

Buku Ajar

KEPERAWATAN

PALIATIF

Elysabeth Sinulingga • Hesti Prawita Widiastuti • Dwi Nur Sukma Purqotri
Khairul Bahri • Nurlelasari Harahap • Rina Mariyana
Sulastri • Yuliati • Tuti Asrianti Utami • Setiawan



BUKU AJAR

KEPERAWATAN PALIATIF

Penulis:

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Hesti Prawita Widiastuti, SST., M.Kes.
Dewi Nur Sukma Purqoti, Ners., M.Kep.
Ns. Khairul bahri, S.Kep., WOC(ET)N.
Ns. Nurlelasari harahap, S.Kep., M.Kep.
Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.
Sulastri, M.Kep.
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.
Ns. Tuti Asrianti Utami, SKep., SE., MKep.
Setiawan, Skep., Ns., MKes.



BUKU AJAR KEPERAWATAN PALIATIF

Penulis:

Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB.
Ns. Hesti Prawita Widiastuti, SST., M.Kes.
Dewi Nur Sukma Purqoti, Ners., M.Kep.
Ns. Khairul bahri, S.Kep., WOC(ET)N.
Ns. Nurlelasari harahap, S.Kep., M.Kep.
Ns. Rina Mariyana, S.Kep., M.Kep.
Sulastri, M.Kep.
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.
Ns. Tuti Asrianti Utami, SKep., SE., MKep.
Setiawan, Skep., Ns., MKes.

Desain Sampul: Qo'is Ali Humam

Penata Letak: Muhammad Ilham

ISBN: 978-623-8775-34-7

Cetakan Pertama: Oktober 2024

Hak Cipta 2024

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2024

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

website: www.nuansafajarcemerlang.com

instagram: @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F
Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah
Jakarta Barat, 11480
Anggota IKAPI (624/DKI/2022)

PRAKATA

Puji dan Syukur kehadiran Tuhan yang maha Esa atas berkat rahmat dan kurnia-Nya sehingga penulisan Buku Ajar Keperawatan Paliatif ini dapat diselesaikan dan diterbitkan sehingga buku ini dapat dipublikasikan dan dapat sampai dihadapan pembaca. Buku ini disusun oleh sejumlah dosen dan praktisi sesuai dengan kepakaran masing-masing. Buku ini diharapkan dapat memberikan distribusi positif dalam pengetahuan khususnya terkait dengan keperawatan paliatif buat sarjana keperawatan dan Ners.

Buku ini bertujuan untuk memberikan pemahaman yang komprehensif tentang konsep asuhan keperawatan paliatif dan memberikan panduan praktis bagi mahasiswa keperawatan, sehingga setelah lulus dan menjadi perawat praktisi, akan menerapkan prinsip-prinsip ini dalam praktik di berbagai tata layanan Kesehatan. Selain itu tujuan pembelajaran, di antaranya: membantu pembaca untuk memahami apa yang diharapkan dari hasil pembelajaran dan memberikan arahan yang jelas dalam proses belajar.

Dalam penyusunan buku ajar ini penulis banyak mendapat bantuan dari berbagai pihak, baik secara langsung maupun tidak langsung. Oleh sebab itu, pada kesempatan ini penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang sebesar – besar kepada semua pihak yang membantu dalam penyusunan buku ajar ini serta kepada Pihak Optimal yang telah memfasilitasi kegiatan penulisan buku ajar sehingga penulis dapat membuat buku dengan target dan waktu yang telah ditentukan.

Penulisan buku ini menggunakan sumber referensi menggunakan undang-undang yang berhubungan dengan terapi komplementer serta buku-buku referensi yang terkait perawatan akhir kehidupan. Keperawatan paliatif diharapkan klien mencapai kenyamanan, kedamaian, dan kematian bermartabat, serta untuk tidak melanggar peraturan perundang-undangan, seperti *euthanasia* dan *assisted suicide*.

Kami ingin mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah berkontribusi dalam pembuatan buku ini, terutama kepada para praktisi keperawatan yang telah berbagi pengalaman dan pengetahuan mereka.

Hormat Kami,

Penulis

DAFTAR ISI

PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	iv
BAB 1 ETIK DAN LEGAL DALAM PERAWATAN PALIATIF	1
A. Prinsip Etik dan Hukum dalam Perawatan Pasien Paliatif	4
1. Menghormati Otonomi Pasien	4
2. Meredakan Nyeri dan Penderitaan Pasien.....	4
3. Mendukung Keluarga Pasien	5
4. Melindungi Hak-Hak Pasien	5
B. Pertimbangan Etik dan Hukum dalam Pengambilan Keputusan tentang Perawatan Paliatif.....	6
1. Melibatkan Pasien dan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan	6
2. Memperhatikan Prinsip-Prinsip Beneficence, Nonmaleficence, dan Justice.....	6
3. Mendokumentasikan Proses Pengambilan Keputusan	7
C. Peran Perawat dalam Menjaga Kualitas Hidup Pasien Paliatif	8
1. Memberikan Perawatan Fisik dan Emosional yang Berkualitas	8
2. Mendukung Pasien dan Keluarga dalam Menghadapi Kematian	9
3. Menghormati Budaya dan Keyakinan Pasien	9
D. Latihan.....	10
E. Rangkuman Materi.....	12
F. Glosarium.....	12
Daftar Pustaka	12
BAB 2 KONSEP PERAWATAN PALIATIF	15
A. Pengertian Perawatan Paliatif	17
B. Kapan Perawatan Paliatif diperlukan	18
C. Tujuan Perawatan Paliatif	19
D. Prinsip Perawatan Paliatif	20
E. Kriteria Pelayanan Paliatif	21
F. Pelayanan Paliatif	21

G. Hambatan Perawatan Paliatif.....	25
H. Latihan.....	26
I. Rangkuman Materi	28
J. Glosarium.....	29
Daftar Pustaka	29

BAB 3 PENGKAJIAN FISIK DAN PSIKOLOGIS 31

A. Pengkajian Fisik.....	33
B. Pengkajian Psikologis.....	34
C. Latihan.....	39
D. Rangkuman Materi	40
E. Glosarium.....	40
Daftar Pustaka	41

BAB 4 TERAPI KOMPLEMENTER DI BERBAGAI SETTING YANKES 43

A. Pengertian Terapi Komplementer	45
B. Aspek Legal Terapi Komplementer di Indonesia.....	46
1. Dasar Hukum.....	47
2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan Nomor 15 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2018).....	48
3. BAB II Pelayanan	49
C. Jenis Terapi Komplementer	52
D. Peran Perawat Dalam Ilmu Terapi Komplementer	62
E. Latihan.....	65
F. Rangkuman Materi	67
G. Glosarium.....	68
Daftar Pustaka	71

BAB 5 MANAJEMEN NYERI PADA PERAWATAN PALLIATIVE 75

A. Definisi.....	77
B. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri	78
C. Mekanisme Aksi	78
D. Penilaian Nyeri	79
E. Intervensi Farmakologi.....	80

F. Intervensi Nonfarmakologi.....	82
G. Latihan.....	84
H. Latihan.....	85
I. Glosarium.....	85
Daftar Pustaka	85

BAB 6 ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TERMINAL ILLNES (PALLIATIVE CARE) 89

A. Perawatan paliatif	91
B. Gejala Pasien Palliative.....	94
1. Nyeri.....	94
2. Dispnea	95
3. Mual Dan Muntah Menjelang Akhir Kehidupan	96
4. Kecemasan.....	96
5. Sembelit.....	97
6. Kelelahan	97
7. Terapi Fisik dan Okupasi.....	98
C. Breaking Bad News.....	98
D. PLAN of Nursing Care The patient (Rokita & Stern, 2003)	101
E. Masalah Psikologis Yang Dihadapi Oleh Orang-Orang Yang Menghadapi Penyakit Yang Mengubah Hidup Dan Keluarganya.	109
F. Latihan.....	113
G. Rangkuman Materi	115
H. Glosarium.....	115
Daftar Pustaka	115

BAB 7 KEBIJAKAN NASIONAL TENTANG PELAYANAN PALIATIF 119

A. Pengertian Dan Dimensi Perawatan Paliatif.....	121
B. Tujuan dan Sarana Kebijakan Perawatan Paliatif	121
C. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif.....	122
D. Aspek Medikolegal Perawatan Paliatif.....	122
E. Sumber Daya Manusia	124
F. Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif.....	125
G. Pembinaan Dan Pengawasan.....	125
H. Kebijakan Nasional tentang Pelayanan Paliatif	126
I. Kajian Etik Tentang Perawatan Paliatif.....	130

J. Latihan.....	133
K. Rangkuman Materi.....	134
L. Glosarium.....	135
Daftar Pustaka	136
BAB 8 PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PERAWATAN PALIATIF	137
A. Komunikasi Perawat Sebagai Kunci Pada Perawatan paliatif	140
B. Faktor Faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Pada Perawatan paliatif.....	141
C. Prinsip Komunikasi Pada Perawatan Paliatif	144
D. Latihan.....	149
E. Rangkuman Materi.....	149
F. Glosarium.....	150
Daftar Pustaka	151
BAB 9 PERSPEKTIF KEPERAWATAN PALIATIF.....	153
A. Konsep Perawatan Paliatif	155
B. Prinsip-Prinsip Pelayanan Paliatif	156
C. Tujuan Perawatan Paliatif	158
D. Manifestasi Klinis	158
E. Peran Perawat Paliatif.....	161
F. Etika dalam Perawatan Paliatif	162
G. Latihan.....	164
H. Rangkuman.....	165
I. Glosarium.....	165
Daftar Pustaka	165
BAB 10 ASPEK SPIRITUAL	169
A. Pengertian Keperawatan Paliatif.....	169
B. Definisi Spiritual	169
C. Pentingnya Aspek Spiritual dalam Keperawatan Paliatif.....	169
D. Menilai Kebutuhan Spiritual Pasien	170
E. Intervensi Keperawatan untuk Mendukung Aspek Spiritual	170
F. Menghadapi Kematian dan Kehilangan	170
G. Pentingnya Pelatihan Keperawatan.....	170
H. Konsep Spiritual dalam Keperawatan Paliatif	170

I.	Dimensi Spiritual.....	171
J.	Pendekatan dalam Mengatasi Aspek Spiritual	171
K.	Praktik dalam Keperawatan Paliatif.....	171
L.	Asuhan Keperawatan Paliatif: Masalah Spiritual	172
M.	Perencanaan	173
N.	Implementasi	173
O.	Evaluasi.....	173
P.	Catatan Tambahan	174
Q.	Perspektif Islam	174
R.	Perspektif Agama Lain	174
S.	Pendekatan Umum dalam Keperawatan Paliatif	175
T.	Kesimpulan	177
	Referensi	177
	PROFIL PENULIS.....	180

BAB 1

ETIK DAN LEGAL DALAM PERAWATAN PALIATIF

Pendahuluan

Keperawatan paliatif adalah bidang khusus dalam keperawatan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau terminal. Pasien paliatif seringkali menghadapi dilema moral dan hukum yang kompleks, sehingga pemahaman yang mendalam tentang etika dan hukum menjadi sangat penting. Pengambilan keputusan yang etis ada dilema moral sehingga perawat paliatif seringkali dihadapkan pada situasi sulit, seperti keputusan untuk menghentikan atau memulai suatu tindakan medis, atau bagaimana mengelola rasa sakit yang sulit diatasi. Pemahaman etika membantu perawat mengambil keputusan yang terbaik bagi pasien, dengan mempertimbangkan nilai-nilai moral dan etika keperawatan. Begitu juga otonomi pasien yang mereka miliki sehingga pasien mengharuskan perawat untuk menghormati hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri. Pemahaman hukum terkait hak pasien membantu perawat memastikan bahwa keputusan yang diambil sesuai dengan hukum yang berlaku.

Sebagai petugas Kesehatan dalam memberikan asuhan keperawatanpaliatif maka perawat paliatif memiliki tanggung jawab profesional untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan aman. Pemahaman hukum melindungi perawat dari tuntutan hukum yang tidak berdasar, dengan memastikan bahwa tindakan yang dilakukan sesuai dengan standar praktik keperawatan yang berlaku. Perawat juga wajib mengetahui setiap negara memiliki regulasi yang mengatur praktik keperawatan paliatif. Memahami regulasi ini penting untuk memastikan bahwa praktik keperawatan sesuai dengan hukum yang berlaku.

Oleh karena itu, perawat paliatif perlu berkomunikasi dengan pasien dan keluarga mereka tentang pilihan perawatan, prognosis, dan aspek spiritual. Pemahaman etika dan hukum membantu perawat memulai diskusi yang terbuka dan jujur, serta menghormati pandangan dan nilai-nilai pasien dan keluarga. Keperawatan paliatif memberikan perawatan holistik yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Pemahaman etika membantu perawat memberikan

perawatan yang berpusat pada pasien dan memenuhi kebutuhan mereka secara komprehensif.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Tujuan instruksional dalam pembelajaran etika dan legal dalam keperawatan paliatif adalah untuk membekali perawat dengan pengetahuan, keterampilan, dan sikap yang diperlukan untuk memberikan perawatan paliatif yang berkualitas, etis, dan sesuai dengan hukum. Secara lebih spesifik, tujuan instruksional ini bertujuan agar perawat mampu:

1. Memahami prinsip-prinsip etika: Memahami dan menerapkan prinsip-prinsip etika seperti otonomi, beneficence, non-maleficence, dan justice dalam praktik keperawatan paliatif.
2. Mengenal kerangka hukum: Memahami kerangka hukum yang berlaku terkait dengan perawatan paliatif, termasuk hak pasien, informed consent, dan akhir kehidupan.
3. Mengambil keputusan etis: Mampu menganalisis situasi klinis yang kompleks dan mengambil keputusan yang etis berdasarkan prinsip-prinsip etika dan hukum yang berlaku.
4. Berkomunikasi secara efektif: Mampu berkomunikasi secara efektif dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya mengenai isu-isu etis dan legal yang terkait dengan perawatan paliatif.
5. Memberikan dukungan psikososial: Mampu memberikan dukungan psikososial yang memadai kepada pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi akhir kehidupan.
6. Menjaga martabat pasien: Mampu menjaga martabat pasien dan menghormati pilihan mereka dalam perawatan.

Capaian Pembelajaran:

Capaian pembelajaran adalah indikator yang menunjukkan bahwa seseorang telah mencapai tujuan pembelajaran. Berikut adalah beberapa capaian pembelajaran yang diharapkan dari seorang mahasiswa perawat paliatif setelah mengikuti pembelajaran etika dan legal:

1. Mahasiswa mampu menjelaskan prinsip-prinsip etika dan hukum yang relevan dalam perawatan paliatif.
2. Mahasiswa mampu mengidentifikasi dilema etis yang sering dihadapi dalam praktik keperawatan paliatif.

3. Mahasiswa mampu menganalisis kasus-kasus klinis yang melibatkan isu-isu etis dan legal.
4. Mahasiswa mampu mengevaluasi berbagai pilihan tindakan dalam situasi klinis yang kompleks.
5. Mahasiswa mampu mendemonstrasikan sikap dan perilaku profesional dengan klien, keluarga klien, rekan sejawat dan tim multidisiplin melalui praktik klinik sesuai dengan rubrik penilaian.
6. Mahasiswa mampu berkomunikasi secara efektif dengan pasien, keluarga, dan tim kesehatan lainnya tentang isu-isu etika dan legal.
7. Mahasiswa mampu mendokumentasikan keputusan klinis yang melibatkan isu-isu etis.

Perawatan paliatif adalah jenis perawatan yang diberikan kepada pasien dan keluarga mereka yang menderita penyakit yang mengancam nyawa dan progresif, seperti kanker, penyakit non-kanker, atau human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) (Shatri et al., 2020). Perawat terus mempromosikan perspektif spiritual dan teknologi terhadap perawatan pasien. Akibatnya, perspektif baru menghasilkan pendekatan yang lebih menyeluruh (Suprapto et al., 2021). Pada bab ini akan menjelaskan tentang Prinsip Etik dan Hukum dalam Perawatan Pasien Paliatif, Pertimbangan Etik dan Hukum dalam Pengambilan Keputusan tentang Perawatan Paliatif, dan Peran Perawat dalam Menjaga Kualitas Hidup Pasien Paliatif.

Uraian Materi

A. Prinsip Etik dan Hukum dalam Perawatan Pasien Paliatif

Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka selama masa sulit ini dengan berfokus pada meredakan nyeri dan penderitaan pasien yang menderita penyakit yang mengancam jiwa. Perawatan paliatif didasarkan pada beberapa prinsip etik dan hukum yang penting, antara lain:

1. Menghormati Otonomi Pasien

Pasien yang menderita penyakit yang mengancam jiwa berhak untuk menentukan sendiri bagaimana mereka ingin dirawat. Perawat paliatif harus menghormati otonomi pasien dan melibatkan mereka dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka. Pasien harus diberi informasi yang lengkap dan akurat tentang pilihan perawatan mereka dan harus didorong untuk mengajukan pertanyaan dan mengungkapkan kekhawatiran mereka.

Contoh:

- Seorang pasien yang menderita kanker stadium akhir mungkin ingin menolak kemoterapi dan memilih untuk menghabiskan sisa waktunya bersama keluarga mereka.
- Seorang pasien yang menderita penyakit neurodegeneratif mungkin ingin membuat pernyataan penunjukan agen kesehatan (*durable power of attorney for health care*) yang menunjuk seseorang untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka jika mereka tidak lagi mampu melakukannya sendiri.

2. Meredakan Nyeri dan Penderitaan Pasien

Meredakan nyeri dan penderitaan pasien adalah salah satu tujuan utama perawatan paliatif. Perawat paliatif harus bekerja sama dengan tim medis untuk memastikan bahwa pasien menerima pengobatan nyeri yang tepat dan efektif. Perawatan nyeri mungkin termasuk obat-obatan, terapi fisik, dan terapi psikologis.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif mungkin memberikan obat pereda nyeri oral kepada pasien yang menderita kanker.
- Seorang perawat paliatif mungkin merujuk pasien ke ahli fisioterapi untuk membantu mereka mengelola nyeri terkait arthritis.

- Seorang perawat paliatif mungkin merujuk pasien ke psikolog untuk membantu mereka mengatasi kecemasan dan depresi terkait penyakit mereka.

3. Mendukung Keluarga Pasien

Keluarga pasien yang menderita penyakit yang mengancam jiwa juga membutuhkan dukungan. Perawat paliatif harus menyediakan informasi dan sumber daya kepada keluarga pasien, dan harus membantu mereka untuk memahami dan mengatasi emosi yang sulit yang mungkin mereka alami.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif mungkin memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang cara merawat pasien di rumah.
- Seorang perawat paliatif mungkin menghubungkan keluarga pasien dengan kelompok pendukung untuk keluarga pasien yang menderita penyakit kronis.
- Seorang perawat paliatif mungkin membantu keluarga pasien untuk merencanakan pemakaman atau kremasi pasien.

4. Melindungi Hak-Hak Pasien

Pasien yang menderita penyakit yang mengancam jiwa memiliki hak yang sama dengan pasien lain. Perawat paliatif harus melindungi hak-hak pasien, seperti hak untuk privasi, hak untuk kerahasiaan, dan hak untuk informed consent.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif harus memastikan bahwa informasi pribadi pasien disimpan dengan aman dan rahasia.
- Seorang perawat paliatif harus mendapatkan informed consent dari pasien sebelum melakukan prosedur apa pun.
- Seorang perawat paliatif harus menghormati hak pasien untuk menolak perawatan.

Perawatan paliatif adalah perawatan yang kompleks dan komprehensif yang membutuhkan pendekatan yang berpusat pada pasien. Perawat paliatif harus menjunjung tinggi prinsip-prinsip etik dan hukum dalam praktik mereka untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang berkualitas, bermartabat, dan berpusat pada kebutuhan mereka.

B. Pertimbangan Etik dan Hukum dalam Pengambilan Keputusan tentang Perawatan Paliatif

Pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif sering kali kompleks dan sulit. Pertimbangan etik dan hukum penting dalam memastikan bahwa keputusan yang dibuat sesuai dengan keinginan pasien, menghormati hak-hak pasien, dan tidak melanggar hukum. Berikut adalah beberapa pertimbangan etik dan hukum yang penting dalam pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif:

1. Melibatkan Pasien dan Keluarga dalam Pengambilan Keputusan

Sangat penting bagi pasien dan anggota keluarga mereka untuk terlibat dalam proses pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif. Perawat dan keluarga harus bekerja sama untuk memenuhi kebutuhan pasien di fase akhir hidup agar hak mereka terpenuhi (Sisilia Mariani Destisary, S. A. 2021). Kadang keluarga/klien mengambil keputusan tentang faktor biaya dalam memberikan perawatan palliatif dimana keluarga atau klien yang memilih perawatan di rumah untuk menghemat biaya, meningkatkan manajemen nyeri, dan mengurangi kematian di luar rumah sakit. Perawat paliatif harus menyediakan informasi yang lengkap dan akurat kepada pasien dan keluarga mereka tentang pilihan perawatan yang tersedia, dan harus membantu mereka untuk memahami risiko dan manfaat dari setiap pilihan. Pasien harus didorong untuk mengajukan pertanyaan dan mengungkapkan kekhawatiran mereka.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif harus menjelaskan kepada pasien yang menderita kanker stadium akhir tentang pilihan perawatan yang tersedia, seperti kemoterapi, radiasi, dan perawatan paliatif.
- Seorang perawat paliatif harus membantu keluarga pasien yang menderita penyakit neurodegeneratif untuk memahami pilihan perawatan yang tersedia, seperti perawatan di rumah, perawatan di panti asuhan, dan hospice.

2. Memperhatikan Prinsip-Prinsip Beneficence, Nonmaleficence, dan Justice

Perawat paliatif harus mempertimbangkan prinsip-prinsip beneficence, nonmaleficence, dan justice dalam pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif.

- Beneficence berarti bahwa perawat paliatif harus berusaha untuk memberikan manfaat yang maksimal bagi pasien.
- Nonmaleficence berarti bahwa perawat paliatif harus menghindari memberikan kerugian bagi pasien.
- Justice berarti bahwa perawat paliatif harus memperlakukan semua pasien secara adil dan tidak diskriminatif.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif mungkin memutuskan untuk memberikan obat pereda nyeri yang lebih kuat kepada pasien yang mengalami nyeri parah, meskipun obat tersebut memiliki risiko efek samping yang serius.
- Seorang perawat paliatif mungkin memutuskan untuk tidak memberikan kemoterapi kepada pasien yang menderita kanker stadium akhir jika kemoterapi tidak mungkin menyembuhkan kanker dan hanya akan menyebabkan lebih banyak penderitaan bagi pasien.
- Seorang perawat paliatif mungkin memutuskan untuk mengalokasikan sumber daya perawatan paliatif yang terbatas kepada pasien yang paling membutuhkannya.

3. Mendokumentasikan Proses Pengambilan Keputusan

Proses pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif harus didokumentasikan dengan baik. Dokumentasi harus mencakup informasi tentang pasien, pilihan perawatan yang dipertimbangkan, alasan di balik keputusan yang diambil, dan persetujuan pasien dan keluarga. Dokumentasi ini penting untuk memastikan bahwa keputusan yang dibuat dapat ditelusuri dan bahwa individu yang menerima perawatan diberikan sesuai dengan preferensi mereka. Dokumentasi keperawatan dapat digunakan untuk membuat keputusan dan menunjukkan kualitas keperawatan (Alkouri, 2016).

Contoh:

- Perawat paliatif harus mendokumentasikan diskusi mereka dengan pasien dan keluarga tentang pilihan perawatan yang tersedia.
- Perawat paliatif harus mendokumentasikan alasan di balik keputusan mereka untuk memberikan atau tidak memberikan perawatan tertentu.
- Perawat paliatif harus mendokumentasikan persetujuan pasien dan keluarga untuk perawatan yang diberikan.

Pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif adalah proses yang kompleks dan sensitif. Perawat paliatif harus mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk prinsip-prinsip etik dan hukum, keinginan pasien, dan kebutuhan keluarga pasien. Dokumentasi yang cermat dari proses pengambilan keputusan sangat penting untuk memastikan bahwa keputusan yang dibuat dapat ditelusuri dan bahwa pasien menerima perawatan yang berkualitas dan berpusat pada kebutuhan mereka.

C. Peran Perawat dalam Menjaga Kualitas Hidup Pasien Paliatif

Perawat memiliki peran penting dalam menjaga kualitas hidup pasien paliatif. Pasien paliatif seringkali mengalami berbagai gejala fisik dan emosional yang kompleks, dan perawat dapat membantu mereka untuk mengelola gejala-gejala ini dan menjalani hidup yang lebih nyaman dan bermartabat. Berikut adalah beberapa peran perawat dalam menjaga kualitas hidup pasien paliatif:

1. Memberikan Perawatan Fisik dan Emosional yang Berkualitas

Perawat paliatif harus memberikan perawatan fisik dan emosional (psikologis) yang berkualitas kepada pasien. Menurut (Kiran & Dewi, 2017), pengetahuan dan sikap perawat tentang cara memenuhi kebutuhan psikologis dan spiritual klien yang meninggal dunia sangat dikuasai oleh perawat saat memberikan perawatan. Beberapa faktor, termasuk pengetahuan dan sikap, memengaruhi tindakan atau praktik yang akan dilakukan oleh seorang perawat. Menurut Widowati (2019), faktor-faktor seperti usia, lama bekerja, dan pengalaman pelatihan dapat meningkatkan pengetahuan perawat, dan jenjang karir juga dapat memengaruhi sikap perawat.

Perawatan fisik mungkin termasuk:

- Memberikan obat-obatan untuk mengelola nyeri, mual, dan gejala lainnya.
- Membantu pasien dengan aktivitas sehari-hari mereka, seperti mandi dan makan.
- Memberikan perawatan luka dan kulit.

Perawatan emosional mungkin termasuk:

- Memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga klien.
- Membantu pasien mengatasi kesedihan, kecemasan, dan depresi.
- Memberikan konseling spiritual dan religi.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif mungkin memberikan obat pereda nyeri oral kepada pasien yang menderita kanker.
- Seorang perawat paliatif mungkin membantu pasien yang menderita penyakit neurodegeneratif untuk mandi dan makan.
- Seorang perawat paliatif mungkin berbicara dengan pasien yang menderita AIDS tentang ketakutan dan kecemasan mereka tentang kematian.

2. Mendukung Pasien dan Keluarga dalam Menghadapi Kematian

Kematian adalah bagian alami dari kehidupan, tetapi bagi pasien paliatif dan keluarga mereka, kematian bisa menjadi pengalaman yang sulit dan emosional. Perawat paliatif dapat membantu pasien dan keluarga mereka untuk menghadapi kematian dengan cara:

- Memberikan informasi tentang proses kematian.
- Membantu pasien dan keluarga mereka untuk mempersiapkan kematian.
- Memberikan dukungan emosional selama masa-masa sulit ini.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif mungkin berbicara dengan pasien yang menderita kanker tentang apa yang dapat mereka harapkan selama hari-hari terakhir mereka.
- Seorang perawat paliatif mungkin membantu keluarga pasien yang menderita penyakit jantung untuk merencanakan pemakaman atau kremasi.
- Seorang perawat paliatif mungkin menawarkan dukungan emosional kepada keluarga pasien yang menderita AIDS yang berduka atas kematiannya.

3. Menghormati Budaya dan Keyakinan Pasien

Perawat paliatif harus menghormati budaya dan keyakinan pasien. Ini berarti bahwa perawat harus peduli dengan nilai-nilai, tradisi, dan keyakinan pasien. Mereka harus memberikan perawatan yang sesuai dengan budaya dan keyakinan pasien.

Contoh:

- Seorang perawat paliatif yang merawat pasien Muslim harus memastikan bahwa pasien memiliki akses ke makanan halal dan dapat melakukan sholat.

- Seorang perawat paliatif yang merawat pasien Hindu harus menghormati keyakinan pasien tentang reinkarnasi dan karma.
- Seorang perawat paliatif yang merawat pasien Ateis harus menghindari membuat asumsi tentang keyakinan pasien tentang kehidupan setelah kematian.

Perawat paliatif memiliki peran penting dalam menjaga kualitas hidup pasien paliatif. Dengan memberikan perawatan fisik dan emosional yang berkualitas, mendukung pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi kematian, dan menghormati budaya dan keyakinan pasien, perawat dapat membantu pasien untuk menjalani hidup yang lebih nyaman, bermartabat, dan bermakna selama masa-masa sulit ini.

D. Latihan

- a. Bagaimana cara mekanisme perawat paliatif harus mempertimbangkan berbagai faktor, termasuk prinsip-prinsip etik dan hukum, keinginan pasien, dan kebutuhan keluarga pasien dalam merawat pasien yang paliatif?
- b. Bagaimana Perawat paliatif dapat membantu pasien dan keluarga mereka untuk menghadapi kematian?
- c. Bagaimana tanggung jawab hukum diatur dalam konteks perawatan paliatif menurut perundang-undangan Indonesia?

Soal:

1. Seorang laki-laki berumur 80 tahun paska operasi Ca Prostet, direncanakan untuk dilakukan tindakan ROM, dimandikan dan dibantu makan sebelum melakukan tindakan ROM dan memandikan, perawat bertanya pada lansia untuk memilih Tindakan apa yang dilakukan terlebih dahulu. Apakah prinsip etik yang diterapkan perawat tersebut?
 - A. Justice
 - B. **Autonomy**
 - C. Beneficence
 - D. Confidentiality
 - E. Non-maleficence
2. Seorang Perempuan berusia 20 tahun belum menikah dengan diagnose medis kista ovarium dan direncanakan Tindakan operasi keluarga dan

pasien mengungkapkan ketakutannya tidak mempunyai keturunan.

Apakah prinsip etik yang diterapkan perawat pada kasus diatas/

- A. Memperoleh informasi
- B. Mengambil Keputusan
- C. Menolak Tindakan
- D. Kemandirian pasien

E. Bebas dari bahaya

3. Seorang Perempuan berusia 30 tahun diruang bedah dengan keluhan terdapat luka pada payudara, Ketika perawat akan melakukan perawatan luka, pasien meminta supaya dilakukan di ruang Tindakan, karena merasa tidak nyaman dengan pasien lain dalam satu bangsal. Perawatpun menyetujui permintaan pasien. Apakah prinsip etis yang dilakukan oleh perawat tersebut?

A. Respek pada autonomy

- B. Non-malaeficence
- C. Kesetiaan
- D. Kejujuran (Veracity)
- E. Keadilan (justice)

4. Perempuan berusia 50 tahun yang dirawat di RS X mengeluh, daerah kemaluannya gatal-gatal dan Riwayat ca cervix. Perawat melakukan pengkajian dan pemeriksaan fisik tetapi lupa menutup tirai jendela atau memasang sampiran. Apakah aspek etik yang dilanggar perawat?

- A. Justice
- B. Autonomy
- C. Beneficence

D. Confidentiality

- E. Non-maleficence

5. Sehubungan dengan etika, kita sering mendengar istilah kode etik. Kode etika adalah?

Jawaban: Kode etik merupakan aturan-aturan susila atau sikap akhlak yang ditetapkan bersama dan di taati bersama oleh para anggota, yang tergabung dalam suatu organisasi (Organisasi profesi)

E. Rangkuman Materi

Perawatan yang dibutuhkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menderita penyakit yang mengancam nyawa dan progresif, seperti kanker, penyakit non-kanker, atau human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS), dikenal sebagai perawatan paliatif. Perawat memiliki peran penting dalam menjaga kualitas hidup pasien paliatif. Pasien paliatif seringkali mengalami berbagai gejala fisik dan emosional yang kompleks, dan perawat dapat membantu mereka untuk mengelola gejala-gejala ini dan menjalani hidup yang lebih nyaman dan bermartabat. Libatkan klien atau keluarga dalam proses pengambilan keputusan tentang perawatan paliatif harus didokumentasikan dengan baik. Dokumentasi harus mencakup informasi tentang pasien, pilihan perawatan yang dipertimbangkan, alasan di balik keputusan yang diambil, dan persetujuan pasien dan keluarga. Dokumentasi ini penting untuk memastikan bahwa keputusan yang dibuat dapat ditelusuri dan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan keinginan mereka.

F. Glosarium

HIV : *Human Immunodeficiency Virus*

AIDS : *Acquired Immune Deficiency Syndrome*

Daftar Pustaka

- Alkouri osama A, Alkhateeb AJ, Kawafhah M. Importance and implementation of nursing documentation: review study. European Scientific Journal. 2016;12(3):101-6
- Kiran, Y., & Dewi, U. S. P. (2017). Pengetahuan dan Sikap Perawat dalam Memenuhi Kebutuhan Psikologis dan Spiritual Klien Terminal. JURNAL Pendidikan Keperawatan Indonesia, 3(2), 182. <https://doi.org/10.17509/jPKI.v3i2.9425>
- Shatri, H., Faisal, E., Putranto, R., & Sampurna, B. (2020). Advanced Directives pada Perawatan Paliatif. Jurnal Penyakit Dalam Indonesia, 7(2), 125. <https://doi.org/10.7454/jpdi.v7i2.315>
- Sisilia Mariani Destisary, S. A. (2021). Pengalaman Perawat Dalam Merawat Pasien Fase End Of Life Di Ruang Icu. Jurnal Gawat Darurat Volume 3 No 1 Juni 2021, Hal 29 - 42, 3, 29-42.
- Suprapto. (2019). Relationship between Satisfaction with Nurse Work

Performance in Health Services in Hospitals. Indian Journal of Public Health Research & Development, 10(10), 785. <https://doi.org/10.5958/0976-5506.2019.02912.7>

Widowati, D. R. (2019). Determinan Faktor Yang Berhubungdengan Pengetahuan Dan Sikap Perawat Dalam Perawatan Paliatif Di RSUD Dr. Soetomo. Universitas Airlangga

BAB 2

KONSEP PERAWATAN PALIATIF

Pendahuluan

Buku ini berjudul Buku Ajar Keperawatan Paliatif. Pada Bab ini menjelaskan mengenai konsep perawatan paliatif. Setelah membaca materi ini, peserta didik diharapkan mampu memahami dan menjelaskan mengenai konsep perawatan paliatif mulai dari pengertian, tujuan, prinsip, kriteria pelayanan paliatif, pelayanan paliatif dan hambatan perawatan paliatif.

Buku ini dirancang untuk membantu peserta didik untuk meningkatkan pengetahuan terkait konsep perawatan paliatif melalui teks tulisan, gambar, latihan, atau rangkuman dari berbagai sumber pustaka lainnya serta dilengkapi dengan latihan soal yang dapat digunakan untuk meningkatkan pengetahuan dan mengevaluasi kegiatan pembelajaran.

Pendekatan pembelajaran yang digunakan dalam buku ini adalah dengan pembelajaran aktif dimana peserta didik dapat belajar secara mandiri terlebih dahulu sebelum pembelajaran di mulai, sehingga peserta didik mampu belajar secara aktif pada saat pembelajaran.

Pedoman penggunaan buku ini adalah peserta didik dapat membaca buku ini sebelum kegiatan pembelajaran di mulai kemudian mengerjakan latihan soal yang tersedia dan mengevaluasi secara mandiri hasil belajar dengan mencocokan jawaban pada kunci soal yang telah disediakan.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Instruksional

Setelah mempelajari buku ajar ini, peserta didik mampu memahami dan menjelaskan konsep perawatan paliatif.

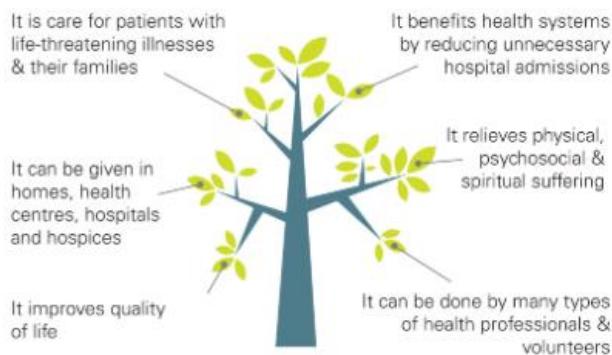
Capaian Pembelajaran

Setelah mempelajari buku ajar ini, peserta didik mampu:

1. Memahami dan menjelaskan pengertian perawatan paliatif
2. Memahami dan menjelaskan tujuan perawatan paliatif
3. Memahami dan menjelaskan prinsip perawatan paliatif
4. Memahami dan menjelaskan kriteria pelayanan paliatif
5. Memahami dan menjelaskan pelayanan paliatif
6. Memahami dan menjelaskan hambatan perawatan paliatif

Uraian Materi

A. Pengertian Perawatan Paliatif



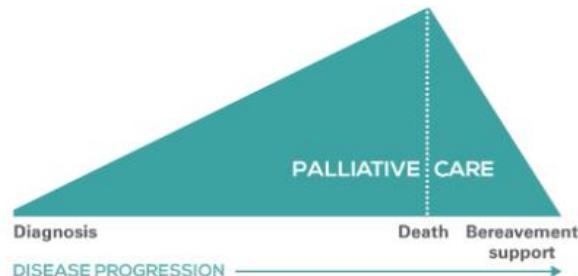
Gambar 4.1: *What is Palliative Care* (WHO, 20

Paliatif berasal dari kata "Pallium" (bahasa Latin yang berarti jubah atau mantel) dan "palliate" (bahasa Inggris yang berarti meringankan). Mantel atau jubah ini memberikan perlindungan, membuat pengguna merasa nyaman dan hangat. Dengan demikian, perawatan paliatif didefinisikan sebagai layanan yang memungkinkan pasien dan keluarganya merasa nyaman dengan masalah mereka. Pelayanan paliatif tidak hanya mencakup masalah fisik pasien saja melainkan masalah psikologis, sosial, dan spiritual mereka. Di mana setiap komponen tersebut berinteraksi satu sama lain dan berdampak satu sama lain.

Perawatan paliatif adalah perawatan total yang diberikan secara aktif kepada pasien dan keluarga yang menderita penyakit sehingga membatasi kehidupan. Perawatan ini dilakukan oleh tim yang terdiri dari berbagai disiplin ilmu dan diberikan setelah penyakit pasien tidak lagi menunjukkan respons terhadap pengobatan atau pasien menerima intervensi untuk memperpanjang masa hidup.

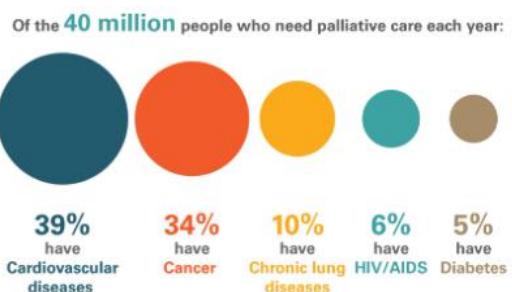
Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak) dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan dengan identifikasi dini, penilaian menyeluruh, penanganan nyeri dan masalah lainnya seperti fisik, psikologis, sosial, spiritual serta penderitaan anggota keluarga (WHO, 2018).

B. Kapan Perawatan Paliatif diperlukan



Gambar 4.1: When Palliative Care Needed

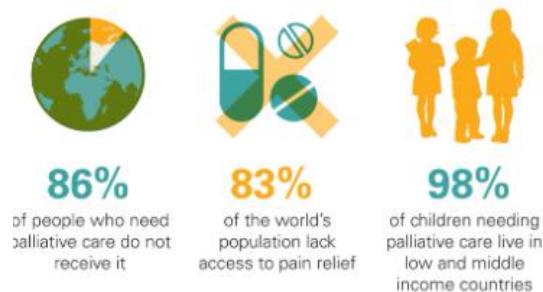
Orang-orang dari segala usia, termasuk anak-anak, dapat mengalami kondisi kesehatan yang serius yang membutuhkan perawatan paliatif. Perawatan paliatif membantu pasien dan keluarga. Pasien mengakui bahwa seluruh keluarga akan terkena dampak penyakit serius. Perawatan paliatif diperlukan untuk individu dengan berbagai masalah kesehatan, terutama pasien dengan kondisi yang memburuk dari waktu ke waktu. Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa baik pada dewasa, anak, atau geriatri, termasuk penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, parkinson, gagal jantung, gagal ginjal, penyakit genetika, dan penyakit infeksi seperti Corona Virus Disease 2019 (COVID-19) dan Human Immunodeficiency Virus Acquired/Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS), sangat membutuhkan pelayanan paliatif. Dari gambar 3, dapat kita lihat bahwa sebanyak 40 juta orang memerlukan perawatan paliatif setiap tahun.



Gambar 4.2: Who Need It

Orang-orang di seluruh dunia membutuhkan perawatan paliatif, tetapi tidak semua negara saat ini memiliki layanan perawatan paliatif di tempat. Hal ini perlu diubah. Perawatan paliatif penting dan bukanlah kemewahan. Siapa pun yang membutuhkannya harus dapat memperolehnya dengan harga yang terjangkau dan mudah diakses. Dari gambar 4 menunjukkan

bahwa sekitar 86% orang di dunia belum menerima perawatan paliatif padahal memerlukan perawatan tersebut, 83% dari populasi di dunia kesulitan akses untuk mendapatkan Pereda nyeri dan 98% anak-anak yang memerlukan perawatan paliatif berada pada negara dengan pendapatan menengah ke bawah.



Gambar 4.3: What are the gaps

C. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama perawatan paliatif adalah untuk membantu klien dan keluarga mencapai kualitas hidup terbaik (Potter & Perry, 2009). Perawataan paliatif tidak menekankan pada penyembuhan melainkan memberikan bantuan terhadap penderitaan yang dialami dengan mengelola gejala yang muncul dan memaksimalkan kualitas hidup (Black & Hawks, 2005).

Tujuan dari perawatan paliatif adalah untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan support kepada keluarganya. Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal dia sudah siap secara psikologis dan spiritual, tidak stres menghadapi penyakit yang dideritanya. Kualitas hidup mempunyai 4 (empat) dimensi antara lain:

1. Dimensi Fisik

Dimensi fisik yang di maksud adalah keadaan sehat yang nyaman dan penuh mobilitas.

2. Dimensi Psikologis

Kemampuan manusia untuk menikmati hidupnya, terlibat dalam kegiatan yang menimbulkan kegembiraan dan kemampuan untuk mendapatkan kepuasan dan mengendalikan hidupnya.

3. Dimensi Sosial

Seberapa besar manusia mampu berinteraksi dan berperan dalam lingkungannya baik dalam keluarga maupun masyarakat sekitarnya termasuk dalam hal pekerjaan, pendapatan, hasil karya dan lain sebagainya.

4. Dimensi Spiritual

Bagaimana seseorang mampu menyakini bahwa hidupnya berarti, mampu memenuhi harapan ada kekuasaan yang lebih besar dari manusia yakni Tuhan yang diyakini serta diagungkan.

D. Prinsip Perawatan Paliatif

Dalam memberikan perawatan paliatif menggunakan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Memegang teguh kehidupan dan menempatkan kematian sebagai proses normal (*Affirm life and regards dying as normal process*).
2. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian (*Aims to neither hasten nor postpone death*).
3. Memberikan pasien peranan yang terpenting dalam pengambilan keputusan (*Gives the patient a central role in decision making*).
4. Memberikan tata laksana gejala yang menimbulkan stres (*Provide relief from distressing symptoms*).
5. Mengintegrasikan aspek psikologis, emosi, spiritual dan sosial bagi pasien dan keluarganya serta pelaku rawat dengan memperhatikan aspek kultur yang dipegang oleh pasien dan keluarga (*Integrates the psychological, emotional, spiritual and sosial aspects of care for the patients, the family and carers in a culturally sensitive manner*).
6. Menghindari intervensi yang sia-sia (*Avoids futile interventions*).
7. Menyediakan sistem dukungan untuk membantu pasien dapat hidup seaktif mungkin sampai meninggal (*Offers a support system to help patients live as actively as possible until death*).
8. Memberikan sistem dukungan untuk membantu keluarga dan pelaku rawat dalam menghadapi kondisi yang ada selama sakit dan setelah pasien meninggal (*Offers a support system to help the family and carers coping during the patient's illness and after the patient's death*)
9. Menggunakan pendekatan tim dalam memenuhi kebutuhan pasien dan pelaku rawat (*Uses a team approach to address the needs of patients and their care givers*).

E. Kriteria Pelayanan Paliatif

Berdasarkan Kemenkes RI No. HK. 01.07/MENKES/2180/2023, pelayanan paliatif di Indonesia diberikan pada pasien yang memenuhi kriteria sebagai berikut:

1. Pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa terutama dalam stadium lanjut dan/atau stadium terminal dengan harapan hidup terbatas;
2. Pasien yang memerlukan perawatan untuk memperbaiki kualitas hidup; dan/ atau
3. Pasien yang membutuhkan dukungan psikologis, sosial, dan spiritual.

Selain kriteria di atas, pasien yang mendapatkan pelayanan paliatif ditetapkan dengan hasil skoring instrumen kriteria penapisan perawatan paliatif.

F. Pelayanan Paliatif

Berdasarkan Kemenkes RI No.01.07/MENKES/2180/2023, pelayanan paliatif yang diberikan kepada pasien meliputi kegiatan sebagai berikut:

1. Tata laksana nyeri

Nyeri didefinisikan oleh *International Association for the Study of Pain* (IASP) sebagai suatu pengalaman yang tidak menyenangkan secara sensorik dan emosional, yang berkaitan dengan kerusakan jaringan yang yang terjadi baik secara aktual maupun potensial. Salah satu aspek penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien adalah pengendalian nyeri. Dalam pengendalian nyeri, tujuan utama adalah deteksi dini, bebas nyeri, pemantauan, dan dokumentasi.

Faktor fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dapat menyebabkan nyeri pada pelayanan paliatif. Salah satu komponen penting dari perawatan paliatif adalah manajemen nyeri yang efektif. Perawatan pasien yang kompleks membutuhkan kolaborasi multidisipliner.

2. Tatalaksana keluhan fisik lain

Keluhan fisik lain yang paling umum dialami oleh pasien paliatif adalah mual atau muntah, ansietas, depresi, konstipasi, sesak nafas, kehilangan selera makan, fatigue dan kesulitan tidur.

3. Dukungan psikologis

Prinsip dalam memberikan dukungan psikologis antara lain:

- a. Kenali gejala depresi dan cemas;
- b. Gunakan alat ukur yang tepat dan disesuaikan untuk melakukan asesmen gangguan psikologis seperti depresi dan cemas;

- c. Kenali dan hargai strategi perawatan yang dimiliki pasien dan keluarga mereka;
 - d. Tanyakan kondisi emosional pasien, tetapi jangan paksa mereka untuk membahas masalah psikologis;
 - e. Berikan dukungan psikologis yang diperlukan karena penyakit ini berubah seiring berjalananya waktu, dan ini perlu dibicarakan dengan hati-hati dengan pasien dan keluarga;
 - f. Pertimbangkan peran faktor kultural dalam memberikan dukungan mental.
4. Dukungan sosial
- Ada banyak faktor yang dapat memengaruhi aspek sosial pada pasien yang menjalani perawatan paliatif. Faktor-faktor tersebut yaitu hubungan pasien dengan keluarga dan pekerjaan, keyakinan pasien tentang keluarga mereka, masalah keuangan, dan cara pasien beradaptasi dan berinteraksi dengan lingkungan.
5. Dukungan spiritual
- Kualitas pelayanan paliatif bergantung pada fokus pada aspek spiritual pasien. Spiritualitas mencakup makna dan tujuan hidup selain agama. Agama, kultur, dan kebiasaan keluarga membentuk spiritualitas seseorang. Pengalaman hidup juga memengaruhinya. Ini menentukan sikap, nilai, keyakinan, dan tindakan seseorang. Saat seseorang menderita penyakit terminal, spiritualitas mereka menjadi nyata. Dari perspektif spiritual, keluarga dan tim paliatif berfungsi sebagai pendamping dalam menghadapi kematian sehingga kematian pada akhirnya menjadi damai, nyaman, dan bermartabat sesuai dengan keyakinan mereka
- Dalam memberikan dukungan spiritual, perlu diperhatikan hal-hal antara lain:
- a. Asesmen terhadap aspek spiritual yang berhubungan dengan masa lalu: arti kehidupan masa lalu, hubungan di masa lalu, pencapaian, kenangan yang menyakitkan atau memalukan, rasa bersalah dan penyesalan, kegagalan mencapai sesuatu.
 - b. Kondisi dan kebutuhan spiritual yang berhubungan dengan saat ini: integritas diri, ketergantungan terhadap orang lain, perubahan status sosial, arti penderitaan yang dialami, dan tujuan hidup.

- c. Kekhawatiran akan masa yang akan datang: perpisahan dengan orang yang dicintai, rasa tidak ada harapan, tidak berarti, dan ketakutan akan kematian.
 - d. Aspek yang berhubungan dengan agama: harapan, pengampunan dosa, hukuman, kehidupan yang akan datang, dan sumber-sumber yang dapat memberikan dukungan secara keyakinan.
6. Perencanaan perawatan di masa mendatang (*advance care planning*)

Perencanaan perawatan di masa mendatang (*Advance Care Planning/ ACP*) adalah suatu proses dinamis mengenai perawatan masa depan yang dihasilkan melalui diskusi terus menerus antara pasien, orang yang merawatnya, keluarganya, dan tenaga kesehatan (dokter/perawat) tentang nilai dan kepercayaan pasien serta pilihan mereka untuk perawatan dan pengobatan. Setelah pasien tidak lagi mampu membuat keputusan sendiri, preferensi mereka akan menjadi dasar pemilihan perawatan dan pengobatannya di masa depan. Berbagai aspek individu, seperti kondisi fisik, psikologis, sosial budaya, dan spiritual, akan dipertimbangkan dalam perencanaan perawatan yang akan datang.

Menurut berbagai asosiasi paliatif, pelaksanaan perencanaan perawatan masa depan adalah cara untuk menghormati hak otonomi pasien untuk mendapatkan perawatan medis dari lahir hingga akhir hayatnya. Perencanaan perawatan di masa mendatang dilakukan sedini mungkin sebelum masuk dalam akhir kehidupan.

Perencanaan perawatan di masa mendatang dituangkan dalam bentuk dokumen yang berisi nilai, tujuan, pilihan terhadap tindakan atau penolakan tindakan.

Perencanaan perawatan di masa mendatang antara lain:

- a. Penunjukan pihak ke tiga yang akan bertindak atas nama pasien dalam pengambilan keputusan ketika pasien tidak mampu membuat keputusan;
 - b. Perencanaan *Do Not Resuscitate (DNR)*, tindakan invasif, dan atau tindakan penopang kehidupan lainnya di Rumah Sakit;
 - c. Donasi organ, jaringan atau tubuh; dan
 - d. Wasiat.
7. Perawatan akhir kehidupan

Perencanaan perawatan akhir kehidupan berfokus pada pasien sebelum dan selama proses kematian. Pasien ditetapkan pada tahap

menjelang kematian berdasarkan asesmen yang dilakukan sesuai dengan panduan yang berlaku dan sesuai dengan apa yang dikatakan pasien selama perawatan berikutnya. Tujuan perawatan akhir kehidupan adalah untuk mencapai kenyamanan, kedamaian, dan kematian bermartabat, serta untuk tidak melanggar peraturan perundang-undangan, seperti *euthanasia* dan *assisted suicide*.

8. Dukungan dan persiapan selama masa duka

Dukungan yang perlu diperhatikan selama masa duka yaitu:

- a. Menghormati prinsip dan martabat yang meninggal dunia dan keluarganya terkait dengan ekspresi duka sesuai dengan pendapat mereka, budaya setempat, dan kepercayaan spiritual.
- b. Menghargai keputusan yang dibuat keluarga selama proses pemakaman.
- c. Waspadai gejala duka cita yang tidak biasa, seperti:
 - 1) Duka cita berlebihan (*exaggerated grief*), karena tanpa disadari akan mencederai diri atau kurangnya asupan makanan dan minuman. Selain itu, perlu diwaspadai apakah agresifitas itu masih ada, karena ketakutan akan adanya psikosis.
 - 2) Duka cita yang tertunda (*delayed grief*), yang sangat ditakuti adalah duka cita terjadi setelah peziarah sudah meninggalkan yang sedang berduka tanpa pendampingan.
 - 3) Duka cita tersamar (*masked grief*), dukacita sejenis ini tersamar dengan keluhan fisik atau keluhan fungsi kognitif yang sering baru diketahui setelah parah.
 - 4) Duka cita yang kronis (*Complicated grief*), adalah dukacita yang berlangsung lebih dari masa penyesuaian yaitu lebih dari 6 bulan dengan gejala hampir sama dengan awal tahap duka cita.
 - 5) Perubahan ekspresi duka cita yang berfokus pada rasa kehilangan beserta dampaknya dan rasa sepi akibat ditinggal berubah menjadi ekspresi menyalahkan diri sendiri atas kematian tersebut, kegagalan merawat diri, merasa diri tidak berharga, apalagi tidak pantas untuk hidup lagi, karena hal ini kemungkinan berlanjut ke kecenderungan bunuh diri atau gangguan depresi berat (*major depressive disorder*).
 - 6) Perubahan pola tidur yang biasanya sesekali datang dengan ekspresi rasa kehilangan dan kerinduan akibat ditinggal orang

yang dekat, menjadi mimpi-mimpi buruk yang menegangkan, gambaran kilas balik tentang detik-detik kematian itu sendiri yang menyebabkan gejala panik, maka kemungkinan gejala tersebut akan berlanjut ke gangguan stres pasca trauma (*post traumatic stress disorder*).

- 7) Timbulnya kebiasaan baru yang kurang patut bahkan buruk, misalnya menolak makan atau sebaliknya makan berlebihan (*binge eating*), merokok, meminum obat berlebihan dengan berbagai alasan.
- 8) Penanganan duka cita harus dilakukan secara holistik, Dimana tahap awal adalah penanganan sudut psiko-sosio-spiritual atau non farmakologis dan terapi farmakologis.

G. Hambatan Perawatan Paliatif

Menurut penelitian yang dilakukan oleh N.R Tampubolon, D.W Fatimah & A.U.N Hidayati (2021), hambatan dalam implementasi perawatan paliatif dijabarkan dalam tiga garis besar yaitu:

1. Miskonsepsi perawatan paliatif

Pemberi perawatan kesehatan profesional percaya bahwa pasien paliatif tidak harus dirawat dengan masalah psikologis, kesulitan sosial, atau masalah spiritual karena pasien ingin memberikan perawatan sampai akhir di rumah sakit. Hal ini menyebabkan penolakan untuk merujuk pasien ke perawatan paliatif karena hal itu menjadi tabu untuk berbicara tentang kematian, menghindari penggunaan opioid, takut kehilangan kontrol, dan penghasilan (Witjaksono et al., 2014).

Kesadaran pasien atau persepsi pasien sangat penting untuk penerapan perawatan paliatif yang ada di seluruh dunia. Selain itu, pandangan pemberi pelayanan kesehatan juga memengaruhi hasil perawatan paliatif (Sommerbakk et al., 2016). Untuk mengatasi situasi yang tidak pasti, pasien dan keluarga membutuhkan informasi lebih lanjut, tetapi sumber daya kesehatan kesulitan untuk memberikan informasi tersebut (Nova, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa perawatan paliatif tidak memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga.

2. Integrasi aspek spiritual dalam praktik perawatan paliatif

Profesional kesehatan dalam perawatan paliatif yang memiliki perspektif dan praktik spiritual yang kuat sehingga mempengaruhi pemenuhan kebutuhan spiritual pasien karena dapat membantu atau

bertindak sebagai konselor spiritual (Rochmawati et al., 2018). Namun, jika profesional kesehatan tidak memiliki nilai spiritual yang cukup, maka akan kesulitan memfasilitasi kebutuhan spiritual pasien (Rochmawati et al., 2018).

3. Kebutuhan standar perawatan paliatif.

Menyusun standar nasional tentang perawatan pasien paliatif, termasuk kurikulum pendidikan, dapat membantu mengatasi tantangan yang dihadapi profesional kesehatan dalam menerapkan perawatan paliatif (Effendy et al., 2014). Engguneet al. (2014) juga menyatakan bahwa perawatan paliatif harus diperbaiki, terutama dalam hal pelatihan terkait perawatan paliatif dan penyampaian berita buruk. Dalam implementasi perawatan paliatif, peningkatan akses, fasilitas, dan layanan kesehatan adalah hal yang penting, menurut penelitian lain (Arisanti et al., 2019).



Gambar 2.4: Hambatan Dalam Pengembangan Perawatan Paliatif

H. Latihan

1. Apa yang dimaksud dengan perawatan paliatif?
 - A. Perawatan yang fokus pada penyembuhan penyakit.
 - B. Perawatan yang bertujuan untuk memperpanjang umur pasien.
 - C. Perawatan total yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien yang menderita penyakit serius.**

- D. Perawatan yang hanya dilakukan pada pasien yang sudah meninggal.
 - E. Perawatan yang berfokus pada pemberian obat-obatan kuat saja.
2. Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah:
- A. Mengurangi biaya perawatan pasien.
 - B. Mempercepat proses kematian pasien.
- C. Membantu pasien dan keluarga mencapai kualitas hidup terbaik.**
- D. Menyembuhkan penyakit pasien secara total.
 - E. Mengurangi peran keluarga dalam perawatan pasien.
3. Kemampuan manusia untuk menikmati hidupnya, terlibat dalam kegiatan yang menimbulkan kegembiraan dan kemampuan untuk mendapatkan kepuasan dan mengendalikan hidupnya. Pernyataan tersebut merupakan dimensi kualitas hidup pada aspek?
- A. Dimensi Fisik
 - B. Dimensi Psikologis**
 - C. Dimensi Ekonomi
 - D. Dimensi Sosial
 - E. Dimensi Spiritual
4. Perawatan paliatif menempatkan kematian sebagai:
- A. Sebuah kegagalan medis.
 - B. Proses yang harus dihindari.
- C. Proses normal dari kehidupan.**
- D. Sebuah kondisi yang harus diperjuangkan.
 - E. Sebuah kondisi yang tidak dapat diterima.
5. Manakah dari berikut ini yang merupakan kriteria pasien yang layak mendapatkan pelayanan paliatif menurut Kemenkes RI No. HK. 01.07/MENKES/2180/2023?
- A. Pasien dengan penyakit ringan yang masih dapat disembuhkan.
- B. Pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa dalam stadium lanjut.**
- C. Pasien yang membutuhkan bantuan ekonomi.
 - D. Pasien yang hanya memerlukan perawatan psikiatris.
 - E. Pasien yang tidak memiliki keluarga.

I. Rangkuman Materi

1. Perawatan paliatif adalah pendekatan perawatan medis yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit serius yang tidak dapat disembuhkan. Fokus utamanya adalah meringankan penderitaan dengan mengidentifikasi dan mengelola gejala-gejala fisik, psikologis, sosial, dan spiritual yang dialami pasien dan keluarganya.
2. Tujuan utama perawatan paliatif adalah membantu pasien dan keluarga mencapai kualitas hidup yang optimal. Ini dilakukan dengan mengurangi penderitaan, memperpanjang hidup jika memungkinkan, serta memberikan dukungan emosional dan spiritual. Kualitas hidup yang ditargetkan mencakup empat dimensi: fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.
3. Prinsip perawatan paliatif meliputi:
 - a. Menghargai kehidupan dan menerima kematian sebagai proses alami.
 - b. Tidak mempercepat atau menunda kematian.
 - c. Memberikan peran sentral kepada pasien dalam pengambilan keputusan.
 - d. Mengelola gejala-gejala yang menyebabkan stres.
 - e. Mengintegrasikan aspek psikologis, emosional, spiritual, dan sosial dalam perawatan.
 - f. Menghindari intervensi yang tidak perlu.
 - g. Menyediakan dukungan untuk pasien agar dapat hidup seaktif mungkin hingga akhir hayat.
 - h. Menawarkan dukungan kepada keluarga selama sakit dan setelah kematian pasien.
 - i. Menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan pengasuhnya.
4. Pelayanan Paliatif mencakup beberapa aspek, antara lain:
 - a. Tata Laksana Nyeri
 - b. Keluhan Fisik Lain
 - c. Dukungan Psikologis
 - d. Dukungan Sosial
 - e. Dukungan Spiritual
 - f. Perencanaan Perawatan Masa Depan
 - g. Perawatan Akhir Kehidupan

- h. Dukungan Selama Masa Duka
- 5. Hambatan dalam implementasi perawatan paliatif meliputi miskonsepsi tentang perawatan paliatif, integrasi aspek spiritual yang kurang, dan kebutuhan akan standar perawatan yang jelas dan terstruktur.

J. Glosarium

ACP	: <i>Advance Care Planning</i>
<i>Binge eating</i>	: Makan berlebihan
<i>Complicated grief</i>	: Duka cita kronis
<i>Delayed grief</i>	: Duka cita yang tertunda
<i>Exaggerated grief</i>	: Duka cita berlebihan
Eutanasia	: Tindakan mengakhiri dengan sengaja kehidupan makhluk (orang ataupun hewan piaraan) yang sakit berat atau luka parah dengan kematian yang tenang dan mudah atas dasar perikemanusiaan
IASP	: <i>International Association for the Study of Pain</i>
<i>Masked grief</i>	: Duka cita yang tersamar
<i>Major depressive disorder</i>	: Gangguan depresi berat
<i>Post traumatic stress disorder</i>	: Gangguan stress post traumatis
WHO	: <i>World Health Organization</i>

Daftar Pustaka

- Arisanti, N., Pudji, E., Sasongko, S., Pandia, V., & Hilmanto, D. (2019). Implementation of palliative care for patients with terminal diseases from the viewpoint of healthcare personnel. *BMC Research Notes*, 3–7. <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4260-x>
- Effendy, C., Vissers, K., Osse, B. H. P., Tejawiñata, S., Vernoij-Dassen, M., & Engels, Y. (2014). Comparison of Problems and Unmet Needs of Patients with Advanced Cancer in a European Country and an Asian Country. *World Institute of Pain*, 15(5), 433–440.
- Enggune, M., Ibrahim, K., & Rizmadewi Agustina, H. (2014). Persepsi Perawat Neurosurgical Critical Care Unit Terhadap Perawatan Pasien Menjelang Ajal. *Jurnal Keperawatan Padjadjaran*, v2(n1), 35–42. <https://doi.org/10.24198/jkp.v2n1.5>

Helgeson SA, et al. Early versus usual palliative care consultation in the intensive care unit. American Journal of Hospice and Palliative Medicine. 2022; <https://doi.org/10.1177/10499091221115732>

Kemenkes RI No. HK. 01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif. <https://yankes.kemkes.go.id/> Diakses Tanggal 01 Agustus 2024.

Mackey RM (expert opinion). Mayo Clinic. Jan. 18, 2023.

National consensus project for quality palliative care. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. 4th ed. 2018. <https://www.nationalcoalitionhpc.org/ncp/>. Accessed August. 31, 2024.

Nova, P. A. (2018). Chronic heart failure patients' perceptions on their palliative care needs. *Enfermería Clínica*, 28.

N.R Tampubolon, D.W Fatimah & A.U.N Hidayati. 2021. Hambatan-Hambatan Implementasi Perawatan Paliatif di Indonesia: Systematic Review. Jurnal Kesehatan 14 (1) 2021, 1-10. <https://doi.org/10.23917/jk.v14i1.12815>

Rochmawati, E., Wiechula, R., & Cameron, K. (2018). Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care service in Indonesia: An ethnographic study. *Nursing & Health Sciences*, June 2017, 1-7. <https://doi.org/10.1111/nhs.12407>

Sommerbakk, R., Haugen, D. F., Tjora, A., Kaasa, S., & Hjermstad, M. J. (2016). Barriers to and facilitators for implementing quality improvements in palliative care - Results from a qualitative interview study in Norway. *BMC Palliative Care*, 15(1), 1–17. <https://doi.org/10.1186/s12904-016-0132-5>

Tomasz RO. Overview of comprehensive patient assessment in palliative care. <https://www.uptodate.com/contents/search>. Accessed August. 31, 2024.

Witjaksono, M. A., Sutandiyo, N., & Suardi, D. (2014). Regional support for palliative care in Indonesia: The Challenges to Developing Palliative Care in Indonesia and the Value of Support from other Organisations in the Asia Pacific Region. Ehospice.

What is palliative care? National Institute of Nursing Research. <https://www.ninr.nih.gov/news-and-information/what-is-palliative-care#.VjJ0rberRph>. Accessed Nov. 22, 2022.

What is palliative care? Center to Advance Palliative Care. <https://getpalliativecare.org/whatis/>. Accessed August. 22, 2022.

BAB 3

PENGKAJIAN FISIK DAN PSIKOLOGIS

Pendahuluan

Peningkatan kualitas hidup pada pasien serta keluarganya dalam menghadapi penyakit yang berpengaruh pada kejiwaan maupun pada fisiknya dilakukan dengan perawatan paliatif. Perawatan paliatif didefinisikan sebagai perawatan yang terintegrasi dan holistik dengan tujuan untuk mengurangi masalah pasien, meningkatkan kualitas hidup pasien serta memberikan dukungan pada keluarganya dalam menghadapi penyakit kronis dan terminal baik secara spiritual maupun psikologis.

Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup seorang pasien serta keluarganya khususnya dalam menanggulangi beban yang dialami oleh keluarga ketika merawat anggota keluarga yang mengalami sakit. Perawatan paliatif merupakan tugas keluarga bukan semata-mata tugas petugas medis belaka. Asuhan diberikan oleh keluarga kepada pasien semenjak awal terdiagnosa penyakitnya hingga akhir hayatnya (Shatri et al., 2020). Paliatif care umumnya diterapkan pada kasus-kasus kronik dan terminal, Salah satu contohnya adalah kasus kanker. Menurut WHO, di tahun 2018 tercatat sebanyak 18,1 juta kasus baru. Sedangkan berdasarkan data American Cancer Society pada tahun 2019 terdapat 17,6 juta kasus baru di Amerika (Sharfina & Indriawati, 2021).

Salah satu yang menyumbang suksesnya pemberikan Asuhan paliatif adalah bagaimana seorang perawat melakukan pengkajian yang konprehensif sehingga data yang didapatkan mendukung untuk menegakkan suatu diagnose keperawatan dan melakukan intervensi yang tepat guna mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi pasien. Bentuk pengkajian yang harus dilakukan dalam perawatan paliatif adalah pengkajian fisik dan psikologis.

Pengkajian fisik dan psikologis pada kasus paliatif care adalah langkah penting dalam menyediakan perawatan yang komprehensif dan bermakna bagi pasien. Dengan pengkajian yang tepat, kebutuhan dan gejala pasien dapat diidentifikasi dan dikelola secara efektif, sehingga meningkatkan kualitas hidup mereka dalam menghadapi penyakit yang serius. Berikut akan dijabarkan bentuk pengkajian fisik dan psikologis pada kasus paliatif care.

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Memahami konsep dasar pengkajian fisik dan psikologis pada kasus paliatif care.

Capaian Pembelajaran:

Mampu Melakukan pengkajian bio, psiko, sosio, spiritual dan kultural Menyusun rencana asuhan keperawatan pada pasien penyakit terminal illness (palliative care)

Uraian Materi

Pengkajian Fisik dan Psikologis

A. Pengkajian Fisik

Pengkajian fisik dalam paliatif care melibatkan evaluasi komprehensif terhadap kondisi fisik pasien untuk mengidentifikasi gejala yang perlu dikelola. Langkah-langkah dalam pengkajian fisik meliputi:

- 1. Anamnesis:** Pengumpulan riwayat kesehatan pasien, termasuk penyakit utama, penyakit penyerta, dan riwayat pengobatan.
 - Riwayat Penyakit Sekarang: Memahami gejala utama, durasi, intensitas, dan pola gejala yang dialami pasien.
 - Riwayat Penyakit Terdahulu: Mengetahui penyakit yang pernah atau sedang diderita, serta pengobatan yang pernah atau sedang dijalani.
 - Riwayat Alergi: Mencatat adanya alergi terhadap obat atau bahan lain yang relevan.
 - Riwayat Pengobatan: Mengetahui obat-obatan yang sedang dikonsumsi, termasuk obat resep, obat bebas, dan suplemen.
- 2. Pemeriksaan Fisik:** Observasi dan palpasi untuk mengidentifikasi tanda-tanda fisik seperti nyeri, pembengkakan, atau tanda-tanda vital lainnya.
 - Vital Signs (Tanda Vital): Mengukur tekanan darah, denyut nadi, suhu tubuh, dan pernapasan.
 - Observasi Umum: Menilai kondisi umum pasien, termasuk tingkat kesadaran, penampilan fisik, dan keadaan nutrisi.
 - Pemeriksaan Kepala dan Leher: Memeriksa kondisi mulut, gigi, telinga, hidung, dan tenggorokan.
 - Pemeriksaan Dada: Mendengarkan suara paru-paru dan jantung menggunakan stetoskop untuk mendeteksi kelainan.
 - Pemeriksaan Abdomen: Memeriksa bentuk, ukuran, dan nyeri tekan pada perut.
 - Pemeriksaan Ekstremitas: Menilai kekuatan otot, kelenturan sendi, dan adanya edema atau luka.
- 3. Penilaian Gejala:** Penggunaan alat penilaian gejala seperti skala nyeri seperti Visual Analog Scale (VAS), penilaian kualitas tidur, dan evaluasi nafsu makan.

- 4. Penilaian Fungsi:** Menilai kemampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari atau disebut dengan Activity Daily Living (ADL) menggunakan instrumen seperti Barthel Index atau Karnofsky Performance Status.

Pengkajian fisik dalam perawatan paliatif mencakup beberapa aspek utama:

1. **Penilaian Nyeri:** Penggunaan alat seperti skala nyeri (misalnya, *Numerical Rating Scale*, *Visual Analog Scale*) membantu dalam menilai intensitas dan karakteristik nyeri. Informasi ini penting untuk merencanakan manajemen nyeri yang efektif.
2. **Status Nutrisi:** Penilaian status gizi penting karena malnutrisi umum terjadi pada pasien paliatif. Penggunaan alat seperti *Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)* dapat membantu dalam identifikasi dan intervensi dini.
3. **Fungsi Fisik:** Menggunakan alat penilaian seperti Karnofsky Performance Status atau *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status* membantu menilai kemampuan fungsional pasien dan kebutuhan perawatan sehari-hari. Aktivitas Sehari-hari (ADL): Menggunakan instrumen seperti Barthel Index untuk menilai kemampuan melakukan aktivitas sehari-hari. Mobilitas: Menilai kemampuan pasien untuk bergerak, termasuk berjalan dan berpindah posisi.
4. **Gejala Lain:** Pengkajian terhadap gejala lain seperti mual, muntah, sesak napas, menggunakan Borg Scale atau *Modified Medical Research Council (mMRC) Dyspnea Scale*.dan kelelahan penting untuk memberikan perawatan yang menyeluruh, menggunakan *Fatigue Severity Scale (FSS)* untuk menilai tingkat kelelahan.

B. Pengkajian Psikologis

Pengkajian psikologis sama pentingnya dengan pengkajian fisik dalam perawatan paliatif. Pengkajian psikologis bertujuan untuk mengidentifikasi kebutuhan emosional, psikologis, dan spiritual pasien. Langkah-langkah dalam pengkajian psikologis meliputi:

1. **Wawancara Klinis:** Menggumpulkan informasi dasar, menggali perasaan, identifikasi gejala emosional.
 - o Pengumpulan Informasi Dasar: Mengenal latar belakang pasien termasuk riwayat hidup, keluarga, pekerjaan, dan lingkungan sosial.

- Penggalian Perasaan dan Pikiran: Menanyakan tentang perasaan, kekhawatiran, harapan, dan keyakinan pasien mengenai penyakit dan prognosisnya.
 - Identifikasi Gejala Emosional: Memperhatikan tanda-tanda depresi, kecemasan, stres, dan perubahan suasana hati.
- 2. Penilaian Stres dan Kecemasan:** Menggunakan instrumen seperti Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) atau Beck Depression Inventory (BDI) untuk menilai tingkat kecemasan dan depresi. Penilaian Stres: Menilai tingkat stres menggunakan alat seperti Perceived Stress Scale (PSS) untuk memahami beban psikologis yang dirasakan pasien.
- 3. Penilaian Kualitas Hidup:** Menggunakan kuesioner seperti WHOQOL-BREF atau EORTC QLQ-C30 untuk menilai kualitas hidup pasien dari berbagai aspek.
- 4. Penilaian Dukungan Sosial**
- Identifikasi Jaringan Dukungan: Mengidentifikasi siapa saja yang menjadi sumber dukungan sosial bagi pasien, termasuk keluarga, teman, dan komunitas.
 - Kuesioner Dukungan Sosial: Menggunakan alat seperti *Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS)* untuk mengukur persepsi pasien tentang dukungan sosial yang mereka terima.
- 5. Penilaian Spiritual**
- Diskusi tentang Keyakinan dan Nilai: Mengajak pasien berbicara tentang keyakinan spiritual atau agama yang mereka anut dan bagaimana hal tersebut mempengaruhi pandangan mereka terhadap penyakit dan kematian.
 - Alat Penilaian Spiritual: Menggunakan instrumen seperti *Spiritual Well-Being Scale (SWBS)* untuk menilai kesejahteraan spiritual pasien.
- Pedoman Perawat Palliative Berdasarkan National Consensus Project For Quality Palliative Care (NCP, 2013) pedoman praktik klinis untuk perawat palliative dalam meningkatkan kualitas pelayanan palliative terdiri dari 8 domain diantaranya:
- Domain pertama: **Structure and proses of care Structure and proses of care**
- Merupakan cara menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif dalam memberikan perawatan yang berkesinambungan

pada pasien dan keluarga (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus menerima pendidikan tentang palliative care primer baik itu tingkat sarjana, magister dan doctoral
2. Semua perawat harus diberikan pendidikan lanjut untuk palliative care primer
3. Semua perawat menerima orientasi palliative care primer yang termasuk didalamnya mengenai sikap, pengetahuan dan keterampilan dalam domain palliative care. Ini termasuk penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika, kesedihan dan kehilangan keluarga, komunitas dan pemberi layanan.
4. Semua perawat harus mampu melaksanakan palliative care dengan kerjasama tim dari multidisiplin ilmu
5. Perawat hospice dan perawat palliative harus tersetifikasi dalam memberikan pelayanan palliative care
6. Semua perawat harus berpartisipasi dalam inisiatif memperbaiki kualitas layanan palliative care
7. Perawat hospice dan perawat palliative memperemosikan kontinuitas dalam palliative care sesuai aturan kesehatan dan mempromosikan hospice sebagai pilihan (Ferrell et al., 2007).

Domain Kedua: **Physical Aspect Of Care Physical Aspect Of Care**

Merupakan cara yang dilakukan untuk mengukur dan mendokumentasikan rasa nyeri dan gejala lain yang muncul seperti menilai, mengelola gejala dan efek samping yang terjadi pada masalah fisik pada pasien (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus mampu menilai nyeri, dyspnea dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien dengan penyakit lanjut yang mengancam jiwa
2. Semua perawat harus mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan
3. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti evident based nursing untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan (Ferrell et al., 2007).

Domain Ketiga: **Psychological And Psychiatric Aspect Of Care Psychological And Psychiatric Aspect Of Care**

Merupakan cara yang dilakukan untuk menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti mengukur, mendokumentasikan, mengelola kecemasan, dan gejala psikologis lainnya (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus mampu menilai depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pedoman yang tepat pada pasien yang mengancam jiwa
2. Semua perawat harus mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan
3. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis EBN untuk mengelola gejala psikologis yang ditimbulkan
4. Perawat hospice dan perawat palliative harus mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan
5. Perawat hospice dan perawat palliative harus ikut andil dalam pengembangan palliative care (Ferrell et al., 2007).

Domain Keempat: **Social Aspect Of Care Social Aspect Of Care**

Merupakan cara yang dilakukan untuk mendiskusikan segala informasi, mendiskusikan tujuan perawatan, dan memberikan dukungan sosial yang komprehensif. Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus meninjau kembali kekhawatiran pasien dan keluarga terhadap penyakit lanjut yang mengancam jiwa
2. Perawat hospice dan perawat palliative harus membantu dan mengembangkan sebuah rencana perawatan sosial yang komprehensif yang termasuk didalamnya hubungan dengan keluarga, komunitas, dan orang yang terlibat dalam merawat pasien (Ferrell et al., 2007).

Domain Kelima: **Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care**

Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care

Merupakan cara yang dilakukan untuk menyediakan atau memfasilitasi diskusi terkait kebutuhan spiritual pasien dan keluarga (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Perawat hospice dan perawat palliative harus melakukan pengkajian spiritual mencakup masalah agama, spiritual, dan eksistensial menggunakan pedoman instrument yang terstruktur dan terintegrasi dalam penilaian dalam rencana palliative care

2. Semua perawat harus mampu merujuk pasien dan keluarga pada kondisi yang serius dengan menghadirkan rohaniawan, pendeta jika diperlukan (Ferrell et al., 2007).

Domain Keenam: **Culture Aspect Of Care Culture Aspect Of Care**

Merupakan cara yang dilakukan menilai budaya dalam proses pengambilan keputusan dengan memperhatikan preferensi pasien atau keluarga, memahami bahasa yang digunakan serta ritual-ritual budaya yang dianut pasien dan keluarga. Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut: Semua perawat harus mampu menilai budaya pasien sebagai komponen yang tidak terpisahkan dalam memberikan palliative care dan perawatan dirumah yang komprehensif mencakup pengambilan keputusan, preferensi pasien, komunikasi keluarga, terapi komplementer, dan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan, serta pemakaman dan ritual pemakaman pasien. (Ferrell et al., 2007).

Domain Ketujuh: **Care Of The Patient At End of life Care Of The Patient At End of life** Merupakan cara yang dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang kesiapan menghadapi kematian dan duka cita setelah kematian bagi keluarga yang ditinggalkan. Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Perawat hospice dan perawat palliative harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
2. Semua perawat harus mampu menjamin kenyamanan pada akhir kehidupan
3. Semua perawat harus meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
4. Semua perawat harus mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan
5. Semua perawat harus mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell et al., 2007)

Domain Kedelapan: **Ethical And Legal Aspect Of Care Ethical And Legal Aspect Of Care** Merupakan cara yang dilakukan untuk membuat perencanaan dengan memperhatikan preferensi pasien dan keluarga sebagai penerima layanan dengan tidak melanggar norma dan aturan yang berlaku (Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Semua perawat harus meninjau kembali asuhan keperawatan yang telah diberikan dan semua dokumentasinya
2. Semua perawat harus menjaga prinsip etik berdasarkan komite etik keperawatan
3. Semua perawat harus mengerti hukum aspect palliative dan mencari pakar hukum jika diperlukan (Ferrell et al., 2007)

C. Latihan

1. Untuk mengukur kemampuan pasien dalam melakukan kegiatan sehari-hari, maka perawat dapat menggunakan instrument:
 - A. EORTC QLQ C30
 - B. Barthel index
 - C. Karnofsky performance scale
 - D. Distress thermometer
 - E. Palliative Performance Scale
2. Tn A. Menderita Ca paru stadium 4. Saat ini kondisinya lebih banyak berbaring atau duduk di tempat tidur, Tn.A mulai terengah-engah dan tidak bisa lagi bekerja karena terlalu Lelah. Untuk ADL Tn.A memerlukan bantuan. Karena banyak berada di tempat tidur maka Tn.A sering mengalami konstipasi. Saat ini Tn.A masih memiliki Tingkat kesadaran yang penuh (Compos menter). Berapakah score hasil pengkajian *Palliative Performance Scale* Tn.A saat ini.
 - A. 100
 - B. 80
 - C. 70
 - D. 50**
 - E. 20
3. Pada kasus di atas, Perawat dapat mengkaji gejala yang dialami dengan menggunakan instrument:
 - A. EORTC QLQ C30
 - B. Palliative Performance Scale
 - C. Karnofsky performance scale
 - D. Barthel index

E. Edmonton Symptoms Assessment Scale
4. Dalam menggunakan Palliative Care Screnning tools, maka perawat akan mempertimbangkan 4 kriteria, kecuali:

- A. Penyakit bawaan
 - B. Penyakit Utama
- C. Kondisi Rumah Sakit**
- D. Kondisi psikososial pasien
 - E. Kondisi psikososial keluarga
5. Berdasarkan pengkajian dengan PCST (pada kasus No. 2) maka miliki skor 7, ini berarti:
- A. Tidak ada indikasi paliatif
 - B. Belum ada indikasi paliatif
 - C. Tidak ada dibawah pengawasan
 - D. Perlu masuk dibawah pengawasan
- E. Layak masuk paliatif**

D. Rangkuman Materi

Pemberikan Asuhan paliatif akan sukses jika seorang perawat melakukan pengkajian yang konprehensif sehingga data yang didapatkan mendukung untuk menegakkan suatu diagnose keperawatan dan melakukan intervensi yang tepat guna mengatasi permasalahan yang sedang dihadapi pasien. Bentuk pengkajian yang harus dilakukan dalam perawatan paliatif adalah pengkajian fisik dan psikologis. Pengkajian fisik dalam paliatif care melibatkan evaluasi komprehensif terhadap kondisi fisik pasien untuk mengidentifikasi gejala yang perlu dikelola, sedangkan pengkajian psikologis akan mengidentifikasi kebutuhan emosional, psikologis, dan spiritual pasien.

E. Glosarium

VAS	: <i>Visual Analog Scale</i>
ADL	: <i>Activity Daily Living</i>
MUST	: <i>Malnutrition Universal Screening Tool</i>
ECOG	: <i>Eastern Cooperative Oncology Group</i>
Mmrc	: <i>Modified Medical Research Council</i>
FFS	: <i>Fatigue Severity Scale</i>
HADS	: <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
BDI	: <i>Beck Depression Inventory</i>
PSS	: <i>Perceived Stress Scale</i>
MSPSS	: <i>Multidimensional Scale of Perceived Social Support</i>
SWBS	: <i>Spiritual Well-Being Scale</i>

Daftar Pustaka

- Dy, S. M., Kiley, K. B., Ast, K., Lupu, D., Norton, S. A., McMillan, S. C., & Casarett, D. J. (2015). Measuring what matters: top-ranked quality indicators for hospice and palliative care from the American Academy of Hospice and Palliative Medicine and Hospice and Palliative Nurses Association. *Journal of pain and symptom management*, 49(4), 773-781.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2007). Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Sharfina, N. A., & Indriawati, R. (2021). *Hubungan Usia dan Jenis Kelamin dengan Kejadian Kanker di PKU Muhammadiyah Yogyakarta*. *Jurnal of Innovation and Knowledge*, 1(2), 159–166.
- Shatri, h., faisal, e., putranto, r., & sampurna, b. (2020). Advanced directives pada perawatan paliatif. *Jurnal penyakit dalam indonesia*, 7(2), 125-132.
- World Health Organization. (2018). WHO Definition of Palliative Care. Retrieved from <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.

BAB 4

TERAPI KOMPLEMENTER DI BERBAGAI SETTING YANKES

Pendahuluan

Di berbagai belahan dunia, terapi alternatif dan komplementer telah menarik perhatian banyak orang dalam beberapa tahun terakhir ini. Ini sejalan dengan meningkatnya prevalensi penyakit degeneratif atau kronik di masyarakat. Terapi komplementer merupakan intervensi tambahan yang digunakan bersama dengan perawatan medis konvensional untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, terutama dalam konteks perawatan paliatif. Terapi ini bertujuan untuk mengurangi gejala fisik dan emosional, meningkatkan kesejahteraan secara keseluruhan, dan memberikan dukungan holistik kepada pasien dan keluarga. Dalam setting pelayanan kesehatan khusus keperawatan paliatif, integrasi terapi komplementer memerlukan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti untuk memastikan efektivitas dan keamanan intervensi. Buku ini diharapkan dapat memberikan pengetahuan baru tentang terapi komplementer kepada Mahasiswa Kesehatan terutama keperawatan, Perawat ahli, dan tenaga profesional kesehatan lainnya. Bab ini mengenai terapi komplementer di berbagai setting yankes dengan pembahasan tentang pengertian terapi komplementer, aspek legal terapi komplementer di Indonesia, jenis terapi komplementer seperti akupunktur, aromaterapi, terapi musik, meditasi dan relaksasi, terapi pijat, dan peran perawat dalam ilmu terapi komplementer. Metode dalam pembelajaran pada bab ini dirancang untuk meningkatkan kompetensi tenaga kesehatan dalam mengaplikasikan terapi komplementer secara efektif dan holistik. Pembelajaran ini melibatkan pendekatan interaktif dan praktisi termasuk studi kasus dan soal pembahasan. Dengan pendekatan ini, diharapkan tenaga kesehatan mampu menerapkan terapi komplementer dengan lebih percaya diri, mengoptimalkan perawatan pasien dan meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif melalui intervensi yang aman dan berbasis bukti. Pada bab ini memberikan panduan yang sistematis dan evidence-based kepada tenaga kesehatan dalam mengintegrasikan terapi komplementer dengan perawatan konvensional. Bab ini mencakup

pengertian terapi komplementer, aspek legal terapi komplementer di Indonesia, jenis terapi komplementer dan peran perawat dalam ilmu terapi komplementer yang dapat membantu mengurangi gejala-gejala fisik dan psikologis pasien paliatif, meningkatkan kualitas hidup, serta memberikan dukungan emosional dan spiritual. Selain itu, pedoman ini juga memberikan langkah-langkah praktisi dalam penerapan terapi, pertimbangan etis dan hukum, serta penilaian efektivitas terapi untuk memastikan bahwa intervensi yang diberikan aman, tepat, dan sesuai dengan kebutuhan pasien.

Tujuan Instruksional:

1. Mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mengetahui dan memahami pengertian terapi komplementer
2. Mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mengetahui dan memahami aspek legal terapi komplementer di Indonesia
3. Mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu memahami jenis terapi komplementer
4. Mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu mengetahui dan memahami peran perawat dalam ilmu terapi komplementer

Capaian Pembelajaran:

Adapun capaian pembelajaran pada bab ini adalah:

1. Agar mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu memahami pengertian terapi komplementer
2. Agar mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu memahami aspek legal terapi komplementer di Indonesia
3. Agar mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu memahami dan melakukan jenis terapi komplementer
4. Agar mahasiswa dan/atau tenaga kesehatan mampu memahami peran perawat dalam ilmu terapi komplementer

Uraian Materi

A. Pengertian Terapi Komplementer

Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI), terapi adalah upaya untuk mengembalikan atau memulihkan keadaan kesehatan seseorang yang sakit; pengobatan suatu penyakit; dan perawatan penyakit. Pengobatan komplementer juga dikenal sebagai pengobatan yang melengkapi atau menyempurnakan pengobatan tambahan (N. N. V. Anggraini et al., 2024; Rinawati, 2021).

Komplementer di definisikan kepada sesuatu yang melengkapi atau menambah sesuatu yang lain (Heryani & Lestari, 2023). Dalam konteks Kesehatan, terapi komplementer adalah metode yang digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan pasien (Yunitasari et al., 2023). Terapi ini mencakup berbagai pendekatan seperti akupuntur, pijat, dan penggunaan herbal yang bertujuan untuk mendukung proses penyembuhan dan memberikan pendekatan holistic terhadap perawatan Kesehatan (Finszter, 2023; Heryani & Lestari, 2023; Miraturrofi'ah, 2022; Yunitasari et al., 2023).

Salah satu jenis terapi modalitas adalah terapi alternatif dan komplementer dengan tujuan membantu pasien menangani masalah Kesehatan mereka (Hidayah & Nisak, 2018) dan sebagai salah satu terapi yang digunakan dalam kebutuhan paliatif (Martin & Patel, 2022). Terapi komplementer di definisikan sebagai terapi pendukung dari pengobatan konvensional, terapi komplementer ini merupakan metode pengobatan yang diberikan di luar pengobatan medis konvensional itu sendiri (Tasalim et al., 2021).

Menurut Peraturan di Indonesia mendefinisikan terapi komplementer adalah praktik Kesehatan yang mencakup berbagai metode non-farmakologis yang digunakan Bersama dengan pengobatan konvensional untuk meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan pasien (Kusuma et al., 2021).

Menurut World Health Organization (WHO) terapi komplementer mendefinisikan mencakup berbagai metode dan praktik yang digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan (Korengkeng & Mangolo, 2023). WHO menekankan bahwa terapi komplementer harus digunakan dengan hati-hati dan selalu dalam

konteks pengobatan yang telah terbukti efektif (Miraturrofi'ah, 2022). Ini penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan manfaat maksimal dari kedua pendekatan tersebut tanpa mengabaikan bukti ilmiah yang mendasari pengobatan konvensional (Suswitha et al., 2022). Terapi komplementer diakui sebagai dari system Kesehatan yang lebih luas, dan penting untuk meningkatkan pemahaman serta integrasi antara praktik konvensional dan alternatif dalam perawatan Kesehatan.

Terdapat perbedaan dari terapi komplementer dan terapi alternatif yang sering dianggap sama (Tasalim et al., 2021). Terapi alternatif merupakan terapi dengan pendekatan pengobatan yang digunakan sebagai pengganti atau perlengkap untuk pengobatan konvensional (S. R. Anggraini et al., 2022). Berbeda dengan terapi komplementer yang digunakan bersama dengan pengobatan standar atau melengkapi atau mendukung terapi standar atau konvensional. Terapi alternatif sering kali berdiri sendiri dan tidak selalu didukung oleh bukti ilmiah yang sama (Hanum et al., 2023).

Tujuan dari terapi komplementer adalah meningkatkan perawatan medis yang ada dengan fokus pada Kesehatan dan kesejahteraan pasien secara menyeluruh (Kusuma et al., 2021). Tujuan yang dimaksud dengan meningkatkan kualitas hidup, mengontrol gejala, mendukung pengobatan konvensional, meningkatkan kesejahteraan psikologis, edukasi dan pemberdayaan pasien (Heryani & Lestari, 2023; Rohaeti et al., 2021).

Terapi komplementer menggap manusia sebagai makhluk yang holistic, sehingga dapat digunakan secara bersama dengan terapi medis (Siregar & Suprapti, 2024). Tindakan yang dimaksudkan untuk digunakan sebagai terapi utama dan mengganti terapi medis yang sudah ada. Namun, jika tujuannya adalah untuk meningkatkan Kesehatan secara keseluruhan, terapi komplementer sebagai pengganti terapi medis yang sudah ada (Dewi et al., 2024).

B. Aspek Legal Terapi Komplementer di Indonesia

Regulasi terapi komplementer di Indonesia diakui sebagai bagian dari sistem Kesehatan yang lebih luas, dengan fokus pada pendekatan holistic dalam perawatan pasien. Tujuannya dengan memastikan bahwa metode pengobatan ini digunakan secara aman, efektif dan berintegrasi dengan pengobatan konvensional (Kusuma et al., 2021).

1. Dasar Hukum

- a. Peraturan Kementerian Kesehatan Republik Indonesia Nomor 1109/MENKES/PER/IX/2007 tentang Penyelenggaraan Pengobatan Komplementer-Alternatif di fasilitas Pelayanan Kesehatan, pada Pasal 12 ayat (1) "tenaga pengobatan komplementer-alternatif terdiri dari dokter, dokter gigi dan tenaga kesehatan lainnya yang memiliki Pendidikan terstruktur dalam bidang pengobatan komplementer-alternatif". Sedangkan pada Pasal 14 ayat 2(a) menyebutkan" dokter dan dokter gigi merupakan pelaksana utama dalam pengobatan komplementer-alternatif secara sinergi dan atau terintegrasi di fasilitas pelayanan Kesehatan". Ayat 2(b) "tenaga Kesehatan lainnya mempunyai fungsi untuk membantu dokter atau dokter gigi dalam pelaksanaan pengobatan komplementer – alternatif secara sinergi dan atau terintegrasi di fasilitas pelayanan Kesehatan".
- b. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/148/I/2010 tentang izin dan Penyelenggara Perawat pada Pasal 8 ayat 3 yang menyebutkan: Praktik Keperawatan dilaksanakan melalui kegiatan "Pelaksanaan Tindakan Keperawatan Komplementer".
- c. Peraturan Menteri Kesehatan mengatur praktik terapi komplementer yang diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan No. 1076/Menkes/Per/VI/2011 tentang Pengobatan Tradisional. Peraturan ini menekankan pentingnya integrasi antara pengobatan konvensional dan terapi komplementer serta perlunya bukti ilmiah dan keamanan dalam praktiknya (Rinawati, 2021).
- d. Peraturan Pemerintah Republik Indonesia Nomor 103 Tahun 2014 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional (Pemerintah Republik Indonesia, 2014).
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 37 Tahun 2017 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional Integritas pada Pasal 14 menyebutkan: Penyelenggara Pelayanan Kesehatan Tradisional Integrasi pada Puskesmas (Kementerian Kesehatan RI, 2017).
- f. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan Nomor 15 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

2. Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan Nomor 15 tahun 2018 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer (Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 2018).

a. BAB I Ketentuan Umum

1) Pasal 1

Dalam Undang-Undang ini yang dimaksud dengan:

- a) Pelayanan Kesehatan Tradisional adalah pengobatan dan/atau perawatan dengan cara dan obat yang mengacu pada pengalaman dan keterampilan turun temurun secara empiris yang dapat dipertanggungjawabkan dan ditetapkan sesuai dengan norma yang berlaku di Masyarakat.
- b) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer adalah penerapan Kesehatan tradisional yang memanfaatkan ilmu biomedis dan biocultural dalam penjelasannya serta manfaat dan keamanannya terbukti secara ilmiah.
- c) Tenaga Kesehatan Tradisional adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang Kesehatan tradisional serta memiliki pengetahuan dan/atau keterampilan melalui Pendidikan di bidang kesehatan tradisional yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan Upaya Kesehatan tradisional.
- d) Klien adalah setiap orang yang melakukan konsultasi masalah Kesehatan pada Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
- e) Griya Sehat adalah Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tradisional yang menyelenggarakan perawatan/pengobatan tradisional dan komplementer oleh tenaga Kesehatan tradisional.
- f) Obat Tradisional adalah bahan atau ramuan bahan yang berupa bahan tumbuhan, bahan hewan, bahan mineral, sedian sarian (gelenik), atau campuran dari bahan tersebut yang secara turun temurun telah digunakan untuk pengobatan dan dapat diterapkan sesuai dengan norma yang berlaku di Masyarakat.
- g) Surat Tanda Registrasi Tenaga Kesehatan Tradisional yang selanjutnya disingkat STRTKT adalah bukti tertulis pemberian

kewenangan untuk memberikan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.

- h) Surat Izin Praktik Tenaga Kesehatan Tradisional, yang selanjutnya disingkat SIPTKT adalah bukti tertulis yang diberikan kepada Tenaga Kesehatan Tradisional dalam pemberian Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer.
- i) Instansi Pemberi Izin adalah instansi atau satuan kerja yang ditunjuk oleh pemerintah daerah kabupaten/kota untuk menerbitkan izin sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- j) Organisasi Profesi Tenaga Kesehatan Tradisional yang selanjutnya disebut sebagai Organisasi Profesi adalah wadah untuk meningkatkan dan/atau mengembangkan pengetahuan dan keterampilan, martabat, dan aetika profesi Tenaga Kesehatan Tradisional.
- k) Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan pemerintahan negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud dalam Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
- l) Pemerintah Daerah adalah kepala daerah sebagai untuk penyelenggara Pemerintahan Daerah yang memimpin pelaksanaan urusan pemerintahan yang menjadi kewenangan daerah otonom.
- m) Menteri adalah Menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang Kesehatan.

3. BAB II Pelayanan

a. Bagian Kesatu Umum

- 1) Pasal 3
 - a) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan oleh Tenaga Kesehatan Tradisional di fasilitas pelayanan kesehatan tradisional.
 - b) Selain dilakukan di fasilitas pelayanan Kesehatan tradisional, Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dilakukan oleh Tenaga Kesehatan Tradisional di fasilitas pelayanan

Kesehatan lain berupa Pelayanan Kesehatan Tradisional integrasi sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undang

2) Pasal 4

- a) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer harus memenuhi Kriteria:
- dapat dipertanggung jawabkan keamanan dan manfaatnya mengikuti kaidah-kaidah ilmiah bermutu dan digunakan secara rasional dan tidak bertentangan dengan norma agama dan norma yang berlaku di masyarakat;
 - tidak membahayakan Kesehatan Klien;
 - memperhatikan kepentingan terbaik Klien; dan
 - memiliki potensi pencegahan penyakit, peningkatan Kesehatan, penyembuhan, pemulihan kesehatan, dan meningkatkan kualitas hidup Klien secara fisik, mental dan sosial.
- b) Tidak bertentangan dengan norma agama sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a, berupa tidak memberikan pelayanan dalam bentuk tidak memberikan pelayanan dalam bentuk mistik/klenik, dan/atau menggunakan pertolongan makhluk gaib.
- c) Tidak bertentangan dengan norma yang berlaku di masyarakat sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a berupa tidak melanggar nilai-nilai kesusilaan, kesopanan, hukum dan budaya.

3) Pasal 5

- a) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer mempunya ciri khas:
- konsep Pelayanan Kesehatan Tradisional;
 - berbasis budaya;
 - prosedur penetapan kondisi Kesehatan individu (prosedur diagnosis);
 - penetapan kondisi Kesehatan individu (diagnosis); dan
 - tatalaksana perawatan/pengobatan.
- b) Konsep Pelayanan Kesehatan Tradisional sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a meliputi:

- adanya gangguan Kesehatan individu disebabkan oleh ketidakseimbangan unsur fisik, mental, spiritual, social, dan budaya;
 - manusia memiliki kemampuan beradaptasi dan penyembuhan diri sendiri (*self-healing*); dan
 - penyehatan dilakukan dengan pendekatan holistic (menyeluruh) dan alamiah yang bertujuan untuk menyeimbangkan Kembali antara kemampuan adaptasi dengan penyebab gangguan kesehatan
- c) Berbasis budaya sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) butir b memiliki arti bahwa Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer berasal dari tradisi budaya yang turun temurun dari suatu masyarakat tertentu.
- d) Prosedur penetapan kondisi Kesehatan individu (prosedur diagnosis) sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) huruf c memiliki arti bahwa tata cara pemeriksaan Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer didasarkan pada kemampuan wawancara, penglihatan, pendengaran, penciuman, dan perabaan serta dapat dibantu dengan alat dan teknologi yang bekerja sesuai dengan konsep Kesehatan tradisional.
- e) Penetapan kondisi Kesehatan individu (diagnosis) sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) huruf d dilakukan berdasarkan Kesimpulan yang diperoleh melalui prosedur penetapan kondisi Kesehatan dan konsep emik, yaitu pertanyaan kondisi Kesehatan individu yang didasarkan pada pengalaman subjektif Klien dan pandangan Masyarakat terhadap gangguan Kesehatan tersebut.
- f) Tatalaksana perawatan/pengobatan sebagaimana yang dimaksud pada ayat (1) huruf e memiliki arti bahwa perawatan/pengobatan dilakukan dengan menggunakan Bahasa alam, Teknik manual, Teknik olah pikir, dan Teknik energi serta dapat menggunakan alat dan teknologi sesuai dengan ciri Kesehatan tradisional
- b. Bagian Kedua Cara Pengobatan/Perawatan
- 1) Pasal 6

- a) Berdasarkan cara Pengobatan/Perawatan, Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer dilakukan dengan menggunakan:
 - keterampilan;
 - ramuan; atau
 - kombinasi dengan memadukan antara keterampilan dan ramuan
- b) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan cara keterampilan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dapat diklasifikasikan menjadi:
 - Teknik manual;
 - Teknik energi; atau
 - Teknik olah pikir.
- c) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan cara ramuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dapat menggunakan Obat Tradisional.
- d) Pelayanan Kesehatan Tradisional Komplementer yang menggunakan cara kombinasi dengan memadukan antara keterampilan dan ramuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c merupakan kombinasi Pelayanan Kesehatan Tradisional yang memiliki kesamaan, keharmonisan, dan kecocokan yang merupakan satu kesatuan system keilmuan Kesehatan tradisional.

C. Jenis Terapi Komplementer

Menurut Cancer Council (Cancer Council, 2023), Klien dengan kebutuhan paliatif membutuhkan terapi komplementer dikarenakan meningkatkan kualitas hidup, mempercepat pemulihan dan Kesehatan, mengelola gejala dan efek samping pengobatan standar kanker seperti kelelahan, mual atau nyeri, memperkuat pikiran dan tubuh untuk menghadapi pengobatan dan mencari cara lebih holistic untuk mengobati orang secara keseluruhan. Jenis terapi komplementer di bagi atas 4 tipe antara lain: terapi komplementer dengan tubuh dan pikiran, terapi komplementer dengan manipulasi tubuh, terapi komplementer dengan terapi energi, dan terapi komplementer dengan herbal dan tanaman/tumbuhan.

1. Terapi Komplementer Dengan Tubuh dan Pikiran

a. Art Terapi

- Definisi

Art Terapi merupakan cara untuk mengekspresikan perasaan menggunakan seni visual. Mendiskusikan karya yang dibuat dengan terapis seni terlatih dapat membantu memahami emosi dan kekhawatiran.

- Kegunaan

Dengan art terapi membantu mengeksplorasi perasaan dan masalah yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, menyelesaikan masalah, memperbaiki suasana hati, dan mengurangi stress. Beberapa contoh art terapi seperti menggambar, melukis, kolase, patung atau karya digital.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait bahwa terapi seni membantu mengelola gejala kelelahan dan kecemasan, meningkatkan kualitas hidup, memperbaiki keterampilan mengatasi dan kesejahteraan emosional.

b. Konseling

- Definisi

Konseling merupakan diskusi dengan konselor atau psikologis untuk mengidentifikasi tujuan yang ingin dicapai, mengembangkan cara untuk menghadapi situasi sulit atau hubungan dalam hidup, dan melihat bagaimana mengelola perasaan. Konseling memungkinkan untuk mengeskplorasi cara-cara mengatasi pikiran dan perasaan negative yang berdampak pada Kesehatan dan kehidupan sehari-hari. Proses ini bersifat rahasia dan non-judgemental.

- Kegunaan

Dengan dilakukan konseling klien dengan kanker dapat mengekspresikan emosi dalam lingkungan yang aman dan mendukung serta belajar keterampilan baru untuk mengatasi masalah, memperkuat kemampuan untuk menghadapi tantangan dan membantu mendapatkan cara pandang baru terhadap pilihan hidup dan perilaku, memberikan kesempatan untuk berbicara tentang pikiran dan perasaan yang mungkin tidak nyaman baik keluarga dan teman kerabat terdekat, memberikan strategi untuk

membantu mengelola ketakutan akan kambuhnya kanker. Jenis konseling yang dapat dilakukan dengan tatap muka, melalui telepon, atau online dengan bentuk yang konseling terapi perilaku kognitif (CBT), terapi berduka, pelatihan hidup, terapi penerimaan dan komitmen dan terapi berpusat pada orang.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait bahwa Konseling dapat membantu mengurangi tekanan, kecemasan, depresi dan meningkatkan kualitas hidup. CBT (terapi kognitif) dapat membantu mengelola kelelahan terkait kanker.

- c. Hipnoterapi

- Definisi

Terapi hipnoterapi merukan relaksasi mendalam yang digunakan untuk membantu orang menjadi lebih sadar akan pikiran batin mereka dan mengembangkan cara-cara untuk membantu mereka mengelola situasi mereka.

- Kegunaan

Terapi hipohipnoterapi dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan kualitas hidup. Ini dapat membantu mengatasi hambatan mental yang mencegah orang menangani masalah seperti kecemasan, ketakutan, harga diri rendah, nyeri, insomnia, dan kebiasaan yang tidak diinginkan seperti merokok.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait pentingnya terapi hipnoterapi untuk klien kanker dapat membantu mengatasi nyeri, kecemasan, kelelahan, hot flushes, mual, dan muntah terkait pengobatan kanker (Dingley et al., 2021).

- d. Meditasi

- Definisi

Meditasi adalah praktik memfokuskan kesadaran dan perhatian pada momen sekarang dan pada indra tubuh. Terapi meditasi adalah bagian penting dari banyak agama, termasuk Buddhisme dan Hinduisme, tetapi tidak harus beraga untuk bermeditasi. Ada beberapa jenis Teknik meditasi diantaranya Latihan pernapasan.

- Kegunaan

Meditasi membantu melepaskan ketegangan otot, mengurangi kecemasan dan depresi, serta meningkatkan kualitas hidup. Meditasi dapat digunakan untuk menenangkan dan merelaksasikan tubuh dan pikiran.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait terapi meditasi adalah kombinasi citra terpadu dan relaksasi otot progresif kepada orang-orang yang mengalami nyeri setelah perawatan kanker. Studi klinis menunjukkan bahwa orang yang dirawat karena kanker yang mempraktikkan relaksasi memiliki tingkat kecemasan, stress, nyeri, dan depresi yang lebih rendah. Teknik relaksasi telah terbukti meningkatkan kualitas hidup (Dingley et al., 2021).

e. Mindfulness

- Definisi

Mindfulness adalah kualitas hadir dan sepenuhnya terlibat dalam momen saat ini tanpa gangguan atau penilaian. Praktik mindfulness dapat mencakup fokus pada pernapasan dan mengamati setiap naik turun, meditasi pemindaian tubuh, dan berjalan dengan penuh kesadaran.

- Kegunaan

Kegunaan mempraktikkan mindfulness untuk mengubah cara mereka berfikir tentang pengalaman, dengan menjadi sadar akan pikiran dan perasaan klien dengan kanker dapat memilih cara menangani mereka pada saat itu juga, meningkatkan kesadaran dan perhatian, serta memperkuat kesejahteraan.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait praktik mindfulness adalah MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) terbukti menurunkan kadar hormon stress dalam tubuh dapat membantu dalam penyembuhan, dan meningkatkan fungsi kekebalan. Penerapan MBSR selama 6-8 minggu. Studi lain terkait mindfulness menunjukkan bahwa praktik ini membantu meningkatkan kualitas hidup dengan orang kanker, meningkatkan kemampuan mengatasi dan dapat mengurangi rasa sakit, kecemasan, depresi dan mual.

f. Musik Terapi

- Definisi

Musik terapi merupakan terapi dengan bantuan musik membantu orang terlibat dengan berbagai aspek musik untuk meningkatkan Kesehatan dan kesejahteraan.

- Kegunaan

Terapi music dapat membantu orang mengekspresikan diri, mengekspresikan diri, merasa lebih terkendali, fokus pada penyembuhan, mengurangi rasa cemas berlebihan. Musik yang digunakan adalah jenis musik relaksasi.

- Penelitian Terkait

Penelitian terkait terapi music yang dilakukan kepada klien dengan kanker menunjukkan bahwa terapi musik dapat menurunkan kecemasan, depresi, nyeri, kelelahan, meningkatkan durasi tidur, dan meningkatkan kualitas hidup (Dingley et al., 2021).

g. Terapi Spiritual

- Definisi

Terapi spiritual adalah sebuah konsep individu kepada TuhanYa. Konsep ini mencerminkan keyakinan pribadi mereka tentang sang pencipta atau agama yang dianutnya. Praktik spiritual ini dapat dilakukan oleh semua agam antara lain Kristen, Yahudi, Islam atau Budha dengan menghadirkan ahli spiritual dari masing-masing keyakinan yang dianutnya.

- Kegunaan

Mempraktikan terapi spiritual pada klien dengan kanker menemukan kenyamanan dalam doa, meditasi, tenang, menerima dengan kondisi yang diderita, mendapatkan dukungan baik emosi dan spiritual atau keagamaan, dan lebih mendekatkan kepada TuhanYa.

- Penelitian Terkait

Terapi spiritual terbukti mengurangi stress, menambah kedamaian, mendekatkan diri kepada sang pencipta dan meningkatkan kemampuan untuk mengelola perasaan. Praktik spiritual terbukti secara ilmiah adanya hubungan positif antara praktik spiritual dan Kesehatan.

2. Terapi Komplementer Dengan Manipulasi Tubuh

a. Akupunktur

- Definisi

Akupuntur adalah memasukkan jarum halus yang steril tepat di bawah kulit ke dalam saluran energi yang disebut meridian, yang dikatakan mengatur aliran energi. Setiap meridian memiliki titik akupuntur di sepanjang jalurnya.

- Kegunaan

Akupuntur didasarkan pada teori bahwa penempatan jarum di titik-titik tertentu pada tubuh membuka blokir dan menggerakan qi (energi vital) untuk memperkuat dan mengurangi gejala fisik dan emosional. Penelitian menunjukkan bahwa jarum merangsang sistem saraf dan jaringan ikat dalam tubuh dan membantu tubuh memproduksi molekul tertentu seperti hormon.

- Penelitian Terkait

Pedoman klinis merekomendasikan akupuntur untuk nyeri sendi terkait penggunaan aromatase inhibitor dan memasukkannya sebagai opsi untuk mengelola nyeri kanker, nyeri musculoskeletal, kesemutan yang disebabkan oleh kemoterapi di tangan dan kaki (neuropati perifer), kelelahan terkait kanker, dan hot flushes. Evidence ini menunjukkan bahwa akupuntur juga dapat membantu dengan mual dan muntah yang disebabkan oleh kemoterapi, gangguan tidur dan kecemasan. Tidak ada penjelasan lebih rinci penggunaan akupuntur untuk mengatasi mulut kering pada pasien kanker.

b. Aromaterapi

- Definisi

Aroma terapi adalah penggunaan minyak esensial yang disekstrasi dari tanaman untuk penyembuhan dan relaksasi. Minyak ini digunakan terutama selama pijat terapi juga dapat digunakan dalam mandi, inhalasi atau penguapan (alat pembakar minyak).

- Kegunaan

Ketika dihirup atau diserap melalui kulit selama dipijat, minyak ini diyakini memiliki efek positif pada jaringan tubuh, pikiran, dan jiwa.

- Penelitian Terkait

Evidence base terapi aromaterapi memiliki efek positif jangka pendek pada nyeri dan kecemasan pada orang dengan kanker. Ada beberapa evidence-base kecil bahwa aromaterapi dapat

memperbaiki tidur dan kualitas hidup tetapi tidak signifikan (Armstrong et al., 2020).

c. Massage

- Definisi

Pijat adalah pemindahan (manipulasi) otot dan menggosok atau mengusap jaringan lunak tubuh. Ada beberapa gaya pijat yang berbeda, terapis pijat onkologi dilatih khusus untuk menyesuaikan tekanan, kecepatan, durasi, dan arah pijatan untuk memberikan sesi yang aman bagi seseorang dengan kanker.

- Kegunaan

Semua gaya pijat bertujuan untuk mempromosikan relaksasi mendalam pada jaringan dengan menerapkan tekanan pada otot dan titik tekanan. Ini membantu melepaskan ketegangan otot dan emosional. Gaya pijat yang digunakan untuk orang selama atau setelah perawatan kanker akan tergantung pada perawatan yang mereka jalani. Pijat drainase limfatik manual berfungsi mengurangi gejala limfedema (pembengkakan yang disebabkan oleh penumpukan cairan limfatik).

- Penelitian Terkait

Banyak bukti penelitian bahwa pijat onkologi dapat membantu mengelola gejala seperti stress, nyeri, kecemasan, depresi, dan kelelahan pada organ yang telah menjalani kemoterapi atau operasi untuk kanker. Tidak ada bukti penelitian bahwa pijat dapat meningkatkan risiko sel kanker menyebar ke bagian tubuh lain. Terapi massage yang dikombinasikan dengan reiki menurunkan nyeri, bernapas lebih baik dan tidur lebih lama (Dingley et al., 2021).

d. Qi Gong

- Definisi

“Qi-Gong” diucapkan “chee goong” adalah bagian dari pengobatan Tiongkok. Kata “Qi” berarti energi vital dan kata “Gong” berarti kerja. Qi-Gong adalah gabungan gerakan dengan pernapasan yang terkendali dan meditasi. Latihan ini dapat dianggap sebagai Latihan berbasis tubuh dan terapi energi.

- Kegunaan

Dengan dilakukannya Gerakan-gerakan qi gong dapat menjaga aliran energi tetap mengalir melalui saluran energi tubuh. Hal ini membantu meningkatkan kualitas hidup termasuk Kesehatan mental dan fisik.

- Penelitian Terkait

Studi klinis menunjukkan bahwa qi gong meningkatkan kualitas hidup dan mengurangi kelelahan, rasa sakit, dan kecemasan. Bukti lainnya menunjukkan bahwa qi gong membantu meningkatkan kebugaran secara umum.

e. Reflexology

- Definisi

Refleksi merupakan suatu bentuk pijat pada kaki dan tangan. Pijat ini didasarkan keyakinan bahwa area tertentu pada kaki dan tangan atau titik refleksi sesuai dengan organ dan sistem internal tubuh.

- Kegunaan

Dengan dilakukan pijat refleksi orang menganggap setelah dilakukannya membuat rileks, setelah ditekan pada titik-titik refleksi akan membuka meridian dalam tubuh dan meningkatkan kesehatan di area tubuh terkait.

- Penelitian Terkait

Bukti dari Pedoman para klinisi yang mempraktikan refleksi sebagai pilihan untuk menangani neuropati perifer terkait kemoterapi, serta nyeri yang dirasakan selama pengobatan sistemik. Beberapa uji klinis penggunaan pijat refleksi untuk mengatasi kecemasan, kelelahan, sesak napas, dan kualitas hidup.

f. Tai Chi

- Definisi

Tai Chi merupakan pengobatan dari Tiongkok yang menggabungkan gerakan lembut, teknik pernapasan dalam dan definisi. Gerakannya menciptakan stabilitas dalam tubuh yang mencerminkan konsep keseimbangan energi tubuh Yin dan Yang.

- Kegunaan

Gerakan Tai Chi bersifat menangkan dan meditatif, mereleksasikan dan memperkuat otot-otot pada tubuh.

- Penelitian Terkait

Penelitian menunjukkan bahwa Tai Chi meningkatkan kualitas hidup, keseimbangan, kelincahan, kelenturan dan kekencangan otot pada penderita kanker.

g. Yoga

- Definisi

Yoga didefinisikan gerakan tubuh dengan melibatkan postur tubuh (asana), kesadaran akan pernapasan dan memfokuskan pikiran. Yoga berasal dari India dan sekarang popular di seluruh dunia.

- Kegunaan

Meningkatkan aktivitas fisik dan meningkatkan Kesehatan emosional; Menenangkan pikiran dan relaksasi.

- Penelitian Terkait

Penelitian terhadap Gerakan yoga pada pasien kanker disesuaikan dengan kemampuan klien. Penelitian lain mengungkapkan yoga sebagai cara untuk mengatasi kelelahan terkait kanker. Dengan fokus pada pernapasan pada Gerakan yoga membantu mengurangi rasa sakit, mengurangi stress, kecemasanm mengurangi gangguan tidur, meningkatkan kekuatan otot dan meningkatkan kualitas hidup.

3. Terapi Komplementer Dengan Terapi Energi

a. Reiki

- Definisi

Istilah Reiki dalam Bahasa Jepang yang berarti "energi kehidupan universal". Reiki adalah terapi tangan yang lembut berdasarkan keyakinan bahwa terapis dapat menyalurkan energi penyembuhan ke orang lain untuk meningkatkan Kesehatan.

- Kegunaan

Orang-orang menggunakan Reiki untuk meningkatkan kesehatan fisik, emosional dan spiritual.

- Penelitian Terkait

Tidak ada bukti klinis bahwa Reiki memiliki manfaat. Laporan menunjukkan bahwa Reiki bersifat menenangkan dan membuat rileks, sering kali membantu meringankan rasa sakit dan kecemasan, mengurangi kekakuan dan memperbaiki postur tubuh.

b. Terapi Sentuhan

- Definisi

Terapi sentuhan merupakan terapi dengan menempatkan tangan dalam urutan tertentu di atas atau pada bagian tubuh untuk menilai dan menentukan area ketidakseimbangan energi yang umumnya dialami sebagai perubahan suhu, tekstur atau getaran.

- Kegunaan

Terapi sentuhan dianggap bekerja dengan medan energi pribadi untuk mendukung kemampuan alami tubuh untuk sembuh.

- Penelitian Terkait

Tidak ada bukti ilmiah tentang medan energi atau bahwa teapi energi dengan sentuhan memiliki manfaat apa pun.

4. Terapi Komplementer Dengan Hebal dan Tanaman/Tumbuhan

a. Pengobatan Herbal Cina

- Definisi

Pengobatan herbal cina bersaral dari Tiongkok. Pengobatan ini didasarkan pada gagasan keseimbangan antara pikiran, tubuh dan lingkungan untuk mencegah dan menangani penyakit. Penggunaan tanaman seperti daun, akar, batang, bunga dan biji digunakan pada pengobatan herbal cina yang dikemas sebagai tablet atau teh. Pertimbangan pengobatan herbal cina dengan merujuk kondisi tubuh seseorang secara keseluruhan bukan hanya gejala atau yang dirasakan.

- Kegunaan

Beberapa orang percaya bahwa herbal dapat membuka blokir meridian dan membawa keharmonisan pada kekuatan dalam tubuh seperti Yin dan Yang.

- Penelitian Terkait

Pengobatan herbal cina telah dievaluasi terbukti secara klinis baik kerjanya bagi penderita kanker. Manfaat Ginseng Amerika dapat mengatasi kelelahan akibat kanker.

b. Pengobatan Herbal Barat

- Definisi

Obat herbal barat biasanya dibuat dari tanaman herbal yang ditanam secara tradisional di Eropa dan Amerika Utara, tetapi ada juga yang berasal dari Asia.

- Kegunaan

Obat herbal barat membantu mengatasi efek samping dari pengobatan kanker konvensional seperti mengurangi kelelahan dan meningkatkan Kesehatan. Obat herbal barat sebagai terapi tambahan dari pengobatan kanker dan bukan sebagai terapi alternatif dari pengobatan kanker.

- Penelitian Terkait

Banyak penelitian tentang efektivitas dan keamanan penggunaan obat herbal dan beberapa penelitian menunjukkan hasil yang signifikan. Penggunaan obat herbal memiliki potensi efek samping dari sedian herbal.

c. Daun Jambu Biji

- Definisi

Daun jambu biji adalah bagian dari tanaman jambu biji (*Psidium Guanjava*), yang dikenal karena kandungan antiokksida dan sifat anti inflamasi. Daun ini sering digunakan dalam pengobatan tradisional untuk berbagai kondisi termasuk sebagai antiseptic dan anti-inflamasi (Delorino et al., 2021).

- Kegunaan

Daun jambu biji telah digunakan dalam terapi komplementer untuk kanker karena sifat anti-inflamasi dan antioksidan. Penelitian telah menunjukkan bahwa ekstra daun jambu biji dapat mengurangi peradangan dan memperlambat pertumbuhan sel kanker (Lok et al., 2023).

- Penelitian Terkait

Hasil penelitian menunjukkan rebusan daun jambu biji sebagai cairan pencuci luka kanker efektif dalam mengurangi peradangan dan antiseptik dan anti-inflamasi. penggunaan rebusan daun jambu biji tidak memiliki efek samping yang signifikan (Delorino et al., 2021).

D. Peran Perawat Dalam Ilmu Terapi Komplementer

Perkembangan perawatan komplementer atau alternatif sangat beragam, termasuk individu yang terlibat dalam perawatan karena banyak terapis dan professional Kesehatan komplementer selain dokter umum. Penerlitian tentang terapi komplementer yang berkembang dan kebutuhan

Masyarakat yang meningkat telah memungkinkan perawat untuk berpartisipasi dalam kebutuhan Masyarakat.

Sebagai tenaga Kesehatan, perawat dapat memberikan layanan tambahan. Peran perawat dalam pengobatan komplementer didukung oleh arah perkembangan Masyarakat dan kebutuhan ilmu pengetahuan karena banyak keterampilan keperawatan professional pada Tingkat tertinggi berasal dari perawatan atau budaya lain. Ruang lingkup dan tanggung jawab keperawatan akan meningkat dan perhatian seseorang akan beralih ke keperawatan. Buku teks yang mendalam dan menyeluruh yang didasarkan pada gagasan bahwa manusia adalah makhluk biologis yang luar biasa dan sempurna. Ilmuwan keperawatan berkonsentrasi pada hal-hal tertentu dan menggunakan Teknik tertentu untuk membangun fondasi ulmiah dan menemukan fenomena keperawatan. Oleh karena itu, perawat bertanggung jawab atas semua Tindakan keperawatan yang dilakukan.

Pengobatan dengan terapi komplementer yang dilakukan secara sinergis dengan keperawatan adalah konsep Tindakan yang berfungsi untuk memenuhi kebutuhan dasar manusia. Agar mereka dapat membantu pasien secara menyeluruh dalam penyembuhannya. Seorang perawat harus mempelajari terapi komplementer ini dari ahlinya, Perawat harus bertindak berdasarkan ilmu pengetahuan.

Pada dasarnya, perawat telah membantu pasien dalam memberikan Tindakan komplementer. Selain memberikan obat yang diresepkan dokter, perawat juga mempelajari data dan kondisi pasien memberikan kenyamanan, menenangkan pasien dan berkomunikasi terapeutik untuk membantu pasien melewati masa penyembuhannya dengan baik. Ini sejalan dengan konsep terapi komplementer yang menggap manusia sebagai makhluk yang lengkap.

Dalam buku (Rinawati, 2021) dan (Hidayah & Nisak, 2018) ada beberapa peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan terapi komplementer yaitu:

1. Perawat sebagai memberikan pelayanan asuhan keperawatan

Peran sebagai pemberi asuhan keperawatan dengan memperhatikan kebutuhan dasar manusia dan dievaluasi sesuai dengan perkembangan yang terjadi. Pelayanan komplementer seperti relaksasi napas dalam, Teknik kerja tubuh, terapu energi atau yang lainnya membutuhkan pelatihan khusus.

2. Perawat sebagai konselor

Peran perawat sebagai konselor dengan memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya. Dalam konteks terapi komplementer, perawat membantu pasien memahami pilihan terapi yang tersedia, mendiskusikan manfaat dan potensi risiko, serta mendukung pasien dalam membuat keputusan yang tepat terkait perawatan mereka. Sebagai konselor, perawat juga dapat membantu pasien mengelola stress, kecemasan dan ketakutan yang mungkin timbul selama perawatan paliatif.

3. Perawat sebagai pendidik bidang Kesehatan

Perawat berperan dalam memberikan pendidikan bidang Kesehatan atau edukasi kepada Masyarakat mengenai perilaku hidup sehat dan pengelolaan penyakit. Dalam kegiatan pengabdian Masyarakat, perawat memberikan penyuluhan tentang penyakit degeneratif dan cara mengelolanya menggunakan terapi komplementer. Ini mencakup pemeriksaan Kesehatan dan penjelasan tentang manfaat terapi alternatif yang dapat diterapkan oleh pasien.

4. Perawat sebagai peneliti

Perawat juga berperan sebagai peneliti dalam mengembangkan dan mengevaluasi terapi komplementer. Mereka terlibat dalam penelitian untuk melainkan efektivitas dan keamanan berbagai jenis terapi komplementer, mengumpulkan data, dan menganalisis hasil untuk memperkaya pengetahuan di bidang ini. Dengan berkontribusi pada penelitian, perawat membantu memastikan bahwa praktisi terapi komplementer berbasis bukti dan terus berkembang sesuai dengan temuan ilmiah terbaru.

5. Perawat sebagai koordinator terapi komplementer

Sebagai koordinator terapi komplementer, perawat bertanggung jawab untuk mengintegrasikan berbagai intervensi komplementer ke dalam rencana perawatan pasien. Perawat bekerja sama dengan dokter, terapis dan anggota tim Kesehatan lainnya untuk memastikan bahwa terapi komplementer yang diberikan sesuai dengan kebutuhan kondisi pasien. Koordinasi ini melibatkan penjadwalan terapi, memantau perkembangan pasien, dan menyesuaikan rencana perawatan berdasarkan respons pasien terhadap terapi yang diberikan.

6. Perawat sebagai advokat

Peran perawat sebagai advokat dengan memperjuangkan kepentingan dan hak-hak pasien dalam menerima terapi komplementer. Mereka memastikan bahwa pasien mendapatkan akses yang adil dan merata terhadap pilihan terapi komplementer, serta memastikan bahwa terapi yang diberikan sesuai dengan keinginan dan nilai-nilai pasien. Sebagai advokat, perawat juga berperan dalam mendukung integrasi terapi komplementer dalam sistem pelayanan Kesehatan dan memastikan bahwa standar etis dan profesional selalu dipatuhi.

E. Latihan

Soal Latihan

1. Seseorang pasien kanker sedang menjalani pengobatan konvensional tetapi ingin mencoba terapi tambahan untuk membantu mengatasi efek samping seperti kelelahan dan nyeri. Setelah berkonsultasi dengan dokternya ia memutuskan untuk mencoba akupunktur.
Mengapa akupunktur dianggap sebagai terapi komplementer?
 - a. Akupunktur menggantikan pengobatan konvensional sepenuhnya.
 - b. Akupunktur adalah pengobatan tradisional tanpa membutuhkan bukti ilmiah.
 - c. Akupunktur digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk mendukung penyembuhan.
 - d. Akupunktur hanya digunakan untuk pengobatan penyakit ringan.
 - e. Akupunktur hanya fokus pada kesehatan mental pasien.
2. Siti adalah seseorang pasien yang mengalami kecemasan tinggi dan stres akibat diagnosis penyakit kronis. Dokter menyarankan Siti untuk mencoba art terapi sebagai bagian dari perawatannya. Bagaimana art terapi dapat membantu Siti mengatasi kecemasan dan stres?
 - a. Art terapi menggantikan kebutuhan akan pengobatan medis.
 - b. Art terapi membantu mengekspresikan perasaan dan masalah yang sulit diungkapkan dengan kata-kata.
 - c. Art terapi meningkatkan penggunaan obat-obatan medis.
 - d. Art terapi hanya berfokus pada aspek fisik kesehatan.
 - e. Art terapi hanya efektif pada anak-anak.
3. Budi mengalami kelelahan kronis setelah menjalani pengobatan kanker. Konselor Budi merekomendasikan terapi perilaku kognitif (CBT). Mengapa terapi perilaku kognitif (CBT) direkomendasikan untuk Budi?

- a. CBT hanya fokus pada perubahan fisik.
 - b. CBT membantu mengelola kelelahan terkait kanker dan meningkatkan kualitas hidup.
 - c. CBT menggantikan kebutuhan untuk pengobatan medis lainnya.
 - d. CBT adalah metode yang tidak memiliki dasar ilmiah.
 - e. CBT hanya cocok untuk pasien anak-anak.
4. Adi saat ini sedang mencari terapi yang dapat membantunya menghadapi rasa takut dan kecemasan berlebihan akibat penyakit yang sekarang di deritanya. Dokternya menyarankan hipnoterapi. Bagaimana hipnoterapi dapat membantu Adi?
 - a. Hipnoterapi menghilangkan kebutuhan akan semua pengobatan medis.
 - b. Hipnoterapi dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan membantu mengatasi kecemasan,
 - c. Hipnoterapi hanya bekerja melalui penggunaan obat-obatan.
 - d. Hipnoterapi hanya bermanfaat untuk masalah fisik.
 - e. Hipnoterapi digunakan sebagai satu-satunya pengobatan untuk semua penyakit.
5. Amara mengalami stres berat berkepanjangan dan menjadi insomnia setelah menjalani serangkaian terapi medis. Dia mempertimbangkan untuk mencoba meditasi sebagai bagian dari perawatannya. Apa manfaat meditasi bagi pasien seperti Amara?
 - a. Meditasi menggantikan semua bentuk terapi medis.
 - b. Meditasi membantu melepaskan ketegangan otot dan meningkatkan kualitas hidup.
 - c. Meditasi hanya digunakan untuk penyakit fisik.
 - d. Meditasi tidak memiliki manfaat ilmiah yang terbukti.
 - e. Meditasi hanya berfokus pada aspek spiritual.

Pembahasan Soal

1. Jawaban C (Akupunktur digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk mendukung penyembuhan)
Pembahasan: Terapi komplementer adalah metode yang digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Akupunktur merupakan salah satu jenis terapi komplementer yang dapat membantu mengurangi gejala dan

- efek samping pengobatan konvensional seperti kelelahan dan nyeri, namun tidak menggantikan pengobatan konvensional itu sendiri.
2. Jawaban B (Art terapi membantu mengekspresikan perasaan dan masalah yang sulit diungkapkan dengan kata-kata).
Pembahasan: art terapi adalah cara untuk mengekspresikan perasaan menggunakan seni visual dan dapat membantu pasien seperti Siti untuk memahami emosi dan kekhawatiran yang sulit diungkapkan dengan kata-kata, serta mengurangi stres dan kecemasan.
 3. Jawaban B (CBT membantu mengelola kelelahan terkait kanker dan meningkatkan kualitas hidup).
Pembahasan: Terapi perilaku kognitif (CBT) adalah jenis konseling yang dapat membantu mengurangi tekanan, kecemasan, depresi dan mengelola kelelahan terkait kanker dan meningkatkan kualitas pasien.
 4. Jawaban B (Hipnoterapi dapat meningkatkan kesejahteraan mental dan membantu mengatasi kecemasan).
Pembahasan: Hipnoterapi melebatkan relaksasi mendalam yang dapat membantu pasien menjadi lebih sadar akan dipikirkan batin mereka dan mengembangkan cara-cara untuk mengelola masalah seperti kecemasan, ketakutan, dan harga diri rendah sehingga dapat meningkatkan kesejahteraan mental.
 5. Jawaban B (Meditasi membantu melepaskan ketegangan otot dan meningkatkan kualitas hidup).
Pembahasan: Meditasi adalah praktik yang memfokuskan kesadaran dan perhatian pada momen sekarang pada indra tubuh. Terapi ini dapat membantu melepaskan ketegangan otot, mengurangi kecemasan dan depresi dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

F. Rangkuman Materi

Terapi komplementer adalah metode pengobatan yang digunakan bersama dengan pengobatan konvensional untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan pasien. Terapi ini mencakup berbagai pendekatan seperti akupunktur, pijat, dan penggunaan herbal.

Jenis terapi komplementer terbagi menjadi tiga, antara lain terapi dengan tubuh dan pikiran, contohnya art terapi, konseling, hipnoterapi, meditasi, mindfulness, musik terapi, terapi spiritual; terapi manipulasi tubuh, contohnya akupunktur, aromaterapi, massage, qi gong, refleksi, Tai Chi, yoga;

terapi energi contohnya reiki, terapi sentuhan; terapi herbal contohnya pengobatan herbal cina, pengobatan herbal barat, daun jambu biji.

Terapi komplementer di Indonesia diakui sebagai bagian dari sistem kesehatan yang lebih luas dan diatur oleh berbagai peraturan pemerintah. Regulasi ini menekankan pentingnya integrasi dengan pengobatan konvensional dan perlunya bukti ilmiah serta keamanan dalam praktiknya.

Tujuan utama terapi komplementer adalah meningkatkan perawatan medis yang ada dengan fokus pada kesehatan dan kesejahteraan pasien secara menyeluruh, mengontrol gejala, mendukung pengobatan konvensional, meningkatkan kesejahteraan psikologis, serta edukasi dan pemberdayaan pasien. Dengan menggunakan pendekatan holistik, terapi komplementer dianggap dapat mendukung proses penyembuhan secara menyeluruh dan memberikan manfaat tambahan bagi pasien.

G. Glosarium

Akupresur	: Teknik kuno mirip dengan akupunktur. Teknik ini melibatkan pemberian tekanan pada titik-titik tertentu pada tubuh.
Akupunktur	: Suatu bentuk pengobatan Tiongkok di mana jarum-jarum halus dan steril ditusukkan ke titik-titik di sepanjang saluran energi (meridian) di dalam tubuh untuk mengurangi gejala-gejala kesehatan yang buruk.
Alternatif Terapi	: Salah satu dari berbagai terapi yang digunakan sebagai pengganti pengobatan konvensional, sering kali dengan harapan dapat memberikan kesembuhan.
Aromaterapi	: Penggunaan minyak esensial yang diekstrak dari tanaman untuk meningkatkan suasana hati dan gejala fisik seseorang.
Art Terapi	: Penggunaan seni untuk membantu orang mengekspresikan perasaan mereka.
Kemoterapi	: Pengobatan kanker yang menggunakan obat untuk membunuh sel kanker atau memperlambat pertumbuhannya.

Pengobatan Herbal Cina	: Penggunaan herbal yang berasal dari Asia untuk membantu memperkuat vitalitas, mengatasi penyakit, dan meningkatkan hasil pasien.
Terapi Perilaku Kognitif (CBT)	: Jenis konseling umum yang membantu orang mengubah cara mereka merespons situasi atau emosi negatif dengan mengidentifikasi pikiran dan perilaku yang tidak membantu.
Konseling	: Proses membicarakan masalah pribadi dengan seorang profesional terlatih untuk membantu Anda mengeksplorasi pilihan dan mengembangkan strategi.
Terapi Energi	: Terapi yang didasarkan pada konsep energi atau kekuatan vital yang mengelilingi dan mengalir ke seluruh tubuh.
Terapi Sentuhan	: Penggunaan sentuhan lembut atau mengusapkan tangan ke seluruh tubuh. Diklaim dapat mengembalikan harmoni dan keseimbangan harmoni dan keseimbangan dengan bekerja dengan aliran energi vital dalam tubuh.
Hipnoterapi	: Suatu jenis konseling. Praktisi menginduksi relaksasi yang mendalam untuk memungkinkan pikiran bawah sadar (batin) pasien mengkomunikasikan pikirannya dengan pikiran sadar (sadar) mereka.
Limfatik Drainase	: Pijat khusus yang dirancang untuk menstimulasi aliran getah bening di jaringan tubuh.
Limfadema	: Pembengkakan yang disebabkan oleh penumpukan cairan getah bening. Hal ini terjadi ketika pembuluh getah bening atau kelenjar getah bening tidak dapat mengalir dengan baik karena telah diangkat atau rusak.

Massage	: Terapi olah tubuh di mana otot-otot dirangsang, diregangkan, dan direlaksasi melalui tekanan khusus.
Meditasi	: Teknik pikiran tubuh yang berfokus pada pernapasan, belajar untuk menenangkan pikiran, dan hanya memikirkan saat ini.
Meridian	: Saluran energi yang tidak terlihat di dalam tubuh. Dalam pengobatan Tiongkok, tubuh diyakini memiliki meridian yang melaluinya energi vital yang disebut qi mengalir untuk menjaga keseimbangan dan kesehatan.
Mindfulness	: Kualitas hadir dan sepenuhnya terlibat dalam momen saat ini ("penuh perhatian").
Musik Terapi	: Penggunaan musik untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan.
Perawatan Paliatif	: Perawatan holistik bagi orang-orang yang memiliki penyakit yang membatasi hidup, keluarga dan pengasuh mereka. Perawatan ini bertujuan untuk mempertahankan kualitas hidup dengan memenuhi kebutuhan fisik, emosional, budaya, sosial dan spiritual.
Qi Gong	: Suatu bentuk terapi gerakan dari pengobatan Tiongkok. Diucapkan "chee goong".
Refleksi	: Suatu jenis pijatan pada area di tangan dan kaki yang dikenal sebagai "titik refleksi". Titik-titik ini diyakini berhubungan dengan organ dan sistem internal tubuh.
Reiki	: Sistem gerakan ringan atau tanpa sentuhan. Sistem ini mengklaim dapat mengubah energi negatif yang tersumbat menjadi energi positif.
Praktik Spiritual	: Hubungan dengan makhluk yang lebih tinggi atau batin seseorang, yang sering kali membawa kenyamanan dan pemahaman tentang dunia, tempat seseorang di dalamnya, dan alasan di balik tantangan hidup.

Tai Chi	: Bagian dari pengobatan Tiongkok, teknik latihan ini menggabungkan gerakan tubuh yang terkoordinasi, teknik pernapasan, dan meditasi untuk menciptakan stabilitas dalam tubuh.
Pengobatan Herbal Barat	: Penggunaan herbal terutama dari Eropa untuk memperbaiki ketidakseimbangan dalam tubuh dan mengembalikannya ke kondisi sehat. Ahli herbal menyiapkan ramuan herbal tersendiri untuk mengatasi berbagai gejala.
Yin dan Yang	: Konsep keseimbangan Asia kuno yang digunakan dalam pengobatan Tiongkok. Konsep ini didasarkan pada keyakinan bahwa segala sesuatu terdiri dari kekuatan yang berlawanan yang saling melengkapi dan harus dijaga keseimbangannya. Yin mewakili kesejukan, kelembutan dan kegelapan; Yang mewakili panas, kekuatan dan cahaya.
Yoga	: Sebuah teknik latihan yang berasal dari India yang berfokus pada pernapasan, peregangan, penguatan dan relaksasi. Ada banyak jenis yoga yang berbeda.

Daftar Pustaka

- Anggraini, N. N. V., Kep, M., Kom, S. K., Riskika, S., TP, N. R. I. A., Sibulo, N. M., Kep, M., Kep, S., Mardiana, N., & Kep, M. (2024). *KEPERAWATAN KOMPLEMENTER*. RIZMEDIA PUSTAKA INDONESIA.
- Anggraini, S. R., Esti, P. K., & Komarasari, E. (2022). TERAPI ALTERNATIF REAKSI KUSTA. *Media Dermato Venereologica Indonesiana*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:249860387>
- Armstrong, M., Kupeli, N., Flemming, K., Stone, P., Wilkinson, S., & Candy, B. (2020). Complementary therapy in palliative care: A synthesis of qualitative and quantitative systematic reviews. *Palliative Medicine*, 34(10), 1332–1339. <https://doi.org/10.1177/0269216320942450>
- Cancer Council. (2023). Understanding Complementary Therapies A guide for people with cancer, their families and friends. *Cancer Council Australia*, 2(2), 1–84. https://doi.org/10.1007/978-3-319-75022-4_18

- Delorino, S., Ogalesco, M., Rebadulla, K., Rongcales, M., V, J., Talacay, M., & Tuballas, Z. (2021). Wound Healing Efficacy of Guava Leaf Extract. *Journal of Pharmaceutical Research International*, 27–35. <https://doi.org/10.9734/jpri/2020/v32i4131041>
- Dewi, S. U., Pratiwi, A. E., Muthia, A. R., Kunci, K., Hidup, K., Kanker, P., & Komplementer, T. (2024). EFEKTIVITAS TERAPI KOMPLEMENTER UNTUK MENINGKATKAN KUALITAS HIDUP PADA PASIEN KANKER: LITERATURE REVIEW. *Jurnal Keperawatan Widya Gantari Indonesia*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:269267625>
- Dingley, C., Ruckdeschel, A., Kotula, K., & Lekhak, N. (2021). Implementation and outcomes of complementary therapies in hospice care: an integrative review. *Palliative Care and Social Practice*, 15(X), 1–15. <https://doi.org/10.1177/26323524211051753>
- Finszter, G. (2023). Komplementer rendészeti. *Belügyi Szemle*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:256344328>
- Hanum, S. M. F., Widowati, H., Yulianto, M. R., & I, L. A. T. (2023). Enhancing Traditional Health Services: Empowering Holistic Care Clinic. *Indonesian Journal of Cultural and Community Development*, 14(2), 1–12.
- Heryani, H., & Lestari, L. (2023). Edukasi Terapi Komplementer Kompres Bawang Merah Penurun Demam pada Balita Pasca Imunisasi DPT Melalui E-Leaflet. *Jurnal ABDINUS: Jurnal Pengabdian Nusantara*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:258516546>
- Hidayah, N., & Nisak, R. (2018). Buku Ajar Terapi Komplementer untuk Mahasiswa Keperawatan (Evidence Based Practice). In *Samudera Biru* (Vol. 10, Issue 1). <http://www.samudrabiru.co.id/>
- Kementerian Kesehatan RI. (2017). Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, 1074*.
- Korengkeng, L. C., & Mangolo, A. V. O. S. (2023). PERSEPSI DAN SIKAP MASYARAKAT TERHADAP TERAPI KOMPLEMENTER. *Klabat Journal of Nursing*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:258938612>
- Kusuma, W., Tiranda, Y., & Sukron, S. (2021). Terapi Komplementer yang Berpengaruh Terhadap Penurunan Tekanan Darah Pasien Hipertensi di Indonesia: Literature Review. *JKM: Jurnal Keperawatan Merdeka*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:256860427>
- Lok, B., Babu, D., Tabana, Y., Dahham, S. S., Adam, M. A. A., Barakat, K., & Sandai, D. (2023). The Anticancer Potential of Psidium guajava (Guava) Extracts. *Life*, 13(2). <https://doi.org/10.3390/life13020346>

- Martin, J. H., & Patel, J. (2022). Complementary and alternative therapies in the palliative setting. *Internal Medicine Journal*, 52(10), 1677–1684. <https://doi.org/10.1111/imj.15922>
- Menteri Kesehatan Republik Indonesia. (2018). PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA NOMOR 15 TAHUN 2018 TENTANG PENYELENGGARAAN PELAYANAN KESEHATAN TRADISIONAL KOMPLEMENTER. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia*, 15, 36. https://doi.org/10.1098/rspb.2014.1396%0Ahttps://www.uam.es/gruposin/v/meva/publicaciones_jesus/capitulos_espanyol_jesus/2005_motivacion para el aprendizaje Perspectiva alumnos.pdf%0Ahttps://www.researchgate.net/profile/Juan_Aparicio7/publication/253571379
- Miraturrofi'ah, M. (2022). EFEKTIFITAS TERAPI KOMPLEMENTER : TUINA AKUPOIN DAN FACIAL LOVING TOUCH DALAM MENINGKATKAN PRODUKSI ASI. *Jurnal Asuhan Ibu Dan Anak*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:252881202>
- Pemerintah Republik Indonesia. (2014). Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 103 Tentang Pelayanan Kesehatan Tradisional. *Indonesia*, 369, 1–39.
- Rinawati, S. A. W. (2021). Asuhan Keperawatan Terminal. In *Poltek Usaha Mandiri*. Poltek Usaha Mandiri. <https://eprints.poltekkesjogja.ac.id/6062/1/Askep%2520Terminal%2520plus%2520Cover.pdf>
- Rohaeti, S. E., Ibrahim, K., & Pratiwi, S. H. (2021). Hubungan Terapi Komplementer dengan Psychological Well Being pada Pasien Penyakit Ginjal Kronis Stadium 5. *The Indonesian Journal of Health Science*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:238812143>
- Siregar, Y. R., & Suprapti, F. (2024). Terapi Komplementer Keperawatan dalam Mengurangi Mual Muntah akibat Kemoterapi: Literature Review. *Media Publikasi Promosi Kesehatan Indonesia (MPPKI)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:269374743>
- Suswitha, D., Arindari, D. R., Aini, L., Astuti, L., & Saputra, A. (2022). Pemanfaatan Jahe Madu Terapi Komplementer pada Penyakit Infeksi Saluran Pernafasan Akut (ISPA) di Desa Bangun Sari Kecamatan Tanjung Lago. *JURNAL KREATIVITAS PENGABDIAN KEPADA MASYARAKAT (PKM)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:250514517>
- Tasalim, N. R., Kep, M., Astuti, N. L. W., & Kep, M. (2021). *Terapi komplementer*. Guepedia.
- Yunitasari, D., Arnyana, I. B. P., & Dantes, N. D. (2023). Implementasi kebijakan

pendidikan dasar (definisi, aktor pelaksana, arena/konteks, jenis, dan langkah kebijakan pendidikan dasar). *JPPI (Jurnal Penelitian Pendidikan Indonesia)*. <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:266244670>

BAB 5

MANAJEMEN NYERI PADA PERAWATAN PALLIATIVE

Pendahuluan

Kompleksitas penanganan pasien yang menderita nyeri merupakan tantangan bagi para profesional, terutama bagi pasien di akhir hayat. Sebagian besar pasien terminal, terutama yang menderita keganasan, memiliki kualitas hidup yang buruk. Nyeri yang terus-menerus merupakan akibat dari penyakit terminal itu sendiri, atau dari pendekatan terapeutik, seperti kemoterapi, neuropatik, atau dari penyakit penyerta seperti osteoarthritis, spondilolistesis, migrain, dll. Nyeri menimbulkan sensasi yang tidak menyenangkan bagi pasien. Hal ini merupakan akibat dari rangsangan yang melukai atau merusak jaringan dan umumnya dikaitkan dengan kejadian patologis dalam tubuh (Seiça Cardoso et al., 2023). Nyeri merupakan fenomena subjektif, dan evaluasi objektifnya sulit. Hal ini terutama sulit dalam perawatan paliatif karena kompleksitas nyeri. Alasan nyeri, terutama pada penyakit ganas, sangat sering adalah kompresi dan infiltrasi saraf, metastasis tulang, obstruksi, dan infiltrasi jaringan lunak (Cardoso et al., 2022). Reaksi terhadap rasa sakit bersifat kompleks dan individual. Besarnya, tingkat keparahan penyakit, dan tingkat ketidaknyamanan pasien, semuanya berperan dalam pembentukan pengalaman individu terhadap rasa sakit. Berbagai fenomena fisiologis dan psikologis dalam tubuh menghasilkan modifikasi kualitas rasa sakit. Kenangan akan episode rasa sakit, reaktivitas pasien terhadap rasa sakit, dukungan keluarga dan teman, agama, keterampilan pertahanan diri, dan strategi terapi merupakan alasan yang paling sering untuk modifikasi ini. Tingkat pendidikan, budaya, dan tradisi berperan penting dalam pembentukan pengalaman rasa sakit. Ambang rasa sakit bersifat individual (Mitello et al., 2024). Rasa sakit yang parah menyebabkan gangguan mental dan fisik pada tubuh. Pasien akan merasakan kelelahan, letih, dan tidak bertenaga. Kelelahan merupakan salah satu gejala utama dari kondisi terminal dan sering kali merupakan gejala bersamaan dari keganasan, yang menghasilkan kualitas hidup yang buruk (Ahmed et al., 2020). Pengalaman rasa sakit bersifat unik, bersifat

individual, dan menyebabkan perubahan kepribadian. Hal ini memiliki implikasi sosial; mengganggu tidur, nafsu makan, menurunkan toleransi terhadap stres, dan sering kali menjadi penyebab depresi.

Perawatan bertujuan untuk meredakan nyeri dan gejala fisik lainnya, selain perawatan suportif bagi pasien dan keluarga mereka. Nyeri sering dianggap sebagai salah satu gejala yang lebih dapat diobati dalam perawatan paliatif dan kebutuhan akan bantuan untuk menjalankan nyeri menjadi alasan umum pasien dirujuk ke perawatan palliatif dan tim perawatan palliatif (Lee et al., 2023). Hampir satu dari sepuluh kunjungan unit gawat darurat dari pasien onkologi di bulan-bulan terakhir kehidupan menyebutkan nyeri sebagai alasan kunjungan. Selain itu, hampir 20% pasien yang meninggal di rumah sakit mengalami nyeri pada tingkat tertentu (González-Martín et al., 2023; Tiberio et al., 2024).

Tujuan pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu

1. Menjelaskan konsep manajemen nyeri pada perawatan palliatif
2. Mampu mengidentifikasi nyeri pada perawatan palliatif
3. Menjelaskan intervensi farmakologi pada perawatan palliatif
4. Menjelaskan intervensi nonfarmakologi pada perawatan palliatif

Mamfaat

Dengan adanya materi yang berkaitan dengan konsep manajemen nyeri pada perawatan palliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami konsep dasar manajemen nyeri pada perawatan palliatif yang menambah wawasan mahasiswa sehingga mampu mengaplikasikan pada tahapan nyata di lahan prakti.

Sasaran

Materi ini ditujukan kepada mahasiswa keperawatan dan perawat yang merawat pasien kronik, dan diharapkan bisa menjadi informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan terkait manajemen nyeri pada perawatan palliatif.

Uraian Materi

A. Definisi

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan actual ataupun potensial. Nyeri yang tidak ditangani dengan baik akan berpotensi menimbulkan penderitaan pada pasien dan kesusahan bagi caregiver/pengasuh yang merawat (Chapman S, 2012). Pada tahap awal diagnosa dan pengobatan kanker, 30% sampai 40% pasien mengalami nyeri yang terus-menerus yang tidak kunjung hilang, sedangkan 75% pasien kanker pada stadium akhir atau terminal dilaporkan mengalami nyeri hebat dan hanya bisa dikontrol dengan menggunakan obat narkotika. Berbeda dengan pasien HIV atau AIDS yang mengalami nyeri akibat proses penyakit atau akibat pengobatan dengan agen antiretroviral dan nyeri secara signifikan menurunkan kualitas hidup pasien (Hagarty et al., 2020; Ma et al., 2024). Prevalensi nyeri gabungan pada pasien dengan kanker stadium lanjut adalah 64%. Dan estimasi prevalensi nyeri pada berbagai populasi nonmalignan stadium akhir [yaitu, gagal jantung kongestif (CHF), penyakit ginjal stadium akhir, penyakit paru obstruktif kronik (PPOK)] berkisar antara 47 hingga 93% (Marie, 2013).

Rasa sakit atau nyeri yang tidak dapat dikontrol dengan baik akan menimbulkan efek fisik yang akan berdampak kepada sistem katiovaskuler, hematologi, respirasi, gastrointestinal, dan imum pasien. Selain itu, nyeri yang tidak terkontrol dapat meningkatkan produksi ketokelamin yang dapat menyebabkan peningkatan beban kerja jantung (Pickstock, 2006). Nyeri juga dapat meningkatkan retensi natrium dan air yang berefek kepada peningkatan reabsorsi air di ginjal, sehingga menimbulkan terjadinya edema/kelebihan cairan. Pasien yang menjalani perawatan paliatif memiliki rasa takut terhadap nyeri dengan komponen fisik, emosional, dan psikologis dari nyeri tersebut (Pickstock, 2006; Sholjakova et al., 2018). Pada awal tahun 1900, Sherrington mencoba mendefinisikan nyeri dan ia menekankan dua komponen nyeri: kepekaan dan kasih sayang. Kemudian, Henry Head menemukan reaksi ganda dalam sensasi akut. Saat ini, nyeri dianggap

sebagai pengalaman persepsi kompleks dengan plastisitas (Inchingolo et al., 2024).

B. Faktor yang Mempengaruhi Nyeri

1. Faktor Demografi: nyeri lebih sering terjadi pada pasien berusia 41-60 tahun, wanita, dan mereka yang menganggur.
2. Faktor Psikologis: faktor psikologis seperti gejala depresi secara signifikan memengaruhi tingkat keparahan nyeri. Gejala kecemasan dan gangguan tidur juga dapat memengaruhi nyeri, tetapi hubungannya kurang signifikan.
3. Lintasan Penyakit: Pasien dengan penyakit terminal seperti kanker lebih mungkin mengalami nyeri dibandingkan dengan mereka yang lemah atau meninggal mendadak.

C. Mekanisme Aksi

Dalam merawat pasien yang menerima perawatan paliatif, perawat perlu memahami mekanisme dasar yang menimbulkan nyeri. Ada dua subtipe nyeri berdasarkan mekanisme aksi, yaitu (Pickstock, 2006):

1. Nyeri somatik
Nyeri somatik merupakan nyeri yang berasal dari aktivitas nociceptif di kulit, jaringan subkutan, tulang, otot, dan pembuluh darah. Rangsangan nyeri mengaktifkan serabut A-delta dan menjalar melalui sistem saraf perifer dan sentral dengan cepat. Nyeri ini terlokalisasi dan digambarkan sebagai nyeri tajam, arching, atau berdenyut.
2. Nyeri viseral.
Nyeri visceral diaktifkan di organ, rongga tubuh, dan disalurkan melalui serabut C. Nyeri ini lebih menyebar, dan digambarkan sebagai nyeri yang menggerogoti, kram, tumpul, dan nyeri yang menyakitkan.
3. Nyeri Neuropatik
Nyeri neuropatik muncul sebagai akibat langsung dari lesi atau penyakit yang memengaruhi sistem somatosensori. Nyeri neuropatik bermanifestasi sebagai distribusi nyeri regional yang mengikuti persarafan perifer, lesi, atau penyakit yang memengaruhi sistem saraf perifer atau sentral atau ada tanda-tanda neurologis yang sesuai dengan distribusi nyeri dan dikonfirmasi oleh hasil pengukuran laboratorium. Pasien mungkin menggambarkan nyeri ini sebagai rasa terbakar,

kesemutan, atau mungkin memiliki sensasi yang tidak biasa mulai dari mati rasa hingga sensasi menusuk.

D. Penilaian Nyeri

Penilaian nyeri merupakan dasar dari manajemen nyeri yang baik, dan elemen kunci penilaian nyeri berlaku untuk semua pasien. Bagian integral dari penilaian nyeri yang baik adalah menentukan lokasi, deskripsi, intensitas, durasi, faktor yang meringankan dan menghilangkan, dan faktor terkait nyeri. Lokasi nyeri dapat membantu Anda menentukan etiologi nyeri, atau apakah nyeri tersebut dirujuk ke lokasi lain dari titik asal. Deskriptor yang digunakan pasien untuk menggambarkan nyeri dapat berupa rasa terbakar, menusuk, kesemutan, tajam, ditimpa benda tumpul, kram, atau tekanan. Nyeri neuropatik sering dicatat memiliki karakteristik nyeri seperti terbakar, menusuk, atau kesemutan. Nyeri somatik sering digambarkan sebagai tertusuk benda tajam dan pasien dapat menentukan lokasi spesifik nyerinya. Nyeri viseral dapat digambarkan sebagai sensasi sakit, kram, atau tekanan, dan nyeri bersifat menyebar atau tidak terlokalisasi. Selain itu, pasien mengaitkan dimensi penderitaan emosional dengan rasa sakit mereka ketika mereka menggunakan istilah seperti menyiksa, mengerikan, atau mengalahkan (Chapman S, 2012; Inchingolo et al., 2024).

Skor intensitas nyeri merupakan laporan diri di mana pasien memberikan angka yang menunjukkan intensitas nyeri. Misalnya, pasien diminta untuk menilai nyerinya pada skala 0 hingga 10, di mana 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri berat yang mungkin terjadi. Penilaian intensitas nyeri memberikan informasi dasar sehingga saat intervensi penghilang nyeri dilakukan, perawat dapat menentukan apakah nyeri membaik, memburuk, atau tetap sama. Dengan menanyakan tentang durasi nyeri, perawat dapat menentukan ciri-ciri nyeri yang berkaitan dengan waktu dan durasi penghilangan nyeri yang dicapai melalui intervensi penghilang nyeri (Pickstock, 2006; Sholjakova et al., 2018).

Mengurangi atau menghilangkan faktor penyebab nyeri dapat ditentukan dengan menanyakan kepada pasien "apa yang membuat nyeri berkurang" atau "apa yang memperburuk nyeri". Melalui rangkaian pertanyaan ini, sering kali pasien akan memberi tahu perawat tentang perawatan tertentu yang berhasil, yang memungkinkan perawat untuk mengajukan pertanyaan lebih lanjut guna mengevaluasi apakah intervensi

pengobatan sendiri seperti obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) dapat menimbulkan potensi bahaya (Tiberio et al., 2024). Pasien jarang mengalami nyeri sebagai gejala tunggal. Gejala terkait seperti mual, muntah, gatal, sedasi, konstipasi, depresi, kecemasan, atau kebingungan juga muncul. Gejala ini harus ditangani bersamaan dengan nyeri (Ahmed et al., 2020).

E. Intervensi Farmakologi

Penangan nyeri berdasarkan pendekatan farmakologis maupun nonfarmakologis dapat dikembangkan menggunakan informasi yang diperoleh dari penilaian nyeri pasien. Pendekatan farmakologis atau yang biasa disebut analgesia multimodal, merupakan pemberian kombinasi analgesik dengan mekanisme kerja yang berbeda untuk memberikan analgesia dengan dosis yang lebih rendah dan efek samping yang lebih sedikit. Misalnya, obat antiinflamasi nonsteroid dengan opioid dan asetaminofen (*Tylenol*) yang digunakan untuk menghambat rangsangan nyeri di berbagai lokasi di sepanjang jalur nyeri. NSAID menghambat prostaglandin pada nosisepsi perifer. Opioid menghambat nyeri pada reseptor opiat di perifer, substansia gelatinosa dari kornu dorsalis sumsum tulang belakang, dan daerah abu-abu periaqueductal otak. Dosis tinggi asetaminofen (3,000 hingga 4,000 mg/hari) menghambat nyeri pada jalur serotonergik yang menurun. Intervensi lain yang perlu dipertimbangkan yang dapat meningkatkan manajemen nyeri melalui analgesia multimoda adalah blok saraf menggunakan agen anestesi lokal, atau analgesia intraspinal menggunakan opioid dengan dosis tunggal atau dalam kombinasi dengan agen anestesi lokal. Intervensi ini dapat digunakan bersamaan dengan analgesia opioid dan nonopioid yang diberikan secara sistemik dan dengan pengawasan ahli anestesi (Chapman S, 2012; Tiberio et al., 2024).

Kategori obat lain yang dapat digunakan sebagai analgesia tambahan adalah ligan $\alpha_2 \delta$, seperti gabapentin (*gralise, horizant, neurontin*, generik) dan pregabalin (*lyrica*, generik). Obat-obatan ini menghasilkan analgesia melalui stabilisasi membran neuronal pada saluran Ca^{2+} yang digerakkan oleh tegangan di sepanjang saraf perifer. Mekanisme kerjanya terbukti efektif untuk nyeri inflamasi, nyeri neuropatik, dan dalam mengurangi nyeri pascaoperasi bila diberikan secara preemptif dan pascaoperasi (McMonagle, 2018).

Dan pada tahun 1986, Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengusulkan *WHO analgesic ladder* untuk memberikan pereda nyeri yang memadai bagi pasien kanker. *WHO analgesic ladder* adalah bagian dari program kesehatan besar yang disebut Program Perawatan Paliatif dan Nyeri Kanker WHO, yang bertujuan untuk meningkatkan strategi manajemen nyeri kanker melalui kampanye pendidikan, menciptakan strategi bersama, dan mengembangkan jaringan dukungan global. Penggunaan *WHO analgesic ladder* dengan pendekatan paliatif yang sederhana untuk mengurangi morbiditas terkait nyeri pada 70% hingga 80% pasien (Aabha, et al., 2023; McMonagle, 2018).

1. Langka 1 - Nyeri ringan: analgesik non-opioid: PCT, aspirin, atau obat antiinflamasi nonsteroid (NSAID) atau asetaminofen dengan atau tanpa obat co-analgetik.
2. Langkah 2 - Nyeri Sedang: analagesik opioid lemah (hidrokodon, kodein, tramadol) dengan atau tanpa analgesik non-opioid
3. Langkah 3 – Nyeri berat: Opioid kuat (morphin, metadon, fentanil, oksikodon, buprenorfin, tapentadol, hidromorfon, oksimorfon) dengan atau tanpa analgesik non-opioid, dan dengan atau tanpa adjuvant.

Adjuvant merujuk pada sekumpulan besar obat yang termasuk dalam kelas yang berbeda. Meskipun pemberiannya biasanya untuk indikasi selain pengobatan nyeri, obat-obatan ini dapat sangat membantu dalam berbagai kondisi nyeri. Adjuvant, juga disebut co-analgesik, meliputi antidepresan, termasuk antidepresan trisiklik (TCA) seperti amitriptilin dan nortriptilin, serotonin-norepinefrin reuptake inhibitor (SNRI) seperti duloxetine dan venlafaxine, antikonvulsan seperti gabapentin dan pregabalin, anestesi topikal (misalnya, lidocaine patch), terapi topikal (misalnya, capsaicin), kortikosteroid, bifosfonat, dan kanabinoid. Menariknya, meskipun adjuvant diberikan bersamaan dengan analgesik, mereka diindikasikan sebagai pilihan pengobatan lini pertama untuk mengobati kondisi nyeri tertentu. Misalnya, European Federation of Neurological Societies (ENS) merekomendasikan duloxetine, antikonvulsan, atau TCA untuk pengobatan neuropati diabetes yang menimbulkan rasa nyeri.

Konsep dasar WHO analgesic ladder adalah bahwa pengetahuan yang memadai tentang nyeri, menilai tingkat nyeri pada pasien melalui evaluasi yang tepat, dan meresepkan obat yang tepat adalah hal yang penting. Karena banyak pasien pada akhirnya akan menerima opioid, penting untuk

menyeimbangkan dosis optimal dengan efek samping obat. Selain itu, rotasi opioid dapat diadopsi untuk meningkatkan analgesia dan mengurangi efek samping. Pasien harus menerima edukasi tentang penggunaan dan efek samping obat untuk menghindari penyalahgunaan atau penyalahgunaan tanpa mengorbankan manfaatnya

Banyak obat yang tersedia untuk memblokir rasa sakit di berbagai jalur nyeri. Berikut faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan untuk manajemen nyeri yang efektif (Chapman S, 2012; McMonagle, 2018):

1. Memahami bahwa nyeri adalah pengalaman subjektif yang melibatkan komponen biologis, psikologis, sosial, dan spiritual dalam kehidupan seseorang.
2. Nyeri tidak terjadi secara terpisah dengan gejala lain, sehingga gejala lain juga perlu dinilai dan ditangani secara bersama (misalnya: mual, muntah, dispnea, insomnia, konstipasi, dll)
3. Penilaian nyeri harus dilakukan secara komprehensif, individual, dan holistik yang melibatkan masukan dari tim multidisiplin
4. Pasien dan *caregiver/pengasuh* harus dilibatkan dalam penilaian dan perencanaan berbagai intervensi yang digunakan.
5. Etiologi nyeri mungkin tidak diketahui, namun, upaya untuk menentukan etiologi harus sesuai dengan tujuan pasien.
6. Analgesia oral harus menjadi rute pemberian yang utama jika memungkinkan, dititrasi hingga nyeri hilang, dan diberikan secara teratur jika nyeri terus berlanjut.
7. Morfin dianggap sebagai opioid pilihan standar. Namun, jika terdapat penyakit penyerta, seperti gagal ginjal, opioid dengan metabolit yang kurang aktif mungkin lebih disukai untuk mengurangi efek samping.
8. Jika nyeri berlangsung terus-menerus, analgesia juga harus terus-menerus, dengan obat pereda nyeri terobosan yang tersedia.
9. Obat adjuvan harus dipertimbangkan berdasarkan penilaian dan neuromekanisme yang terkait dengan nyeri.

F. Intervensi Nonfarmakologi

Intervensi nonfarmakologis (NPI) memainkan peran penting dalam manajemen nyeri perawatan paliatif, menawarkan pendekatan pelengkap untuk perawatan medis tradisional. Strategi ini dapat sangat efektif dalam meredakan nyeri dan memberikan kenyamanan sekaligus memberdayakan pasien dan keluarga untuk memberikan pereda nyeri dengan cara yang aman.

Berikut adalah beberapa intervensi nonfarmakologi yang sudah terbukti dapat mengatasi nyeri pada pasien yang mendapatkan pelayanan palliative:

1. *Systematic Reviews*

Berdasarkan hasil systematic review ditemukan beberapa intervensi yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri pada pasien yang menjalani perawatan paliatif, yaitu: *massage therapy and virtual reality, mindful breathing, hypnosis, progressive muscle relaxation, interactive guided imagery, cognitive-behavioral audiotapes, wrapped warm footbath, reflexology, and music therapy, mindfulness-based stress reduction program, aromatherapy, and aroma-massage therapy*. Intervensi ini menunjukkan dukungan bukti yang kuat untuk manajemen nyeri pada pasien perawatan paliatif (Ma et al., 2024).

2. *Psychological Interventions*

- a. Hipnosis: Memiliki efek analgesik tetapi bergantung pada sugestibilitas pasien dan teknik khusus yang digunakan.
- b. *Cognitive Behavioral Interventions*: Sudah mapan dalam manajemen nyeri kronis tetapi tidak memiliki bukti khusus dalam pengaturan perawatan paliatif.
- c. *Mindfulness*: Berguna dalam mengurangi nyeri kanker dan berpotensi bermanfaat dalam perawatan paliatif, terutama bila diberikan dalam pengaturan kelompok.

3. Intervensi Lain:

- a. *Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation* (TENS): Memiliki bukti berkualitas rendah untuk penggunaannya dalam nyeri akibat kanker dan tidak direkomendasikan untuk pasien perawatan paliatif.
- b. Akupunktur: Secara umum menunjukkan hasil yang buruk dalam manajemen nyeri, dengan beberapa bukti berkualitas rendah yang menunjukkan bahwa akupunktur dapat meningkatkan analgesia jika dikombinasikan dengan perawatan farmakologis.
- c. *Massage*: Berpotensi memiliki efek positif pada gejala, termasuk nyeri, pada pasien kanker stadium lanjut, tetapi buktinya terbatas.

Intervensi nonfarmakologis dapat relevan secara klinis bagi pasien perawatan paliatif, tetapi penggunaannya harus didiskusikan untuk mengetahui potensi manfaatnya dan perawat harus dilatih untuk praktik yang aman (Seiça Cardoso et al., 2023; van Veen et al., 2024).

G. Latihan

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan terjadi akibat kerusakan jaringan atau potensial. Nyeri yang tidak diatasi dengan baik dapat menyebabkan penderitaan pada pasien dan kesulitan bagi caregiver yang merawat. Sejumlah pasien dengan kanker mengalami nyeri kronis, sedangkan pasien HIV atau AIDS juga dapat mengalami nyeri yang signifikan akibat proses penyakit atau pengobatan antiretroviral. Prevalensi nyeri pada pasien kanker stadium lanjut mencapai 64%, sementara pada berbagai populasi non-malignan prevalensi nyeri berkisar antara 47 hingga 93%.

Nyeri yang tidak terkontrol dapat memengaruhi sistem kardiovaskular, hematologi, respirasi, gastrointestinal, dan imun pasien. Peningkatan retensi natrium dan air juga dapat terjadi akibat nyeri yang tidak terkontrol, menimbulkan edema atau kelebihan cairan. Pasien yang menjalani perawatan paliatif sering kali merasa takut akan nyeri, yang melibatkan aspek fisik, emosional, dan psikologis. Penilaian nyeri yang komprehensif penting untuk manajemen nyeri yang baik, termasuk lokasi, deskripsi, intensitas, durasi, serta faktor yang meredakan atau memperberat nyeri.

Ada beberapa faktor yang memengaruhi nyeri, termasuk faktor demografi, psikologis, dan lintasan penyakit. Ada tiga mekanisme aksi nyeri utama: nyeri somatik, nyeri visceral, dan nyeri neuropatik. Untuk intervensi farmakologi, pendekatan analgesia multimodal dapat digunakan dengan kombinasi obat analgesik yang memiliki mekanisme kerja berbeda. Adjuvant juga dapat digunakan sebagai bagian dari manajemen nyeri, termasuk antidepresan, antikonvulsan, dan anestesi lokal, untuk meningkatkan efektivitas pengobatan nyeri.

Selain intervensi farmakologi, intervensi nonfarmakologi juga memiliki peran penting dalam manajemen nyeri perawatan paliatif. Beberapa intervensi nonfarmakologis yang terbukti efektif dalam mengurangi nyeri meliputi terapi pijat, hipnosis, pertolongan napas, dan musikoterapi. Selain itu, evaluasi intervensi nonfarmakologis seperti TENS dan akupunktur juga dapat bermanfaat bagi pasien.

Memahami faktor-faktor yang mempengaruhi nyeri dan mengadopsi pendekatan multimodal dapat membantu dalam manajemen nyeri yang optimal bagi pasien perawatan paliatif. Selain itu, pendekatan yang holistik dan integratif melibatkan pasien dan caregiver dalam perencanaan intervensi

nyeri juga merupakan kunci untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan nyaman bagi pasien yang mengalami nyeri kronis.

H. Latihan

1. Jelaskan konsep manajemen nyeri pada perawatan palliatif?
2. Menurut anda, apa yang menjadi penyebab gejala nyeri menjadi gejala utama yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga yang merawat?
3. Menurut anda, kenapa nyeri bersifat individual dan subjektif?
4. Jelaskan kenapa penilaian nyeri menjadi dasar dan elemen kunci dalam manajemen nyeri yang baik?
5. Menurut anda, apa faktor-faktor yang perlu dipertimbangkan untuk manajemen nyeri yang efektif pada pasien dengan perawatan palliative?

I. Glosarium

HIV	: Human Immunodeficiency Virus.
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome.
CHF	: Congestive Heart Failure
PPOK	: Penyakit Paru Obstruktif Kronis
NASID	: Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs
WHO	: World Health Organization
PCT	: Paracetamol
TCA	: Trichloroacetic Acid
SNRI	: Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors
ENS	: European Federation of Neurological Societies
NPI	: Nursing Phamachology Therapy
TENS	: Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

Daftar Pustaka

- Aabha A. Anekar; Joseph Maxwell Hendrix; Marco Cascella. (2023). WHO Analgesic Ladder (T. S. T. C. A. Wendy B Ackley, Ed.; 1st ed., Vol. 3). National Library of Medicine.
- Ahmed, A., Thota, R. S., Bhatnagar, S., Jain, P., Ramanjulu, R., Salins, N., Chatterjee, A., & Bhattacharya, D. (2020). Indian society for study of pain, cancer pain special interest group guidelines on complementary therapies for cancer pain. *Indian Journal of Palliative Care*, 26(2), 198–202. <https://doi.org/10.4103/0973-1075.285695>

- Cardoso, C. S., Monteiro-Soares, M., Rita Matos, J., Prazeres, F., Martins, C., & Gomes, B. (2022). Non-pharmacological interventions in primary care to improve the quality of life of older patients with palliative care needs: A systematic review protocol. In *BMJ Open* (Vol. 12, Issue 5). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-060517>
- Chapman S. (2012). Cancer pain part 2: assessment and management. *NURSING STANDARD / RCN PUBLISHING*, 26(48), 44–49. www.nursing-standard.co.uk.
- González-Martín, A. M., Aguilera-García, I., Castellote-Caballero, Y., Rivas-Campo, Y., Bernal-Suárez, A., & Aibar-Almazán, A. (2023). Effectiveness of Therapeutic Education in Patients with Cancer Pain: Systematic Review and Meta-Analysis. In *Cancers* (Vol. 15, Issue 16). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/cancers15164123>
- Hagarty, A. M., Bush, S. H., Talarico, R., Lapenskie, J., & Tanuseputro, P. (2020). Severe pain at the end of life: A population-level observational study. *BMC Palliative Care*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00569-2>
- Inchingolo, A. M., Dipalma, G., Inchingo, A. D., Palumbo, I., Guglielmo, M., Morolla, R., Mancini, A., & Inchingo, F. (2024). Advancing Postoperative Pain Management in Oral Cancer Patients: A Systematic Review. In *Pharmaceuticals* (Vol. 17, Issue 4). Multidisciplinary Digital Publishing Institute (MDPI). <https://doi.org/10.3390/ph17040542>
- Lee, M. J., Pradeep, A., Lobner, K., & Badaki-Makun, O. (2023). The effect of nature exposure on pain experience and quality of life in patients with chronic pain: A systematic review and meta-analysis protocol. *PLoS ONE*, 18(9 September). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0291053>
- Ma, Y., Li, Y., Wang, C., Zhang, Y., Wang, L., Hu, R., Yin, Y., & He, F. (2024). Effects of non-pharmacological interventions on pain in wound patients during dressing change: A systematic review. In *Nursing Open* (Vol. 11, Issue 2). John Wiley and Sons Inc. <https://doi.org/10.1002/nop2.2107>
- McMonagle, E. (2018). Procedural pain management in patients with cancer. *Nursing Standard*, 33(3), 43–49. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11105>
- Mitello, L., Marti, F., Mauro, L., Siano, L., Pucci, A., Tarantino, C., Rocco, G., Stievano, A., Iacorossi, L., Anastasi, G., Ferrara, R., Marucci, A. R., Varrassi, G., Giannarelli, D., & Latina, R. (2024). The Usefulness of Virtual Reality in Symptom Management during Chemotherapy in Lung Cancer Patients: A Quasi-Experimental Study. *Journal of Clinical Medicine*, 13(15). <https://doi.org/10.3390/jcm13154374>
- Pickstock, S. (2006). Pain management in palliative care. *Australian Family*

- Physician, 35(10), 762–765.
- Seiça Cardoso, C., Rita Matos, J., Prazeres, F., & Gomes, B. (2023). Non-pharmacological interventions in primary care to improve the quality of life of older patients with palliative care needs: a systematic review of randomised controlled trials. *BMJ Open*, 13(12). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073950>
- Sholjakova, M., Durnev, V., Kartalov, A., & Kuzmanovska, B. (2018). Pain relief as an integral part of the palliative care. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 6(4), 739–741. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2018.163>
- St Marie, B. (2013). Pain management in patients receiving palliative care. *HHS Public Access*, 2(1), 1–7.
- Tiberio, P., Balordi, M., Castaldo, M., Viganò, A., Jacobs, F., Benvenuti, C., Torrisi, R., Zambelli, A., Santoro, A., & De Sanctis, R. (2024). Empowerment, Pain Control, and Quality of Life Improvement in Early Triple-Negative Breast Cancer Patients through Pain Neuroscience Education: A Prospective Cohort Pilot Study Protocol (EMPOWER Trial). *Journal of Personalized Medicine*, 14(7), 711. <https://doi.org/10.3390/jpm14070711>
- van Veen, S., Drenth, H., Hobbelin, H., & Finnema, E. (2024). Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review. In *Palliative Care and Social Practice* (Vol. 18). SAGE Publications Ltd. <https://doi.org/10.1177/26323524231222496>

BAB 6

ASUHAN KEPERAWATAN PADA PASIEN TERMINAL ILLNES (PALLIATIVE CARE)

Pendahuluan

Pasien penyakit terminal di Unit Perawatan Intensif mengalami penderitaan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Pasien dengan penyakit terminal di Unit Perawatan Intensif (ICU) sering kali menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan dan membatasi hidup mereka, dan sering kali menjadi lemah dan meninggal dalam kondisi ini. Penyakit-penyakit tersebut seperti trauma, serangan jantung akut, kegagalan banyak organ, dan penyakit yang membatasi hidup. Penyakit terminal ini berdampak pada kualitas hidup. Perawatan pasien penyakit terminal biasanya memerlukan beberapa peralatan medis pendukung kehidupan yang kompleks yang dapat menimbulkan penderitaan fisik, mental, sosial, dan spiritual. Mereka memerlukan perhatian tim interdisipliner. Selain itu, mereka harus tinggal sendirian di ICU tanpa keluarga, sehingga menambah kesedihan dan kesepian (Sukcharoen et al., 2023)

Perawatan paliatif (PC) diberikan di awal perjalanan penyakit, hal itu telah terbukti meningkatkan kualitas hidup (QOL) pasien melalui pengurangan gejala psikologis dan fisik. Menurut American Society of Clinical Oncology (ASCO), rujukan untuk *Palliative Care* umumnya dibuat dalam 3 minggu terakhir kehidupan. Meskipun pedoman yang jelas menyatakan bahwa *Palliative Care* harus dipertimbangkan pada setiap tahap penyakit, *Palliative Care* sebagian besar terkait dengan perawatan akhir kehidupan dan representasinya untuk menentukan prognosis bagi pasien kanker, terutama bagi ahli onkologi yang telah memantau pasien dalam jangka waktu yang lama (Barbaret et al., 2017)

Penyakit degenerative pada pasien kronis membutuhkan pengobatan dalam jangka panjang. Ketika penyakit berlanjut pasien akan masuk pada kondisi penyakit terminal dimana pasien akan mengalami kelemahan, penderitaan ketidakberdayaan serta kematian. Pada kondisi studi lanjut pasien tidak hanya dihadapi dengan berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas, psikososial dna spiritual, hal ini akan dapat

mempengaruhi kualitas hidup pasien serta keluarga. Dalam perawatan palliative peran perawat adalah memberikan asuhan keperawatan pasien kondisi terminal untuk membantu pasien dalam menjalani sisa hidup secara optimal. Perawatan paliatif dipahami sebagai ‘sebuah pendekatan’ untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang membatasi hidup dan perawatnya. Ini melibatkan pemenuhan kebutuhan fisiologis, psikososial, dan spiritual (Dadich et al., 2023)

Dalam sub bab buku ini menjabarkan mengenai asuhan keperawatan dalam kondisi terminal

Diharapkan mahasiswa dalam mengelola asuhan keperawatan pada pasien dengan kondisi terminal

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran adalah mengenai asuhan keperawatan dalam kondisi terminal

Tujuan Intruksional:

Tujuan intruksional adalah pernyataan yang mendefinisikan hasil yang diinginkan dari pembelajaran mengenai asuhan keperawatan dalam kondisi terminal

Capaian Pembelajaran:

"Mampu menjelaskan mengenai asuhan keperawatan dalam kondisi terminal ."

Uraian Materi

A. Perawatan paliatif

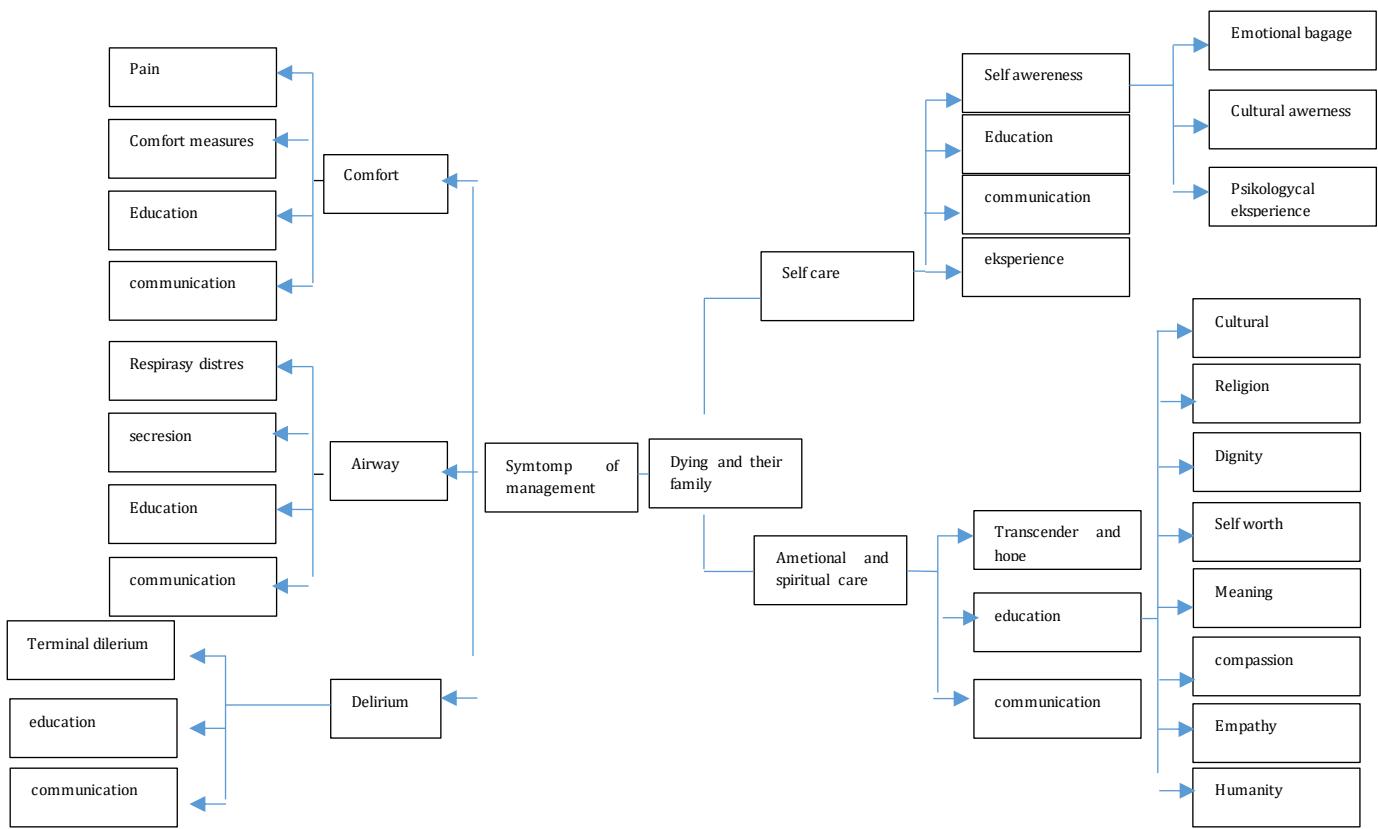
Perawatan paliatif adalah perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga yang bertujuan untuk menghilangkan penderitaan, mengendalikan gejala dan meningkatkan kualitas hidup mereka yang menderita penyakit yang mengancam nyawa Perawatan ini mengurangi gejala dan tekanan, serta mendukung orang untuk menerima kematian, dan meninggal dengan damai. Perawatan paliatif, termasuk intervensi seumur hidup, diberikan oleh para profesional perawatan kritis dan membentuk pendekatan komprehensif untuk merawat pasien sakit kritis saat masuk ke ICU(Roodbeen et al., 2020)

perawatan paliatif menggambarkan pendekatan/filosofi khusus terhadap perawatan pasien dan didefinisikan oleh WHO sebagai "pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa, mencegah dan meringankan penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang benar dan pengobatan nyeri dan masalah-masalah lain, baik fisik, psikososial atau spiritual" .Definisi ini bersifat reflektif dari beberapa iterasi yang direvisi selama bertahun-tahun untuk mencerminkan pemikiran, praktik, dan praktik saat ini pendekatan yang berpusat pada manusia, penilaian holistik, dan aksesibilitas untuk semua. Sejalan dengan kemajuan dalam perawatan paliatif, keperawatan paliatif dan kedokteran telah berkembang sebagai bidang praktik spesialis. Asal usul mereka berasal dari karya dan filosofi Cicely Saunders (1918–2005) pendiri gerakan hospice modern yang berpendapat "untuk memberikan perawatan berkualitas di akhir kehidupan yang kita butuhkan untuk membawa pengetahuan ilmiah dan keterampilan artistik ke samping tempat tidur, kita perlu menggabungkan seni dan ilmu perawatan paliatif, kita harus belajar tidak hanya bagaimana membebaskan pasien dari rasa sakit dan kesusahan,tetapi juga bagaimana berdiam diri, bagaimana mendengarkan, dan bagaimana berada di sana" Dari perspektif keperawatan, keperawatan paliatif digambarkan sebagai: "kombinasi pengetahuan, keterampilan dan kasih sayang dalam ukuran yang sama, yang sensitif, penuh harapan, bermakna dan dinamis, yang terpenting adalah cara berpikir dan sikap pikiran yang harus mempengaruhi perilaku seorang perawat setiap kali mereka

bekerja dengan orang yang sekarat dalam situasi apa pun" (Roodbeen et al., 2020)

Pelaksanaan perawatan paliatif di terapkan dengan beberapa model. Dimana Model yang pertama adalah *patient centered care*. *Patient centered care* memandang pasien sebagai mitra yang aktif dalam pembuatan keputusan perencanaan perawatan (Reynolds, 2009). Dimana dalam perawatan ini berfokus pada kenyamanan pasien, kepuasan dan mendapat informasi jelas proses perawatan (Kuipers et al., 2019), Model pendekatan kedua adalah *family centered care* yang menekankan peran keluarga sebagai pembuat keputusan perencanaan perawatan (Kovacs et al., 2006).

Pasien dengan palliative mengalami berbagai gejala diantara nya nyeri. Pasien dengan palliative memiliki dua jenis nyeri: akut dan kronis. Pembagian ini didasarkan pada peningkatan pemahaman tentang mekanisme transmisi nyeri dan pengakuan bahwa modulasi pusat keadaan nyeri akut dan kronis mungkin berbeda, bersama dengan manajemen klinis dan respons mereka terhadap yang diusulkan oleh pengobatan sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan. Asosiasi Studi Nyeri adalah pengalaman yang terkait dengan definisi aktual tentang nyeri "atau potensi kerusakan jaringan atau dijelaskan dalam hal kerusakan" rasa sakit adalah pengalaman subjektif, evaluasi Dlam kondisi ini akan di hadapkan tenaga medis dalam kondisi sulit. Dokter memiliki tanda-tanda objektif yang terbatas untuk mengkonfirmasi tingkat keparahan nyeri yang dilaporkan. Pasien dan dokter paling baik dilayani jika dokter mempercayai laporan pasien (Meier, 2024)



Tabel 6.1: The CARES Tool Model Of Nursing Care For Dying (Care, 2024)

Perawat Perawatan Paliatif Dan Tim Perawatan Paliatif Interdisipliner: Praktek Kolaboratif Komposisi Tim Yang Menyediakan Perawatan Paliatif Sangat Bervariasi, Tergantung Pada Kebutuhan Pasien Dan Sumber Daya Yang Tersedia. Satu-Satunya Penyebut Umum Adalah Kehadiran Perawat Dan Dokter Di Tim. Terlepas Dari Jenis Tim Perawatan Paliatif Tertentu, Perawatlah Yang Berfungsi Sebagai Penghubung Utama Antara Tim, Pasien, Dan Keluarga, Dan Yang Membawa Rencana Tim Ke Samping Tempat Tidur, Apakah Itu Di Rumah, Klinik, Atau Pengaturan Rawat Inap. Karena Kedekatan Perawat Dengan Pasien Dan Keluarga Melalui Observasi Dan Perawatan Sehari-Hari, Seringkali Ada Pergeseran Dalam Keseimbangan Pengambilan Keputusan Di Akhir Kehidupan Dari Dokter Ke Perawat. Namun, Keterlibatan Dokter Yang Berkelanjutan Dalam Perawatan Paliatif Masih Harus Dipupuk Dan Didorong; Ini Adalah Mitos Bahwa Dokter Perlu Kurang Terlibat Karena Tujuan Perawatan Bergeser Dari Penyembuhan Ke Kenyamanan. (Betty R. Ferrell, 2024).

B. Gejala Pasien Palliative

Merawat individu dengan kebutuhan perawatan paliatif merupakan peran integral perawat. Namun, dalam beberapa tahun terakhir, hal ini menjadi signifikan Perubahan besar dalam teknologi dan kemajuan medis telah mengubah lintasan dan gejala penyakit manajemen untuk pasien, akibatnya mengubah parameter perawatan paliatif yang berkualitas keperawatan. Hal ini menimbulkan pertanyaan bagaimana keperawatan akan menjaga keseimbangan antara seni dan ilmu keperawatan. Sementara kemajuan dalam bidang kedokteran, manajemen nyeri, radiologi dan intervensi obat penting dan memiliki peran yang jelas dalam penyediaan layanan, hal ini juga dapat menambah kompleksitas layanan dalam filosofi paliatif . Dampak dari fenomena ini tidak hanya mempunyai arti penting untuk pasien tetapi juga untuk perawat, yang diambil dari samping dan sensitif, kepedulian, seni keperawatan. Ketidakhadiran perawat di samping tempat tidur dapat menimbulkan aspek kepedulian dari, bersama, hadir dan umumnya menghabiskan waktu bersama pasien dan keluarga diabaikan atau diremehkan. Mengingat bahwa ini adalah aspek penting dari perawatan, ketegangan pun meningkat dalam praktik saat ini. Perkembangan tersebut berdampak pada peran perawat pada sobat perawatan liatif dan mengarahkan penulis untuk mempertanyakan peran dan kontribusi perawatan paliatif perawatan (Moran et al., 2024).

1. Nyeri

Literatur menunjukkan bahwa rasa sakit yang tidak berkurang adalah salah satu penyebab paling umum dari gangguan somatik pada bulan, minggu, dan hari sebelum kematian. Nyeri juga merupakan gejala yang paling ditakuti menjelang akhir hayat. Penilaian dan intervensi untuk nyeri menjelang akhir hayat penting untuk dilakukan. Penilaian dan intervensi untuk gejala umum penderitaan selain nyeri (misalnya, sesak napas, mual, muntah, kecemasan, dan delirium) seringkali memerlukan pemberian obat sepanjang waktu untuk menjaga kenyamanan dan mencegah kekambuhan gejala. Untuk memfasilitasi pemberian pengobatan yang tepat, rencana untuk Keperawatan Perawatan Paliatif. (Marianne LaPorte Matzo, 2024).

2. Dispnea

Dispnea adalah pengalaman subjektif yang digambarkan sebagai kesadaran yang tidak nyaman akan pernapasan, sesak napas, atau sesak napas yang parah (Hospice and Palliative Nurses Association [HPNA], 1996) yang mungkin dikaitkan dengan sekresi yang berlebihan, batuk, nyeri dada, kelelahan, atau lapar udara. Ini adalah gejala kesusahan yang sering terjadi menjelang akhir kehidupan, terjadi pada 50% hingga 70% klien yang sekarat (Bruera, Macmillan, Pither, & MacDonald, 1990) dan dianggap sebagai penanda untuk fase akhir kehidupan. Dispnea dianggap oleh banyak pasien, keluarga, dan penyedia layanan kesehatan sebagai gejala terburuk dari kesusahan karena menyampaikan gambaran penderitaan, menimbulkan ketakutan di pihak pasien dan keluarga. Dispnea parah juga cukup sulit dikendalikan, yang meningkatkan persepsi negatifnya. Penyebab dispnea dapat berhubungan langsung dengan diagnosis primer klien (misalnya, kanker paru-paru, kanker payudara, atau penyakit arteri koroner); sekunder dari diagnosis primer.

a. Penilaian Dispnea

Penelitian menunjukkan bahwa dispnea menjelang akhir kehidupan tidak dinilai secara memadai. Karena hubungannya dengan penderitaan dan ketahanannya terhadap pengobatan, dispnea harus secara rutin dinilai pada semua klien yang mendekati akhir kehidupan. Perawat meninjau riwayat medis masa lalu klien untuk risiko dispnea yang terkait dengan penyakit primer, kondisi sekunder, atau kondisi klinis klien. Misalnya, klien dengan riwayat gagal jantung kongestif atau diagnosis primer kanker paru-paru atau gagal ginjal berisiko mengalami dispnea karena penyakit primer dan riwayat mereka. Klien dengan asites berisiko mengalami dispnea terkait dengan kelebihan volume cairan. (Marianne LaPorte Matzo, 2024).

b. Intervensi Untuk Dispnea

Tujuan klien dengan dispnea menjelang akhir hidup adalah untuk mengobati penyebab utama dan meringankan tekanan psikologis dan respons otonom yang menyertai gejala (Gavrin & Chapman, 1995). Karena pengujian diagnostik untuk mengidentifikasi penyebabnya biasanya tidak tepat, etiologi ditentukan oleh penilaian fisik dan pengetahuan tentang kondisi yang mendasarinya. Jika etiologi dispnea tidak dapat berhasil diobati, intervensi ditujukan

untuk mengurangi kesusahan. Dispnea adalah gejala yang sangat sulit untuk dikendalikan. Karena itu, intervensi untuk mengurangi intensitasnya dan mempertahankan kontrol harus dilaksanakan sesegera mungkin setelah terjadi. Penggunaan kit standar, seperti Kit Pereda Gejala, memfasilitasi pengobatan dispnea yang cepat di akhir masa hidup.

3. Mual Dan Muntah Menjelang Akhir Kehidupan

Meskipun tidak seumum masalah nyeri atau dispnea, mual dan muntah diperkirakan terjadi pada sekitar 40% individu yang sakit parah selama minggu terakhir kehidupan. Mual dan muntah sangat umum pada individu dengan kanker payudara, kanker perut, dan kanker ginekologi dan pada individu dengan AIDS. Mekanisme dan mediator mual dan muntah sangat kompleks dan tetap tidak sepenuhnya didefinisikan. Faktor sentral dan perifer keduanya berperan. Zona pemicu kemoreseptor dan nukleus solitarius terletak di area batang otak yang sangat vaskular, yang kaya dengan reseptor opioid, dopaminergik, kolinergik, histaminergik, dan serotonergik. Dihipotesiskan bahwa aktivasi reseptor ini merangsang pusat emetik yang menghasilkan mual, muntah, atau keduanya. Komponen vestibular sangat lazim dengan mual yang diinduksi opioid, dan itu inisiasi terapi opioid (mual biasanya terbatas pada beberapa hari); (2) uremia; (3) hiperkalsemia; (4) peningkatan tekanan intrakranial sekunder akibat metastasis otak; (5) stimulasi vagina sekunder dari kandidiasis oral; (6) peregangan kapsul hati; (7) sembelit atau impaksi; dan (8) obstruksi usus. Penilaian Mual dan Muntah Laporan mual sendiri klien adalah cara yang paling dapat diandalkan untuk menilai keberadaannya. Klien dan keluarga diminta untuk membuat buku harian harian, mencatat waktu setiap episode mual dan muntah, bersama dengan aktivitas terkait seperti gerakan, batuk, makan, dan frekuensi buang air besar. Penyedia layanan kesehatan dapat menilai dan memantau mual dan muntah menggunakan lembar alur. Ketika klien memiliki tingkat kesadaran yang menurun, sangat sulit untuk menilai mereka untuk mual. Namun, jika pasien yang tidak responsif muntah atau tersedak, mual harus dicurigai.

4. Kecemasan

Intervensi untuk Kecemasan dan Kognisi yang Berubah Mengingat bahwa rasa sakit adalah penyebab umum kecemasan di akhir kehidupan,

pengobatan awal kecemasan sering melibatkan pemberian analgesik kerja cepat seperti morfin (larutan) PO / SL. Jika kecemasan berkurang sebagai respons terhadap analgesik, dosis sepanjang waktu harus dilanjutkan atau ditingkatkan. Klien yang mendekati kematian juga dapat mengalami kecemasan sekunder akibat retensi urin, yang dapat terjadi sebagai efek samping dari agen antikolinergik atau relaksan otot polos. Kecemasan dengan adanya kandung kemih yang buncit dapat sembuh dengan kateterisasi urin intermiten atau insiden. Benzodiazepin Benzodiazepin adalah andalan pengobatan farmakologis kecemasan pada pasien yang sakit parah (Breitbart, Chochinov, & Passik, 2004) dan obat-obatan pilihan untuk kecemasan, kegelisahan, atau mioklonus mendekati kematian. Benzodiazepin yang bekerja lebih pendek seperti lorazepam (Ativan) atau alprazolam (Xanax) dianggap paling aman karena akumulasi racun dapat dihindari (Betty R. Ferrell, 2024)

5. Sembelit

Intervensi untuk Sembelit Protokol atau algoritma usus sering diterapkan untuk mencegah dan mengobati sembelit. Pengobatan profilaksis dengan pelembut tinja (misalnya, sodium docusate) dan pencahar stimulan ringan seperti senna umumnya diresepkan karena efek langsungnya pada usus besar dan menunjukkan efek pada pasien ini (Buku Pegangan Obat Keperawatan, 2000). Pasien biasanya diinstruksikan untuk minum 1 hingga 2 tablet senna secara oral pada waktu tidur. Jika tinja keras, pasien juga dapat mengonsumsi 1 tab sodium docusate untuk setiap tab senna. Dosis senna dapat ditingkatkan secara bertahap hingga 4 tablet TID sesuai kebutuhan untuk menjaga pola eliminasi yang nyaman. Jika pasien belum menggerakkan usus sesuai dengan pola yang biasa, tetapi nyaman, tanpa mual, muntah atau impaksi, 30 ml susu magnesia dapat diberikan untuk merangsang usus, dengan penilaian lanjutan dalam waktu 24 jam. Pencahar oral lain yang lebih kuat seperti Laktulosa 30 ml– 60 ml PO, magnesium sitrat 8-. Hal ini penting Anda mengetahui potensi efek samping pada usus dari obat yang diresepkan untuk pasien, memperingatkan pasien, dan memastikan obat pencahar diresepkan sebelum masalah berkembang.(Faull & Woof, 2023)

6. Kelelahan

Kelelahan adalah gejala paling umum yang dilaporkan oleh pasien yang mendekati kematian (Tyler & Lipman, 2000), dan merupakan

sumber kesusahan yang luar biasa. Penyedia layanan kesehatan, bagaimanapun, tidak memberikan perhatian yang memadai. Diagnosis kelelahan didasarkan pada laporan pasien. Beberapa pasien mungkin menawarkan informasi, tetapi seringkali tidak dikenali kecuali praktisi secara khusus bertanya (Tyler & Lipman, 2000). Penting untuk mengakui dampak negatif kelelahan dan membantu pasien menetapkan tujuan yang realistik. Kelelahan sering dikaitkan dengan yang lain.

7. Terapi Fisik dan Okupasi

Prinsip-prinsip Umum: Pemulihan Fungsional Adalah Tujuan

1. Mobilisasi dini, tetapi hindari latihan ROM yang agresif dan program penguatan untuk mencegah perburukan dari kinesiofobia yang ada / penghindaran rasa takut yang terlibat
2. ekstremitas yang terlibat dengan aktivitas, nyeri yang memburuk
3. Hindari bidai statis
4. Dalam kedua kasus tersebut, pengobatan kemungkinan pemicu myofascial baik dengan tusuk jarum kering sebelum terapi atau pelepasan myofascial dapat membantu dalam proses pemulihan
5. Program CBT yang dilakukan bersamaan mungkin bermanfaat
6. Obat-obatan dan / atau blok simpatis mungkin harus digunakan lebih awal untuk memfasilitasi program terapi
7. Kontrol edema dengan pakaian khusus (misalnya, stoking) dan teknik manual (misalnya, pijat getah bening)
8. Teknik desensitisasi
9. Latihan menahan beban secara perlahan dan bertahap (isometrik kemudian ke isotonik atau isokinetik)
10. Terapi akuatik/kolam renang
11. Tidak ada konsensus untuk aplikasi TENS (stimulasi listrik dapat memperburuk allodynia melalui mielinisasi besar stimulasi saraf yang besar) Pelatihan ulang postur dan gerakan (Sackheim, 2024)

C. Breaking Bad News

Informasi yang secara drastis mengubah dunia kehidupan pasien disebut sebagai berita buruk. Menyampaikan berita buruk adalah komunikasi yang terampil, dan sama sekali tidak mudah. Jumlah kebenaran yang harus diungkapkan bersifat subjektif. Komunikasi yang terstruktur dan diatur dengan baik akan memberikan efek terapeutik yang positif. Menurut

penelitian didapat kan tema dalam penyampaian berita buruk: 1) reaksi ketika menerima berita buruk; 2) harapan ketika menerima berita buruk; 3) perasaan dan situasi yang saling bertentangan; dan 4) peran yang dirasakan oleh perawat dalam menyampaikan berita. Dimana orang tua bereaksi dengan cara yang berbeda saat menerima berita buruk tentang penyakit anak mereka, sebagian besar mengalami pikiran negatif dan tidak dapat menerima berita tersebut (Mariyana & Betriana, 2024).

Meskipun demikian perlu adanya diskusi dengan keluarga terkait berita buruk

1. Pengaturan waktu diskusi:

Jika memungkinkan, mulailah diskusi tentang diagnosis ketika anggota keluarga yang tepat dapat berkumpul. Berbicara dengan orang tua yang sendirian dan tanpa dukungan dapat menjadi hal yang menghancurkan. Jika dapat diterima oleh orang tua, akan sangat membantu jika mengundang pekerja sosial dan/atau pendeta dalam pertemuan tersebut untuk membahas masalah psikologis keluarga. sosial dan spiritual dan untuk membantu mereka mengidentifikasi sumber-sumber dukungan.

2. Pengaturan fisik:

Jika memungkinkan, sampaikan berita buruk secara langsung daripada melalui telepon. Idealnya, pengaturan fisik harus bersifat pribadi, intim, tenang, dan bebas dari gangguan yang tidak diinginkan. Hindari meja besar di antara keluarga dan klinisi karena dapat memperbesar perasaan terisolasi dan jarak serta mengganggu gerakan alami sentuhan fisik.

3. Waktu: Alokasikan waktu yang cukup untuk memungkinkan pertukaran informasi, pertanyaan-pertanyaan yang harus dijawab, dan respons emosional orang tua untuk diakui.

4. Komunikasi:

- a. Perkenalkan semua yang hadir, termasuk nama dan peran mereka; cobalah untuk tidak membebani keluarga dengan terlalu banyak orang yang mengenakan jas putih.
- b. Gunakan bahasa yang mudah dimengerti, bukan jargon medis; mulailah dengan menanyakan apa yang mereka pahami dan atasi kesalahan persepsi.
- c. Libatkan penerjemah medis yang terlatih sesuai kebutuhan.
- d. Tanyakan pendapat orang tua mengenai penyebab masalah; pastikan mereka tidak menyalahkan diri sendiri atau orang lain.

- e. Pastikan pemahaman yang akurat dengan meminta keluarga untuk menjelaskan dengan kata-kata mereka sendiri tentang apa yang mereka pahami.
- f. Lanjutkan dengan kecepatan yang kondusif bagi pemahaman keluarga; respons emosional yang kuat cenderung mengganggu pemahaman.
- g. Dorong keluarga untuk mengungkapkan kekhawatiran dan ketakutan serta mengajukan pertanyaan.

5. Ekspresi nonverbal untuk menunjukkan kepedulian dan dukungan:

- a. Duduklah sejajar dengan orang tua, daripada berdiri di atas mereka; duduk di sudut meja, dekat dengan orang tua, daripada di seberang juga membantu sehingga remasan tangan atau bahu orang tua yang penuh perhatian dapat diberikan jika itu tampak alami dan sesuai dengan budaya.
- b. Kontak mata itu penting, tetapi jumlahnya sering kali ditentukan oleh budaya.

6. Mendiskusikan dampak diagnosis, tujuan potensial, dan rencana perawatan pada keluarga:

- a. Berbagai informasi perlu disampaikan kepada keluarga,
- b. termasuk diagnosis dan prognosis dalam istilah yang dapat dimengerti oleh orang tua;
- c. intervensi potensial, termasuk manfaat dan beban jangka pendek dan jangka panjang (beberapa keluarga lebih suka menerima informasi ini dan informasi lainnya dalam dosis kecil);
- d. potensi perubahan fisik, sosial, dan eksistensial dari kondisi anak bagi pasien dan keluarga;

Nilai-nilai yang dipegang oleh keluarga dan tujuan turunan serta jenis perawatan yang mungkin sesuai berdasarkan nilai-nilai tersebut; rekomendasi sumber daya berbasis komunitas yang relevan, dengan menyadari bahwa saran-saran ini mungkin akan ditolak pada awalnya; penyediaan informasi kontak untuk keluarga lain yang bersedia dengan anak yang terkena dampak yang serupa; jaminan bahwa perawatan dan dukungan terhadap pasien dan keluarga akan terus berlanjut meskipun ada kabar buruk (Strong, 2003);

implikasi lain dari penyakit yang mungkin penting bagi pasien dan keluarga. Baik saat menyampaikan diagnosis baru atau memfasilitasi perubahan tujuan perawatan, dokter harus siap untuk mengulang informasi beberapa kali dengan sabar, serta menyajikannya dengan kata-kata dan format yang berbeda. Banyak keluarga yang lebih baik menerima informasi dalam bentuk grafis, termasuk film singkat (Volandes et al., 2009), diagram, radiografi, dan model anatomi. Rekaman audio dari sesi pemberian informasi juga dihargai, karena memberikan kesempatan kepada keluarga untuk mendengarkan (Levetown et al., 2011)

D. PLAN of Nursing Care The patient (Rokita & Stern, 2003)

Table 6.2: PLAN of Nursing Care The patient (Rokita & Stern, 2003)

Intervensi keperawatan	Rasional	Evaluasi
Diagnosa Keperawatan : Resiko Infeksi berhubungan dengan perubahan respon imunologi		
Tujuan : pencegahan infeksi		
Diagnosa Keperawatan Ketidakseimbangan nutrisi, kurang dari kebutuhan tubuh, berhubungan dengan mual dan muntah Sasaran: Lebih sedikit episode mual dan muntah sebelum, selama, dan setelah kemoterapi		
a. Kaji pengalaman pasien sebelumnya dan harapan akan mual dan muntah, termasuk penyebab dan intervensi yang digunakan.	a. respon setiap pasien terhadap makanan setelah kemoterapi berbeda. Diet yang mengandung makanan yang meredakan mual atau muntah pasien sangat membantu.	a. Menunjukkan penurunan ketakutan dan kecemasan.
b. Sesuaikan diet sebelum dan sesudah pemberian obat sesuai preferensi dan toleransi pasien.	b. Mengidentifikasi pemicu mual dan penyebab mual dan muntah lainnya, seperti konstipasi, iritasi gastrointestinal, ketidakseimbangan elektrolit, terapi radiasi, obat-obatan, dan metastasis sistem saraf pusat.	b. Melaporkan penurunan mual mengencerkan kadar obat, menurunkan stimulasi reseptor muntah.
c. Mengidentifikasi kekhawatiran pasien,		c. Mengurangi sensasi rasa yang tidak enak
d. Mencegah pemandangan, bau, dan suara yang tidak menyenangkan di lingkungan.		d. Peningkatan kenyamanan meningkatkan toleransi fisik terhadap gejala.
e. Gunakan distraksi, terapi musik, biofeed back, self-hypnosis, teknik relaksasi, dan imajinasi terbimbing		e. Berbagai faktor dapat

- sebelum, selama, dan setelah kemoterapi
- f. Berikan antiemetik, sedatif, dan kortikosteroid yang diresepkan sebelum dan sesudah kemoterapi sesuai kebutuh. Pastikan hidrasi cairan yang adekuat sebelum, selama, dan setelah pemberian obat; menilai asupan dan keluaran.
- g. Anjurkan kebersihan mulut yang sering
- h. Ajarkan pasien untuk menghindari pemandangan, bau, suara yang tidak menyenangkan di lingkungan selama waktu makan.
- i. anjurkan makanan yang disukai dan ditoleransi dengan baik oleh pasien, lebih disukai makanan berkalori tinggi dan berprotein tinggi. Hormati makanan etnis dan budaya preferensi.
- j. Anjurkan asupan cairan yang adekuat, tetapi batasi cairan pada waktu makan
- k. Anjurkan makan dalam porsi kecil dan lebih sering.
- l. Tingkatkan lingkungan yang santai dan tenang selama waktu makan dengan peningkatan interaksi sosial sesuai keinginan.
- m. Jika memungkinkan, sajikan anggur saat menyebabkan mual dan muntah.
- c. Sensasi yang tidak menyenangkan dapat merangsang pusat mual dan muntah.
- d. Mengurangi kecemasan, yang dapat menyebabkan mual dan muntah. Pengondisionan psikologis juga dapat menurun.

- makan bersama makanan.
- n. Pertimbangkan makanan dingin, jika diinginkan.
 - o. Anjurkan suplemen nutrisi dan makanan berprotein tinggi di antara waktu makan.
 - p. Anjurkan kebersihan mulut yang sering.

Diagnosa Keperawatan Sakit kronis

Sasaran: Menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan

<ul style="list-style-type: none"> a. Gunakan skala nyeri untuk menilai karakteristik nyeri dan ketidaknyamanan: lokasi, kualitas, b. Kaji faktor lain yang berkontribusi terhadap nyeri pasien: ketakutan, kelelahan, kemarahan, dll. c. Berikan analgesik untuk meningkatkan pereda nyeri yang optimal dalam batas resep dokter. d. Kaji respons perilaku pasien terhadap nyeri dan pengalaman nyeri. e. Berkolaborasi dengan pasien, dokter, dan anggota tim perawatan kesehatan lainnya saat ada perubahan dalam manajemen nyeri diperlukan. f. Dorong strategi pereda nyeri yang telah berhasil digunakan pasien dalam pengalaman nyeri sebelumnya. g. Ajari pasien strategi baru untuk menghilangkan rasa sakit dan ketidaknyamanan: gangguan, imajinasi, relaksasi, stimulasi kulit, dll. Ketakutan bahwa rasa sakit tidak 	<ul style="list-style-type: none"> a. Menyediakan data tentang faktor-faktor yang menurunkan kemampuan pasien untuk menoleransi nyeri dan meningkatkan derajat nyeri. b. Analgesik cenderung lebih efektif bila diberikan pada awal siklus nyeri. c. Memberikan informasi tambahan tentang nyeri pasien. d. Metode baru pemberian analgesia harus dapat diterima oleh pasien, dokter, dan tim kesehatan agar efektif; partisipasi pasien mengurangi rasa ketidakberdayaan. 	<ul style="list-style-type: none"> a. Melaporkan penurunan nyeri dan ketidaknyamanan pada skala nyeri b. Menerima obat nyeri sesuai resep c. Menunjukkan penurunan fisik d. tanda-tanda nyeri dan tidak nyaman pada nyeri akut (tidak meringis, menangis, merintih; menunjukkan ketertarikan pada lingkungan dan aktivitas di sekitarnya).
--	--	--

	e. Mendorong keberhasilan strategi pereda nyeri yang diterima oleh pasien dan keluarga.	
--	---	--

Paliatif menangani gejala yang muncul pada pasien paliatif anatara lain terdapat pada table di bawah ini

Tabel 6.3: Terapi Komplementer untuk Keluhan dalam Perawatan (Grace et al., 2020)

Keluhan	Terapi komplementer	Dosis	Kondisi pasien	Evaluasi
Nyeri	Perlakuan berupa menghirup uap aroma terapi essensial oil rose (annisa et al., 2015)	Pemberian aroma ini diberikan selama 5-6 jam.	Pasien kanker stadium II	Vas, nrs
	Bawang putih (Sackheim, 2024)	dosis standar adalah 4 g (2 siung) [3] - Pertimbangkan untuk menahannya selama 7 hari		
	- Ginkgo (Sackheim, 2024)	(dosis standar adalah 120-240 mg ekstrak standar setiap hari) [3] - Pertimbangkan untuk menahan 36 jam [1] -		
	Ginseng hari sebelumnya, dan	(dosis standar 1 - 2 g akar atau 200 mg		

(Sackheim,
2024) setiap hari)
[3] -
Pertimbangk
an untuk
mulai kembali
7 hari
setelahnya
[27] -
Feverfew -
Hentikan
konsumsi 7
hari
sebelumnya
[10] -
Penggunaan
terapi herbal
yang
disebutkan di
atas secara
bersamaan
dengan
antikoagulan/
antiplatelet
lain dapat
meningkatka
n risiko
perdarahan
menunggu 24
jam [1] -
Hentikan
konsumsi 10 -
14

Guided memfokuskan Kanker Post
imagery imajinasi kemoterapi
(hidayat,2019) yang
membuat
pasien
bahagia dan
nyaman.terap
i dilakukan
kurang lebih
selama 0-03
menit, 3 hari
pemberian
intervensi

	Terapi music dapat berupa <i>live music</i> atau <i>music instrumental, recorder,</i> music yang dipilih oleh pasien (vitani et al., 2016).	2 sesi dengan lama 20 menit	Pasca operasi	Nyeri menurun secara signifikan
Dispnea, kelemahan, kehilangan nafsu makan (basedow-rajwich et al., 2018)nutr	Fisioterapi pijat, drainase edema, mobilisasi, terapi pernafasan		End-stage cancer, multiple sclerosis, and noncancer, nonneurological disease	Hospice and palliative care evaluation (hope)
Mual muntah	Perlakuan berupa menghirup uap aroma terapi essensial oil rose (annisa et al., 2015)	Pemberian aroma terapi ini diberikan selama 5-6 jam.5-10 ml	Pasien kanker stadium ii dengan jenis kanker yaitu ca mamae, cervix, paru, gaster dan kolon yang mengalami nyeri.	Vas, nrs
	Akupressure merupakan pijat yang dilakukan oleh praktisi pada titik-ttik tertentu khosravi (2017),	1-2 kali/hari	Pasca kemoterapi	menurunkan frekuensi, jumlah, dan keparahan mual dan muntah.
	Terapi akupresure (syarif et al., 2013),	Intervensi yang dilakukan terapi akupresur	Pasien kanker	PSQI

		sebanyak tiga kali sehari		
Terapi komplementer	Dosis Relaksasi otot : 20 menit	Kondisi pasien	Evaluasi	
Pemberian terapi herbal (hasanah & widowati, 2016)	Dengan sepuluh komponen jamu	Pasien dengan tumor/kanker	Qol dikatakan baik jika memiliki skor 25-32, sedang 17-24, buruk 8-16.	
	akupunktur, relaksasi, hipnotis, dan pijat refleksi. (Faull & Woof, 2023)			
Kecemasan	Hipnosis (setengah, 2016)	3 kali/ minggu	Post kemoterapi/ pasca kemoterapi	membuat suasana hati rileks
	Terapi progressive muscle relaxation	Setiap selesai kemoterapi	Pasca kemoterapi	Berpengaruh dalam mengurangi anxiety
Kelelahan (fatigue)	Massage effleurage merupakan memijat dengan Latihan fisik (senam)	1-2 kali/ hari	Kanker dengan kemoterapi	
		Setiap pagi hari	Kanker dengan kemoterapi	peregangan, atau latihan penguatan.
Komposisi tubuh, keseimbangan, fungsi paru, daya tahan depresi, kelelahan, dan kualitas tidur(krynski, 2023)	Exercise training	Setiap sesi latihan berdurasi 60 menit dan diselesaikan tiga kali per minggu dengan total 12 minggu. Setiap sesi dimulai dengan	<i>Cancers</i>	Cces

			latihan aerobik selama 20 menit diikuti dengan latihan ketahanan dan keseimbangan selama 30 menit dan diakhiri dengan latihan fleksibilitas selama 10 menit	
Neuropati, mukositis, konstipasi, penurunan nafsu makan, dan insomnia juga sering terjadi	Modalitas perawatan suportif (misalnya, terapi bermain, akupunktur, dan terapi musik)	Sesi pemijatan berlangsung maksimal 20—30 menit Akupuntur 10 menit	<i>Cancer</i>	Modalitas
(Mora et al., 2023)				

E. Masalah Psikologis Yang Dihadapi Oleh Orang-Orang Yang Menghadapi Penyakit Yang Mengubah Hidup Dan Keluarganya.

1. Deskripsi Nyeri Sensasi fisik ketidaknyamanan;

terkadang tumpul dan terus-menerus, terkadang tajam dan terputus-putus; dapat dirasakan sebagai panas atau dingin; dapat dikaitkan dengan kelelahan, kesulitan tidur, masalah memori dan konsentrasi, mudah tersinggung, dan kehilangan kemampuan untuk melakukan aktivitas sehari-hari. Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi Kehilangan kebugaran, stamina dan fleksibilitas sehingga aktivitas sehari-hari yang biasa dilakukan menyebabkan peningkatan rasa sakit: sering kali pasien jatuh ke dalam perangkap untuk melakukan aktivitas yang berlebihan pada hari-hari yang lebih baik. Depresi, kecemasan akan rasa sakit, kurangnya pengalihan perhatian, stres dan kurang tidur, semuanya meningkatkan pengalaman negatif akan rasa sakit.

2. Teknik dan contoh taktik

- a. Tetapkan garis dasar yang dapat dicapai pada hari-hari yang buruk.
- b. Pertahankan garis dasar ini sampai mereka memiliki kontrol yang lebih baik terhadap rasa sakit mereka.
- c. Tingkat aktivitas dapat ditingkatkan secara bertahap seiring dengan meningkatnya stamina untuk aktivitas tertentu.
- d. Kelola kambuh akut dengan mengurangi tingkat aktivitas pada hari-hari yang lebih buruk untuk mendapatkan kembali kontrol atas rasa sakitnya (lihat Teknik: Mondar-mandir). Catatan: "Hari yang buruk" dapat disalahartikan sebagai hari 'Saya tidak suka' dan perbedaan antara perasaan sensasi fisik dan perasaan emosi menjadi penting di sini. Menantang alasan emosional akan lebih tepat jika itu adalah hari yang buruk secara emosi.

3. Perencanaan yang terarah

- a. Rencanakan dan prioritaskan aktivitas harian untuk memperhitungkan efek pembatasan nyeri.
- b. Identifikasi tujuan yang jelas dan realistik untuk dikerjakan
- c. (lihat Lembar Informasi: Penetapan tujuan dan pendekatan Langkah-demi-langkah).
- d. Doronglah untuk memodifikasi standar yang tinggi untuk mengurangi tuntutan yang tidak perlu.

- e. Rencanakan ke depan dan sebar tugas-tugas untuk menghindari melakukan sesuatu yang berlebihan jika memungkinkan.

4. Latihan relaksasi

- a. Kaset dan CD relaksasi mental dengan latihan citra visual (lihat juga Lembar informasi: Latihan relaksasi mental).
- b. Latihan meditasi kesadaran seperti fokus pada ritme pernapasan - menghitung tarikan napas sampai 100 kali
- c. (lihat Teknik: Kesadaran dan Lembar informasi: Latihan kesadaran).
- d. Mandi air hangat (lihat Teknik: Latihan relaksasi).
- e. Pijat.

Catatan:

- a) Tujuannya adalah untuk rileks ke dalam rasa sakit dan bukan untuk mencoba menutupi atau mengusirnya: mencapai penerimaan dan toleransi yang rileks.
- b) Kaset dan CD relaksasi otot kadang-kadang tidak cocok karena latihannya sering melibatkan kelompok otot yang tegang dan rileks, dan hal ini mungkin lebih berbahaya daripada manfaatnya, kecuali jika dikelola dengan sangat hati-hati.

5. Gangguan mental

- a. Fokus pada kejadian eksternal dan kurangi fokus pada sensasi somatik.
- b. Gangguan verbal: percakapan atau berbicara di radio.
- c. Cegah penggambaran gejala yang tidak perlu atau spekulasi tentang apa yang salah pada orang lain.

6. Menantang pikiran-pikiran yang tidak membantu

- a. Hati-hati dengan asumsi-asumsi buruk tentang masa depan, misalnya, "Jika sekarang sakitnya seperti ini, bagaimana rasanya dua bulan lagi."
- b. Pelabelan yang mengkritik diri sendiri dapat terjadi: "Saya lemah dan menyedihkan, orang lain mengalami hal yang jauh lebih buruk dari ini." Hal ini dapat menyebabkan rasa sakit tidak dikelola dengan baik dan obat tidak digunakan ketika diperlukan.
- c. "Saya tidak boleh menyerah pada rasa sakit ini" adalah jenis pernyataan "Harus" yang dapat menyebabkan orang kembali gagal untuk menggunakan obat dengan tepat dan melakukan aktivitas yang memperburuk rasa sakit dan gejala lainnya. Catatan:

Penggunaan obat yang tidak tepat dan olahraga yang tidak tepat kemungkinan besar disebabkan oleh kognisi yang tidak membantu yang perlu diperiksa. Namun, ada banyak ruang untuk kesalahpahaman dan kesalahpahaman dalam bidang yang rumit ini, sehingga edukasi berulang tentang apa yang harus dilakukan dan mengapa tidak boleh diabaikan. Harapan, mitos, dan prasangka dari keluarga dan teman mungkin juga perlu diperhitungkan dalam latihan pendidikan.

7. Keterampilan ketegasan

- a. Meminta bantuan tanpa rasa malu atau agresi.
- b. Mengakses dukungan dan menetapkan batas-batas aktivitas sehari-hari mungkin memerlukan kerja sama orang lain yang pada gilirannya mungkin memerlukan komunikasi yang jelas dan ketekunan (nigel Sage, Michelle Sowden, , Elizabeth Chorlton, 2024).

8. Masalah Kesulitan tidur

Deskripsi Terjaga dalam waktu yang lama tanpa ada keinginan untuk tidur dan tidur; masalah menjadi lebih terjaga ketika mencoba untuk tidur; terbangun sesekali sepanjang malam; terbangun di pagi hari dan tidak bisa tidur kembali; terbangun dalam keadaan takut, mungkin karena mimpi buruk; tidur berlebihan dan terbangun dalam keadaan lelah; tidur berlebihan di siang hari. Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi Depresi klinis; obat anti-depresan; kecemasan; nyeri; strategi manajemen nyeri, obat-obatan dan postur tubuh; masalah usus dan kandung kemih; kesulitan bernapas; berkurangnya tingkat aktivitas di siang hari; perubahan jam tidur dan kamar tidur; gangguan eksternal.

Masalah Kesulitan tidur Deskripsi Terjaga dalam waktu yang lama tanpa ada keinginan untuk tidur dan tidur; masalah menjadi lebih terjaga ketika mencoba untuk tidur; terbangun sesekali sepanjang malam; terbangun di pagi hari dan tidak bisa tidur kembali; terbangun dalam keadaan takut, mungkin karena mimpi buruk; tidur berlebihan dan terbangun dalam keadaan lelah; tidur berlebihan di siang hari. Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi Depresi klinis; obat anti-depresan; kecemasan; nyeri; strategi manajemen nyeri, obat-obatan dan postur tubuh; masalah usus dan kandung kemih; kesulitan bernapas; berkurangnya tingkat aktivitas di siang hari; perubahan jam tidur dan kamar tidur; gangguan eksternal.

Faktor-faktor yang mungkin berkontribusi Depresi klinis; obat anti-depresan; kecemasan; nyeri; strategi manajemen nyeri, obat-obatan dan postur tubuh; masalah usus dan kandung kemih; kesulitan bernapas; berkurangnya tingkat aktivitas di siang hari; perubahan waktu tidur dan kamar tidur; gangguan eksternal.

9. Teknik dan contoh taktik

a. Kontrol stimulus

- 1) Kurangi aktivitas dua jam sebelum tidur.
- 2) Jangan merencanakan hari esok di tempat tidur.
- 3) Ciptakan suasana yang tenang dan rileks.
- 4) Jangan terjebak di tempat tidur - hal ini akan meningkatkan kecemasan.
- 5) Hindari "minum-minum" beralkohol dalam jumlah besar.

10. Menantang pikiran yang tidak membantu

- a. Jangan "mencoba" untuk tidur. Tekanan untuk melakukan melalui jenis instruksi diri ini akan mendorong untuk terjaga. Penerimaan pasif adalah pola pikir yang harus didorong melalui pikiran-pikiran yang tenang.
- b. Tidur yang terganggu tidak akan diinginkan tetapi juga bukan bencana. Malam yang nyenyak dengan waktu tidur yang singkat akan mencukupi kebutuhan tubuh meskipun hal tersebut membuat orang tersebut merasa lelah secara mental sepanjang hari.

11. Gangguan mental

Gangguan verbal akan membantu jika pikiran telah bergeser ke mode kekhawatiran atau perencanaan: membaca, kaset cerita, atau berbicara di radio mungkin berguna. Catatan: Untuk orang yang mengalami malam yang buruk dengan pikiran yang sibuk, maka aktivitas pengalihan mental selama 30 menit sebelum mencoba tidur lagi dapat membantu. Jika pikiran yang mengganggu kembali muncul, lihat Masalah: Pikiran yang mengganggu.

12. Latihan Relaksasi

- a. Relaksasi mental dengan latihan citra visual menggunakan ide-ide dari lembar Informasi: Latihan relaksasi mental).
- b. Fokus pada ritme pernapasan yang lembut - menghitung tarikan napas hingga 100.

- c. Kaset dan CD relaksasi otot, mandi air hangat, dan pijatan sebelum tidur dapat membantu untuk “merilekskan diri”.
(nigel Sage, , Michelle Sowden, , Elizabeth Chorlton, 2024)

F. Latihan

1. Seorang anak perempuan berusia 5 tahun dirawat di rumah sakit karena lemah letih dan lesu dimana anak tampak pucat, sering mengalami mimisan, mudah lelah dan terdapat lebam kebiruan di tangan dan kaki. Perawatan pasien penyakit terminal pada di atas merupakan keluhan yang di rasakan secara
 - a. **fisik,**
 - b. mental,
 - c. sosial,
 - d. dan spiritual
2. Sebutkan Kontrol Stimulus Dati Kualitas Tidur
 - a. Kurangi aktivitas dua jam sebelum tidur.
 - b. Jangan merencanakan hari esok di tempat tidur.
 - c. Ciptakan suasana yang tenang dan rileks.
 - d. Mengkonsumsi makan**
 - e. Hindari “minum-minum” beralkohol dalam jumlah besar.
3. Pelaksanaan perawatan paliatif di terapkan dengan beberapa model.
 - a. *Terapi bermain*
 - b. patient centered care. Dan family centered care**
 - c. perencanaan keputusan
 - d. tata laksana nyeri
 - e. kelola keluhan
4. Seorang anak perempuan berusia 7 tahun dirawat di rumah sakit karena pucat sejak 1 minggu sebelum masuk rumah sakit, sering mengalami mimisan, mudah lelah dan terdapat lebam kebiruan di tangan dan kaki. Berdasarkan hasil pemeriksaan anak didiagnosis mengalami Acute Limfoblastik Leukemia (ALL). Anak selalu bertanya kepada perawat tentang sakit yang dialaminya. Keluarga mengatakan agar perawat tidak memberi tahu sakitnya kepada pasien. Apakah dilema etik yang terjadi kasus tersebut? Pilihan jawaban
 - A. Justice
 - B. Fidelity

C. Beneficence

D. Confidentiality

E. Nonmaleficence

5. Seorang anak perempuan, dirawat di ruangan Flamboyan RS PMC dengan diagnosis sindrom nefrotik sejak 6 bulan yang lalu. Dari hasil pengkajian perawat didapatkan adanya oedem di seluruh bagian tubuh klien, T: 380C, RR: 28x/menit, klien terlihat berbaring saja. Dari hasil pemeriksaan penunjang di temukan adanya Proteinuria pasif dan Hipoalbuminemia Apakan rencana tindakan keperawatan yang tepat untuk klien tersebut?

Pilihan Ganda:

- a. Berikan Oksigen sesuai terapi
- b. Kolaborasi dalam pemberian diuretic
- c. Berikan dukungan pada anak dan keluarga
- d. Anjurkan anak untuk tirah baring sampai oedem teratasi**
- e. Berikan pendidikan kesehatan tentang diet yang harus dipatuhi penderita SN

6. Seorang anak, usia 12 th datang ke RSUD AA, dengan keluhan anak lemah dan terlihat pucat. Dari hasil pengkajian didapatkan bahwa anak tersebut pernah masuk RS dengan riwayat Thalasemia pada umur 10 tahun. Pasien sudah melakukan tranfusi selama 6 kali dalam setahun. Dari hasil pemeriksaan laboratorium didapatkan sebagai berikut: HB : 6,5L g/dl, WBC:12,8 10³ /UL . Perawat akan melakukan tindakan transfusi darah, langkah pertama yang akan dilakukan adalah? Pilihan Ganda:

- a. Cuci tangan
- b. Inform Consent**
- c. Pasang selang IV ukuran makro
- d. Pantau TTV
- e. Identifikasi produk darah yang akan diberikan

7. Seorang anak dirawat di ruang Anggrek RS PMC dengan diagnosa penyakit Leukemia. Usia anak tersebut pada saat ini adalah 3 th. Proses hospitalisasi yang begitu panjang membuat orang tua anak tersebut khawatir akan perkembangan anaknya. Perawat dalam hal ini harus melakukan terapi bermain, dengan syarat sebagai berikut, kecuali Pilihan Ganda:

- a. Permainan yang dilakukan tidak banyak menghabiskan energy
- b. Terhindar dari infeksi silang

- c. Aman dari zat berbahaya
- d. Tidak bertentangan dengan terapi yang diberikan
- e. **Memberikan batas antara keluarga pada saat bermain, agar anak konsentrasi**

G. Rangkuman Materi

perawatan paliatif merupakan “pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa, mencegah dan meringankan penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang benar dan pengobatan nyeri dan masalah-masalah lain, baik fisik, psikososial atau spiritual”. Perawatan berkualitas di akhir kehidupan yang kita butuhkan untuk membawa pengetahuan ilmiah dan keterampilan artistik ke samping tempat tidur, dimana membebaskan pasien dari rasa sakit dan kesusahan.

H. Glosarium

ICU	: Intensive Care Unit
PCC	: <i>Patient Centered Care</i> .
PFC	: <i>Family Centered Care</i>
(HPNA)	: Hospice and Palliative Nurses Association
AIDS	: Human Immunodeficiency Virus
ROM	: Range Of Motion
CBT	: Computer Based Test

Daftar Pustaka

- Barbaret, C., Berthiller, J., Schott Pethelaz, A. M., Michallet, M., Salles, G., Sanchez, S., & Filbet, M. (2017). Research protocol on early palliative care in patients with acute leukaemia after one relapse. *BMJ Supportive and Palliative Care*, 7(4), 480–484. <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2016-001173>
- Basedow-Rajwich, B., Montag, T., Duckert, A., Schulz, C., Rajwich, G., Kleiter, I., Koehler, J., & Lindena, G. (2018). Mobile Palliative Care Consultation Service (PCCS): Overview of Hospice and Palliative Care Evaluation (HOPE) Data on In-Patients With End-Stage Cancer, Multiple Sclerosis, and Noncancer, Nonneurological Disease From 4 PCCS Centers in Germany in 2013. *Palliative Care: Research and Treatment*, 11, 117822421878513. <https://doi.org/10.1177/1178224218785139>

- Betty R. Ferrell, and N. C. (2024). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*.
- Care, P. (2024). *Compassionate Care for the Dying Palliative Care Guide for Nurses Compassionate*. 12–14.
- Dadich, A., Hodgins, M., Womsley, K., & Collier, A. (2023). 'When a patient chooses to die at home, that's what they want... comfort, home': Brilliance in community-based palliative care nursing. *Health Expectations*, 26(4), 1716–1725. <https://doi.org/10.1111/hex.13780>
- Faull, C., & Woof, R. (2023). Physical symptom control: how to do it well. *Palliative Care: An Oxford Core Text*, 2015, 61–86. <https://doi.org/10.1093/oso/9780192632807.003.0005>
- Grace, Y. A. |, Armiyati, M. J. S. | Y., Ramadhani, N. K. D. P. | D. Y., Hermanto, I. | A., Putri, F. N. R. | D. S., Suwetty, A. R. E. | A. M., Permatasari, I. R. K. | L. I., Werdani, T. S. N. | Y. D. W., Nuliana, I. A. M. | W., Febrina, S. K. W. | W., Munandar, E. O. | A., Mariyana, P. F. W. | R., Handayani, E. M. | T. L., & Pramiasti, D. N. S. P. | H. D. (2020). *KEPERAWATAN PALIATIF (KONSEP DAN APLIKASI)*. CV. MEDIA SAINS INDONESIA Melong Asih Regency B40 - Cijerah Kota Bandung - Jawa Barat www.medsan.co.id.
- Kovacs, P. J., Bellin, M. H., & Fauri, D. P. (2006). Family-Centered Care. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 2(1), 13–27. https://doi.org/10.1300/J457v02n01_03
- Krynski, L. M. (2023). *EXERCISE TRAINING ON OBJECTIVE MEASURES OF SLEEP QUALITY AND MARKERS OF PERIPHERAL CIRCADIAN RHYTHM IN CANCER PATIENTS UNDERGOING TREATMENT o Title No Title No Title*. May, 1–23.
- Kuipers, S. J., Cramm, J. M., & Nieboer, A. P. (2019). The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Services Research*, 19(1), 13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3818-y>
- Levetown, M., Meyer, E. C., & Gray, D. (2011). Communication skills and relational abilities. *Palliative Care for Infants, Children, and Adolescents: A Practical Handbook*, 2011, 169–201.
- Marianne LaPorte Matzo, and D. W. S. (2024). *Quality Care to the End of Life*. 2005.
- Mariyana, R., & Betriana, F. (2024). The experiences of Indonesian parents receiving bad news about their children's diseases: A qualitative descriptive study. *Journal of Pediatric Nursing*, 77(XXXX), e558–e564. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.05.022>

- Meier, D. E. (2024). *Palliative Care: Transforming the Care of Serious Illness*.
- Mora, D. C., Jong, M. C., Quandt, S. A., Arcury, T. A., Kristoffersen, A. E., & Stub, T. (2023). Supportive care for cancer-related symptoms in pediatric oncology: a qualitative study among healthcare providers. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-03924-x>
- Moran, S., Bailey, M. E., & Doody, O. (2024). Role and contribution of the nurse in caring for patients with palliative care needs: A scoping review. *PLoS One*, 19(8), e0307188. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0307188>
- nigel Sage, , Michelle Sowden, , Elizabeth Chorlton, and A. E. (2024). *CBT for Chronic Illness and Palliative Care: A Workbook and Toolkit*. 2008.
- Reynolds, A. (2009). Patient-centered Care. *Radiologic Technology*, 81(2), 133–147.
- Rokita, S. A., & Stern, C. (2003). Oncology: Nursing Management in Cancer Care. *Brunner and Suddarth's Textbook of Medical-Surgical Nursing*, 315–368.
- Roodbeen, R., Vreke, A., Boland, G., Rademakers, J., van den Muijsenbergh, M., Noordman, J., & van Dulmen, S. (2020). Communication and shared decision-making with patients with limited health literacy; helpful strategies, barriers and suggestions for improvement reported by hospital-based palliative care providers. *PLoS ONE*, 15(6), 1–20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0234926>
- Sackheim, K. A. (2024). *Pain Management and Palliative Care: A Comprehensive Guide*, edited ProQuest Ebook Central, <https://www.proquest.com/legacydocview/EBC/4188194?accountid=17242>. (Vol. 23, Issue 4).
- Sukcharoen, P., Polruk, J., Lukthitikul, S., Eamchunprathip, S., & Petchsuk, R. (2023). Undergraduate nursing students' experiences of palliative care in the intensive care unit. *BMC Nursing*, 22(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01406-6>

BAB 7

KEBIJAKAN NASIONAL TENTANG PELAYANAN PALIATIF

Pendahuluan

Paliatif adalah perawatan kesehatan terpadu yang aktif dan menyeluruh yang memanfaatkan pendekatan yang mengintegrasikan berbagai disiplin ilmu. Meskipun pasien akhirnya meninggal, yang paling penting adalah bahwa dia siap secara mental dan spiritual sebelum kematian dan tidak terlalu stres tentang penyakitnya. Menurut Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), perawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang menghadapi masalah kesehatan yang mengancam jiwa dengan mengambil tindakan dan pencegahan untuk mengurangi nyeri, masalah fisik, sosial, dan spiritual yang dihadapi pasien selama pengobatan. Prinsip perawatan paliatif adalah sebagai berikut: Menghargai setiap kehidupan, menganggap kematian sebagai proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien untuk membuat keputusan, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga, menghindari tindakan medis yang sia-sia, dan memberikan dukungan dan penghargaan kepada pasien dan keluarga mereka.

Perawatan paliatif di Indonesia sudah berkembang sejak tahun 1992 dan kebijakan perawatan paliatif telah diatur dalam Surat Keputusan (SK) Menteri Kementerian Kesehatan Republik Indonesia baru menerbitkan Surat Keputusan [SK] Menteri Kesehatan RI tertanggal 19 Juli 2007 Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif di Indonesia. SK tersebut merupakan suatu instruksi resmi yang diberikan kepada seluruh institusi pelayanan kesehatan di Indonesia untuk mengembangkan layanan perawatan paliatif di tempat masing-masing. Selanjutnya diterbitkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif yang menggantikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007. Bahkan

saat ini pelayanan paliatif sudah masuk menjadi bentuk pelayanan yang tertuang dalam Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan.

Tujuan Instruksional:

1. Mampu memahami ilmu keperawatan untuk melakukan asuhan keperawatan secara profesional dengan menggunakan pendekatan proses keperawatan (CPL.02)
2. Mampu melakukan komunikasi terapeutik, bertanggung jawab dan berperan secara aktif dalam interprofessional kolaborasi dengan tim kesehatan, klien, keluarga dan masyarakat (CPL.03)
3. Mampu menjalankan pekerjaan profesi dengan mengutamakan keselamatan klien dan mutu pelayanan berdasar evidence base practice, perkembangan ilmu dan teknologi keperawatan menggunakan pemikiran logis, kritis, sistematis, kreatif, inovatif, kolaboratif, dan bertanggung jawab secara ilmiah kepada masyarakat profesi dengan memperhatikan prinsip caring sesuai kode etik profesi (CPL.04)

Capaian Pembelajaran

Mahasiswa mampu memahami kebijakan nasional dan *evidence based practice* keperawatan paliatif

Uraian Materi

A. Pengertian Dan Dimensi Perawatan Paliatif

Kualitas hidup pasien didefinisikan sebagai keadaan pasien yang dilihat dari sudut pandang budaya dan sistem yang mempengaruhinya. Perawatan paliatif adalah pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah kesehatan yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa dengan melakukan pencegahan dan tindakan untuk mengurangi nyeri, masalah fisik, sosial, dan spiritual yang dihadapi pasien selama pengobatan (sumber referensi WHO, 2002).

Dimensi dari kualitas hidup menurut Jennifer J. Clinch, Deborah Dudgeon dan Harvey Schipper (1999), adalah :

1. Gejala Fisik
2. Kemampuan fungsional (aktivitas)
3. Kesejahteraan keluarga
4. Spiritual
5. Fungsi sosial
6. Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan)
7. Orientasi masa depan
8. Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri
9. Fungsi dalam bekerja

Pelayanan perawatan paliatif di rumah pasien dilakukan oleh tenaga paliatif dan atau keluarga pasien dengan bimbingan dan pengawasan keluarga pasien. Pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah dapat dirawat di Hospis. Mereka tidak dapat melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit, tetapi Hospis dapat membantu mengendalikan gejala mereka seperti di rumah pasien sendiri. Tempat yang memberikan layanan medis kepada masyarakat disebut sarana kesehatan. Kompetensi adalah keadaan kesehatan mental di mana pasien mampu menerima dan memahami informasi dan membuat keputusan yang rasional berdasarkan informasi tersebut.

B. Tujuan dan Sarana Kebijakan Perawatan Paliatif

1. Tujuan

- a. Tujuan umum: Sebagai standar hukum untuk perawatan paliatif di Indonesia
- b. Tujuan khusus:
 - 1) Tersedianya perawatan paliatif yang berkualitas tinggi dan sesuai dengan standar yang berlaku di seluruh Indonesia.
 - 2) Tersedianya pedoman pelaksanaan dan juklak perawatan paliatif.
 - 3) Tersedianya sumber daya dan alat yang diperlukan.

2. Sasaran yang diharapkan dari kebijakan pelayanan paliatif

- 1) Semua pasien, baik dewasa maupun anak, dan anggota keluarga, lingkungan yang membutuhkan perawatan paliatif di mana pun di Indonesia
- 2) Pelaksana perawatan paliatif termasuk dokter, perawat, profesional kesehatan lainnya, dan karyawan terkait lainnya.
- 3) Institusi-institusi terkait, misalnya:
 - Dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota
 - Rumah sakit pemerintah dan swasta
 - Puskesmas
 - Rumah perawatan/hospis
 - Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain.

C. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif

1. Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi:
 - Penatalaksanaan nyeri.
 - Penatalaksanaan keluhan fisik lain.
 - Asuhan keperawatan.
 - Dukungan sosial
 - Dukungan cultural dan spiritual
 - Dukungan persiapan dan selama masa duka cita (*bereavement*).
2. Perawatan paliatif diperoleh diruan rawat jalan, kunjungan/rawat rumah, dan rawat inap.

D. Aspek Medikolegal Perawatan Paliatif

1. Persetujuan tindakan medis/informed consent untuk pasien paliatif
 - Melalui komunikasi yang intensif dan berkesinambungan antar tim perawat paliatif dengan pasien dan keluarganya, pasien harus

memiliki pemahaman yang baik tentang apa yang dimaksud dengan perawatan paliatif, serta tujuan dari perawatan tersebut.

- Pelaksanaan informed consent atau persetujuan tindakan medis dan keperawatan, sebagaimana diatur dalam perundang-undangan, meskipun pada umumnya hanya tindakan medis (medis) yang membutuhkan informed consent, setiap tindakan yang berisiko diperlukan untuk perawatan paliatif.
 - Diutamakan pasien sendiri, jika masih mampu, dengan saksi keluarga terdekatnya. Jika pasien tidak dapat melakukannya sendiri, anggota keluarga terdekat yang dipercaya pasien akan melakukannya atas nama pasien.
 - Jika kemampuan pasien menurun, tim perawatan paliatif harus berusaha untuk mendapatkan pesan atau pernyataan pasien saat ia sedang berkompeten tentang apa yang harus atau tidak boleh dilakukan terhadapnya (arahan maju). Pesan dapat secara eksplisit menyatakan tindakan apa yang harus atau tidak boleh dilakukan terhadap pasien, atau hanya menunjuk seseorang yang nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan saat ia tidak kompeten. Pernyataan yang disebutkan di atas ditulis dan akan berfungsi sebagai panduan utama bagi anggota staf yang bekerja dalam perawatan paliatif.
 - Tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan medis yang diperlukan dan memberikan informasi segera jika ada keadaan darurat demi kepentingan pasien.
2. Resusitasi/tidak resusitasi pada pasien paliatif
- Pasien atau tim perawat paliatif dapat membuat keputusan tentang melakukan atau tidak tindakan resusitasi.
 - Saat pasien memulai perawatan paliatif atau masuk, mereka harus diberitahu tentang hal ini.
 - Sepanjang pasien telah menerima informasi yang memadai untuk membuat keputusan, mereka berhak untuk menolak resusitasi. Menjelang kehilangan kemampuan, keputusan dapat diberikan dalam bentuk pesan (advance directive) atau persetujuan yang diinformasikan.
 - Pada dasarnya, anggota keluarganya tidak boleh membuat keputusan yang tidak membutuhkan resusitasi kecuali telah

diberikan petunjuk lanjutan tertulis. Namun, dalam situasi tertentu, dan atas dasar pertimbangan yang masuk akal, pengadilan dapat meminta permintaan tertulis dari seluruh anggota keluarga untuk pengesahan.

- Sesuai dengan pedoman klinis di bidang ini, tim perawat paliatif dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi jika pasien berada pada tahap terminal dan tidak ada bukti ilmiah bahwa prosedur resusitasi akan menyembuhkan atau meningkatkan kualitas hidup pasien.
3. Perawatan pasien paliatif di ICU
 - Perawatan paliatif pada pasien di ruang perawatan intensif pada dasarnya mengikuti peraturan umum yang berlaku sebagaimana diuraikan di atas.
 - Tim perawatan paliatif harus mematuhi pedoman untuk menentukan kematian batang otak dan menghentikan peralatan life-supporting saat tiba di titik akhir.
 4. Problem medikolegal tambahan terkait perawatan pasien paliatif
 - Tim perawatan paliatif bekerja berdasarkan otoritas yang diberikan oleh pimpinan rumah sakit, termasuk waktu yang dihabiskan di rumah sakit.
 - Pada dasarnya, tenaga medis harus melakukan tindakan kedokteran, tetapi untuk menjaga keselamatan pasien, tindakan tertentu dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Pembuat kebijakan dan pelaksana harus terus berkomunikasi.

E. Sumber Daya Manusia

1. Tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, dan relawan adalah pelaksana perawatan paliatif.
2. Seorang pelaksana perawatan paliatif harus telah mengikuti kursus atau pelatihan perawatan paliatif dan telah disertifikasi.
3. Pelatihan: Pelatihan pelayanan paliatif telah dilakukan oleh kementerian melalui laman plantaran sehat dan oleh penyelenggara lain di beberapa pusat pelatihan pelayanan paliatif di Indonesia, seperti:
 - a. CAPC: Pusat untuk Memajukan Perawatan Paliatif, yang membantu profesional dan organisasi perawatan kesehatan dengan pelatihan, peralatan, dan bantuan teknis.

- b. Asosiasi Pusat Perawatan Paliatif (APCC): Menyenggarakan berbagai kursus perawatan paliatif holistik dan terakreditasi
 - c. Pusat Pelatihan Kesehatan Daerah (PUSLATKESDA) DKI Jakarta: Melaksanakan pelatihan paliatif kanker bagi tenaga kesehatan
 - d. Pusat Pelayanan Kanker RS Dharmais
- Pelatihan diberikan oleh profesional pelayanan dan perawatan paliatif dari Fakultas Kedokteran dan RS Pendidikan. Modul pelatihan dirancang dengan bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan dan tim penyelenggara dan disesuaikan dengan keahlian masing-masing profesi.
- 4. Pendidikan formal spesialis paliatif (ilmu kedokteran paliatif, ilmu keperawatan paliatif)

F. Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif

- 1. Rumah sakit: untuk pasien yang memerlukan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus, atau peralatan khusus;
- 2. Puskesmas: untuk pasien yang memerlukan perawatan rawat jalan; dan
- 3. Rumah singgah/panti (hospis): untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus, atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.
- 4. Organisasi perawatan paliatif berdasarkan lokasi pelayanan kesehatannya adalah (sampai sini)
 - Kelompok Perawatan Paliatif dibentuk di tingkat Puskesmas;
 - Unit Perawatan Paliatif terletak di Rumah Sakit Kelas D, Kelas C, dan Kelas B Non Pendidikan; dan
 - Instalasi Perawatan Paliatif terletak di Rumah Sakit Kelas A dan Kelas B Pendidikan.
 - Semua bagian terkait terlibat dalam proses koordinasi organisasi Perawatan Paliatif.

G. Pembinaan Dan Pengawasan.

Perhimpunan profesi terkait berpartisipasi dalam pembinaan dan pengawasan yang dilakukan melalui sistem berjenjang. Departemen Kesehatan bertanggung jawab atas pelatihan dan pengawasan.

Untuk mengembangkan dan meningkatkan kualitas perawatan paliatif, diperlukan hal-hal berikut:

- 1. penyediaan sarana dan peralatan kesehatan dan non-kesehatan

2. Pendidikan dan pelatihan profesional yang berkelanjutan dan peningkatan jumlah, jenis, dan kualitas pelayanan yang diberikan kepada pemberi pelayanan pada pasien yang menjalani perawatan paliatif (SDM). Menjalankan program untuk keselamatan pasien.

H. Kebijakan Nasional tentang Pelayanan Paliatif

1. Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif

Berikut kutipan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023

Menimbang:

- a. bahwa dalam rangka penanganan pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa atau pasien terutama dengan stadium lanjut dan terminal, diperlukan pelayanan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien;
- b. bahwa pengaturan penyelenggaraan pelayanan paliatif dalam Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif sudah tidak sesuai dengan perkembangan dan kebutuhan pelayanan, teknologi, dan hukum sehingga perlu diganti;
- c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif;

Mengingat :

- a. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
- b. Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 244, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5587) sebagaimana telah diubah beberapa kali, terakhir dengan Undang-Undang Nomor 9 Tahun 2015 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 58, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5679);

- c. Peraturan Presiden Nomor 18 Tahun 2021 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2021 Nomor 83);
- d. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2015 tentang Penanggulangan Penyakit Tidak Menular (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2015 Nomor 1775);
- e. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 156);

Memutuskan:

Menetapkan : Keputusan Menteri Kesehatan Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif.

Kesatu: Menetapkan Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.

Kedua: Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi pemerintah pusat, pemerintah daerah, tenaga medis, tenaga kesehatan, fasilitas pelayanan kesehatan, dan pemangku kepentingan terkait dalam penyelenggaraan pelayanan paliatif.

Ketiga : Pelayanan paliatif sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan berupa rumah sakit, klinik, atau pusat kesehatan masyarakat.

Keempat : Selain diselenggarakan di fasilitas pelayanan kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA, pelayanan paliatif dapat dilaksanakan di rumah paliatif yang merupakan upaya kesehatan bersumber daya masyarakat dalam rangka membantu pelayanan paliatif. Kelima : Kementerian Kesehatan, dinas kesehatan daerah provinsi, dan dinas kesehatan daerah kabupaten/kota melakukan pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan penyelenggaraan pelayanan paliatif sesuai dengan kewenangan masing-masing berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Keenam : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 812/MENKES/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Ketujuh : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

2. Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

Muatan dalam UU Nomor 17 Tahun 2023 sangat mendukung pengembangan perawatan paliatif. Lahirnya Undang-Undangan ini menjadikan pihak terkait terkait pelayanan paliatif memiliki beban yang tidak ringan sehingga perlu memberikan masukan kepada pemerintah untuk peraturan turunan yang dapat diimplementasikan. Diperlukan peran aktif praktisi paliatif dan seluruh stakeholder dalam perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi program pendidikan, pelayanan dan penelitian. Diharapkan dalam turunan UU Nomor 17 Tahun 2023 terdapat ketentuan yang mengatur pelayanan paliatif yaitu terkait definisi, model, dan perawatan di level pelayanan kesehatan, SDM, akses perawatan paliatif, obat, support system, organisasi perawatan dengan referral system, dokumentasi, assessment tools dan guidelines, quality dan safety issue, sistem pelaporan, research policy, standard, akreditasi, dan resources.

Berikut beberapa kutipan pada Undang-Undang Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 tentang pelayanan Paliatif

a. Pasal 1 ayat 2 dan 3.

pasal 2. Upaya Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/ atau paliatif oleh Pemerintah Pusat, Pemerintah Daerah, dan/atau masyarakat.

pasal 3. Pelayanan Kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/ atau serangkaian kegiatan pelayanan yang diberikan secara langsung kepada perseorangan atau masyarakat untuk memelihara dan meningkatkan derajat Kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif.

b. Perawatan Paliatif pasal 18 ayat 1:

Yang dimaksud dengan "Upaya Kesehatan perseorangan yang bersifat paliatif" adalah Upaya Kesehatan yang ditujukan untuk meningkatkan kualitas hidup Pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa.

Upaya Kesehatan perseorangan yang bersifat paliatif dapat berupa identifikasi dini, penilaian yang benar, pengobatan rasa sakit, dan penanganan masalah lain, baik fisik, psikososial, maupun spiritual.

Menurut Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, pelayanan paliatif dapat dilakukan di fasilitas pelayanan kesehatan. Fasilitas pelayanan kesehatan adalah tempat dan/atau alat yang digunakan untuk memberikan layanan kesehatan kepada individu atau masyarakat dengan cara yang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif, yang dilakukan oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat, seperti puskesmas dan rumah sakit, serta oleh lembaga lain yang bertanggung jawab untuk memberikan layanan.

- c. Selanjutnya dalam Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan juga diatur hak-hak pasien, sebagaimana tercantum dalam pasal 4 ayat 1, bahwa setiap orang berhak:

Hidup sehat secara fisik, jiwa, dan sosial; mendapatkan informasi dan edukasi tentang Kesehatan yang seimbang dan bertanggung jawab; mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau agar dapat mewujudkan derajat kesehatan yang setinggi-tingginya; mendapatkan perawatan Kesehatan sesuai dengan standar Pelayanan Kesehatan; mendapatkan akses atas Sumber Daya Kesehatan; menentukan sendiri Pelayanan Kesehatan yang diperlukan bagi dirinya secara mandiri dan bertanggung jawab; mendapatkan lingkungan yang sehat bagi pencapaian derajat Kesehatan; menerima atau menolak sebagian atau seluruh tindakan pertolongan yang akan diberikan kepadanya setelah menerima dan memahami informasi mengenai tindakan tersebut secara lengkap; memperoleh kerahasiaan data dan informasi Kesehatan pribadinya; memperoleh informasi tentang data Kesehatan dirinya, termasuk tindakan dan pengobatan yang telah ataupun yang akan diterimanya dari Tenaga Medis dan/atau Tenaga Kesehatan; dan mendapatkan perlindungan dari resiko Kesehatan.

I. Kajian Etik Tentang Perawatan Paliatif

1. Prinsip Dasar Perawatan Paliatif: Perawatan paliatif mencakup semua bidang perawatan, termasuk medis, perawatan, psikologis sosial, budaya, dan spiritual. Oleh karena itu, prinsip-prinsip dasar perawatan paliatif dapat dibandingkan dengan prinsip-prinsip praktik medis yang baik (Rasjidi, 2010):
 - perspektif yang peduli terhadap pasien. Tercantung sensitivitas dan empati adalah penting untuk mempertimbangkan penderitaan pasien dari berbagai aspek, bukan hanya masalah kesehatan. Perawatan tidak boleh bersifat menghakimi; karakteristik, kepandaian, suku, agama, atau faktor individual lainnya tidak boleh mempengaruhi tindakan yang diambil.
 - mempertimbangkan pasien sebagai individu. Meskipun mereka memiliki penyakit dan gejala yang sama, setiap pasien adalah unik. Dalam merencanakan perawatan paliatif, karakteristik inilah yang harus dipertimbangkan.
 - Mempertimbangkan budaya. Penderitaan pasien dapat dipengaruhi oleh ras, agama, etnis, dan unsur budaya lainnya. Perencanaan perawatan harus mempertimbangkan perbedaan ini.
 - Persetujuan: Pasien harus diizinkan untuk mulai atau mengakhiri perawatan. Pasien yang telah diberi informasi dan setuju dengan jenis perawatan yang akan mereka terima akan lebih patuh mengikuti segala upaya perawatan.
 - memilih lokasi perawatan dilakukan. Baik pasien maupun keluarganya harus terlibat dalam diskusi ini untuk menentukan tempat perawatan yang tepat. Sebisa mungkin, pasien yang menderita penyakit terminal harus dirawat di rumah.
 - Komunikasi: Perawatan paliatif membutuhkan komunikasi yang baik antara dokter dan pasien serta keluarga mereka.
 - Faktor klinis: Semua perawatan paliatif harus sesuai dengan stadium penyakit dan prognosis pasien. Hal ini penting karena pemberian perawatan yang tidak sesuai, baik lengkap maupun tidak lengkap, hanya akan memperburuk kondisi pasien. Perawatan yang berlebihan beresiko menanamkan harapan palsu pada pasien. Ini berkaitan dengan masalah etika, yang akan dibahas lebih lanjut. Tidak etis untuk

memberikan perawatan hanya karena dokter merasa perlu melakukan sesuatu, meskipun itu sia-sia.

- Perawatan komprehensif dan terkoordinasi dari berbagai bidang profesi perawatan paliatif memberikan perawatan yang bersifat holistik dan integratif sehingga dibutuhkan sebuah tim yang mencakup keseluruhan aspek hidup pasien serta koordinasi yang baik dari masing-masing anggota tim tersebut untuk memberikan hasil yang maksimal kepada pasien dan keluarga.
- Kualitas perawatan yang sebaik mungkin. Perawatan medis secara konsisten, terkoordinasi dan berkelanjutan. Perawatan medis yang konsisten akan mengurangi kemungkinan terjadinya perubahan kondisi yang tidak terduga, dimana hal ini akan sangat mengganggu baik pasien maupun keluarga.
- Perawatan yang berkelanjutan. Pemberian perawatan simptomatis dan supportif dari awal hingga akhir merupakan dasar tujuan dari perawatan paliatif. Masalah yang sering terjadi adalah pasien dipindahkan dari satu tempat ketempat lain sehingga sulit untuk mempertahankan komunitas perawatan.
- Perawatan yang diberikan oleh profesi perawatan paliatif yang dikombinasikan secara menyeluruh dan terkoordinasi memberikan perawatan yang bersifat holistik dan integratif. Oleh karena itu, untuk mencapai hasil yang optimal bagi pasien dan keluarganya, diperlukan sebuah tim yang melibatkan semua aspek hidup pasien serta kolaborasi yang baik dari masing-masing anggota tim tersebut.
- Kualitas perawatan yang optimal. Perawatan medis yang berkelanjutan, konsisten, terkoordinasi, dan berkelanjutan akan mengurangi kemungkinan perubahan kondisi yang tidak terduga, yang akan sangat mengganggu pasien dan keluarga mereka. Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah untuk memberikan perawatan simptomatis dan supportif dari awal hingga akhir. Pasien yang menjalani perawatan yang berpindah-pindah, yang membuat sulit mempertahankan komunitas perawatannya.
- Mencegah kegawatan. Perawatan paliatif yang baik mencakup persiapan komprehensif untuk menghindari masalah fisik dan emosional yang mungkin muncul selama penyakit berlangsung. Masalah yang sering terjadi harus diberitahukan sebelumnya kepada

pasien dan keluarga mereka, dan mereka harus membuat rencana untuk mengurangi stres fisik dan emosional.

- Perhatian khusus harus diberikan kepada keluarga pasien dengan penyakit lanjut, karena keberhasilan perawatan paliatif bergantung pada pemberi perawatan. Keluarga pasien dengan penyakit lanjut sering kali menghadapi stres fisik dan emosional, terutama ketika mereka dirawat di rumah.
 - Pemeriksaan ulang: Karena pasien sering sakit, kondisi mereka harus diperiksa secara berkala.
2. Prinsip Otonomi: Prinsip ini didasarkan pada keyakinan bahwa orang memiliki kemampuan berpikir logis dan membuat keputusan sendiri. Ini dianggap sebagai persetujuan untuk bertindak rasional dan tidak memaksa.
- *Autonomy* (kemandirian) Otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa setiap orang memiliki kemampuan berpikir rasional dan membuat keputusan secara mandiri. Orang dewasa harus dihargai atas kemampuan mereka untuk mengambil keputusan. Perawat harus dapat menghargai dan menghormati hak individu atas autonomi, yang merupakan hak untuk kemandirian dan kebebasan.
 - *Fidelity* (Menepati Janji): Seorang perawat memiliki tanggung jawab besar untuk meningkatkan kesehatan, mencegah penyakit, dan mengurangi penderitaan. Untuk mencapai hal ini, mereka harus memiliki komitmen menepati janji dan menghargai komitmen mereka kepada orang lain.
 - Konsep *non-maleficence* (tidak merugikan) berarti bahwa klien tidak akan mengalami bahaya atau cedera fisik atau mental. Prinsip tidak merugikan adalah bahwa kita berkewajiban untuk bertindak agar kita tidak merugikan orang lain.
 - *Veracity* (kejujuran)—Sepenuhnya benar menurut konsep veracity. Untuk menyampaikan kebenaran kepada setiap pasien dan menyakinkan pasien bahwa mereka benar-benar mengerti, pemberi layanan kesehatan harus mengikuti standar ini.
 - *Beneficience* (berbuat baik) adalah hanya melakukan hal-hal baik. Kebaikan berarti melakukan hal baik, menghindari hal buruk, menghapus hal buruk, dan menjadi lebih baik oleh diri sendiri dan

orang lain. Terkadang, prinsip-prinsip ini bertentangan dengan otonomi dalam konteks pelayanan kesehatan.

- *Justice* (keadilan). Untuk memperlakukan orang lain dengan cara yang sama dan adil, seseorang harus mematuhi prinsip-prinsip moral, hukum, dan kemanusiaan. Ketika tim perawatan paliatif bekerja untuk mendapatkan terapi yang tepat sesuai hukum, standar praktek, dan keyakinan yang tepat untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang berkualitas tinggi, nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional.
- *Confidentiality* (Kerahasiaan). Prinsip kerahasiaan ini menyatakan bahwa data pasien harus disimpan di bawah perlindungan. Hanya orang yang menjalani pengobatan pasien yang boleh membaca apa yang tertulis dalam catatan kesehatan pasien. Kecuali pasien memberikan bukti persetujuannya, tidak ada yang dapat memperoleh informasi tersebut.
- *Accountability* (Responsabilitas/akuntabilitas). Ini terkait erat dengan kesetiaan, yang berarti bahwa setiap tindakan memiliki tanggung jawab yang jelas dan dapat digunakan untuk menilai orang lain. Akuntabilitas adalah standar yang pasti yang aman di mana tindakan seorang profesional dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali.

J. Latihan

1. Pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam rangka penanganan pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa atau pasien terutama dengan stadium lanjut dan terminal, merupakan pengertian paliatif menurut:
 - a. WHO
 - b. Keputusan Menkes No. 812/menkes/SK/VII/2007
 - c. Rasjidi, 2010
 - d. ESAS-R
- e. Keputusan Menkes No. HK.01.07/MENKES/2180/2023**
2. Perawatan paliatif pertama kali dilakukan di Indonesia pada tanggal
 - a. 09 Februari 1992 di RS Soetomo Surabaya
 - b. **19 Februari 1992 di RS Soetomo Surabaya**
 - c. 09 Februari 1992 di RSCM
 - d. 19 Februari 1992 di RSCM

- e. 19 Februari 1992 di RS Kanker Dharmais
3. Seorang laki-laki berusia 31 tahun sedang dirawat di ruang isolasi terinfeksi HIV. Hasil pengkajian: HIV (+), nyeri menelan, terdapat candidiasis oral, kondisi pasien hanya diketahui olehistrinya. Perawat menolak menyampaikan kondisi pasien sebenarnya kepada anggota keluarga yang lain. Apakah prinsip etik diterapkan perawat tersebut?
- a. Fidelity
 - b. Veracity
 - c. Otonomi
 - d. Beneficence
 - e. Confidentiality**
4. Upaya Kesehatan perseorangan yang bersifat paliatif tertuang dalam undang-undang no. 17 tentang kesehatan, khususnya pada:
- a. pasal 1 ayat 1
 - b. pasal 1 ayat 2
 - c. pasal 1 ayat 3
 - d. Pasal 4 ayat 1
 - e. pasal 18 ayat 1**
5. Pernyataan berikut yang merupakan tujuan dan sarana kebijakan perawatan paliatif
- a. Sebagai standar hukum untuk perawatan paliatif di Indonesia**
 - b. Tersedianya perawatan paliatif yang berkualitas tinggi dan sesuai dengan standar yang berlaku di seluruh Indonesia.
 - c. Tersedianya pedoman pelaksanaan dan juklak perawatan paliatif
 - d. Tersedianya sumber daya dan alat yang diperlukan
 - e. Sebagai standar pelayanan untuk kualitas hidup pasien

K. Rangkuman Materi

Ada di Indonesiapetawatan paliatif baru dimulai pada tanggal 19 Februari 1992 di RS Dr. Soetomo Surabaya. Beberapa pengembangan pelayanan paliatif di Indonesia mulai 1992 hingga 2023, tetapi hanya Peraturan Menteri Kesehatan yang mengatur perawatan paliatif. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan saat ini mengatur sistem pelayanan kesehatan secara reformis, mencakup definisi paliatif sebagai bentuk pelayanan kesehatan: promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan paliatif.

Perawatan paliatif di Indonesia adalah bagian penting dari tatalaksana penyakit yang dapat mengancam jiwa, dan kebutuhannya sangat mendesak untuk mencapai hasil pengobatan yang efektif. Namun, perawatan paliatif masih menghadapi banyak tantangan dari dunia pendidikan, profesi, kebijakan pemerintah, dan masyarakat.

Pelayanan Paliatif yang tertuang dalam UU Nomor 17 Tahun 2023, paliatif termuat dalam pasal 1 ayat (2) bahwa upaya kesehatan adalah segala bentuk kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan yang dilakukan secara terpadu dan berkesinambungan untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan masyarakat dalam bentuk promotif, preventif, kuratif, dan/atau paliatif oleh pemerintah pusat, pemerintah daerah dan/atau masyarakat. Dalam pasal 18 ayat (1) yang dimaksud dengan "upaya kesehatan perorangan yang bersifat paliatif" adalah upaya kesehatan yang ditunjukkan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa. Berdasarkan UU ini, masyarakat diberikan wewenang untuk turut ambil peran dalam mengembangkan perawatan paliatif. Paliatif tidak hanya menjadi domain pemerintah pusat saja, melainkan juga pemerintah daerah dapat diberikan tanggung jawab. Interdisciplinary approach, koordinasi, SDM, dan kunjungan keluarga kini telah diatur dalam undang-undang.

Pengembangan perawatan paliatif sangat didukung pada Undang-Undang Kesehatan no 17 tahun 2023. Setelah Undang-Undang ini berlaku, pemerintah pelayanan paliatif harus memberikan masukan kepada pemerintah untuk membuat peraturan turunan yang dapat diterapkan. Semua pihak yang terlibat dalam perencanaan, pelaksanaan, dan evaluasi program pendidikan, pelayanan, dan penelitian harus berpartisipasi secara aktif. Dalam turunan Undang-undang Nomor 17 Tahun 2023, diharapkan ada ketentuan yang mengatur pelayanan paliatif, termasuk definisi, model, perawatan di level pelayanan kesehatan, SDM, akses perawatan paliatif, obat, sistem pendukung, organisasi perawatan dengan sistem referensi, dokumentasi, alat evaluasi dan pedoman, masalah kualitas dan keamanan, sistem pelaporan, aturan penelitian, standar, akreditasi, dan sumber daya.

L. Glosarium

ICU	: Intensif care unit
CAPC	: Center to Advance Palliative Care

PACC : Asosiasi Pusat Perawatan Paliatif
PUSLATKESDA : Pusat Pelatihan Kesehatan Daerah
SDM : Sumber Daya Manusia
WHO : world health organization

Daftar Pustaka

Cindy nova, 2018, Diambil dalam situs (<https://www.scribd.com/document/etik-dan-kebijakan-nasional-perawatan-paliatif-docx>)

<https://kebijakankesehatanindonesia.net/4872-pengembangan-perawatan-palliative-berlandaskan-uu-kesehatan-2023> (Prof. dr. Laksono Trisnantoro, M.Sc., Ph.D, Dr. dr. Maria A. Witjaksono, MPALLC)

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor : 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif Menteri Kesehatan Republik Indonesia
<http://spiritia.or.id/Dok/SK/menkes8122007.pdf>

Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023

Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor : 812/Menkes?SK/VII/2007 dan Lampiran 1 Menkes RI (2007).

Rasjidi, Imam. (2010). Perawatan paliatif dan Suportif dan Bebas Nyeri Pada Kanker. Jakarta: CV Sagung Seto

Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan

World Health Organization. (2016). Palliative care. Dapat diakses dari <http://www.who.int/> dibuka pada tanggal 21 Agustus 2024

BAB 8

PRINSIP KOMUNIKASI DALAM PERAWATAN PALIATIF

Pendahuluan

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang diberikan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarganya (WHO, 2016). Perawatan paliatif diberikan yang diberikan baik oleh dokter, perawat ataupun tim medis lainnya dilaksanakan dengan proses yang melihat pasien secara menyeluruh, dari sisi fisik, psikologis, spiritual dan soailnya sehingga tujuan dari pemberian perawatan adalah peningkatan kualitas dari hidup pasien paliatif. Mereka diharapkan dapat menerima kondisi diri dan penyakitnya dengan baik, menjalani perawatan dengan maksimal, dan mampu mencapai kebahagiaan atau kepuasan atas diri dan perawatan yang diberikan kepadanya hingga akhir hayatnya.

Meskipun perawatan paliatif sebenarnya di dalam konsepnya dapat diterapkan dan sangat diperlukan untuk dapat diterapkan pada seluruh penyakit (WHO, 2015), akan tetapi yang membedakan pemberian perawatan paliatif adalah penekanan pada perawatan dan hal-hal terkait dengan isu-isu akhir kehidupan pasien (Brooks, 2017). Hal ini dapat mencakup pembicaraan dan diskusi tentang prognosis, preferensi dan prioritas perawatan yang diberikan kepada pasien paliatif (misalnya, perawatan yang memperpanjang hidup dan/atau paliatif, tempat pemberian perawatan yang terbaik bagi pasien, hingga diskusi mengenai tempat kematian pasien kelak), serta harapan dan ketakutan mengenai kematian.

Komunikasi yang efektif berperan penting pada pelayanan paliatif terutama dalam membangun kepercayaan yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien kanker. Dengan komunikasi yang efektif pasien akan merasa didengarkan, dihargai, juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Ini akan meningkatkan kualitas hidup pasien tersebut. Komunikasi efektif bukan sekadar kata-kata. Komunikasi yang efektif harus berasal dari hati. "Harus keluar dari niat, dari hati,"

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran

Tujuan Intruksional:

Setelah membaca buku ini diharapkan pembaca mampu:

“Berkomunikasi secara efektif kepada pasien dan keluarga dalam konteks perawatan *paliatif and care of patient at the end of life* ”

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan komunikasi perawat sebagai kunci pada perawatan paliatif
2. Mampu mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pada komunikasi perawatan paliatif
3. Mampu mengidentifikasi prinsip komunikasi pada perawatan paliatif

Uraian Materi

Perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal merupakan hak asasi manusia yang harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan atau paliatif dan perawatan menjelang ajal merupakan hak asasi manusia yang harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan. Komunikasi yang efektif berperan penting pada pelayanan paliatif terutama dalam membangun kepercayaan yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien kanker. Dengan komunikasi yang efektif pasien akan merasa didengarkan, dihargai, juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Ini akan meningkatkan kualitas hidup pasien tersebut.

Meskipun perawatan paliatif berlaku dan berharga pada seluruh penyakit (WHO, 2015), hal-hal yang paling banyak ditekankan adalah perhatian terhadap bagaimana pasien akan menghadapi waktu-waktu terakhir dalam hidupnya (Farrel, 2019), membuatnya menjadi berkualitas dan bermakna. Hal ini dapat mencakup komunikasi tentang prognosis penyakit, preferensi dan prioritas (misalnya, perawatan yang memperpanjang hidup dan/atau paliatif, tempat perawatan, tempat kematian), serta harapan dan ketakutan mengenai kematian dan bagaimana bahwa kematian itu akan menjadi suatu proses yang secara formal sering disebut sebagai antisipatif, atau perencanaan perawatan lanjutan.

Salah satu pendekatan dasar yang utama dalam perawatan pasien paliatif adalah komunikasi. Komunikasi yang efektif merupakan bagian penting dalam proses perawatan (Baranska, 2020). serta menjadi salah satu indikator perawatan yang berkualitas. Komunikasi menjadi alat yang dapat menfasilitasi proses dan pengembangan perawatan yang bermanfaat kepada pasien dan tim perawatan professional kesehatan serta kepada keluarga pasien. Komunikasi tidak hanya dilakukan antara petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga melainkan juga antara sesama tenaga kesehatan dan dianggap sebagai faktor kunci untuk keberhasilan kolaborasi. Oleh karena itu, sangat penting untuk menekankan komunikasi yang baik dalam proses perawatan paliatif.

Masalah komunikasi masih menjadi hambatan, sekaligus menjadi tantangan bagi perawat untuk selalu meningkatkan keterampilan dalam komunikasi. Namun, diketahui bahwa komunikasi dalam proses perawatan paliatif tidak selalu dianggap sebagai bagian dari peran profesional perawat. Sedangkan komunikasi perawatan paliatif adalah tantangan yang terus berlanjut

untuk perubahan dari komunikasi reaktif menjadi komunikasi yang proaktif (Cohen-Mansfield J, 2017). Hal yang dibutuhkan untuk mewujudkan hal tersebut diantaranya adalah adanya standar khusus dalam meningkatkan keterampilan komunikasi.

A. Komunikasi Perawat Sebagai Kunci Pada Perawatan paliatif

Komunikasi adalah keterampilan yang dipelajari yang membentuk hubungan perawat-pasien; itu terdiri dari 20% karakteristik verbal dan 80% nonverbal. Seni komunikasi keperawatan mencakup mendengarkan, mengheningkan cipta, kehadiran, dan penggunaan diri terapeutik untuk memfasilitasi proses yang berpusat pada pasien dan keluarga. Komunikasi keperawatan mencakup pengumpulan dan penyampaian informasi serta memberikan dukungan dan kepastian, sesuai dengan kebutuhan individu pasien dan keluarga. Perawat mempunyai peran langsung dalam percakapan sulit seperti perencanaan perawatan awal, penyampaian berita buruk atau prognosis buruk, atau mendiskusikan transisi ke perawatan hospice dan paliatif. Komunikasi menjadi salah satu faktor penentu dalam meningkatkan kualitas proses perawatan. Prinsip-prinsip komunikasi sangat diperlukan dalam perawatan pasien paliatif. (Koo LW, 2016). Menghadapi dan merawat seorang pasien penyakit kronis bukan hal mudah. Apalagi ketika angka harapan hidup makin sirna. Di sana ada penolakan dan penyangkalan.

Dalam hal ini, komunikasi jadi kunci keberhasilan perawatan paliatif. pasien penyakit kronis, termasuk kanker, perlu diajak komunikasi secara bertahap hingga dia bisa menerima kondisinya. Pasien itu punya tahapan saat menghadapi diagnosis. Tiap pasien bisa beda tahapannya. Kita hanya perlu memahami dan memberi respons dengan tepat. Salah satu pendekatan dasar yang utama dalam perawatan pasien paliatif adalah komunikasi. Komunikasi yang efektif merupakan bagian penting dalam proses perawatan (Nedjat, 2017). serta menjadi salah satu indikator perawatan yang berkualitas. Komunikasi menjadi alat yang dapat menfasilitasi proses dan pengembangan perawatan yang bermanfaat kepada pasien dan tim perawatan professional kesehatan serta kepada keluarga pasien. Komunikasi tidak hanya dilakukan antara petugas kesehatan dengan pasien dan keluarga melainkan juga antara sesama tenaga kesehatan dan dianggap sebagai faktor kunci untuk keberhasilan kolaborasi (Shin JW, 2021). Oleh karena itu, sangat penting untuk menekankan komunikasi yang baik dalam proses perawatan paliatif.

Komunikasi yang baik merupakan jantung dari sistem pelayanan perawatan yang efektif. Keterampilan dalam berkomunikasi merupakan hal yang sangat dasar untuk keberhasilan proses keperawatan. Sehingga sangat penting adanya untuk mengembangkan keterampilan komunikasi seperti hanya keterampilan yang lain dalam keperawatan.

Penggunaan keterampilan komunikasi secara efektif merupakan landasan dalam pelayanan keperawatan. Untuk merespon terjadinya pergeseran dari penerima layanan kesehatan yang pasif menjadi partisipan yang aktif mendorong tenaga kesehatan lainnya untuk dapat memberikan informasi secara terbuka pasien yang telah menjadi prinsip dasar dalam praktik pelayanan pada pasien. Jadi komunikasi merupakan alat sentral dalam pelayanan kesehatan yang mana komunikasi digunakan untuk mencapai berbagai tujuan untuk membantu pasien dalam hal menerima berita buruk, mengendalikan emosi akibat dari penyakit yang sifatnya mengancam jiwa, memahami dan mengingat informasi yang kompleks, memahami mengenai prognosis penyakit, mengatasi dan mengendalikan ketidakpastian disaat mempertahankan harapan, membangun kepercayaan untuk keberlangsungan hubungan jangka panjang secara klinis, membuat keputusan mengenai pengobatan dan menerima perilaku mengenai promosi kesehatan (Hjelmfors L, 2015). Secara khusus dalam pelayanan paliatif, komunikasi sangat baik dan keterampilan interpersonal menjadi hal yang sangat penting, hal ini untuk membangun rasa percaya diri dan keterbukaan (Cohen, 2017).

B. Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Komunikasi Pada Perawatan paliatif

Pemberian perawatan paliatif kepada pasien-pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa atau membutuhkan prognosis yang panjang, seperti kanker stadium lanjut, untuk mereka dan keluarganya, baik yang dilakukan oleh dokter atau perawat onkologi maupun perawatan paliatif, membutuhkan komunikasi yang berpusat pada pasien (Wylie 2004). Pedoman ASCO merekomendasikan bahwa: Pasien stadium lanjut, baik rawat inap atau rawat jalan, harus menerima layanan perawatan paliatif khusus, di awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan pengobatan aktif lainnya (Wintlandt K, 2016). Untuk pasien dengan kanker stadium lanjut, perawatan paliatif yang diberikan bersamaan dengan pengobatan anti kanker dikaitkan dengan hasil pasien yang lebih baik, yang melibatkan suasana hati, kontrol

gejala, kualitas hidup, dan bahkan kelangsungan hidup. Namun, tanpa komunikasi yang mengenalkan pasien dan keluarga pada perawatan paliatif dengan cara yang tidak mengancam dan yang membangun kepercayaan pasien, memungkinkan control gejala, memperkuat coping, dan memandu pengambilan keputusan, manfaat perawatan paliatif bersamaan tidak akan terealisasi. Hal ini dapat mencakup kekurangan dalam proses komunikasi, perlunya mengetahui preferensi pasien untuk komunikasi tentang topik perawatan paliatif, praktik terbaik untuk komunikasi, dan peran pendidikan dan intervensi sistem,

Kesulitan dalam berkomunikasi kemungkinan dapat diakibatkan oleh pelbagai faktor seperti masalah dalam sistem keluarga, finansial, pendidikan, masalah fisik, dan keterbatasan, serta tingkatan coping dan kondisi berduka yang dialami (Shin JW, 2021). Menyadari dan mengetahui kurangnya dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga kemungkinan akan menyebabkan timbulnya perasaan distress, dan mungkin juga perasaan yang berelebihan terhadap suatu masalah. Ketidakmampuan untuk merawat anggota keluarga baik secara fisik maupun emosional dapat mengakipatkan distress yang semakin meningkat, terutama bagi pihak anggota yang berperan sebagai penjaga pasien dengan tanpa adanya dukungan yang adekuat maka hal ini akan menjadikan mereka merasa terisolasi. Kondisi kritis disaat menjelang akhir hayat dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga untuk mendengar dan memahami informasi yang diberikan.

Finansial, pendidikan dan berbagai masalah fisik juga dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga dalam berkomunikasi. Pembiayaan medis dan perawatan, kehilangan waktu untuk bekerja, dan beberapa pembiayaan selama masa mendampingi pasien akan menyebabkan timbulnya masalah finansial, dimana kemungkinan akan kehilangan asset atau property untuk pembiayaan tersebut. Situasi tersebut dapat memicu timbulnya kecemasan, stress dan kedukaan pada anggota keluarga disaat pasien dalam tahap penyakit terminal (Cohen, 2017). Faktor fisik yang dapat mempengaruhi komunikasi dapat mencakup gangguan tidur. Akibat kelelahan fisik maka hal tersebut dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima dan memproses informasi, serta kemampuan untuk memberikan bantuan pada pasien.

Untuk pasien, intervensi medis, perkembangan penyakit, dan penyakit penyerta atau komplikasi akan mempengaruhi kemampuannya dalam

berkomunikasi. Tingkatan mekanisme coping dan kondisi kedukaan termasuk berduka antisipatif akibat kehilangan sesuatu secara pribadi maupun kehilangan pada orang terdekat dapat mempengaruhi komunikasi. Komunikasi terbuka sangat penting untuk membantu mengatasi masalah yang dirasakan pasien dengan melibatkan keluarga sejauh membantu keluarga untuk mengatasi hal tersebut. Sekalipun progress penyakit dapat diperkirakan dan mempersiapkan serta menyusun rencana perawatannya, akan tetapi kebanyakan pasien dan keluarganya sangat tidak siap bila mendadak terjadi perubahan kondisi pasien yang semakin memburuk sehingga membuat mereka tidak dapat berpartisipasi dalam membuat keputusan mengenai rencana penanganan selanjutnya (Ferrel BR, 2019). Kurangnya persiapan dan diskusi mengenai hal apa saja yang diinginkan oleh pasien bila terjadi kondisi dimana pasien tidak mampu mengambil keputusan terkait proses penanganannya hal tersebut menjadikan keluarga dan petugas kesehatan tidak dapat memenuhi sesuatu yang menjadi keinginan pasien tersebut.

Faktor yang berhubungan dengan lingkungan kerja mungkin dapat menjadi sebagai barrier dalam melakukan komunikasi yang baik terutama saat perawatan menjelang akhir hayat. Kurangnya kerjasama dan kekompakan dalam tim kerja di pelayanan kesehatan akan membuat anggota tim tidak dapat melakukan komunikasi dengan baik dan menyampaikan informasi yang mungkin sangat penting untuk anggota tim lainnya, yang mana informasi tersebut dapat membantu dalam pembuatan keputusan (Nedjat, 2017). Anggota tim mungkin memiliki pandangan bahwa informasi tersebut tidak penting sehingga tidak disampaikan atau dicatat dalam rekam medis pasien. Selain itu dapat juga terjadi dimana perawat atau petugas kesehatan merasa tidak cukup waktu untuk membaca rekam medis pasien, dimana perawat disibukkan dengan kegiatan untuk mengusai pasien sehingga membuat seseorang terlupa untuk menyampaikan informasi penting terkait masalah pasien.

Sebagai perawat, komunikasi dalam pelayanan perawatan paliatif dapat menjadi hal yang sangat sulit sekaligus menantang seperti sistem pelayanan kesehatan menciptakan lingkungan komunikasi yang kompleks untuk akses pasien sejauh pelayanan paliatif. Kurangnya pemahaman mengenai perawat paliatif masih eksis di beberapa penyedia layanan kesehatan, hal ini menjadikan para praktisi perawatan paliatif untuk harus

menyediakan sistem pendidikan berjenjang (Hickman SE, 2020). Ada dua framework yang telah dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan professional untuk mengenali mengapa pasien dan bahkan tenaga kesehatan memasang barier selama komunikasi. Framework tersebut dapat diingat dengan singkatan FEARS (fears, environment, attitudes, responses, skills) dan FIBS (fears, inadequate skills, beliefs, support), FEARS digunakan untuk mengenali potensi barrier dari pihak pasien sedangkan FIBS digunakan untuk mengenali kemungkinan barrier pada tenaga kesehatan professional.

C. Prinsip Komunikasi Pada Perawatan Paliatif

Komunikasi merupakan hal penting dalam pelayanan perawatan paliatif, sejak awal pasien mendapatkan pelayanan paliatif dan bertemu dengan para tenaga professional hingga akhir hayat pasien (Koo LW, 2016). Komunikasi pada pasien mencakup dua hal yang sangat sering dan penting untuk dilakukan yaitu komunikasi mengenai informasi kesehatan pasien dan dialog yang berpusat pada perasaan dan emosi pasien, yang mana dialog tersebut juga merupakan bagian dari tindakan terapi. Dalam praktik klinis, kedua hal tersebut sering dilakukan dalam sekali percakapan, namun biasanya diawali percakapan lebih sering membahas mengenai status dan kondisi kesehatan pasien yang mencakup perkembangan penyakitnya, dan pertemuan selanjutnya biasanya sudah lebih fokus pada terapi. Beberapa hal yang menjadi elemen dasar dalam komunikasi efektif, yang hal tersebut menjadi penting dalam proses dialog atau komunikasi terapeutik. CLASS merupakan sebuah metode wawancara yang menggunakan 5 langkah sebagai protokol. Metode ini menggunakan teknik langsung untuk mengatasi emosi yang dirasakan oleh pasien, proses wawancara dengan pasien dimana harus melibatkan emosi dalam proses wawancara tersebut. Secara singkat, CLASS protokol mencakup lima komponen dasar dan krusial dalam wawancara terhadap pasien, dimana CLASS merupakan singkatan dari kelima komponen dasar tersebut yaitu; **Context** (konteks secara fisik masyarakat), **Listening** skills, **Acknowledgement** of the patient's emotions, **Strategy** for clinical management, dan **Summary**.

1. C (Context atau setting)

Context dalam wawancara adalah konteks atau setting secara fisik dan termasuk lima komponen utama yaitu; **menyediakan ruang yang memadai, bahasa tubuh, kontak mata, sentuhan, dan pengantaratau**

perkenalan. Luang waktu khusus untuk mengetahui dan mempersiapkan semua terkait dengan hal komponen utama tersebut untuk wawancara yang mana tujuan dari hal tersebut untuk lebih mengefisienkan waktu sekaligus menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti frustrasi ataupun kesalahpahaman baik dari petugas maupun pasien. Hal tersebut merupakan hal yang sederhana, namun terkadang dilupakan saat melakukan wawancara.

Menyediakan ruangan yang memadai dan tetap memperhatikan privacy pasien. Jika berada di rumah sakit, sebaiknya wawancara dalam ruangan dengan pintu yang tertutup untuk menjaga privasi pasien. Selama wawancara sangat penting untuk menjaga jarak yang nyaman dengan pasien. Jarak antara perawat-pasien dalam wawancara dapat berbeda makna dalam perspektif budaya, namun jarak yang ideal yaitu 2-3 kaki. Pada jarak tersebut seorang perawat dapat menunjukkan kedekatan dengan pasien sekaligus kesiapan untuk mendiskusikan hal yang sifatnya pribadi. Dengan alasan ini, bila seorang perawat yang berdiri diujung bed saat berbicara dengan pasien, hal ini mengesankan komunikasi yang kurang bersahabat. Selain itu, hal perlu diperhatikan adalah posisi saat duduk, upayakan mata perawat sejajar dengan mata pasien, tidak dengan salah satu yang berada pada posisi duduk yang lebih tinggi. Hal tersebut dapat menjadi barrier selain proses komunikasi.

Bahasa tubuh merupakan hal yang dapat memberikan makna berbeda dengan pesan yang disampaikan. Upayakan dalam melakukan komunikasi kondisi dalam keadaan rileks, duduk dengan posisi nyaman dengan kedua kaki berada di atas lantai tidak dalam keadaan tergantung dari kursi. Biarkan bahu dalam keadaan rileks dan letakkan kedua tangan anda di atas lutut.

Posisi tersebut dalam term psychotherapy dikenal dengan istilah posisi netral. Upayakan menjaga dan mempertahankan **kontak mata** selama berkomunikasi terutama saat pasien berbicara. Jika proses wawancara menjadi lebih emosional dimana pasien mungkin menangis atau marah, maka perlu untuk mengalihkan pandangan sejenak.

Sentuhan merupakan hal yang sangat membantu selama wawancara. Sentuhan dilakukan pada area yang tidak terpasang alat medikasi atau luka, perawat merasa nyaman untuk melakukan sentuhan, pasien tidak menunjukkan respon atau reaksi menolak dengan sentuhan yang

dilakukan. Bila pasien merasa nyaman dengan sentuhan yang dilakukan, maka sentuhan dapat dipertahankan, namun, bila pasien menunjukkan ketidaknyamanan maka sentuhan harus dihentikan. Sentuhan dapat memiliki makna yang berbeda, tergantung dari budaya yang dimiliki oleh pasien, Oleh karena itu sangat penting untuk memahami dan menilai respon pasien untuk menghindari kesalahpahaman. Pastikan pasien mengenal siapa anda dan apa yang anda akan lakukan. Upayakan perawat **memberikan salam** atau dengan berjabat tangan dengan pasien lebih dahulu, lalu pada keluarga pasien atau pendampingnya. Hal ini untuk menunjukkan bahwa pasien merupakan subjek yang penting dalam pertemuan antara perawat-pasien.

2. Listening Skills

Saat memulai dialog dengan pasien, sebagai seorang profesional harus memastikan bahwa perawat melakukan wawancara atau dialog dengan memiliki keterampilan mendengar dengan baik. Secara umum ada empat poin yang sangat esensial dari keterampilan mendengarkan yaitu pertanyaan terbuka, teknik fasilitasi/ klarifikasi, mengendalikan waktu dan interupsi. Pertanyaan terbuka memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaannya berdasarkan pemahamannya mengenai pertanyaan yang diberikan. Dalam komunikasi terapeutik, dimana perawat mencoba sebagai bagian dari support sistem pasien, maka pertanyaan terbuka merupakan hal yang sangat esensial untuk menelusuri akan pengalaman yang dirasakan oleh pasien mengenai kondisi sakitnya. Hal yang pertama dan sekaligus merupakan hal sangat penting dari teknik fasilitasi dalam komunikasi antara perawat-pasien adalah diam. Jika pasien sedang berbicara, upayakan untuk tidak memotong pembicaraannya. Tunggu pasien berhenti berbicara sebelum anda memulai berbicara. Hal ini merupakan aturan yang sangat sederhana namun terkadang diabaikan, sehingga mengapa pasien sering merasakan tidak nyaman bila perawat atau tenaga kesehatan lainnya tidak mau mendengarkan dengan seksama mengenai keluhan-keluhannya. Diam juga merupakan kondisi dimana pasien berpikir atau merasakan sesuatu yang penting. Jika perawat mampu memberikan waktu untuk kondisi diam pasien maka memungkinkan pasien akan mengungkapkan atau mengekspresikan apa yang dipikirkannya. Selain diam sejenak, ada beberapa teknik fasilitasi lainnya yang dapat dilakukan

selama berkomunikasi dengan pasien yaitu menganggukkan kepala, berhenti sejenak saat berbicara, tersenyum, atau memberikan respon seperti "ya", "mmmmm", atau dapat juga mengatakan "apa lagi". Untuk menunjukkan pada pasien bahwa perawat memperhatikan dan mendengarkan perkataan pasiennya yaitu dengan melakukan pengulangan satu atau dua kata terakhir yang diucapkan oleh pasien. Pengulangan merupakan suatu bentuk dari teknik fasilitasi. Sebagai contoh pasien mengatakan "saya merasakan dari hari kehari semakin letih", jadi sebagai perawat dapat merespon pernyataan pasien tersebut dengan mengatakan "apa yang bapak maksud dengan merasa semakin letih". Selain pengulangan perawat juga dapat melakukan pengulangan berupa mengulangi apa yang dikatakan oleh pasien, namun dengan menggunakan bahasa perawat itu sendiri. Contoh pasien mengatakan "setelah minum obat tersebut mata saya semakin berat", perawat akan melakukan tindakan dengan mengatakan "jadi bapak semakin mengantuk ya setelah minum obat". Kedua hal tersebut diatas baik pengulangan atau reiteration merupakan cara untuk menunjukkan bahwa perawat mendengarkan perkataan pasien dengan seksama. dengan pasien. Interupsi yang sering terjadi dapat berupa panggilan melalui telepon, pesan singkat atau panggilan sesama praktisi. Praktisi kesehatan sering terlihat mengabaikan pasien saat komunikasi berlangsung dengan merespon lebih cepat terhadap panggilan melalui telepon atau koleganya. Sekalipun interupsi tidak menyebabkan masalah namun bila hal ini terjadi berulang kali selama komunikasi maka dapat membuat pasien menjadi tidak nyaman dan merasa kurang atau bahkan tidak dihargai. Sehingga bila tidak ingin menerima telepon atau menonaktifkan telepon, sebaiknya menyampaikan izin atau permohonan maaf pada pasien mengenai interupsi tersebut contohnya "Maaf, ini panggilan dari dokter A dan saya harus berbicara padanya hanya dalam waktu yang singkat", atau "Maaf ini hal yang sangat urgen mengenai pasien yang sedang dirawat sepertinya saya membutuhkan waktu sekitar 5 menit untuk menjelaskan pada petugas A".

3. Acknowledge

Respon empati merupakan teknik yang sangat baik selama proses komunikasi yang penuh emosional, namun hal ini seringkali dipersepsi dengan salah oleh para siswa atau trainee.

Respon empati tidak membutuhkan perasaan pribadi dari petugas, jika pasien merasa sedih maka sebagai perawat tidak diharuskan untuk merasa sedih juga. Akan tetapi respon empati merupakan sebuah teknik untuk mengetahui dan memahami terhadap apa yang ditunjukkan oleh pasien berdasarkan observasi perawat mengenai emosi pasien.

Komunikasi yang efektif berperan penting pada pelayanan paliatif terutama dalam membangun kepercayaan yang baik antara tenaga kesehatan dan pasien. Dengan komunikasi yang efektif pasien akan merasa didengarkan, dihargai, juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan. Ini akan meningkatkan kualitas hidup pasien tersebut. Komunikasi efektif bukan sekadar kata-kata. Komunikasi yang efektif harus berasal dari hati. "Harus keluar dari niat, dari hati," Berdasarkan Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), pelayanan paliatif adalah pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dalam menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan. Dalam pendekatan ini identifikasi, penilaian, dan tata laksana nyeri, faktor fisik, psikososial, juga spiritual juga dilakukan.

Ketika pasien didiagnosis sebagai Pasien Paliatif biasanya reaksinya adalah kaget dan menyangkal. Pasien tidak menerima kenyataan yang dihadapinya. Selain itu, pasien juga akan marah dan mempertanyakan kenyataan yang dialaminya. Kenyataan tersebut pada akhirnya akan membuat pasien depresi. Seiring waktu pasien akan mulai menerima kenyataan. Fase-fase tersebut bisa tidak berurutan. Pada setiap fase itu komunikasi yang efektif diperlukan.

Dalam pelaksanaan berkomunikasi dengan pasien yang dirawat dengan perawatan paliatif sangat diperlukan proses "**Memahami**" Pasien paliatif umumnya tidak akan bisa berpikir jernih, bingung, sulit bersosialisasi, konsentrasi menurun, mudah lupa, pikirannya hanya terfokus pada diagnosisnya saja. Pada saat seperti itu berikan waktu pada pasien untuk memahami diagnosisnya dan berikan kesempatan pasien untuk menceritakan apa yang ia rasakan dan pikirkan. Pernyataan-pernyataan seperti "kanker tidak seberat itu kok", "masih banyak yang lebih menderita", atau "ya sudahlah...terima saja keadaanmu" harus dihindari oleh tenaga kesehatan atau siapapun yang berkomunikasi

dengan pasien. Akan lebih baik jika menghargai kesedihan pasien dengan mengatakan "iya pasti terasa berat untukmu. Tapi kita pasti bisa deh pelan-pelan semakin baik". "Tidak lupa apresiasi juga kemajuan pasien,". Akan lebih baik lagi untuk menghargai kekuatan pasien menghadapi kecemasannya, mengingatkan kecemasannya bukan sesuatu yang gila, dan mengalihkan kecemasannya. Sampaikan juga bahwa dirinya dibutuhkan oleh orang lain.

Dalam proses terapi pasien butuh mendapat akses untuk berkomunikasi, mendapat kesempatan mengekspresikan perasaan dan kebutuhannya, dihormati keyakinannya, diakui dan dihargai, juga dilibatkan dalam pengambilan keputusan. "Komunikasi yang dijalin harus berjalan baik. Libatkan keluarga dalam pengambilan keputusan. Berikan pasien dukungan psikologis, sosial, juga spiritualnya,

D. Latihan

1. Jelaskan tentang pentingnya komunikasi perawat dalam perawatan paliatif!
2. Jelaskan apa yang saudara ketahui tentang CLASS yang merupakan model dalam komunikasi dalam perawatan paliatif!
3. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif!

E. Rangkuman Materi

Keterampilan berkomunikasi merupakan hal yang terpenting dalam pelayanan perawatan paliatif. Keterampilan berkomunikasi dapat meningkatkan hubungan yang lebih baik dengan pasien dan keluarga, sehingga dapat memberikan informasi yang penting dengan cara yang lebih baik saat pasien membutuhkannya, atau menjadi pendengar yang baik saat pasien mengungkap keluhannya tanpa memberikan penilaian atau stigma yang bersifat individual. Komunikasi menjadi keterampilan yang sangat dasar pada perawat paliatif, dimana dengan keterampilan tersebut akan mampu menggali lebih dalam mengenai perasaan pasien, keluhan pasien tentang apa yang dirasakannya. Selain itu dengan keterampilan berkomunikasi tersebut maka dapat mengidentifikasi untuk memenuhi kebutuhan pasien, kapan saja, atau bahkan di saat pasien mengajukan pertanyaan yang rumit seperti tentang kehidupan dan kematian.

Kemampuan berkomunikasi juga akan membantu membangun kepercayaan diri, tahu kapan mengatakan tidak terhadap pasien, dan dengan komunikasi yang disertai dengan sentuhan, maka hal tersebut dapat menjadi terapi bagi pasien. menjalin hubungan terapeutik, menumbuhkan rasa empatik, dan menjalin kerjasama atau kolaborasi dengan pasien dan kerabatnya. Hubungan kasih sayang yang terjalin pada awal pertemuan antara perawat dengan pasien atau kerabatnya dibangun dengan rasa saling percaya dan menunjukkan empati. Empati merupakan salah satu yang diperlukan dalam proses perawatan paliatif. Kemampuan berkomunikasi dengan empati bagi perawat menjadi bagian harus disiapkan. Hal ini tentunya akan memudahkan perawat menjalin hubungan terapeutik serta membangun kerjasama yang baik antara perawat dan pasien/kerabatnya sebelum memulai dan selama proses perawatan. Menumbuhkan hubungan terapeutik dan rasa empatik dapat dioptimalkan jika perawat senantiasa selalu melibatkan anggota keluarga atau kerabat pasien.

F. Glosarium

Agitasi	Perasaan jengkel, gelisah atau cemas
Anaplasia	Struktur sel dewasa berubah menjadi sel yang lebih primitif
Ansietas	Perasaan tidak nyaman dan khawatir, biasanya digeneralisasikan dan tidak fokus sebagai reaksi berlebihan terhadap situasi yang secara subyektif dilihat sebagai ancaman. Ketakutan berlebihan atau bertahan melampaui periode normalnya. Hal ini berbeda dari ketakutan atau kecemasan sementara, seringkali dipicu oleh stres, dan berlangsung lebih lama (misalnya, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih).
Caregiver	Seseorang yang telah lulus pendidikan atau pelatihan untuk melakukan pendampingan pada seseorang yang tidak mampu merawat dirinya sendiri, baik sebagian atau keseluruhan karena keterbatasan fisik atau mental
Depresi	Suatu kondisi medis berupa perasaan sedih yang berdampak negatif terhadap pikiran, tindakan, perasaan, dan kesehatan mental
Edukasi Perawatan	Upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan

Paliatif	profesional kesehatan dalam memberikan perawatan paliatif kepada pasien
Hospice	Fasilitas atau program yang menyediakan perawatan paliatif bagi pasien yang memasuki fase akhir penyakit terminal mereka.
Dunia (WHO)	Organisasi Kesehatan Badan kesehatan dunia yang merupakan bagian dari Perserikatan
Paliatif	Bangsa-Bangsa (PBB) dan bertanggung jawab untuk mempromosikan kesehatan global.
Penyakit terminal	Penyakit yang tidak dapat diobati atau disembuhkan yang dapat mengakibatkan kematian pada penderitanya
Perawat	Suatu profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan komunitas dalam mencapai, memelihara dan menyembuhkan kesehatan yang optimal dan berfungsi
Perawatan Paliatif	Pendekatan medis yang bertujuan untuk meringankan penderitaan fisik, emosional, spiritual, dan psikologis pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal, dengan fokus pada peningkatan kualitas hidup.
Psikologis	Suatu keadaan atau kondisi dari hal-hal yang tidak dapat dilihat secara langsung oleh panca indera, seperti isi pikiran, perasaan, pengetahuan dan lain-lain

Daftar Pustaka

- Barańska I, Kijowska V, Engels Y, Finne-Soveri H, Froggatt K, Gambassi G, et al. Factors associated with perception of the quality of physicians' end-of-life communication in long-term care facilities: PACE Cross- sectional study. J Am Med Dir Assoc. 2020;21(3):439.e1-439.e8.
- Brooks LA, Manias E, Nicholson P. Communication and decision-making about end-of-life care in the intensive care unit. Am J Crit care an Off Publ Am Assoc Crit Nurses. 2017 Jul;26(4):336–41.
- Ferrell BR, Paice JA. Oxford textbook of palliative nursing. Fifth. Oxford University Press. New York: Oxford University Press; 2019.

- Cohen-Mansfield J, Skornick-Bouchbinder M, Cohen R, Brill S. Treatment and communication—that is what matters: an analysis of complaints regarding end-of-life care. *J Palliat Med.* 2017 Dec;20(12):1359–65.
- Hjelmfors L, van der Wal MHL, Friedrichsen MJ, Mårtensson J, Strömberg A, Jaarsma T. Patient-nurse communication about prognosis and end-of-life care. *J Palliat Med.* 2015 Oct;18(10):865–71.
- Kysh L. Kysh: What's in a name? The difference between a systematic review and literature review and why it matters. Poster Present Med Libr Gr South Calif Arizona North Calif Nevada Med Libr Gr Jt Meet La Jolla. 2013.
- Hickman SE, Parks M, Unroe KT, Ott M, Ersek M. The role of the palliative care registered nurse in the nursing facility setting. *J Hosp Palliat Nurs.* 2020;22(2):152–8.
- Koo LW, Horowitz AM, Radice SD, Wang MQ, Kleinman D V. Nurse practitioners' use of communication techniques: Results of a Maryland oral health literacy survey. *PLoS One.* 2016;11(1):1–16.
- Nedjat-Haiem FR, Carrion I V, Gonzalez K, Ell K, Thompson B, Mishra SI. Exploring health care providers' views about initiating end-of-life care communication. *Am J Hosp Palliat Care.* 2017 May;34(4):308–17.
- Rochmawati E, Minanton M. Embedded spiritual conversation in cancer communication : lived experiences of nurses and patients / relatives. *Int Nurs Rev.* 2020;1–10.
- Shin JW, Happ MB, Tate JA. VidaTalk™ patient communication application "opened up" communication between nonvocal ICU patients and their family. *Intensive Crit Care Nurs.* 2021;66(xxxx):103075.
- Smith AK, Ritchie CS, Wallhagen ML. Hearing loss in hospice and palliative care: a national survey of providers. *J Pain Symptom Manage.* 2016;52(2):254–8.
- Wentlandt K, Seccareccia D, Kevork N, Workentin K, Blacker S, Grossman D, et al. Quality of care and satisfaction with care on palliative care units. *J Pain Symptom Manage.* 2016;51(2):184–92.
- World Health Organization. WHO Definition of Palliative Care. 2015. Retrieved April 2024.
<http://wwwwho.int/cancer/palliative/definition/en/>

BAB 9

PERSPEKTIF KEPERAWATAN PALIATIF

Pendahuluan

Menurut WHO terdapat 40 miliar orang di dunia yang membutuhkan perawatan paliatif, diantaranya mereka yang menderita penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit paru kronis (10,3%), AIDS (5,7%) dan diabetes (4,6%). *Worldwide Hospice Palliative Care Alliance* (WHPCA) menjelaskan bahwa terdapat lebih dari 56,8 juta orang diperkirakan membutuhkan layanan perawatan paliatif, terbagi menjadi 31,1 juta orang sebelum masa akhir hidup dan 25,7 juta orang menjelang akhir hidup (WHPCA, 2020). Mayoritas sebanyak 67,1% yang membutuhkan layanan perawatan paliatif adalah orang dewasa di atas 50 tahun. Wilayah Pasifik Barat, Afrika, dan Asia Tenggara mencakup lebih dari 64% orang dewasa membutuhkan layanan perawatan paliatif. Di dunia, 9 juta orang meninggal karena kanker dan menurut kementerian kesehatan jumlah ini terus meningkat hingga 12 juta setiap tahunnya seiring dengan meningkatnya angka kejadian penyakit tidak menular (PTM) (Kemenkes RI, 2017). Laporan *The Economist Intelligence Unit* (EIU) tahun 2015 tentang indeks kualitas kematian menempatkan Indonesia pada peringkat ke-53 dari 80 negara di dunia dalam hal perawatan paliatif, yang dinilai berdasarkan integritas terhadap pelayanan kesehatan nasional, dukungan hospis dan keterlibatan terhadap isu paliatif (Permata et al., 2019; Riskesda, 2018).

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menghadapi suatu penyakit yang serius dan mengancam jiwa (WHO, 2020). Perawatan paliatif diberikan kepada semua pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi yang membatasi hidup dan mengancam jiwa, yang dilakukan oleh tim interdisiplin, dimana penyakit pasien tidak dapat lagi merespon terhadap pengobatan atau pasien yang mendapatkan intervensi dalam memperpanjang masa hidup (Yodang, 2018). Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan gejala penyakit yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seperti fisik, sosial, psikologis dan spiritual mulai dari tahap diagnosis, penyakit yang semakin parah hingga periode berduka setelah kematian (WHO, 2020).

Perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi suatu masalah terkait dengan penyakit kronis, melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan melalui deteksi dini, pemeriksaan penunjang yang tepat, terapi rasa sakit/manajemen nyeri dan masalah lainnya seperti masalah fisik, psikososial dan spiritual (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Perawatan paliatif diperlukan karena semakin banyak pasien yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan baik pada orang dewasa maupun anak-anak, seperti kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, parkinson, gagal jantung, penyakit genetik dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan perawatan paliatif, di samping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative (Yodang, 2018)

Tujuan Intruksional dan Capaian Pembelajaran:

Mahasiswa dapat:

1. Memahami konsep perawatan paliatif
2. Mengetahui prinsip-prinsip pelayanan paliatif
3. Mengetahui tujuan perawatan paliatif
4. Memahami peran perawat dalam perawatan paliatif
5. Mengetahui etika dalam pelayanan paliatif

Capaian Pembelajaran:

1. Mampu menjelaskan konsep perawatan paliatif
2. Mampu menjelaskan prinsip-prinsip dalam memberikan pelayanan paliatif.
3. Mampu menjelaskan tujuan perawatan paliatif
4. Mampu menjelaskan peran perawatan paliatif
5. Mampu menjelaskan etika dalam pelayanan paliatif.

Uraian Materi

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menghadapi suatu penyakit yang serius dan mengancam jiwa ([WHO, 2020](#)). Perawatan paliatif diberikan kepada semua pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi yang membatasi hidup dan mengancam jiwa, yang dilakukan oleh tim interdisiplin, dimana penyakit pasien tidak dapat lagi merespon terhadap pengobatan atau pasien yang mendapatkan intervensi dalam memperpanjang masa hidup (Yodang, 2018). Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan gejala penyakit yang dapat mempengaruhi berbagai aspek kehidupan seperti fisik, sosial, psikologis dan spiritual mulai dari tahap diagnosis, penyakit yang semakin parah hingga periode berduka setelah kematian ([WHO, 2020](#)).

Perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi suatu masalah terkait dengan penyakit kronis, melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan melalui deteksi dini, pemeriksaan penunjang yang tepat, terapi rasa sakit/manajemen nyeri dan masalah lainnya seperti masalah fisik, psikososial dan spiritual (Kementerian Kesehatan RI, 2017). Perawatan paliatif diperlukan karena semakin banyak pasien yang menderita penyakit yang tidak dapat disembuhkan baik pada orang dewasa maupun anak-anak, seperti kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, parkinson, gagal jantung, penyakit genetik dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan perawatan paliatif, di samping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitative (Yodang, 2018).

A. Konsep Perawatan Paliatif

Perawatan Paliatif merupakan perawatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengurangi gejala.

Konsep dasar perawatan paliatif (Kemenkes RI, 2017) sebagai berikut:

1. Mengurangi rasa nyeri dan gejala fisik lainnya.
2. Memiliki sikap menghargai kehidupan dan menganggap bahwa kematian sebagai proses normal.
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian.
4. Menggabungkan aspek fisik, sosial, psikologis, dan aspek spiritual.
5. Berikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin.
6. Pemberian dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita.

7. Melakukan pendekatan tim dalam mengatasi kebutuhan pasien dan kebutuhan keluarganya.
8. Menghindari tindakan yang sia-sia.
9. Bersifat individual tergantung kebutuhan pasien.

B. Prinsip-Prinsip Pelayanan Paliatif

Pelayanan perawatan paliatif dilakukan dari mulai awal perjalanan penyakit, harapannya dapat memperpanjang hidup dengan kualitas hidup yang meningkat. Perawatan dimulai ketika penyakit didiagnosis dan berlanjut sampai pasien menerima perawatan yang diarahkan sesuai kebutuhannya.

Prinsip-prinsip perawatan paliatif adalah menghargai setiap kehidupan, menganggap kematian sebagai proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, serta mengintergrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual dalam perawatan pasien dan keluarga, menghindari tindakan medis yang sia-sia, memberikan dukungan yang diperlukan agar pasien tetap aktif sesuai dengan kondisinya sampai akhir hayat, serta memberikan dukungan kepada keluarga dalam masa duka cita.

Tenaga kesehatan yang berorientasi pada perawatan paliatif harus memiliki sikap peduli terhadap pasien (empati), menganggap pasien sebagai seorang individu yang unik, serta harus mempertimbangkan faktor lain seperti etnis, ras, agama, dan faktor budaya lain yang bisa mempengaruhi penderitaan pasien. Persetujuan dari pasien dan atau keluarganya adalah mutlak diperlukan sebelum perawatan dimulai. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan /rawat rumah. Pasien dapat memilih tempat dilakukannya perawatan. Misalnya apabila seorang pasien dalam kondisi terminal menginginkan untuk diberikan perawatan di rumah, maka perawatan paliatif ini dapat dilakukan melalui perawatan rumah (*home care*).

Prinsip perawatan paliatif lainnya adalah memiliki perilaku kepedulian, karena dalam pelayanan paliatif kepedulian merupakan salah satu kunci utama sebagai bentuk perhatian kepada pasien. Perhatian tersebut tidak hanya dalam segi medis saja namun seluruh aspek yang menimbulkan masalah atau keluhan.

Hal yang paling penting dalam perawatan paliatif adalah ditekankan pada prinsip komunikasi yang baik antara pasien dan keluarga, sehingga

pasien dan perawat bersifat terbuka ketika berkomunikasi, terkait dengan informasi tentang penyakit yang diderita pasien. Selain dari komunikasi dan perilaku caring, proses dalam perawatan juga penting untuk perawatan paliatif, karena penyebab munculnya keluhan tambahan terkadang disebabkan oleh tindakan yang bersifat aktif atau mengabaikan proses perawatan dengan tidak memperhatikan dan mengobservasi pasien dengan baik (Yodang, 2018). Salah satu penyebab kesulitan dalam berkomunikasi adalah kurangnya rasa percaya dari perawat untuk memulai pembicaraan atau memberitahu kepada pasien mengenai berita buruk seperti rencana perawatan akhir hayat, prognosis penyakit, pilihan untuk *Do Not Resuscitate* (DNR) saat pasien mengalami henti jantung, dan pembicaraan tentang kematian.

Menurut WHO (2019), dalam memberikan perawatan paliatif penting memperhatikan tentang:

1. Perawatan paliatif merupakan pengobatan aktif secara keseluruhan mulai dari tubuh/fisik, pikiran dan jiwa anak, serta mencakup dukungan kepada keluarga.
2. Perawatan mulai dilakukan saat penyakit pertama didiagnosa dan berlanjut.
3. Penyedia dalam layanan kesehatan harus mengevaluasi dan mengurangi tekanan secara fisik, psikologis, dan sosial.
4. Perawatan paliatif yang efektif memerlukan pendekatan atau multidisiplin luas yang mencakup keluarga dan memanfaatkan sumber daya masyarakat yang tersedia.
5. Perawatan disediakan di fasilitas perawatan tersier, di pusat kesehatan masyarakat dan bahkan di rumah anak-anak.

Perawatan paliatif diberikan pada tiga tingkatan berbeda.

1. *Palliative care approach*, perawatan ini dapat dikerjakan oleh tenaga kesehatan yang telah mengikuti pelatihan palliative secara khusus sehingga terampil.
2. *General palliative care*, dilakukan oleh tenaga kesehatan profesional di layanan primer yang memiliki pengetahuan dasar tentang perawatan palliative.
3. *Specialist palliative care*, parawatan ini dilakukan oleh tim multidisiplin untuk pasien dengan masalah kompleks.

Badan kesehatan dunia atau WHO menjelaskan bahwa setiap negara wajib mengintegrasikan layanan paliatif dan memastikan aksessibilitas secara adil di semua fasilitas kesehatan,

C. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan utama perawatan paliatif adalah bukan untuk menyembuhkan penyakit, tetapi lebih pada peningkatan kualitas hidup serta yang ditangani pada perawatan paliatif tidak hanya pasien, melainkan juga keluarganya.

Para ahli menyebutkan bahwa perawatan paliatif bertujuan untuk (Mitrea, Ancuta, Malloy, & Mosoiu, 2019):

1. Memberikan bantuan untuk mengurangi rasa sakit dan penderitaan lainnya karena gejala yang disebabkan oleh penyakit mendekati kematian seseorang
2. Menegaskan tentang proses kehidupan dan menganggap kematian sebagai hal yang normal
3. Tidak ada maksud untuk mempercepat atau menunda kematian
4. Mengintegrasikan pelayanan psikologis dan spiritual ke dalam aspek pelayanan pasien
5. Memfasilitasi sistem pendukung yang membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai meninggal dunia
6. Memfasilitasi sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi kerugian akibat penyakit pasien
7. Menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk kehilangan dan konseling, menjaga kehidupan pasien dan keluarga senormal mungkin dan membantu keluarga untuk mendapatkan dukungan yang dibutuhkan.
8. Meningkatkan kualitas hidup dan hal-hal positif yang mempengaruhi perjalanan penyakit
9. Ini dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, bersama dengan terapi lain yang bertujuan memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau terapi radiasi. Penting untuk lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis yang menyusahkan.

D. Manifestasi Klinis

Menurut (Wolfe et al., 2018) tanda dan gejala pada paliatif yaitu :

1. *Fatigue*

Merupakan kelelahan yang terjadi pada pasien baik dari segi fisik, emosional, dan kognitif yang berasal dari pengobatan kanker yang mengganggu aktivitas pasien. *Fatigue* dapat terjadi akibat dari kanker, proses pengobatan, serta dari psikologis (Wolfe et al., 2018). Menurut (Cherny et al., 2015) *fatigue* dapat disebabkan karena mudah lelah karena kurangnya tenaga dalam menjaga performa tubuh, kelemahan umum yang didefinisikan sebagai sensasi antisipatif dari kesulitan dalam memulai aktivitas tertentu, serta kelemahan mental akibat adanya gangguan konsentrasi mental, kehilangan memori, dan labilitas emosional.

2. Dyspnea

Merupakan sensasi sesak nafas atau kesulitan bernafas yang dirasakan secara subjektif yang terdiri dari sensasi secara kualitatif berbeda dan bervariasi intensitasnya (Wolfe et al., 2018).

3. Batuk.

Merupakan reflek sebagai bentuk perlindungan yang dapat membantu membersihkan jalan nafas melalui ekspirasi yang kuat (Huether & McCance, 2019).

4. Gangguan Menelan

Merupakan terjadinya fungsi menelan secara abnormal yang diakibatkan dari deficit struktur atau fungsi oral, faring, atau esofagus (PPNI, 2017).

5. Efusi Pleura dan Perikardial

Efusi pleura merupakan adanya cairan yang terdapat pada rongga pleura. Dan efusi pericardial merupakan adanya cairan yang terdapat pada perikardium atau selaput yang melapisi jantung (Huether & McCance, 2019).

6. Mual dan Muntah

Merupakan perasaan yang tidak nyaman yang terjadi pada bagian belakang tenggorokan atau lambung sehingga dapat mengakibatkan muntah (PPNI, 2017).

7. Ketidakseimbangan Elektrolit

Merupakan terjadinya perubahan pada kadar serum elektrolit (PPNI, 2017).

8. Konstipasi

Merupakan terjadinya kesulitan atau penurunan frekuensi saat buang air besar (Huether & McCance, 2019).

9. Gangguan Psikis

Gangguan psikis yang dapat terjadi yaitu ansietas, depresi, resiko bunuh diri, delirium, dan kehilangan kering. Menurut (Doloksaribu & Manurung, 2015) stressor anak dan keluarga dengan penyakit kronis dapat berasal dari depresi, bunuh diri, gangguan tidur, kecemasan, gangguan mood, dukungan sistem dalam keluarga, lingkungan, sosial, ekonomi, serta akses menuju ke perawatan kesehatan.

10. Anorexia dan Cachexia

Merupakan berkurangnya keinginan untuk makan meskipun terdapat dorongan rasa lapar secara fisiologis (Huether & McCance, 2019). Nutrisi pada anak sangat penting agar anak dapat tumbuh dan berkembang dan dapat meningkatkan sistem imun serta sel – sel tubuh yang rusak dapat diperbaiki.

11. Nyeri

Nyeri merupakan perasaan tidak nyaman yang dirasakan oleh pasien dan memiliki tingkatan yang subjektif (Setyaningsih & Astuti, 2022). Nyeri merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga, 95% nyeri pada pasien paliatif dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial dan spiritual (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017).

Menurut Taylor, et al (2020), nyeri dapat digolongkan menjadi 2 jenis yaitu:

1. Nyeri akut

Menurut SDKI nyeri akut merupakan pengalaman sensorik atau emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan aktual atau fungsional, yang dimulai dengan secara tiba-tiba atau lambat dan bersifat ringan hingga berat yang berlangsung kurang 3 bulan (PPNI, 2017).

2. Nyeri kronik

Merupakan nyeri yang berlangsung dalam waktu lebih dari 12 minggu (Wolfe et al., 2018).

Berbagai cara dipakai untuk mengukur derajat nyeri, cara yang sederhana dengan menentukan derajat nyeri secara kualitatif (Mangku & Senapathi, 2018), sebagai berikut:

- a. Nyeri ringan merupakan nyeri hilang timbul, terutama saat beraktivitas sehari-hari dan hilang pada waktu tidur.
- b. Nyeri sedang adalah nyeri yang terjadi terus menerus, membuat aktivitas terganggu, dan baru hilang apabila penderita tidur.

- c. Nyeri berat merupakan nyeri yang berlangsung terus menerus sepanjang hari, sehingga penderita tidak dapat tidur atau sering terbangun akibat gangguan nyeri pada saat tidur.

E. Peran Perawat Paliatif

Menurut (Sudarsa, 2020), dalam melakukan perawatan paliatif diperlukan cara dalam melakukan pendekatan dengan tim karena tak satupun klinisi memiliki keahlian dalam ranah ini. Untuk itu, diperlukan kolaborasi antar petugas pelayanan kesehatan dalam menjamin kesehatan pasien. Maka, kemampuan yang diperlukan dalam melakukan perawatan paliatif, yaitu:

1. Berkomunikasi.
2. Mengambil keputusan yang cepat dan tepat.
3. Mampu menangani komplikasi dari akibat pengobatan dan penyakitnya.
4. Mengontrol gejala.
5. Memberikan perawatan psikososial kepada pasien dan keluarganya.
6. Memberikan perawatan pada pasien yang sekarat (*dying person*).

Perawat merupakan salah satu anggota tim yang mempunyai peran penting (Annisa, et al., 2022). Perawat sering kali bertindak sebagai mitra antara berbagai profesi, pasien, dan keluarga, serta menghabiskan lebih banyak waktu dengan pasien di akhir hidupnya. Perawat juga merupakan kelompok profesional perawatan kesehatan terbesar yang terlibat dalam memberikan perawatan paliatif disebagian besar negara maju. Keperawatan adalah penyedia utama perawatan paliatif dan *hospice*, serta memberikan pengalaman akhir hidup yang di tandai dengan martabat dan kasih sayang (Pereira, et al. 2021).

Salah satu aspek penting dari perawatan paliatif adalah cinta, perhatian, ketulusan, dan rasa syukur (Annisa, et al., 2022).

1. Aspek Fisik

Aspek fisik didefinisikan sebagai manifestasi fisik yang terjadi pada pasien akibat penyakit yang dideritanya atau penyakit komorbid lainnya yang terjadi bersamaan dengan penyakit primer

2. Aspek Psikologis

Masalah psikologis yang paling umum dialami oleh pasien paliatif adalah kecemasan. Hal yang menyebabkan kecemasan adalah diagnosis penyakit

yang membuat pasien takut sehingga menimbulkan kecemasan bagi pasien dan keluarga.

3. Aspek Sosial

Masalah pada aspek sosial dapat terjadi karena kondisi abnormal hubungan sosial pasien dengan orang-orang di sekitar pasien, baik keluarga maupun rekan kerja, dimana seorang individu menurun bahkan sama sekali tidak dapat berinteraksi dengan orang lain di sekitarnya, pasien mungkin merasa ditolak, tidak diterima, kesepian, dan tidak mampu membina hubungan yang bermakna dan tidak mampu membina hubungan yang bermakna dengan orang lain.

4. Aspek Spiritual

Salah satu masalah yang sering muncul pada pasien paliatif adalah tekanan spiritual. Tekanan spiritual dapat terjadi karena diagnosis penyakit kronis, nyeri, gejala fisik, isolasi dalam menjalani pengobatan dan ketidakmampuan pasien untuk melakukan ritual keagamaan yang biasanya dapat dilakukan secara mandiri. Definisi lain mengatakan bahwa tekanan spiritual adalah gangguan dalam prinsip-prinsip kehidupan yang meliputi seluruh hidup seseorang dan terintegrasi secara biologis dan psikososial. Anak dengan paliatif menimbulkan kejadian stres pada anak serta keluarga. Dukungan spiritual dari orang tua, keluarga dekat, teman dekat, serta pemuka agama dapat membantu pasien dalam menghadapi kehidupan akhirnya yang bermartabat.

Untuk memenuhi kebutuhan spiritual tersebut, terdapat 4 (empat) karakteristik spiritual, yaitu: hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam, hubungan dengan sesama dan hubungan dengan Tuhan (Suprapto, 2022).

F. Etika dalam Perawatan Paliatif

Perawat dituntut untuk memberikan pelayanan dengan baik sesuai dengan prinsip etik keperawatan seperti autonomy (kebebasan), non-maleficence (Tidak Merugikan), beneficence (Berbuat Baik), veracity (Kejujuran), justice (Keadilan), fidelity (Kesetiaan), confidentiality (Kerahasiaan) dan accountability (Bertanggung jawab).

a. Menghargai *autonomy* (kebebasan)

Pastikan bahwa pasien tidak dalam tekanan seseorang untuk memilih salah satu opsi yang diberikan, menghargai otonomi pasien sebagai hak individunya untuk menetapkan apa yang menjadi keinginannya.

b. *Beneficience* (Berbuat Baik), dan non-maleficence

Beneficience sebagai tindakan yang dilakukan oleh seseorang untuk memberikan asas manfaat kepada orang lain. Non-maleficence sebagai suatu tindakan yang dilakukan tanpa menyebabkan kerugian kepada orang lain. Pentingnya menentukan, apakah suatu tindakan yang dilakukan memberikan dampak baik atau merugikan tiap pasien.

c. *Justice* (keadilan)

Prinsip keadilan yaitu bagaimana berlaku adil pada tiap orang dalam komunitas sosial. Ketika pasien dalam kondisi menjelang kematian atau diakhir hayat, keluarga atau pendamping lebih memikirkan kematian itu sendiri atau saat ajal semakin mendekat. Sehingga pertimbangan memberhentikan intervensi yang dapat dikategorikan mahal dimana manfaatnya menjadi diragukan.

d. *Veracity* (kejujuran)

Veracity atau *kejujuran sebagai dasar* saat perawat menjawab sebuah pertanyaan pasien secara lengkap dan jelas dengan jalan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya sesuai yang mereka butuhkan sehingga mereka dapat memahami kondisi pasien sebenarnya tentang sakitnya, diagnosa, dan prognosis penyakitnya. Sebaiknya perawat dapat menggunakan bahasa sederhana yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarganya, serta perawat memastikan bahwa semua informasi yang disampaikan telah dimengerti dan dipahami oleh pasien dan keluarganya (Utami & Anggraeni, 2023).

e. *Fidelity* (Kesetiaan)

Fidelity merupakan suatu permintaan dari pasien disaat apa yang diinginkan tersebut tidak mampu untuk dilaksanakan karena tersebut bertentangan dengan keinginan keluarganya. Dilema etiknya dimana pihak keluarga merasa tidak tega terhadap apa yang dialami oleh pasien. Misal: Pasien perlu dipasang NGT agar nutrisinya terpenuhi, namun keluarga tidak tega ketika pasien merasa nyeri saat pemasangan alat. Tenaga kesehatan dapat memberikan informasi perawatan berlanjut kepada pasien dan keluarga secara berkesinambungan.

G. Latihan

1. Perawatan paliatif memiliki tujuan yaitu:
 - a. Mempercepat kematian
 - b. Membuat pasien menjadi tidak aktif
 - c. Membuat suasana dukacita pada keluarga pasien
 - d. Membuat suasana dukacita pada keluarga pasien
 - e. *Meningkatkan kualitas hidup dan kematian sebagai proses normal*
2. Memberikan support kepada pasien dan keluarga, menyediakan bantuan dari rasa sakit, merupakan bagian dari:
 - a. Pengertian perawatan paliatif
 - b. Tujuan perawatan paliatif
 - c. *Prinsip perawatan paliatif*
 - d. Sejarah perawatan paliatif
 - e. Konsep perawatan paliatif
3. Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, sehingga menimbulkan kecemasan. Untuk itu peran perawat adalah:
 - a. Aspek Fisik
 - b. *Aspek Psikologi*
 - c. Aspek Spiritual
 - d. Aspek Sosial
 - e. Aspek Ekonomi
4. Pasien dengan perawatan paliatif perlu mendapatkan dukungan di dalam keluarga, karena mempunyai dampak yang timbul dari penyakitnya:
 - a. Gangguan system imun
 - b. Gangguan psikolog
 - c. Gangguan persyarafan
 - d. Merasa Kehilangan
 - e. *Gangguan emosional*
5. Pasien paliatif penting untuk diberikan motivasi untuk mengingatkan, bagaimana agama mengajarkan tentang hidup dan mati. Karena agama merupakan:
 - a. Kepercayaan beragama
 - b. Dasar perawatan paliatif
 - c. Pedoman dalam perawatan

- d. Penenang hati
 - e. *Spiritual*
6. Keluarga pasien menolak saat pasien yang dirawat akan dilakukan pemasangan ventilasi mekanik. Sesuai dengan agama yang dianut keluarga yakin bahwa pasien akan meninggal hari itu dengan damai tanpa dilakukan tindakan apapun. Dilema etik apakah yang terjadi pada kasus tersebut?
- a. *Justice*
 - b. *Fidelity*
 - c. *Veracity*
 - d. *Autonomy*
 - e. *Beneficence*

H. Rangkuman

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dalam menghadapi suatu penyakit yang serius dan mengancam jiwa.

Perawatan paliatif memiliki prinsip untuk menghargai setiap kehidupan, menganggap kematian sebagai proses yang normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan.

I. Glosarium

Daftar Pustaka

- Allen, M. (2017). The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods. *The SAGE Encyclopedia of Communication Research Methods*, 863–864. <https://doi.org/10.4135/9781483381411>
- Annisa, A., Hafifah, I., & Nasution, T. H. (2022). Gambaran Pengetahuan Perawatan Paliatif Pada Perawat Icu Di Rsud Ulin Banjarmasin. *Coping: Community of Publishing in Nursing*, 10(4), 385. <https://doi.org/10.24843/coping.2022.v10.i04.p06>.
- Doloksaribu, T. M., & Manurung, R. D. (2015). Faktor-Faktor Dominan Yang Mempengaruhi Kepatuhan Orangtua Yang Mempunyai Anak Dengan Leukemia Dalam Menjalani Terapi Kemoterapi Di Rb4 Rsup H.A. Malik Medan Tahun 2014. *Jurnal Ilmiah PANNMED*, 9(1), 4.
- Huether, S., & McCance, K. (2019). *Buku Ajar Patofisiologi Edisi Keenam Volume Perspektif Keperawatan Paliatif* 165

- 1 (D. Soeatmadji, R. Ratnawati, & H. Sujuti (eds.); 6th editio). Elsevier.
<http://114.7.97.203:8123/inlislite3/opac/detail-opac?id=13557>
- Kemenkes RI. (2017). Pedoman Nasional Pelayanan Paliatif Kanker.
- Kemenkes RI. (2023). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif*. 24.
- Mangku, G., & Senapathi, T. G. A. (2018). Buku Ajar Ilmu Anestesia dan Reanimasi (I. M. Wiryana, I. B. G. Sujana, K. Sunardja, & I. G. Budiarta (Eds.)). Indeks
- Mitrean, N., Ancuta, C., Malloy, P., & Mosoiu, D. (2019). Developing, Promoting, and Sustaining Palliative Care Across Central Eastern Europe: Educating Nurses to Be Leaders Is a Critical First Step. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(6).
https://journals.lww.com/jhpn/Fulltext/2019/12000/Developing,_Promoting,_and_Sustaining_Palliative.9.aspx
- Moresco, B., & Moore, D. (2022). Pediatric Palliative Care. In *Routledge*.
<https://doi.org/10.1080/21548331.2021.1964867>
- Pereira, S. M., et al. (2021). Nursing Education on Palliative Care Across Europe: Results and Recommendations from the EAPC Taskforce on Preparation for Practice in Palliative Care
- Permata, T. B. M., Octavianus, S., Khumaesa, N. E., Maharani, P., Rahmartani, L. T., Nicholas, Giselvania, A., & Panigoro, So. S. (2019). Pedoman Strategi dan Langkah Aksi: Pengembangan Perawatan Paliatif. Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN).
- PPNI. (2017). *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia : Definisi dan Indikator Diagnostik* (Edisi 1 Ce). Dewan Pengurus Pusat Persatuan Perawat Nasional Indonesia.
- Riset Kesehatan Dasar Republik Indonesia. (2018). Hasil utama Riskesdas 2018. Diakses dari
http://www.depkes.go.id/resources/download/infoterkini/materi_rakorop_2018/Hasil%20Riskesdas%202018.
- Setyaningsih, R., & Astuti, R. K. (2022). STUDI DESKRIPTIF TINGKAT PENGETAHUAN IBU TENTANG PENANGANAN NYERI. *Intan Husada : Jurnal Ilmiah Keperawatan*, 10(2), 75–82. <https://doi.org/10.52236/ih.v10i2.242>
- Sudarsa, I. W. (2020). Komprehensif Perawatan Paliatif. Surabaya: Airlangga University. file:///D:/JURNAL/BUKU/Buku Perawatan komprehensif paliatif.pdf
- Suprapto. (2022). Bahan Ajar Keperawatan Paliative. In Keperawatan Paliative.
- Taylor, J., Booth, A., Beresford, B., Phillips, B., Wright, K., & Fraser, L. (2020).

- Specialist paediatric palliative care for children and young people with cancer: A mixed-methods systematic review. *Palliative Medicine*, 34(6), 731–775. <https://doi.org/10.1177/0269216320908490>
- Utami, T. A., & Anggraeni, L. D. (2023). Korelasi Penghasilan Orang Tua terhadap Kualitas Hidup Anak yang Mengalami Talasemia Mayor. *Faletehan Health Journal*, 10(02), 148-158.
- WHPCA. (2020). Global Atlas Of Palliative Care 2nd Edition. London UK: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance.
- WHO. (2019). Gender Equity in the Health Workforce: Analysis Of 104 Countries. Switzerland: World Health Organization.
- Wolfe, J., Jones, B. L., Kreicbergs, U., & Jankovic, M. (2018). Palliative care in pediatric oncology. In G. H. Reaman & F. O. Smith (Eds.), *Springer International Publishing*. Springer International Publishing. <https://doi.org/10.1007/s00761-021-00940-9>
- World Health Organization. (2019). *WHO Definition of Palliative Care*. Diakses 09 Januari2019 pukul 02.00 WIB, <https://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>.
- World Health Organization (2020) Palliative care <https://www.who.int/health-topics/palliative-care>
- Yodang. (2018). Buku ajar keperawatan paliatif berdasarkan kurikulum AIPNI 2015. Jakarta: CV Trans Info Media.

BAB 10

ASPEK SPIRITAL

Pendahuluan

Definisi Keperawatan Paliatif: Keperawatan paliatif adalah pendekatan perawatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa. Fokus utama adalah mengatasi gejala fisik, emosional, sosial, dan spiritual.

Pentingnya Aspek Spiritual: Aspek spiritual menjadi komponen integral dalam perawatan paliatif karena dapat memengaruhi cara pasien dan keluarga menghadapi penyakit, meningkatkan ketenangan batin, dan membantu dalam proses berduka.

A. Pengertian Keperawatan Paliatif

Keperawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius dengan pendekatan yang holistik, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual.

B. Definisi Spiritual

Spiritualitas mencakup pencarian makna, tujuan, dan hubungan seseorang dengan diri sendiri, orang lain, dan sesuatu yang lebih besar dari diri mereka (bisa berupa agama, alam, atau konsep spiritual lainnya).

C. Pentingnya Aspek Spiritual dalam Keperawatan Paliatif

- **Mendukung Kesejahteraan Emosional:** Kebutuhan spiritual sering kali berhubungan dengan emosi, seperti rasa takut, kesedihan, dan kehilangan. Memahami kebutuhan ini dapat mengurangi kecemasan dan depresi.
- **Memberikan Makna dan Tujuan:** Spiritualitas dapat membantu pasien menemukan makna dalam pengalaman mereka, bahkan dalam menghadapi kematian.
- **Menghubungkan dengan Keluarga dan Komunitas:** Aspek spiritual dapat memperkuat ikatan antara pasien, keluarga, dan komunitas, memberikan dukungan sosial yang penting.

D. Menilai Kebutuhan Spiritual Pasien

- **Wawancara Terbuka:** Tanyakan kepada pasien tentang keyakinan, nilai-nilai, dan harapan mereka.
- **Mengamati Tanda-Tanda Spiritual:** Perhatikan perilaku pasien, seperti meditasi, berdoa, atau mencari dukungan dari pemuka agama.
- **Keterlibatan Keluarga:** Libatkan keluarga dalam diskusi tentang aspek spiritual, karena mereka juga dapat merasakan dampak dari proses ini.

E. Intervensi Keperawatan untuk Mendukung Aspek Spiritual

- **Mendengarkan secara Empatik:** Sediakan waktu untuk mendengarkan cerita dan kekhawatiran pasien tanpa menghakimi.
- **Menyediakan Ruang untuk Refleksi:** Ciptakan lingkungan yang tenang dan mendukung bagi pasien untuk merenung atau berdoa.
- **Menghubungkan dengan Sumber Spiritual:** Jika perlu, bantu pasien terhubung dengan pemuka agama atau konselor spiritual.
- **Mendorong Praktik Spiritual:** Dorong pasien untuk melakukan praktik spiritual yang sesuai dengan keyakinan mereka, seperti membaca kitab suci, berdoa, atau meditasi.

F. Menghadapi Kematian dan Kehilangan

- **Diskusi tentang Kematian:** Bantu pasien berbicara tentang ketakutan dan harapan mereka terkait kematian.
- **Dukungan Keluarga:** Berikan dukungan kepada keluarga dalam menghadapi kehilangan dan proses berduka.

G. Pentingnya Pelatihan Keperawatan

Perawat perlu mendapatkan pelatihan dalam aspek spiritual untuk:

- Meningkatkan keterampilan komunikasi.
- Mengembangkan empati dan kepekaan terhadap kebutuhan spiritual pasien.
- Menyediakan perawatan yang lebih holistik dan komprehensif.

H. Konsep Spiritual dalam Keperawatan Paliatif

- **Pengertian Spiritual:** Spiritualitas sering kali didefinisikan sebagai pencarian makna dan tujuan dalam hidup, yang dapat melibatkan keyakinan agama atau pandangan hidup yang lebih luas.

- **Hubungan antara Kesehatan dan Spiritual:** Penelitian menunjukkan bahwa aspek spiritual dapat berkontribusi pada kesehatan mental, kepuasan hidup, dan bahkan pemulihan fisik.

I. Dimensi Spiritual

- **Makna dan Tujuan Hidup:** Membantu pasien menemukan kembali makna dalam hidup meskipun dalam keadaan sakit.
- **Hubungan dengan Diri Sendiri:** Memfasilitasi penerimaan diri dan perasaan damai.
- **Hubungan dengan Orang Lain:** Membangun koneksi yang lebih dalam dengan keluarga, teman, dan komunitas.
- **Hubungan dengan yang Transenden:** Memperkuat iman atau keyakinan terhadap sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri.

J. Pendekatan dalam Mengatasi Aspek Spiritual

1. Asesmen Spiritual:

- Menggunakan alat asesmen spiritual untuk mengidentifikasi kebutuhan spiritual pasien.
- Pertanyaan terbuka yang menggali pandangan pasien tentang kehidupan, kematian, dan makna.

2. Pendekatan Komunikasi:

- Mendengarkan dengan empati dan perhatian penuh.
- Menghormati pandangan dan kepercayaan pasien tanpa menghakimi.

3. Dukungan Emosional:

- Memberikan ruang bagi pasien untuk mengekspresikan perasaan dan kekhawatiran mereka.
- Mendorong keluarga untuk terlibat dalam dukungan spiritual.

4. Keterlibatan Tenaga Profesional Lain:

- Menggandeng konselor spiritual atau pemuka agama sesuai dengan kepercayaan pasien.
- Melibatkan ahli terapi yang memiliki pemahaman tentang spiritualitas.

K. Praktik dalam Keperawatan Paliatif

1. Kegiatan Spiritual:

- Mendorong pasien untuk terlibat dalam praktik keagamaan atau ritual yang memberi ketenangan.
- Memfasilitasi meditasi, yoga, atau praktik mindfulness yang dapat membantu pasien meredakan stres.

2. Lingkungan yang Mendukung:

- Menciptakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk refleksi spiritual.
- Menyediakan akses ke bahan bacaan spiritual atau musik yang menenangkan.

3. Studi Kasus

- Contoh kasus pasien dengan kanker terminal yang mengalami kecemasan mendalam. Bagaimana perawat mengidentifikasi kebutuhan spiritualnya, memberikan dukungan, dan melibatkan keluarga dalam proses perawatan.

4. Kesimpulan

- Aspek spiritual merupakan bagian tak terpisahkan dari keperawatan paliatif yang mempengaruhi keseluruhan pengalaman pasien. Perawat perlu mengembangkan keterampilan untuk mengidentifikasi dan memenuhi kebutuhan spiritual pasien demi meningkatkan kualitas hidup mereka.

L. Asuhan Keperawatan Paliatif: Masalah Spiritual

1. Pengkajian

a. Identifikasi Masalah

- Pasien mengungkapkan rasa kehilangan makna hidup.
- Mengalami kesedihan mendalam terkait diagnosis penyakit.
- Menunjukkan kecemasan tentang kematian dan apa yang terjadi setelahnya.

b. Riwayat Spiritual

- Keyakinan agama dan praktik spiritual yang dipegang pasien.
- Dukungan spiritual yang telah diterima (dari keluarga, tokoh agama, dll.).
- Pengalaman hidup yang memengaruhi pandangan spiritual pasien.

c. Observasi

- Perubahan emosi, seperti kecemasan atau ketidakberdayaan.

- Respons pasien terhadap pertanyaan tentang keyakinan dan harapan.

2. Diagnosis Keperawatan

- a. Ketidaknyamanan spiritual berhubungan dengan diagnosis penyakit terminal dan ketidakpastian tentang kematian.

M. Perencanaan

1. Tujuan

- a. Pasien dapat mengungkapkan perasaan dan kekhawatiran spiritualnya.
- b. Pasien merasa didukung dan memiliki makna dalam hidupnya meskipun menghadapi akhir hayat.
- c. Meningkatnya pemahaman pasien tentang keyakinan dan nilai-nilai spiritualnya.

2. Intervensi

- a. Ajak pasien untuk berbicara tentang perasaan dan keyakinan spiritualnya secara terbuka.
- b. Fasilitasi pertemuan dengan pemuka agama atau konselor spiritual sesuai keinginan pasien.
- c. Bantu pasien melakukan praktik spiritual yang diinginkan, seperti doa, meditasi, atau ritual tertentu.
- d. Sediakan lingkungan yang tenang dan nyaman untuk refleksi spiritual.

N. Implementasi

1. Pelaksanaan Intervensi

- Sediakan waktu untuk mendengarkan pasien tanpa interupsi.
- Koordinasi dengan tim medis dan spiritual untuk memberikan dukungan holistik.
- Monitor respons pasien terhadap intervensi yang dilakukan.

O. Evaluasi

- Tanyakan kepada pasien bagaimana perasaan mereka setelah intervensi dilakukan.
- Amati perubahan dalam ekspresi emosi dan komunikasi spiritual pasien.
- Evaluasi apakah pasien merasa lebih damai dan menerima keadaan mereka.

P. Catatan Tambahan

- Selalu berkomunikasi dengan empati dan penghormatan terhadap keyakinan pasien.
- Libatkan keluarga dalam diskusi spiritual jika pasien mengizinkan, untuk memberikan dukungan tambahan.

Keperawatan paliatif adalah pendekatan holistik dalam perawatan pasien yang menghadapi penyakit terminal, dan mencakup dukungan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Dalam konteks spiritual, baik dalam perspektif Islam maupun agama lain, terdapat beberapa poin penting yang dapat dipertimbangkan:

Q. Perspektif Islam

- 1. Kepercayaan dan Ketentuan Ilahi:** Dalam Islam, keyakinan bahwa segala sesuatu adalah takdir Allah sangat mendalam. Ini memberikan penghiburan kepada pasien dan keluarga, mengingat bahwa setiap ujian adalah bagian dari rencana-Nya.
- 2. Dukungan Spiritual:** Kegiatan seperti dzikir, membaca Al-Qur'an, dan berdoa dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan terhubung dengan Allah. Perawat dapat mendorong praktik ini sebagai bagian dari perawatan spiritual.
- 3. Kehidupan setelah Kematian:** Keyakinan akan kehidupan setelah mati dapat memberi harapan dan mengurangi ketakutan. Ini juga dapat menjadi tema diskusi penting dalam mendukung pasien dan keluarga mereka.
- 4. Peran Keluarga:** Keluarga sangat penting dalam keperawatan paliatif Islam. Mereka dilibatkan dalam perawatan dan keputusan, dan mendukung pasien dalam menjalani proses akhir hidup.

R. Perspektif Agama Lain

- 1. Kristen:** Dalam banyak tradisi Kristen, ada penekanan pada kasih dan pengampunan. Perawat bisa membantu pasien menemukan kedamaian melalui doa dan penghiburan dari komunitas gereja.
- 2. Buddhisme:** Dalam Buddhisme, ajaran tentang impermanensi dan penerimaan kenyataan dapat membantu pasien menghadapi akhir hidup. Praktik meditasi dapat menjadi alat yang berguna untuk mengurangi kecemasan.

-
-
- Hindu:** Konsep reinkarnasi dan karma dapat mempengaruhi cara pasien dan keluarga melihat kematian. Perawat dapat membantu dengan menyediakan dukungan yang sesuai dengan keyakinan ini.

S. Pendekatan Umum dalam Keperawatan Paliatif

- **Pendekatan Holistik:** Memahami bahwa masalah spiritual berinteraksi dengan aspek fisik dan emosional. Perawat perlu mendengarkan dan memahami kebutuhan spiritual pasien.
- **Komunikasi yang Empatik:** Membangun komunikasi yang terbuka dengan pasien dan keluarga untuk membahas kekhawatiran spiritual tanpa menghakimi.
- **Pelatihan dan Sumber Daya:** Memberikan pelatihan bagi perawat tentang kepekaan budaya dan spiritual agar dapat memberikan dukungan yang lebih baik.
- **Kolaborasi dengan Pemuka Agama:** Menggandeng pemuka agama untuk mendukung pasien sesuai dengan keyakinan mereka.

Dengan pendekatan ini, keperawatan paliatif dapat lebih efektif dalam memenuhi kebutuhan spiritual pasien dari berbagai latar belakang agama, membantu mereka menemukan kedamaian di saat-saat terakhir.

Dalam Al-Quran, ada beberapa ayat yang menyentuh tentang sakit dan upaya penyembuhan. Salah satunya adalah:

1. Surah Al-Baqarah (2:155-157):

Artinya: Kami pasti akan mengujimu dengan sedikit ketakutan dan kelaparan, kekurangan harta, jiwa, dan buah-buahan. Sampaikanlah (wahai Nabi Muhammad,) kabar gembira kepada orang-orang sabar, (156) (yaitu) orang-orang yang apabila ditimpa musibah, mereka mengucapkan: "Innā lillāhi wa innā ilaihi rāji'ūn" (sesungguhnya kami adalah milik Allah dan sesungguhnya hanya kepada-Nya kami akan kembali). (157) Mereka itulah yang memperoleh ampunan dan rahmat dari Tuhan mereka dan mereka itulah orang-orang yang mendapatkan petunjuk

2. Surah Ash-Shifa (Sura Al-Isra, 17:82):

Artinya: Dan Kami turunkan dari Al Quran suatu yang menjadi penawar dan rahmat bagi orang-orang yang beriman dan Al Quran itu tidaklah menambah kepada orang-orang yang zalim selain kerugian.

3. Surah Al-Anfal (8:24):

Artinya : Wahai orang-orang yang beriman Penuhilah seruan Allah dan Rasul, apabila dia menyerumu kepada sesuatu yang memberi kehidupan kepadamu, dan ketahuilah bahwa sesungguhnya Allah membatasi antara manusia dan hatinya dan sesungguhnya kepada-Nyalah kamu akan dikumpulkan.

Pandangan agama-agama tentang sakit dan upaya penyembuhan memiliki nuansa yang berbeda. Berikut ini adalah ringkasan pandangan Kristen, Hindu, dan Buddha:

1. Kristen

Dalam tradisi Kristen, sakit sering dianggap sebagai bagian dari kondisi manusia yang jatuh dalam dosa. Penyakit bisa dilihat sebagai kesempatan untuk menguji iman dan kesabaran. Pengobatan dapat dilakukan melalui:

- **Doa dan iman:** Doa dianggap sebagai sarana untuk meminta penyembuhan dari Tuhan.
- **Penggunaan obat dan medis:** Kristen umumnya mendukung penggunaan obat dan perawatan medis sebagai bentuk usaha menjaga kesehatan yang diberikan oleh Tuhan.
- **Pelayanan:** Umat Kristen diajarkan untuk saling membantu dan merawat orang yang sakit.

2. Hindu

Dalam agama Hindu, sakit bisa dipahami sebagai akibat karma dari tindakan di masa lalu. Penyakit dianggap sebagai bagian dari siklus kehidupan dan reinkarnasi. Upaya penyembuhan bisa meliputi:

- **Ayurveda:** Pengobatan tradisional yang menekankan keseimbangan antara tubuh, pikiran, dan jiwa.
- **Ritual dan doa:** Melibatkan penyembahan kepada dewa-dewi untuk memohon penyembuhan.
- **Meditasi dan yoga:** Dikenal dapat membantu penyembuhan fisik dan mental.

3. Buddha

Pandangan Buddha tentang sakit berfokus pada pemahaman penderitaan. Dalam ajaran Buddha, sakit dianggap sebagai bagian dari kehidupan dan sumber penderitaan (Dukkha). Upaya untuk menyembuhkan penyakit meliputi:

- **Meditasi dan mindfulness:** Membantu individu untuk menerima dan memahami sakit sebagai bagian dari eksistensi.
 - **Pengobatan tradisional:** Sering kali menggabungkan pendekatan fisik dan spiritual.
 - **Karma dan sebab akibat:** Memahami bahwa tindakan di masa lalu dapat mempengaruhi kesehatan saat ini.
- Setiap agama memberikan pendekatan yang unik dan bermanfaat bagi pengikutnya dalam menghadapi sakit, baik dari segi spiritual maupun praktis.
- Berikut adalah beberapa referensi yang dapat digunakan untuk daftar pustaka mengenai keperawatan paliatif dengan aspek spiritual:

T. Kesimpulan

Aspek spiritual dalam keperawatan paliatif sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan memahami dan mendukung kebutuhan spiritual, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih holistik dan membantu pasien serta keluarga dalam menghadapi tantangan yang sulit.

Referensi

- Brennan, M. (2017). *Spirituality in Palliative Care: A Clinical Perspective*. *Journal of Palliative Medicine*, 20(5), 553-554.
- Byock, I. (2012). *Dying Well: The Prospect for Growth at the End of Life*. New York: Avery.
- Chochinov, H. M. (2007). *Dignity Therapy: A Novel Psychotherapeutic Intervention for Patients Near the End of Life*. *Journal of Clinical Oncology*, 25(22), 4284-4290.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2010). *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford: Oxford University Press.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. (2010). *The Textbook of Palliative Nursing*.
- Kellehear, A. (2005). *Compassionate Cities: Public Health and End-of-Life Care*. New York: Routledge.
- McCormick, B. (2019). *The Role of Spirituality in Palliative Care: A Qualitative Study*. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(1), 21-28.

Sulmasy, D. P. (2002). *Spirituality, Religion, and the Patient's Experience of Illness*. *Journal of the American Medical Association*, 287(6), 758-761.

World Health Organization (WHO) - Palliative Care.

PROFIL PENULIS



Dr. Ns. Elysabeth Sinulingga, M.Kep., Sp.Kep.MB. lahir di Kabanjahe, 14 Maret 1973. Lulus Akademi Keperawatan DepKes RI Jakarta tahun 1994. Tahun 2003 menyelesaikan Sarjana & Ners Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan (FIK) Universitas Indonesia. Tahun 2013 menyelesaikan Master Keperawatan dan tahun 2014 menyelesaikan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah di FIK UI. Penulis mengikuti Pendidikan Doktoral Keperawatan FIK UI mulai tahun 2019 sampai 2022. Penulis berdomisili di Karawaci, Kabupaten Tangerang, Banten. Sejak tahun 1994 hingga tahun 1995 penulis adalah staf keperawatan di RS Ongko Mulyo Jakarta dan tahun 1995 sampai 2019 di Siloam Hospital Lippo Karawaci International sebagai perawat pelaksana, incharge dan berkarir sebagai pembimbing klinik dan terakhir asisten Manager Keperawatan Head Office Siloam Hospitals di Tangerang. Penulis juga dari tahun 2015 sampai 2022 adalah pengajar tidak tetap UPH dan pengajar Fulltime di FIK Universitas Pelita Harapan Tangerang sejak tahun 2022 sampai sekarang. Penulis membimbing mahasiswa profesi dengan mata kuliah Keperawatan Medikal Bedah, Keperawatana Gawat Darurat, dan Managemen Keperawatan untuk program Ners di FIK Universitas Pelita Harapan. Penulis mengikuti Tenaga Pelatih Program Kesehatan (TPPK), Pekerti, Pelatihan Edukator Diabetes dan Pelatihan Perawatan Luka Dasar dan juga sebagai narasumber Preceptor di Rumah Sakit dan Pendidikan Perawat. Penulis juga ikut sebagai anggota Pengurus Pusat Himpunan Perawat Medikal Bedah Indonesia (HIPMEBI) Periode 2022-2027 dan sebagai anggota pengurus InWocna Wilayah Banten Periode 2019-2024, serta anggota pengurus PPNI Wilayah Kabupaten Tangerang 2023-2028. Email: elysabeth.sinulingga2021@gmail.com

PROFIL PENULIS



Ns. Hesti Prawita Widiastuti, SST., M. Kes. Lahir di Samarinda, sejak SD sampai dengan diploma, penulis menyelesaikan pendidikan di kota Samarinda. Pada tahun 2006, menyelesaikan pendidikan Diploma III di Poltekkes Samarinda dan pada tahun 2007 melanjutkan studi Diploma IV di Poltekkes Samarinda. Pada tahun 2012, penulis melanjutkan pendidikan program Magister Sains Terapan Kesehatan di Universitas Diponegoro.

Pengalaman mengajar penulis mulai terasah sejak lulus dari pendidikan Diploma IV, dimana sejak awal Januari 2008 hingga Februari 2012 menjadi asisten praktikum di laboratorium dan sebagai pembimbing klinik di lahan praktik baik rumah sakit maupun puskesmas pada Poltekkes Kemenkes Kaltim. Penulis mengampu mata ajar Keperawatan Paliatif sejak tahun 2014 hingga saat ini.

Saat ini penulis menjadi dosen tetap di Jurusan Keperawatan Poltekkes Kemenkes Kaltim. Penulis juga aktif di organisasi profesi sebagai pengurus DPW PPNI Provinsi Kaltim. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: hestiprawita.poltekkeskaltim@gmail.com



Dewi Nur Sukma Purqoti, S.Kep., Ners., M.Kep. Lahir di Dusun Pancordao, Desa Aik Darek Kecamatan Batukliang Kabupaten Lombok Tengah, Provinsi Nusa Tenggara Barat pada tanggal 30 Mei 1987, Lulus D3 Keperawatan pada tahun 2008 di AKPER Yarsi Mataram yang saat ini menjadi STIKES YARSI Mataram, sebelum melanjutkan studi profesi Ners dan lulus pada tahun 2013 di STIKES Yarsi mataram, ia pernah bekerja sebagai perawat pelaksana di Rumah Sakit Islam Siti Hajar Mataram dari tahun 2008-2010 dan pada tahun 2017 ia sukses menyelesaikan pendidikan strata dua (S2) keperawatan peminatan keperawatan medikal bedah di Universitas Muhamadiyah Jakarta dengan judul thesis pengaruh Konseling Spiritual Terhadap kemampuan adaptasi psikologis pasien stroke. Dari tahun 2018 ia focus meneliti tentang kasus-kasus paliatif. Dia juga aktif dalam organisasi Profesi Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) dan Himpunan Perawat Holistik Indonesia (HPHI) NTB. Selain itu ia pun aktif melaksanakan pengabdian kepada masyarakat sebagai bentuk tanggung jawabnya sebagai seorang dosen. Email Penulis: purqotidewi87@gmail.com

PROFIL PENULIS



Khairul Bahri, S.Kep., Ns., WOC(ET)N Lahir di Langsa, 01 Juli 1991. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang Diploma Keperawatan di STIKes Cut Nyak Dhien Langsa tahun 2009, S1 pada Program Studi Sarjana Keperawatan, Universitas 'Aisyiyah Bandung tahun 2021. Kemudian melanjutkan pendidikan Profesi Ners (Ns) pada Universitas Nasional dan lulus tahun pada tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2013 hingga sekarang di Yayasan Wocare Indonesia sebagai Praktisi Perawat Luka, Stoma dan Inkontinensia yang menangani pasien dengan kebutuhan Paliatif baik dengan Luka, Stoma dan Inkontinensia serta memberikan terapi komplementer di Fasyankes Wocare Indonesia Kota Bogor. Sejak 2019 telah menjadi Manajer Pelayanan di Fasyankes Wocare Indonesia. Saat ini penulis bekerja di Corporate University of Wocare Indonesia dibawah naungan Yayasan Wocare Indonesia. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi dan seminar/workshop. Penulis merupakan alumni dari Program Pendidikan Informal Indonesia Enterostomal Therapy Nurse Wocare (InETNEP WOCARE) yang telah Terakreditasi dari Badan Konsil Dunia World Council of Enterostomal Therapists (WCET). Penulis juga merupakan trainer pelatihan perawatan luka, stoma, inkontinensia, paliatif dengan Luka dan paliatif dengan stoma secara nasional dengan program yang Terakreditasi oleh Kementerian Kesehatan Republik Indonesia serta telah meluluskan 22.000 lebih alumni Tenaga Kesehatan baik Dokter, Perawat dan Bidan terampil dibidang perawatan luka, stoma dan inkontinensia. Penulis juga menjadi salah satu pembicara Internasional seperti Malaysia, Singapura, Abu Dhabi, Australia, Filipina, Glasgow (UK) dan berbagai negara lainnya. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: anandakhairulananda@gmail.com

Motto: "Planning your dream and Make it Happen,"

PROFIL PENULIS



(Ns. Nurlelasari Harahap, S.Kep., M.Kep) Lahir di Sibontar, 14 Juli 1996. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Sari Mutaiara Indonesia tahun 2019. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun pada tahun 2023 dan saat ini sedang menempuh pendidikan Ners Spesialis 1 Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2019 sebagai Perawat di RSU Bunda Thamrin Medan. Saat ini penulis bekerja di Universitas Binawan mengampu mata kuliah *Hospice and Palliative Care*, Keperawatan Dasar Profesi, Keperawatan Komunitas dan Keluarga, dan Keperawatan Anak. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan melakukan pengabdian kepada masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: nurlelasari.harahap@binawan.ac.id

Motto: "live according to your means"



(Ns. Rina Mariyana S, Kep, M. Kep) Lahir di Pasia, 19 Maret 1989. Pendidikan tinggi S1 Keperawatan, Stikes Fort De Kock tahun 2012. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Indonesia dan lulus tahun 2018. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 2012. Saat ini penulis bekerja di Universitas Fort De Kock mengampu mata kuliah keperawatan kegawat daruratan pada anak, keperawatan anak sehat sakit serta kondisi kronis, entrepreneur keperawatan dan palliative care. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, Penulis memiliki kepakaran dibidang *Pediatric Nursing*. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dibidang kepakarannya tersebut. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh Kemenristek DIKTI. Dari pengembangan penelitian tersebut penulis membentuk ruang terapi di sekolah luar biasa yang di berinama *terapy miracle kids* dan sudah terdaftar haki. Beberapa hasil dari penelitian telah di publish di jurnal internasional terindeks scopus dengan id scopus 57112551300 Serta jurnal nasional terindeks sinta. Serta terlibat di bagian review jurnal endurance, real nursing journal dan human care journal. Selain peneliti, penulis juga aktif menulis buku, serta bekerja sama membuat beberapa buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara yang sangat tercinta ini. Penulis berharap apa yang di hasil kan dapat bermanfaat bagi orang banyak. Penulis memiliki pengalaman di rumah sakit dan komunitas. penulis telah bekerja di universitas Fort De Kock selama 12 tahun.

Email Penulis: rinamariyana@fdk.ac.id, rinamariyana89@gmail.com

PROFIL PENULIS



Penulis menyelesaikan pendidikan S1 dan Profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Penulis melanjutkan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Indonesia. Kemudian penulis melanjutkan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia. Sejak tahun 1996 penulis mulai aktif mengajar sebagai Dosen Keperawatan dan saat ini penulis aktif mengajar di Politeknik Kesehatan Tanjungkarang Lampung. Sebagai seorang dosen yang tidak lepas dari Tridarma Perguruan Tinggi, penulis juga aktif menulis buku ajar, melakukan penelitian untuk kemudian di publikasi pada jurnal nasional dan internasional, disamping menjadi reviewer pada jurnal nasional. Penulis dapat dihubungi melalui E-mail : sulasdes@gmail.com



Yuliati, SKp., MM., M.Kep. Lahir di Jakarta, 01 Juli 1969, Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 pada AKPER DEPKES RI JAKARTA tahun 1989, S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (PSIK) pada tahun 1997, lalu melanjutkan Program S2 Manajemen Sumber daya Manusia di Institute Magister Manajemen Indonesia (IMMI) pada tahun 2002. Selanjutnya menempuh program S2 bidang Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2015. Saat ini sedang menempuh pendidikan program DOCTOR OF PHILOSOPHY IN MEDICAL SCIENCE (S3) Di University Malaysia Sabah Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1989 di RSPP (Rumah Sakit Pusat Pertamina/ Ruang Perawatan Khusus sebagai Clinical Instruktur di Bagian ICU, ICCU, HD dan IGD). Tahun 2006 mutasi ke Bagian Manajemen mutu sebagai Kepala Standarisasi RS. Penulis juga tercatat sebagai Koordinator Audit Mutu Internal Rumah sakit sejak 2008 sampai tahun 2012. Lalu tahun 2012 Penulis mutasi ke Universitas Esa Unggul Sebagai Dosen. Penulis juga bekerja di RS Grand family Pluit Jakarta tahun 2016 – 2020). Penulis juga tercatat sebagai surveior penilai akreditasi rumah sakit di Lembaga Akreditasi Mutu - Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS). Pengalaman organisasi, saat ini aktif sebagai pengurus organisasi DPW Persatuan Perawat Nasional Indonesia yakni Anggota Bidang Diklat, Organisasi HPHI (Himpuna Perawat Holistik Indonesia) Bidang Organisasi, Organisasi Komunitas Relawan Emergensi Indonesia (KREKI) bidang kurikulum, Instruktur Pelatihan di Medikal Service & Training 119 dan penulis juga menjabat sebagai Ketua Komite Sekolah SMAN 7 Jakarta Sejak 2021 sampai Sekarang. Saat ini penulis bekerja di Universitas Esa Unggul Program Studi Keperawatan mengampu mata kuliah Paliatif, Keperawatan Komplementer, Kegawatdaruratan dan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai Narasumber pelatihan Kegawatdaruratan,dan Bencana, Keperawatan Holistik/ Komplementer dan Manajemen. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yuliati@esaunggul.ac.id.

PROFIL PENULIS



Ns. Tuti Asrianti Utami.,Skep., SE., MKep. lahir di Palembang, 18 Desember 1968. Pendidikan Keperawatan dimulai dari Diploma III Keperawatan STIK Sint Carolus lulus tahun 1990, lanjut Profesi Ners di FIK Universitas Indonesia lulus tahun 2011 dan program magister di STIK Sint Carolus lulus tahun 2014.

Bidang ilmu lain yang dipelajari adalah Akuntansi Manajemen di Universitas Persada Indonesia YAI, lulus tahun 1997. Karir sebagai perawat dimulai bekerja di RS Sint Carolus tahun 1990-2007, selanjutnya tahun 2007 sampai sekarang sebagai dosen di STIK Sint Carolus. Kegiatan lainnya aktif di Sentra Laktasi Indonesia menjadi Fasilitator di Pelatihan Konseling Menyusui, Manajemen Laktasi, Pelatihan Pemberian Makanan Bayi dan Anak, dan Pelatihan Deteksi Dini Pada Anak. Turut serta dalam berbagai kegiatan penelitian, pengabdian Masyarakat disertai kolaborasi dalam menulis artikel dan publikasi ilmiah.

SINOPSIS BUKU

Keperawatan paliatif adalah bidang khusus dalam keperawatan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau terminal. Pasien paliatif seringkali menghadapi dilema moral dan hukum yang kompleks, sehingga pemahaman yang mendalam tentang etika dan hukum menjadi sangat penting. Pengambilan keputusan yang etis ada dilema moral sehingga perawat paliatif seringkali dihadapkan pada situasi sulit, seperti keputusan untuk menghentikan atau memulai suatu tindakan medis, atau bagaimana mengelola rasa sakit yang sulit diatasi.

Buku ini mempelajari konsep asuhan keperawatan paliatif, konsep manajemen nyeri pada perawatan palliatif, integrasi terapi komplementer memerlukan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti untuk memastikan efektivitas dan keamanan intervensi. Pengkajian fisik dan psikologis pada kasus paliatif care adalah langkah penting dalam menyediakan perawatan yang komprehensif dan bermakna bagi pasien.

Adapun pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif yang menggantikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007. Bahkan saat ini pelayanan paliatif sudah masuk menjadi bentuk pelayanan yang tertuang dalam Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Oleh karena itu pelayanan perawatan paliatif selain di pelayanan kesehatan bisa dilanjutkan di rumah pasien oleh tenaga paliatif dan atau keluarga pasien dengan bimbingan dan pengawasan keluarga pasien.

Keperawatan Paliatif adalah bidang khusus dalam keperawatan yang berfokus pada peningkatan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau terminal. Pasien paliatif seringkali menghadapi dilema moral dan hukum yang kompleks, sehingga pemahaman yang mendalam tentang etika dan hukum menjadi sangat penting. Pengambilan keputusan yang etis ada dilema moral sehingga perawat paliatif seringkali dihadapkan pada situasi sulit, seperti keputusan untuk menghentikan atau memulai suatu tindakan medis, atau bagaimana mengelola rasa sakit yang sulit diatasi.

Buku ini mempelajari konsep asuhan keperawatan paliatif, konsep manajemen nyeri pada perawatan palliatif, integrasi terapi komplementer memerlukan pendekatan yang sistematis dan berbasis bukti untuk memastikan efektivitas dan keamanan intervensi. Pengkajian fisik dan psikologis pada kasus paliatif care adalah langkah penting dalam menyediakan perawatan yang komprehensif dan bermakna bagi pasien. Adapun pelayanan dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: HK.01.07/MENKES/2180/2023 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif yang menggantikan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007. Bahkan saat ini pelayanan paliatif sudah masuk menjadi bentuk pelayanan yang tertuang dalam Undang-undang RI Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan. Oleh karena itu pelayanan perawatan paliatif selain di pelayanan kesehatan bisa dilanjutkan di rumah pasien oleh tenaga paliatif dan atau keluarga pasien dengan bimbingan dan pengawasan keluarga pasien.

Penerbit :

PT Nuansa Fajar Cemerlang
Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F
Jalan S. Parman Kav. 22-24
Kel. Palmerah, Kec. Palmerah
Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480
Telp: (021) 29866919

ISBN 978-623-8775-34-7



9 78623 775347