat beberapa penatalaksanaan untuk penanganan KNF.

Tatalaksana kanker nasofaring yang biasa dilakukan antara lain :

1) Radioterapi

Radioterapi adalah pengobatan pilihan dalam menangani kanker nasofaring yang telah dibuktikan sejak lama dan dilakukan di berbagai negara. Radioterapi ini merupakan terapi radiasi yang menggunakan radiasi pengion seperti sinar gamma, sinar-X atau elektron yang memiliki energi tinggi. Radiasi pengion memiliki sifat dapat merusak jaringan, maka dosis radiasi yang diberikan pada sel tumor harus disesuaikan, pada sel tumor yang berdistribusi secara merata atau homogen disesuaikan dengan aturan ICRU (*International Commission Radiation Unit*) yaitu dengan dosis maksimum dalam rentang 95% sampai 100%. Kasus terbanyak yang ditemui melakukan radioterapi adalah KNF karena radioterapi ini merupakan salah satu pengobatan pada KNF yang memiliki tujuan menghancurkan sel-sel kanker. (Kemenkes RI, 2017; T Moh *et al.*, 2018).

2) Kemoterapi

Kemoterapi adalah salah satu metode pengobatan pada pasien kanker dengan menggunakan obat-obatan yang akan menghilangkan sel kanker atau menghentikan aktivitas perkembangan sel kanker (Ningrum dan Rahmawati, 2015).

Kemoterapi neoadjuvan terdiri dari 3 minggu dengan Cisplatin 80 mg/m² di hari pertama dengan 5-fluorouracil 1000mg/m² pada hari ke 1 – 4 atau Capecitabine 1000mg/m² dengan 2 kali sehari selama 14 hari (Yarney *et al.*, 2017).

2. Keluarga

a. Fungsi perawatan keluarga

Park dan Chesla (2010) menjelaskan bahwa keluarga dilibatkan dalam perawatan kesehatan karena memiliki dua alasan yaitu: pertama, dukungan dari keluarga dianggap sebagai pelindung dan bermanfaat bagi pasien. Sehingga dengan adanya dukungan keluarga yang kuat maka perawatan anggota keluarga yang mengalami sakit kronis di rumah sakit menjadi menurun. Kedua, dengan merawat anggota keluarga yang sakit maka keluarga menjadi memiliki ketrampilan yang diperlukan untuk merawat anggota keluarganya dan lebih mengerti tentang penyakit yang diturunkan sehingga dapat mencegahnya.

Pentingnya pembentukan manusia sebagai titik sentral pelayanan keperawatan didasarkan pada fungsi perawatan kesehatan keluarga. Keluarga yang sehat akan memiliki anggota keluarga yang sehat pula dan dapat menciptakan masyarakat yang sehat. Perubahan perilaku terutama dalam hal kesehatan sangat dipengaruhi oleh keluarga, sehingga penetapan keluarga sebagai sasaran dalam peningkatan kesehatan. Keluarga tidak dilihat dari jumlah anggota

keluarganya tetapi dilihat karena kesatuannya yang unik dalam menjalankan fungsi perawatan kesehatan keluarga dalam menghadapi masalah kesehatan (Irawati dan Yeni, 2013). Keluarga dalam hal ini bertugas memenuhi kebutuhan pasien.

Kebutuhan yang harus dipenuhi keluarga dalam perawatan kesehatan adalah makanan, pakaian, perlindungan, dan memelihara kesehatan. Keluarga harus mampu mengetahui dan menentukan kapan anggota keluarga yang sakit dibawa ke rumah sakit dan bagaimana cara mencegah terjadinya gangguan atau masalah kesehatan. Perawatan kesehatan yang diberikan keluarga lebih bersifat preventif (Mubarak, Chayatin, & Santosa, 2009).

b. Tugas kesehatan keluarga

Zulfitri, Agrina, dan Herlina (2012) menyatakan bahwa keluarga memiliki lima tugas kesehatan yaitu :

- 1) Keluarga diharapkan mampu untuk mengenali dan mengidentifikasi berbagai masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga.
- 2) Keluarga mampu untuk memutuskan tindakan keperawatan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami oleh seluruh anggota keluarga. Keputusan tersebut diharapkan dapat mengatasi masalah kesehatan yang sedang dialami.

- 3) Keluarga mampu untuk melakukan perawatan yang sesuai dengan masalah kesehatan yang dialami seluruh anggota keluarga di rumah.
- 4) Keluarga dapat menciptakan dan mengubah lingkungan rumah yang dapat mendukung dan meningkatkan kesehatan seluruh anggota keluarga.
- 5) Keluarga mampu untuk menggunakan pelayanan kesehatan dalam mengontrol kesehatan dan mengobati masalah kesehatan yang tidak dapat diatasi sendiri oleh keluarga ketika berada di rumah.

c. Jenis dukungan keluarga

Keluarga merupakan bagian terpenting untuk kesembuhan pasien karena dukungan keluarga dapat membantu kesembuhan pasien. Sari (2014) menjelaskan dukungan keluarga terdiri dari :

1) Dukungan informasional

Dukungan informasional terbagi menjadi dua bentuk yaitu yang pertama dengan pemberian informasi atau bimbingan terhadap keahlian suatu hal yang dapat digunakan untuk memecahkan masalah. Kedua yaitu dengan pemberian informasi yang akan membantu dalam evaluasi penampilan diri individu. Pemberian saran, nasihat, pengetahuan, petunjuk, bimbingan serta arahan juga termasuk ke dalam dukungan ini (Khairani, 2014).

2) Dukungan penilaian

Dukungan penilaian merupakan dukungan yang berhubungan dengan penghargaan atas usaha yang telah dilakukan oleh pasien. Keluarga tidak memaksakan kehendak yang tidak dikehendaki oleh pasien. Keluarga memberikan umpan balik kepada pasien mengenai apa yang telah dilakukannya (Sari, 2014).

Dukungan ini adalah dukungan yang dilihat dari sisi positif yang dimiliki individu dibandingkan dengan orang lain yang bertujuan untuk penghargaan diri dan perasaan dihargai ketika individu mengalami tekanan karena suatu hal (Pratiwi dan Laksmiwati, 2012).

3) Dukungan emosional

Dukungan ini ditunjukkan dengan ungkapan rasa simpati, pemberian kasih sayang, perhatian, penghargaan, dan kebersamaan akan membuat individu merasa tenang dan memiliki kekuatan dalam menghadapi berbagai keadaan yang dianggap tidak menyenangkan. Perasaan tenang tersebut muncul karena individu merasa dilindungi oleh anggota keluarga ketika mendapat tekanan (Setyaningsih, 2011).

4) Dukungan instrumental

Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan secara langsung baik secara fasilitas maupun materi.

Dukungan ini dapat berupa dukungan waktu, tenaga, dan keuangan. Keluarga akan mengantar dan menunggu anggota keluarga yang sedang sakit, memberikan saran untuk banyak istirahat, dan membantu apabila membutuhkan sesuatu yang diinginkan. Selain itu, keluarga juga memenuhi dalam pembiayaan pengobatan (Pratiwi dan Laksmiwati, 2012; Sari, 2014).

d. Peran keluarga dengan anggota keluarga memiliki penyakit kronis

Kartika, Permatasari, dan Wiarsih (2015) menggambarkan bahwa pengalaman merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis menghasilkan dinamika keluarga yang berbeda dari sebelumnya. Perubahan dinamika keluarga tersebut meliputi respon keluarga, upaya keluarga mempertahankan kesehatan agar dapat merawat anggota keluarga yang sakit, dan pelayanan kesehatan yang diharapkan oleh keluarga. Keluarga yang hidup dengan merawat anggota keluarga yang memiliki penyakit kronis akan menghadapi tantangan yang berat dalam kehidupannya. Keluarga harus mengalami stress, kecemasan, dan kemarahan akibat dari rutinitas pengobatan yang dilakukan.

e. Dampak keluarga yang merawat anggota keluarga dengan sakit kronis

Keluarga yang merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis memiliki beberapa dampak negatif untuk dirinya dan masalah kesehatannya. Beberapa dampak negatif yang dialami oleh *caregiver*

yang merawat pasien kanker adalah masalah pada kesehatan fisik, kesehatan psikologis, kesehatan spiritualitas, dan kesehatan sosial. Masalah kesehatan fisik pada *caregiver* memiliki gejala umum seperti perubahan nafsu makan, sakit kepala, kelelahan, dan insomnia. Masalah psikologis yang sering dialami oleh *caregiver* dengan penyakit kanker adalah kecemasan, khawatir, depresi, merasa memiliki beban berat, dan kemarahan. *Caregiver* yang merasa letih atau lelah akan mengalami masalah psikologis terutama pada pasien yang dirawat di rumah sakit. Masalah spiritualitas yang biasa dialami *caregiver* muncul dari perasaan kecemasan dan kejadian depresi yang berkorelasi dengan spiritualitas yang rendah. Masalah sosial pada *caregiver* adalah tidak adanya dukungan dari anggota keluarga yang lain, teman, dan profesional perawatan kesehatan. *Caregiver* seharusnya memiliki dukungan dari anggota keluarga yang lain dalam merawat anggota keluarga yang menderita sakit kronis (Given *et al.*, 2012).

Penelitian Kharisma, Ambarwati, dan Ambarwati (2014) juga mengatakan bahwa dampak dari keluarga yang menghadapi pasien kanker adalah penghasilan keluarga menjadi berkurang, urusan keluarga menjadi terbengkalai, dan pengasuhan pada anggota keluarga yang lain menjadi terbengkalai.

f. Hambatan keluarga dalam merawat anggota keluarga dengan penyakit kronis

Penelitian Handian *et al.*, (2017) menemukan bahwa semua partisipan pada penelitiannya mengeluhkan terdapat hambatan dalam pengobatan anaknya yang mengalami sakit kanker darah atau leukimia karena kendala dana. Partisipan dalam penelitian ini berjumlah 12 orangtua dengan anak Leukimia Limfoblastik Akut (LLA), 6 diantaranya (ayah) berhenti dari pekerjaannya karena waktunya habis digunakan untuk merawat anaknya di rumah sakit. Penelitian Mazor *et al.*, (2013) menunjukkan bahwa hambatan keluarga dan pasien dalam melakukan perawatan dipengaruhi aspek pertukaran informasi antara dokter, pasien, dan keluarga. Akibat dari kurangnya informasi yang diterima keluarga dan pasien dapat menyebabkan kesenjangan dalam perawatan kanker.

Penelitian lain oleh Widyaningrum, Wihastuti, dan Nasution (2015) menemukan bahwa hambatan dalam merawat pasien kanker adalah tingkat pengetahuan keluarga. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa responden mengatakan tidak tahu cara mengatasi dampak dari kemoterapi yang menunjukkan adanya perbedaan yang signifikan pada tingkat pengetahuan keluarga sebelum dan setelah diberikan psikoedukasi. Hal ini membuktikan bahwa tingkat pengetahuan keluarga terkait kanker dapat mempengaruhi kebingungan keluarga dalam melakukan perawatan pada pasien.

3. Pengalaman

a. Pengertian pengalaman

Pengalaman adalah hasil yang diperoleh manusia dari interaksinya dengan lingkungan atau sebuah persepsi dan pemahaman individu terhadap satu atau beberapa peristiwa. Pengalaman juga merupakan perubahan aktif yang dialami pada kondisi nyata yang dilihat dari observasi terhadap sebuah peristiwa secara langsung. Pengalaman ini dapat berisi segala hal yang dapat dipelajari (Darmawan, 2013; Brunnström *et al.*, 2014).

b. Komponen pengalaman

Komponen pengalaman menurut Brunnström *et al.*, (2014) terdiri dari :

1) Tingkat persepsi langsung

Pengalaman dihubungkan dengan informasi yang secara langsung atau spontan dibuat selama sebuah peristiwa sedang berlangsung. Informasi sensorik memiliki peranan penting dalam setiap proses evaluasi.

2) Tingkat interaksi

Pengalaman berhubungan dengan interaksi individu ke individu lain. Hal yang berpengaruh pada tingkat interaksi adalah responsif, keefektifan komunikasi, dan keefektifan percakapan.

3) Tingkat situasi

Pengalaman berhubungan dengan situasi fisik dan sosial. Tingkat situasi dipengaruhi oleh aksesibilitas (mudah atau tidaknya seseorang dalam mencapai atau mengakses sesuatu) dan stabilitas (dapat atau tidaknya seseorang dalam mempertahankan sesuatu) yang berhubungan dengan kemampuan fisik atau kemampuan sosialnya dalam menghadapi sebuah peristiwa.

4) Tingkat layanan

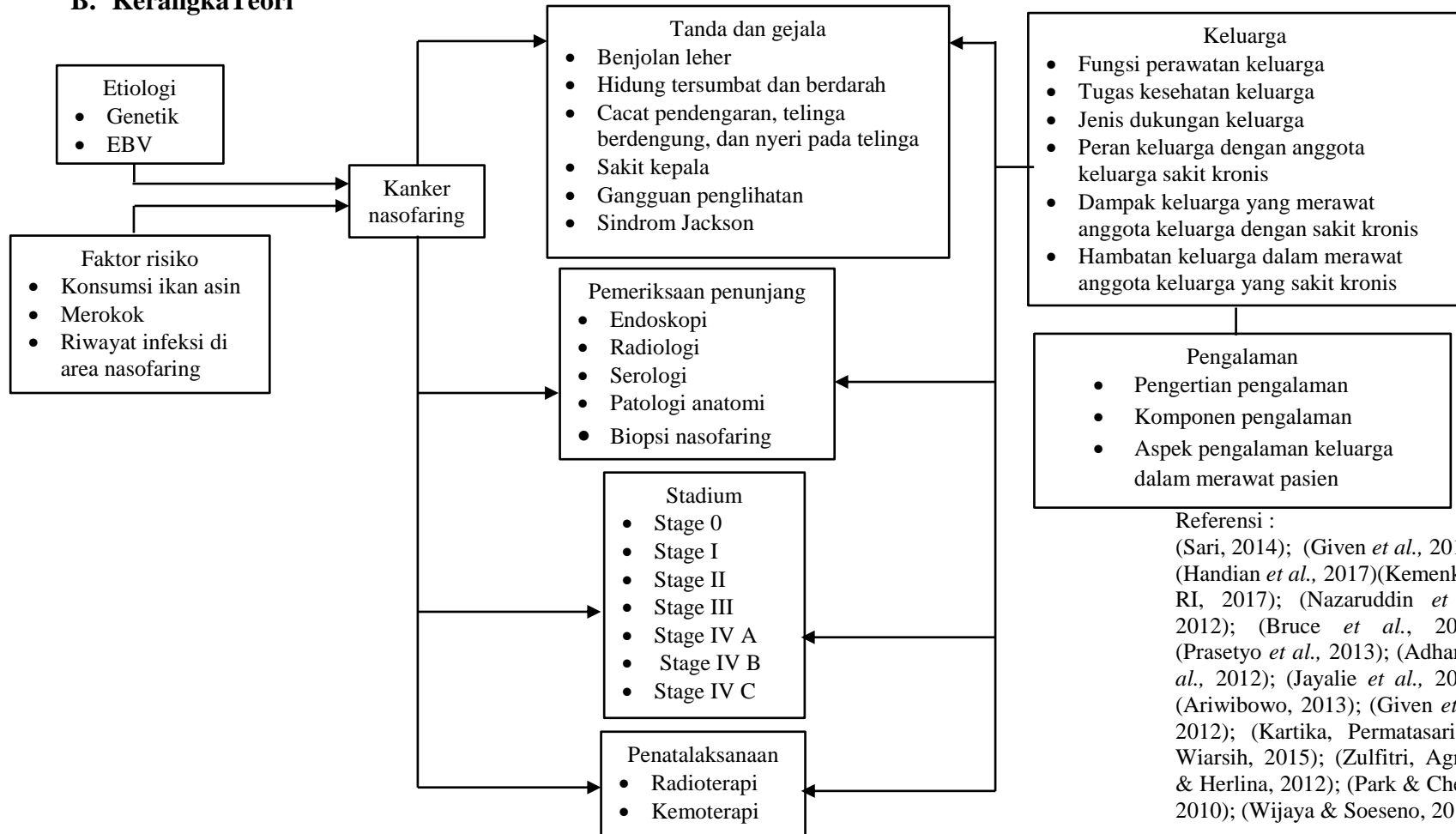
Pengalaman berhubungan dengan layanan dari luar suatu instansi tertentu. Pengalaman ini adalah sebuah persepsi yang dirasakan terhadap sebuah pelayanan pada suatu instansi. Umumnya, persepsi individu akan muncul dalam jangka waktu panjang.

c. Aspek pengalaman keluarga dalam merawat pasien

Pengalaman adalah segala hal yang dapat dipelajari dan diperoleh dari kehidupan yang telah dilewati, pengalaman seseorang akan mempengaruhi pengetahuan seseorang. Hasil penelitian Huda&Sitorus (2014) bahwa sebuah pengetahuan keluarga yang kurang mengakibatkan terjadinya kesalahan dalam melakukan perawatan. Kurangnya perhatian dan pendidikan yang diterima keluarga menyebabkan beban psikologis dan financial keluarga menjadi lebih berat. Penelitian Kharisma, Ambarwati, & Ambarwati (2014) menjelaskan juga bahwa keluarga yang

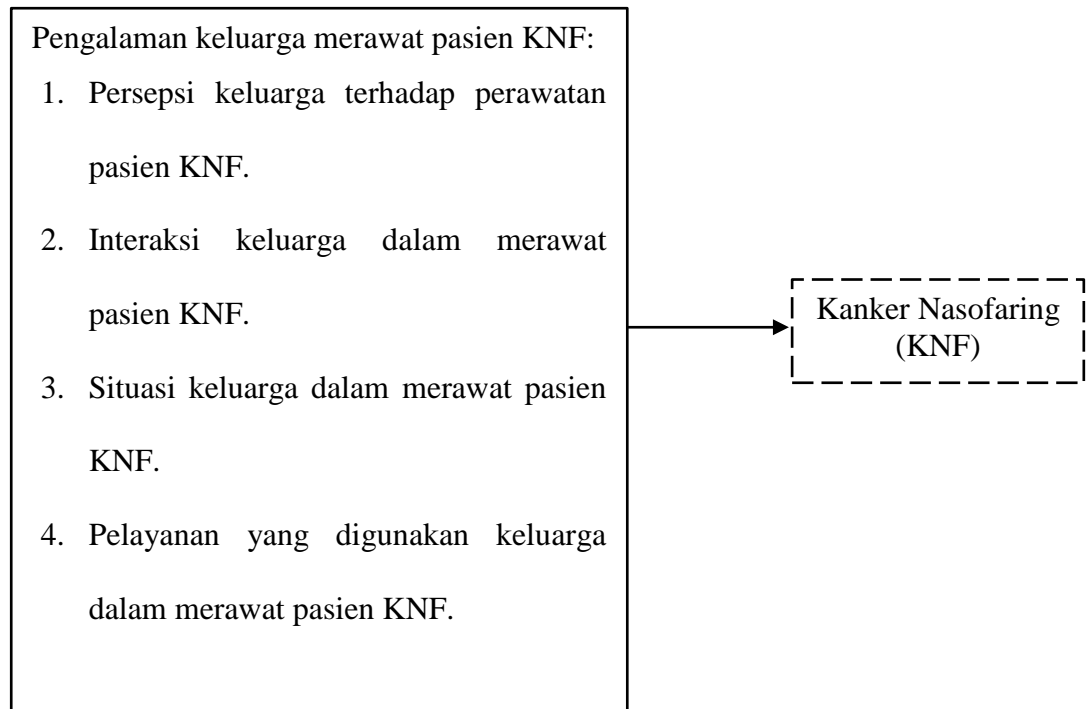
menghadapi pasien dengan penyakit kronis seperti kanker akan memiliki dampak pada perubahan peran dalam keluarga. Selain adanya dampak yang ditimbulkan, keluarga juga memberikan dukungan kepada pasien.

B. KerangkaTeori



Gambar 1. Kerangka Teori

C. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Keterangan

: diteliti

: tidak diteliti

D. Pertanyaan penelitian

Pertanyaan pada penelitian ini adalah “Bagaimana pengalaman keluarga dalam merawat pasien KNF di Kabupaten Sleman Yogyakarta?”