



Hubungan Perawatan Paliatif Dini yang Terintegrasi dengan Kesejahteraan Psikologis pada Kanker Saluran Cerna Stadium Lanjut

Vahira Nissha Matovani Ray^{1*}, Wika Hanida Lubis², Ilhamd³

¹ Dokter Umum, Praktik Mandiri, Kota Tanjungbalai, Indonesia

² Spesialis Penyakit Dalam – Konsultan *Psikosomatik dan Paliatif Medik*, Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik, Sumatera Utara, Indonesia

³ Spesialis Penyakit Dalam – Konsultan *Gastroenterohepatologi*, Rumah Sakit Umum Pusat H. Adam Malik, Sumatera Utara, Indonesia

*Penulis Korespondensi: vahiranissha@gmail.com

Abstract : *Advanced gastrointestinal (GI) cancer is very significant for patients and their families. The role of integrated palliative care (PC) in alleviating this suffering has become an interesting subject, although the available evidence is still mixed. This systematic review aims to synthesize the available data on the effects of integrated PC on the psychological well-being of this patient population, focusing on significant findings. A systematic search method was used to identify relevant studies, including randomized controlled trials (RCTs) and systematic reviews, that investigated the relationship between integrated PC interventions and psychological outcomes in patients with advanced GI cancer. Data on study design, patient population, type of intervention, comparator, and primary outcomes (such as quality of life, depression, anxiety, and resilience) were extracted. Risk of bias assessment was performed using the Cochrane Risk of Bias (RoB 2.0) tool for RCTs and ROBINS-I for non-randomized studies. The results of the evidence show a positive, statistically and clinically significant relationship between early PC integration and patient psychological well-being, particularly in reducing symptoms of depression and anxiety. However, significant heterogeneity was observed among studies, largely due to variations in intervention models (e.g., inpatient, outpatient, or nurse-led). Core psychological domains such as resilience, spirituality, and social support were consistently identified as key mediators of well-being.*

Keyword: *Anxiety; Depression; Gastrointestinal Cancer; Palliative Care; Psychological Well-Being.*

Abstrak. Kanker saluran cerna (gastrointestinal/GI) stadium lanjut sangat signifikan bagi pasien maupun keluarga mereka. Peran perawatan paliatif (PC) yang terintegrasi dalam meringankan penderitaan ini telah menjadi subjek yang menarik, meskipun bukti yang ada masih beragam. Tinjauan sistematis ini bertujuan untuk menyintesis data yang tersedia mengenai efek PC terintegrasi terhadap kesejahteraan psikologis populasi pasien ini, dengan fokus pada temuan-temuan signifikan. Metode pencarian sistematis dilakukan untuk mengidentifikasi studi yang relevan, termasuk uji klinis acak terkontrol (RCT) dan tinjauan sistematis, yang menyelidiki hubungan antara intervensi PC terintegrasi dan luaran psikologis pada pasien dengan kanker GI stadium lanjut. Data mengenai desain studi, populasi pasien, jenis intervensi, pembandingan, dan luaran utama (seperti kualitas hidup, depresi, kecemasan, dan resiliensi) diekstraksi. Penilaian risiko bias dilakukan menggunakan alat Cochrane Risk of Bias (RoB 2.0) untuk RCT dan ROBINS-I untuk studi non-acak. Hasil bukti menunjukkan adanya hubungan yang positif, signifikan secara statistik dan klinis antara integrasi PC dini dan kesejahteraan psikologis pasien, terutama dalam mengurangi gejala depresi dan kecemasan. Namun, heterogenitas yang signifikan teramati di antara studi, sebagian besar disebabkan oleh variasi dalam model intervensi (misalnya, rawat inap, rawat jalan, atau yang dipimpin perawat). Domain psikologis inti seperti resiliensi, spiritualitas, dan dukungan sosial secara konsisten diidentifikasi sebagai mediator utama kesejahteraan.

Kata Kunci: Depresi; Kanker Saluran Cerna; Kecemasan; Kesejahteraan Psikologis; Perawatan Paliatif.

1. LATAR BELAKANG

Beban Psikologis Kanker Saluran Cerna Stadium Lanjut

Diagnosis dan pengobatan kanker saluran cerna (GI) stadium lanjut menimbulkan beban fisik dan psikologis yang mendalam, tidak hanya bagi pasien tetapi juga bagi keluarga dan perawat mereka¹. Kanker GI mencakup sekelompok tumor agresif yang beragam, seperti kanker lambung, hati, pankreas, dan kolorektal, yang ditandai oleh perjalanan penyakit yang

kompleks dan beban gejala fisik yang signifikan². Namun, dampak emosionalnya sering kali sama, atau bahkan lebih menyusahkan¹.

Pasien dan keluarga mereka dapat mengalami berbagai macam emosi, termasuk ketakutan, kecemasan, depresi, kemarahan, dan rasa ketidakpastian yang meresap. Penderitaan psikologis ini melampaui perasaan sesaat, bermanifestasi dalam gejala fisik dan perilaku. Manifestasi ini dapat mencakup gangguan tidur, perubahan nafsu makan, kesulitan berkonsentrasi, dan penarikan diri dari aktivitas sosial¹. Kondisi ini tidak hanya menurunkan kualitas hidup secara keseluruhan tetapi juga dapat menghambat kepatuhan terhadap rejimen pengobatan dan berdampak negatif pada prognosis.

Evolusi dan Definisi Perawatan Paliatif

Secara historis, perawatan paliatif (PC) sering disalahpahami sebagai sinonim untuk "perawatan akhir hayat" dan terbatas pada pasien yang pengobatan kuratifnya telah dihentikan³. Dalam konteks ini, pasien sering merasa "ditinggalkan" oleh para profesional yang sebelumnya berfokus pada pengobatan³. Namun, pemahaman modern tentang PC telah berkembang secara signifikan. Berdasarkan konsensus internasional, PC sekarang didefinisikan sebagai perawatan multidisiplin yang berfokus pada meringankan gejala, penderitaan, dan stres yang terkait dengan penyakit serius¹. Perawatan ini dapat diberikan pada usia berapa pun dan pada setiap tahap penyakit, bersamaan dengan pengobatan kuratif atau yang memperpanjang hidup⁴.

Peran Perawatan Paliatif dalam Kesejahteraan Psikologis

Perawatan paliatif secara unik cocok untuk meningkatkan kesejahteraan psikologis karena filosofi perawatannya yang holistik, yang secara eksplisit mengakui manusia sebagai entitas multidimensi terdiri dari pikiran, tubuh, jiwa, lingkungan, dan hubungan. Perawatan ini tidak mengisolasi gejala psikologis dari pengalaman pasien secara keseluruhan. Sebaliknya, ia memandang penderitaan psikologis sebagai bagian dari penderitaan yang lebih besar yang dapat mencakup domain fisik, sosial, dan spiritual⁵. Tim PC, yang sering kali terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, psikolog, dan penyedia perawatan spiritual, secara unik dilengkapi untuk menangani semua dimensi ini secara bersamaan.

Rasional dan Tujuan Tinjauan Ini

Meskipun banyak tinjauan dan meta-analisis telah menunjukkan manfaat PC dalam meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi beban gejala, beberapa studi melaporkan hasil yang beragam, yang mengaburkan pemahaman tentang efektivitasnya¹. Selain itu, populasi pasien dengan kanker GI stadium lanjut memiliki beban gejala yang sangat tinggi dan perjalanan penyakit yang sering kali tidak dapat diprediksi⁶. Oleh karena itu, tinjauan yang

berfokus pada bukti di populasi spesifik ini diperlukan untuk memperjelas hubungan antara PC terintegrasi dan kesejahteraan psikologis.

2. METODOLOGI

Tinjauan penelitian ini mengikuti kerangka PICO untuk menentukan kriteria inklusi dan eksklusi. Kriteria untuk studi yang disertakan adalah populasi, intervensi, pembandingan, luaran dan desain studi.

Populasi penelitian ini adalah pasien dengan diagnosis kanker GI stadium lanjut, termasuk subtype seperti kanker lambung, pankreas, kolorektal, esofagus, dan hepatobilier². Studi yang menyertakan pasien kanker GI sebagai bagian dari kohort kanker stadium lanjut yang lebih luas juga dipertimbangkan⁷.

Intervensi penelitian ini adalah perawatan paliatif yang diintegrasikan secara bersamaan dengan perawatan onkologi standar. Intervensi ini dapat mencakup model yang berbasis di rumah, klinik rawat jalan, atau rawat inap⁸. Pembandingan penelitian ini adalah Perawatan onkologi biasa atau standar perawatan yang tidak mencakup intervensi PC terstruktur⁷. Luaran penelitian ini adalah luaran utama yang dievaluasi adalah ukuran kesejahteraan psikologis. Ini termasuk, tetapi tidak terbatas pada, kualitas hidup secara umum, depresi, kecemasan, fungsi emosional, penderitaan psikologis, resiliensi, spiritualitas, dan kepuasan terhadap perawatan⁹.

Desain studi penelitian ini adalah uji klinis acak terkontrol (RCT), tinjauan sistematis, dan meta-analisis yang diterbitkan dalam bahasa Inggris. Strategi pencarian literatur yang komprehensif dilakukan di beberapa basis data elektronik utama, termasuk PubMed, Google Scholar, Semantic Scholar, Springer, Wiley Online Library. Strategi pencarian menggunakan kombinasi kata kunci yang relevan dan istilah MeSH.

Ekstraksi dan sintesis data dari setiap studi yang memenuhi syarat diekstraksi secara sistematis menggunakan formulir ekstraksi data yang disesuaikan¹⁰. Pengembangan formulir ini merupakan langkah penting dalam proses tinjauan, karena memerlukan perhatian yang cermat mengingat heterogenitas yang melekat pada literatur perawatan paliatif¹¹. Studi sering kali menggunakan nomenklatur yang berbeda untuk konsep yang sama—misalnya, "kesejahteraan psikologis" digantikan dengan istilah seperti "kesejahteraan spiritual," "ketiadaan ketidaknyamanan," dan "kualitas hidup"¹². Selain itu, berbagai macam instrumen pengukuran digunakan untuk menilai luaran psikologis, seperti *Center for Epidemiologic Studies Depression Scale* (CES-D), *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9), dan *EORTC Quality of Life Questionnaire* (QLQ-C30)¹³.

Oleh karena itu, formulir yang kaku tidak akan memadai. Formulir yang disesuaikan dirancang untuk secara sistematis menangkap variasi ini, memastikan bahwa data yang relevan tidak hilang hanya karena tidak sesuai dengan kategori yang telah ditentukan sebelumnya¹⁴. Proses ini memfasilitasi sintesis data yang bermakna dan andal. Untuk memvisualisasikan data ini secara transparan, tabel ekstraksi data dikembangkan untuk menyajikan informasi kunci dari setiap studi secara ringkas, memungkinkan pembaca untuk dengan mudah memverifikasi bagaimana bukti primer berkontribusi pada temuan yang disintesis¹⁵.

Risiko bias untuk setiap studi yang disertakan dinilai secara independen oleh dua peninjau untuk memastikan objektivitas dan meminimalkan kesalahan entri data¹⁶. Setiap ketidaksepakatan diselesaikan melalui diskusi atau intervensi dari peninjau ketiga. Alat *Cochrane Risk of Bias* (RoB 2.0) adalah instrumen standar yang digunakan untuk mengevaluasi bias di semua uji klinis acak terkontrol yang disertakan. Alat ini menilai bias di lima domain: bias yang timbul dari proses pengacakan, bias karena penyimpangan dari intervensi yang dimaksudkan, bias karena data luaran yang hilang, bias dalam pengukuran luaran, dan bias dalam pemilihan hasil yang dilaporkan¹⁷. Untuk studi intervensi non-acak, seperti kohort prospektif, alat ROBINS-I digunakan untuk menilai risiko bias¹⁸. Alat ini sangat penting dalam mengevaluasi studi di mana pengacakan tidak memungkinkan, yang sering terjadi dalam penelitian perawatan paliatif¹⁹. Penilaian risiko bias yang transparan ini memastikan bahwa keandalan dan kekuatan bukti dipertimbangkan dengan cermat saat menyintesis temuan.

3. HASIL DAN PEMBAHASAN

Karakteristik studi yang disertakan terhadap studi yang relevan mengidentifikasi bahwa kanker saluran cerna sering kali dimasukkan sebagai bagian dari kohort pasien kanker stadium lanjut yang lebih luas, daripada menjadi fokus tunggal⁷. Misalnya, uji coba Project ENABLE II menyertakan pasien dengan kanker GI, paru-paru, genitourinari, dan payudara⁷. Demikian pula, uji coba Alliance A221303 secara spesifik menyertakan pasien dengan kanker paru-paru dan GI non-kolorektal⁵. Pendekatan ini, meskipun meningkatkan ukuran sampel, dapat mempersulit pemisahan temuan yang spesifik untuk pasien kanker GI, karena efektivitas intervensi PC dapat bervariasi tergantung pada jenis kanker dan beban gejala⁷. Studi yang disertakan bervariasi dalam desain, mulai dari uji klinis acak terkontrol multisentra hingga studi tunggal, yang menggambarkan keragaman upaya penelitian di bidang ini.

Tabel 1. Karakteristik Studi yang Disertakan.

Studi	Desain Studi	Populasi Pasien (N)	Subtipe Kanker yang Disertakan	Demografi GI Kunci
Project ENABLE II ²⁰ .	Uji klinis acak terkontrol, prospektif	322 pasien dengan kanker stadium lanjut	Saluran cerna (41%), Genitourinari (12%), Payudara (10%), Toraks (36%)	Pasien direkrut dari klinik onkologi, klinik penjangkauan afiliasi, dan pusat medis VA di daerah pedesaan
Alliance A221303 ²¹ .	Uji klinis acak terkontrol, multisentra	391 pasien dengan kanker stadium lanjut	Paru-paru dan GI non-kolorektal (Pankreas, Esofagus, Lambung, Hepatobilier)	Pasien dengan kanker yang baru didiagnosis dan tidak dapat disembuhkan dari situs Alliance for Clinical Trials in Oncology
PC Sesuai Permintaan ²² .	Uji klinis acak, prospektif, multisentra	186 pasien dengan kanker lambung stadium lanjut	Hanya kanker lambung	Pasien diacak 1:1 untuk PC sistematis atau sesuai permintaan
Studi PC Rawat Inap ²³ .	Studi prospektif, tunggal	103 pasien yang dirawat di Unit Perawatan Paliatif (PCU)	Sebagian besar pasien kanker (rincian GI spesifik tidak disediakan)	Pasien di atas 18 tahun, mampu berkomunikasi, dengan beban gejala yang signifikan
Studi Pusat Kanker Komunitas ²⁴ .	Studi retrospektif	283 pasien dengan	Kolorektal (42%),	Pasien yang diperiksa di

		kanker stadium dan IV baru didiagnosis	GI us yang Pankreas (16%), Hepatobilier (12%), dan lainnya (8%)	Gastroesofag (23%), besar	pusat komunitas	kanker
Meta-analisis ²⁵ .	Tinjauan sistematis dan meta-analisis RCT	Beberapa studi dengan pasien kanker stadium lanjut	Jenis kanker yang termasuk kanker GI	Studi luas, menyertakan pasien dewasa dengan penyakit yang membatasi hidup		

Sintesis temuan pada luaran psikologis dari dampak pada depresi dan kecemasan secara konsisten menunjukkan bahwa integrasi PC dini efektif dalam mengurangi gejala depresi dan kecemasan pada pasien kanker stadium lanjut⁹. Satu meta-analisis menemukan manfaat signifikan dalam meringankan depresi (SMD=-0.30, 95%CI:-0.52 hingga -0.07, p=0.009) dan gejala kecemasan (SMD=-0.45, 95%CI:-0.68 hingga -0.23, p<0.001), terutama pada periode tindak lanjut awal²⁶. Hal ini didukung oleh uji coba Project ENABLE II, yang secara spesifik menunjukkan bahwa intervensi PC yang dipimpin perawat menghasilkan skor kualitas hidup dan suasana hati yang lebih tinggi untuk pasien dengan kanker stadium lanjut, termasuk subtype GI⁷. Efek pengobatan yang diperkirakan untuk suasana hati tertekan dalam uji coba ini adalah rata-rata (SE) sebesar -1.8 (0.81) (p=0.02)⁷.

Namun, ada beberapa uji coba terkemuka yang melaporkan hasil yang tidak signifikan secara statistik, menciptakan ambiguitas penting dalam literatur²⁷. Misalnya, uji coba STEP menunjukkan tren ke arah luaran yang lebih baik untuk kualitas hidup dan depresi pada kelompok intervensi, tetapi hasilnya tidak signifikan secara statistik²⁷. Demikian pula, uji coba Alliance A221303, meskipun menemukan tren serupa peningkatan skor kualitas hidup pada kelompok intervensi, melaporkan bahwa perbedaannya tidak signifikan (p=0.10)⁵. Peningkatan rata-rata skor FACT-G dari awal hingga minggu ke-12 adalah 3.35 (SD = 14.7) untuk pasien intervensi dibandingkan dengan peningkatan 0.12 (SD = 12.7) untuk pasien perawatan biasa⁵.

Kontradiksi yang tampak ini bukanlah indikasi kegagalan intervensi, melainkan cerminan dari tantangan metodologis yang signifikan⁷. Analisis mendalam mengungkapkan beberapa faktor yang berkontribusi pada temuan yang tidak signifikan ini. Pertama, uji coba Alliance A221303 mengalami tingkat data yang hilang yang sangat tinggi, dengan hanya

49.3% pasien yang menyelesaikan pengukuran kunci pada minggu ke-12⁵. Tingkat non-respons yang tinggi ini menyulitkan deteksi efek pengobatan yang sebenarnya. Kedua, penyampaian intervensi sering kali suboptimal; dalam uji coba Alliance, hampir 15% pasien yang ditugaskan ke kelompok PC tidak memiliki kunjungan PC hingga minggu ke-12. Hal ini mengurangi intensitas intervensi dan melemahkan efeknya. Terakhir, dan yang paling kritis, adalah masalah kontaminasi kelompok kontrol. Dalam uji coba acak pada kanker lambung, 43% pasien dalam kelompok "perawatan biasa" mencari dan menerima layanan PC⁷. Hal ini mengaburkan batas antara kelompok intervensi dan kontrol, karena pasien dalam kelompok kontrol tidak benar-benar tanpa PC. Kontaminasi semacam ini secara drastis mengurangi kemampuan studi untuk menunjukkan manfaat yang signifikan secara statistik⁷.

Tabel 2. Luaran Psikologis dan Fungsional dalam Uji Coba PC Kunci.

Studi	Populasi (N)	Intervensi/Pe mbanding	Luaran Utama & Ukuran	Temuan & Kunci	Tantangan Metodologis Kunci
Project ENABLE II ²⁰ .	322 pasien kanker stadium lanjut (41% GI)	Intervensi psikoedukasi yang dipimpin perawat vs. perawatan biasa	Kualitas Hidup (FACT-P) & Suasana Hati (CES- D)	Kualitas Hidup: rata-rata (SE) 4.6 (2) (p=0.02)	Suasana hati tertekan: rata-rata (SE) -1.8 (0.81) (p=0.02)
Uji STEP ²⁸ .	69 pasien kanker stadium lanjut	Skrining gejala dengan PC yang ditargetkan vs. perawatan biasa	Kualitas Hidup (FACT- G7), Depresi (PHQ-9), Kepuasan (FAMCAR E-P16)	Semua luaran cenderung lebih baik untuk kelompok STEP, tetapi hasilnya tidak signifikan secara statistik	Dihentikan lebih awal karena pandemi COVID-19; ukuran sampel kecil

Alliance A221303 ²¹ .	391 pasien kanker paru-paru dan non-kolorektal	PC terintegrasi vs. perawatan biasa	dini	Kualitas Hidup (FACT-G)	Kualitas Hidup: peningkatan rata-rata 3.35 vs. 0.12 (p=0.10)	Tingkat data yang hilang yang tinggi (49.3%) dan penyampaian intervensi yang suboptimal (14.9% pasien tidak memiliki kunjungan PC)
PC Sistematis vs. Sesuai Permintaan ²² .	186 pasien kanker lambung stadium lanjut	EPC sistematis vs. EPC sesuai permintaan		Kualitas Hidup (Trial Outcome Index)	Perubahan skor TOI: 1.65 untuk intervensi vs. -1.30 untuk kontrol (p=0.430)	Kontaminasi kelompok kontrol yang signifikan, dengan 43% pasien di kelompok "perawatan biasa" menerima layanan EPC
Studi PC Inap ²³ .	103 pasien rawat inap dengan kanker stadium lanjut	PC rawat inap vs. tidak ada rawat inap sebelumnya	PC	Kualitas Hidup (QLQ-C30) & Gejala	Peningkatan signifikan dalam Kualitas Hidup dan beban gejala hanya dalam satu minggu	Desain studi tunggal, non-acak

Dampak pada kualitas hidup umum dan fungsi emosional di luar gejala klinis depresi dan kecemasan, PC terintegrasi secara konsisten menunjukkan dampak positif pada kualitas hidup umum dan fungsi emosional pasien²⁶. Sebuah meta-analisis yang berfokus pada PC berbasis rumah menemukan bahwa perawatan ini secara signifikan meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan bagi pasien kanker¹. Perbedaan rata-rata standar gabungan untuk kualitas hidup adalah 0.45 (95%CI:0.04–0.86, $p=.03$)¹. Demikian pula, sebuah studi prospektif tentang perawatan paliatif rawat inap menunjukkan peningkatan yang signifikan secara klinis dalam fungsi emosional pasien hanya dalam satu minggu, menyoroti manfaat cepat dari pendekatan multidisiplin yang terkonsentrasi di lingkungan khusus²⁹. Peningkatan ini juga meluas ke pengurangan gejala fisik seperti nyeri, mual, kelelahan, dan insomnia, yang sering berkorelasi dengan penderitaan emosional²⁹.

Tabel 3. Peningkatan Gejala dan Fungsi dari PC Rawat Inap Jangka Pendek.

Domain Luaran	Sub-skala Gejala Spesifik	/ Skor (T0)	Awal	Skor Minggu (T1)	Satu Signifikansi Statistik
Fungsi Emosional	Fungsi Emosional	Kelompok 1: 41.5 IQR 33 Kelompok 2: 48.2 IQR 46	Kelompok 1: 53.1 IQR 50 Kelompok 2: 58.7 IQR 42	1: $p=0.014$	

Perawatan paliatif adalah model perawatan yang berpusat pada keluarga. Bukti menunjukkan bahwa manfaatnya meluas secara signifikan kepada perawat pasien, yang juga mengalami beban fisik dan psikologis yang besar¹. Satu studi menunjukkan bahwa intervensi PC secara signifikan menurunkan skor kecemasan dan depresi pada perawat utama, serta meningkatkan kepuasan mereka terhadap perawatan¹³. Hal ini sangat penting karena kesejahteraan emosional seorang perawat sangat terkait dengan kesejahteraan pasien. Perawat yang bebannya lebih ringan dapat menciptakan lingkungan yang lebih mendukung dan meringankan penderitaan bagi pasien, yang merupakan bagian integral dari dampak positif PC secara keseluruhan¹³. Dengan demikian, intervensi PC berfungsi sebagai reaksi berantai, di mana dukungan yang diberikan kepada keluarga menciptakan lingkaran perbaikan yang berkelanjutan.

Tabel 4. Efek Perawatan Paliatif pada Luaran Psikologis Perawat.

Ukuran Luaran	Kelompok Studi Pra-PC	Kelompok Kontrol Pra-PC	Kelompok Studi Pasca-PC	Kelompok Kontrol Pasca-PC	Signifikansi Statistik
Kecemasan	64.7±10.2	65.1±12.3	43.7±7.4*#	54.2±9.3	Signifikan (p<0.05)
Depresi	67.3±12.8	66.8±10.5	38.4±6.5*#	53.1±8.4	Signifikan (p<0.05)
Kepuasan terhadap Perawatan	Tidak dilaporkan	Tidak dilaporkan	96.08%	82.35%	Signifikan (p<0.05)

Beberapa tinjauan dan studi secara konsisten mengidentifikasi spiritualitas, resiliensi, dan dukungan sosial sebagai pilar fundamental yang menopang kesejahteraan psikologis dalam konteks penyakit serius⁹. Spiritualitas berkorelasi dengan tingkat kecemasan dan depresi yang lebih rendah¹². Resiliensi, yang didefinisikan sebagai kemampuan untuk mengatasi kesulitan, memungkinkan pasien untuk menghadapi penyakit mereka dan masalah yang menyertainya⁹. Dukungan sosial dari keluarga, teman, dan tim medis juga berfungsi sebagai penyangga yang kuat terhadap penderitaan¹². Dengan menangani dimensi-dimensi ini, PC tidak hanya mengelola gejala tetapi juga membangun fondasi internal dan eksternal yang kuat untuk meningkatkan kesejahteraan pasien⁹.

Pemanfaatan perawatan paliatif dan hubungan dengan luaran sebuah studi retrospektif di pusat kanker komunitas besar memberikan data penting tentang tingkat pemanfaatan PC dan hubungannya dengan karakteristik dan luaran pasien³⁰. Analisis terhadap 283 pasien dengan kanker GI stadium III dan IV menunjukkan bahwa hanya sebagian kecil, 17%, yang memiliki setidaknya satu kunjungan PC rawat jalan dalam tahun pertama diagnosis³⁰. Data ini menyoroti ketidakseimbangan yang signifikan dalam pemanfaatan layanan PC berdasarkan jenis kanker³⁰.

Tabel 5. Pemanfaatan Perawatan Paliatif Rawat Jalan berdasarkan Subtipe Kanker GI dan Luaran Kunci.

Jenis Kanker GI	Proporsi dalam Kelompok PC (%)	Proporsi dalam Kelompok Non-PC (%)
Kanker Pankreas	35%	12%
Kanker Hepatobilier	20%	10%
Kanker Kolorektal	20%	47%
Kanker Gastroesofagus	23%	Tidak dilaporkan

Heterogenitas dalam literatur PC juga meluas ke berbagai instrumen yang digunakan untuk mengukur luaran psikologis, yang membuat perbandingan langsung antar studi menjadi menantang³¹. Memahami instrumen-instrumen ini sangat penting untuk interpretasi temuan yang akurat.

Tabel 6. Instrumen Umum untuk Mengukur Luaran Psikologis dalam PC.

Luaran Psikologis	Instrumen Pengukuran yang Umum Digunakan	Catatan
Depresi	<i>Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</i>	Skala 20 item untuk mengukur suasana hati tertekan. Digunakan dalam Project ENABLE II.
	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)</i>	Skala 14 item yang divalidasi untuk digunakan pada pasien kanker yang menghindari gejala somatik yang tumpang tindih dengan efek samping kanker. Salah satu instrumen yang paling sering digunakan.

	<i>Patient Health Questionnaire (PHQ-9)</i>	Skala 9 item yang banyak digunakan untuk menilai tingkat keparahan depresi pada pasien kanker. Digunakan dalam uji coba STEP.
Kecemasan	HADS	Mengukur kecemasan dan depresi secara bersamaan.
	<i>Hamilton Anxiety Scale (HAMA)</i>	Digunakan untuk menilai perubahan psikologis pada perawat.
Kualitas Hidup	<i>Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G)</i>	Alat kualitas hidup umum yang digunakan dalam uji coba Alliance A221303.
	<i>EORTC Quality of Life Questionnaire (QLQ-C30)</i>	Banyak digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup terkait kesehatan pada pasien kanker. Digunakan dalam studi PC rawat inap.
	<i>Trial Outcome Index (TOI)</i>	Digunakan untuk menilai kualitas hidup dalam uji coba acak pada kanker lambung.
Penderitaan	<i>Distress Thermometer (DT)</i>	Alat skrining cepat satu item (skala 0-10) untuk penderitaan secara keseluruhan.

<i>Depression Anxiety Stress Scales (DASS-21)</i>	Skala yang divalidasi untuk mengukur dimensi terpisah dari depresi, kecemasan, dan stres.
---	---

Diskusi

Sintesis bukti menunjukkan hubungan yang kuat antara integrasi perawatan paliatif dini dan peningkatan kesejahteraan psikologis pada pasien dengan kanker GI stadium lanjut²⁶. Meskipun data dari beberapa uji coba individu mungkin tidak menunjukkan signifikansi statistik²⁷, temuan kolektif dari tinjauan yang lebih luas dan meta-analisis menunjukkan manfaat signifikan dalam mengurangi depresi, kecemasan, dan penderitaan umum, serta meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan⁷. Manfaat ini meluas ke perawat, menggarisbawahi pendekatan holistik PC¹². Variabel kunci seperti resiliensi, spiritualitas, dan dukungan sosial diidentifikasi sebagai mediator penting dari hasil positif ini⁹. Selain itu, PC telah terbukti meningkatkan pemanfaatan layanan kesehatan dan membantu dalam perencanaan perawatan lanjutan, menyelaraskan perawatan pasien dengan nilai dan preferensi mereka.

Meskipun terdapat tantangan metodologis, bukti yang mendukung integrasi PC dini sangat meyakinkan, menjadikannya sebagai "standar emas" perawatan bagi pasien dengan tumor padat stadium lanjut³⁰. Namun, terdapat kesenjangan yang signifikan antara bukti ini dan praktik klinis. Sebuah studi baru-baru ini di pusat kanker komunitas besar mengungkapkan bahwa hanya 17% pasien dengan kanker GI stadium III atau IV yang diperiksa oleh penyedia PC rawat jalan pada tahun pertama setelah diagnosis³⁰. Paradoks antara bukti yang kuat dan tingkat pemanfaatan yang rendah ini dapat dikaitkan dengan beberapa hambatan yang telah diidentifikasi secara luas.

Hambatan utama ini meliputi: Pertama, kurangnya komunikasi dan kesalahpahaman di antara para profesional kesehatan dan pasien, di mana ahli onkologi mungkin ragu untuk merujuk karena takut merusak harapan pasien atau hubungan dokter-pasien. Kedua, hambatan sumber daya yang signifikan, seperti kekurangan spesialis PC dan kurangnya waktu yang memadai untuk konsultasi. Terakhir, ketidakmampuan untuk memprediksi perjalanan penyakit dalam beberapa kasus menyulitkan penentuan waktu yang optimal untuk memperkenalkan PC, dan hambatan ini dapat menghalangi rujukan yang tepat waktu. Kesimpulannya, intervensi PC yang efektif saja tidak cukup; sistem perawatan kesehatan harus mengatasi hambatan-hambatan ini untuk memastikan pasien benar-benar dapat mengakses lapisan dukungan penting

ini. Mengingat tantangan yang diidentifikasi dalam tinjauan ini, penelitian di masa depan harus berfokus pada perbaikan metodologis untuk menghasilkan bukti yang lebih kuat. Ini termasuk merancang uji coba yang meminimalkan kontaminasi kelompok kontrol, mungkin melalui intervensi yang sangat terstruktur yang sulit ditiru dalam pengaturan "perawatan biasa"³². Selain itu, ada kebutuhan untuk mengembangkan dan menguji model perawatan baru yang dapat diskalakan yang dapat menjembatani kesenjangan antara bukti dan praktik klinis.

Model seperti skrining gejala yang dipicu atau intervensi yang dipimpin oleh navigator telah menunjukkan harapan dalam mengidentifikasi pasien yang memiliki penderitaan psikologis atau beban gejala yang tinggi untuk rujukan PC yang ditargetkan. Penelitian lebih lanjut juga harus mengevaluasi peran para profesional kesehatan mental, seperti psikiater dan psikolog, dalam tim PC. Keahlian mereka sangat penting untuk mengatasi komponen psikologis dari penderitaan dan dapat meningkatkan efektivitas intervensi PC. Dengan berfokus pada standarisasi intervensi, pengujian model inovatif, dan mengatasi hambatan sistemik, penelitian di masa depan dapat memberikan bukti yang lebih kuat untuk mendorong integrasi PC yang lebih luas dan lebih efisien.

KESIMPULAN

Tinjauan sistematis ini menunjukkan hubungan yang jelas dan signifikan antara integrasi perawatan paliatif dini dan peningkatan kesejahteraan psikologis pada pasien dengan kanker GI stadium lanjut. Meskipun temuan dalam beberapa uji coba individu dilemahkan oleh keterbatasan metodologis, seperti kontaminasi dan data yang hilang, bukti keseluruhan dari berbagai studi dan meta-analisis mendukung dampak positif. PC terintegrasi efektif dalam mengurangi depresi dan kecemasan, meningkatkan kualitas hidup secara keseluruhan, dan memberikan dukungan penting bagi perawat. Untuk menerjemahkan temuan ini menjadi manfaat klinis yang luas, upaya di masa depan harus berfokus pada mengatasi hambatan sistemik terhadap implementasi, memperluas tenaga kerja perawatan paliatif, dan mengembangkan model perawatan inovatif yang memastikan semua pasien dengan kanker GI stadium lanjut menerima lapisan dukungan esensial ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Alliance for Clinical Trials in Oncology. (2020). *Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer (Alliance A221303)*.
<https://www.healthpartners.com/knowledgeexchange/display/document-rn21165>
- Alshammari, F., Sim, J., & Lapkin, S. (2021). Psychological well-being in palliative care: A systematic review. *Journal of Holistic Nursing*.
- Alshammari, F., Sim, J., & Lapkin, S. (2022). The effects of integrated palliative care on quality of life and psychological distress in patients with advanced cancer: A systematic review and meta-analysis. *Palliative & Supportive Care*.
https://www.researchgate.net/publication/360679569_The_effects_of_integrated_palliative_care_on_quality_of_life_and_psychological_distress_in_patients_with_advanced_cancer_a_systematic_review_and_meta-analysis
- American Cancer Society. (2020). *What is distress? Distress and cancer*.
- American Society of Clinical Oncology. (2025). *ASCO data library*.
- Anota, A., Bascoul-Mollevi, C., Conroy, T., Guillemin, F., Mariette, C., Bonnetain, F., Causeret, S., Cuisenier, J., Drubay, D., Gavoille, C., Hulin, A., Paget-Bailly, S., & Coutant, C. (2024). How do quality of life (QoL) and symptom burden evolve in patients with non-metastatic esophago-gastric cancer: A systematic review. *Systematic Reviews*.
- Bakitas, M., Ahles, T., Skalla, K., Brokaw, F., Byock, I., Hanscom, B., et al. (2009). Proxy perspectives on end-of-life care. *Cancer*.
- Bates, S., O'Brien, P. J., & Williams, M. (2024). Investigating the relationship between β -carotene intake from diet and supplements, smoking, and lung cancer risk. *Food and Chemical Toxicology: An International Journal Published for the British Industrial Biological Research Association*.
- Beck-Friis, B., & Strang, P. (2003). The "Palliative Care Quality of Life Instrument (PQLI)" in terminal cancer patients. *Health and Quality of Life Outcomes*.
https://www.researchgate.net/publication/8694171_The_Palliative_Care_Quality_of_Life_Instrument_PQLI_in_Terminal_Cancer_Patients
- Carilion Clinic. (2023). *The psychological impact of cancer*.
<https://www.carilionclinic.org/health-and-wellness/article/psychological-impact-cancer>
- Cossich, T., Schlichtholz, L., McLachlan, S.-A., & Crawford, G. (2018). Systematic vs. on-demand early palliative care in gastric cancer patients: A randomized clinical trial assessing patient and healthcare service outcomes. *BMJ Supportive & Palliative Care*.
https://www.researchgate.net/publication/328491324_Systematic_vs_ondemand_early_palliative_care_in_gastric_cancer_patients_a_randomized_clinical_trial_assessing_patient_and_healthcare_service_outcomes
- Covidence. (2023). *How to extract study data for your systematic review*.
<https://www.covidence.org/blog/how-to-extract-study-data-for-your-systematic-review/>
- DistillerSR. (2023). *Sample data extraction form systematic review*.
- Gidwani, R., Nguyen, C., Kofman, A., Goldman, R. E., LeBlanc, T. W., Smith, C. B., & Gramling, R. (2024). Palliative care interventions effects on psychological distress: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Pain and Symptom Management*.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11292728/>

- Hartung, T. J., Brähler, E., Faller, H., Härter, M., Hinz, A., Johansen, C., Keller, M., Koch, U., Schulz, H., Weis, J., Westhoff, A., & Mehnert, A. (2017). The risk of being depressed is significantly higher in cancer patients than in the general population: Prevalence and severity of depressive symptoms across major cancer types. *European Journal of Cancer*.
- Hinz, A., Herzberg, P. Y., Lordick, F., Brähler, E., Westhoff, A., Sandritter, B., & Mehnert, A. (2016). Assessment of depression severity with the PHQ-9 in cancer patients and in the general population. *BMC Psychiatry*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4736493/>
- Hoerger, M., Greer, J. A., Jackson, V. A., Park, E. R., Pirl, W. F., El-Jawahri, A., Gallagher, E. R., Hagan, T., Jacobsen, J., Perry, L. M., Temel, J. S., & Moy, B. (2020). Multisite, randomized trial of early integrated palliative and oncology care in patients with advanced lung and gastrointestinal cancer. *Journal of Palliative Medicine*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7307668/>
- Irwin, S. A., & Montross, L. (2013). Palliative care psychiatry: Update on an emerging dimension of psychiatric practice. *Psychiatric Times*. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3762470/>
- Keung, E. Z., Lin, H., Chavez-MacGregor, M., Ratan, R., Bird, J., Feig, B. W., Roland, C. L., Hunt, K. K., Torres, K. E., & Lazar, A. (2021). Sarcoma Treatment Efficacy Portal (STEP): A novel informatics portal providing real-time, real-world outcomes to clinicians. *Journal of Clinical Oncology*.
- Li, M., Macedo, A., Wong, S., Emmenegger, U., Gallo-Hershberg, D., Green, E., Maloul, A., Rydall, A., Schaffer, K., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2022). *Randomized controlled trial (RCT) of symptom screening with targeted early palliative care (STEP) versus usual care in patients with advanced cancer*. *Journal of Clinical Oncology*. https://www.researchgate.net/publication/361124969_Randomized_controlled_trial_RCT_of_symptom_screening_with_targeted_early_palliative_care_STEP_versus_usual_care_in_patients_with_advanced_cancer
- Lloyd-Williams, M. (2002). The measurement of psychological distress in palliative care. *Palliative Medicine*. https://www.researchgate.net/publication/6649918_Measurement_of_psychological_distress_in_palliative_care
- Ma, F., Zhai, J., Wu, Y., Kaklamani, V. G., & Xu, B. (2022). Advances in medical treatment of breast cancer in 2022. *Chinese Clinical Oncology*.
- Scarpi, E., Dall'Agata, M., Zagonel, V., Bertè, R., Ferrari, D., Broglio, C. M., Bortolussi, R., Trentin, L., Valgiusti, M., Pini, S., Farolfi, A., Casadei Gardini, A., Nanni, O., Amadori, D., & Early Palliative Care Italian Study Group (EPCISG). (2018). Systematic versus on-demand early palliative care: Results from a multicentre, randomised clinical trial. *European Journal of Cancer*.
- Siteman Cancer Center. (2025). *Types of gastrointestinal cancer*.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., & McGuinness, L. A. (2019). A revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials. *BMJ*. <https://methods.cochrane.org/bias/resources/rob-2-revised-cochrane-risk-bias-tool-randomized-trials>

- Temel, J. S., Greer, J. A., El-Jawahri, A., et al. (2023). Effects of early integrated palliative care in patients with lung and GI cancer: A randomized clinical trial. *Journal of Clinical Oncology*.
- Temel, J. S., Greer, J. A., Muzikansky, A., Gallagher, E. R., Admane, S., Jackson, V. A., Dahlin, C. M., Blinderman, C. D., Jacobsen, J., Pirl, W. F., Billings, J. A., & Lynch, T. J. (2010). Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *New England Journal of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19690306/>
- Viswanathan, M., Patnode, C. D., Berkman, N. D., Bass, E. B., Chang, S., Hartling, L., Murad, M. H., Treadwell, J. R., & Kane, R. (2017). Assessing the risk of bias in systematic reviews of health care interventions. *Agency for Healthcare Research and Quality*.
- Vollenbroich, R., Borasio, G. D., & Duroux, A. (2024). Clinical heterogeneity of adolescents referred to paediatric palliative care: A quantitative observational study. *BMC Palliative Care*.
https://www.researchgate.net/publication/392522565_Clinical_heterogeneity_of_adolescents_referred_to_paediatric_palliative_care_a_quantitative_observational_study
- Warth, M., Kessler, J., van Kampen, J., Ditzen, B., & Köhler, M. (2021). Psychological resilience among palliative patients with advanced cancer: A systematic review of definitions and associated factors. *Psycho-Oncology*.
- Warth, M., Köhler, F., & Ditzen, B. (2024). Music therapy in the psychosocial treatment of adult cancer patients. *Frontiers in Psychology*.
- Zimmermann, C., Swami, N., Krzyzanowska, M., Hannon, B., Leighl, N., Oza, A., et al. (2022). Early palliative care for patients with advanced cancer: A cluster-randomised controlled trial. *The Lancet*.