



Konsep Keperawatan Paliatif

Novita Verayanti Manalu • Masmuroh • Siti Utami Dewi
Angga Sugiarto • Joko Prasetyo • Cesarina Silaban
Riska Amalya Nasution • Sri Maryuni • Sanny Frisca
Angelia Friska Tendean • Popy Irawati • Dyah Restuning Prihati



Konsep Keperawatan Paliatif

UU 28 tahun 2014 tentang Hak Cipta

Fungsi dan sifat hak cipta Pasal 4

Hak Cipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a merupakan hak eksklusif yang terdiri atas hak moral dan hak ekonomi.

Pembatasan Perfilman dan Pasal 26

Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 23, Pasal 24, dan Pasal 25 tidak berlaku terhadap:

- a. penggunaan kutipan singkat Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait untuk pelaporan peristiwa aktual yang ditujukan hanya untuk keperluan penyediaan informasi aktual;
- b. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk kepentingan penelitian ilmu pengetahuan;
- c. Penggandaan Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait hanya untuk keperluan pengajaran, kecuali pertunjukan dan Fonogram yang telah dilakukan Pengumuman sebagai bahan ajar; dan
- d. penggunaan untuk kepentingan pendidikan dan pengembangan ilmu pengetahuan yang memungkinkan suatu Ciptaan dan/atau produk Hak Terkait dapat digunakan tanpa izin Pelaku Pertunjukan, Produser Fonogram, atau Lembaga Penyiaran.

Sanksi Pelanggaran Pasal 113

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf c, huruf d, huruf f, dan/atau huruf h untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 3 (tiga) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah).
2. Setiap Orang yang dengan tanpa hak dan/atau tanpa izin Pencipta atau pemegang Hak Cipta melakukan pelanggaran hak ekonomi Pencipta sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat(1) huruf a, huruf b, huruf e, dan/atau huruf g untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 4 (empat) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp1.000.000.000,00 (satu miliar rupiah).

Konsep Keperawatan Paliatif

Novita Verayanti Manalu, Masruroh, Siti Utami Dewi

Angga Sugiarto, Joko Prasetyo, Cesarina Silaban

Riska Amalya Nasution, Sri Maryuni, Sanny Frisca

Angelia Friska Tendean, Popy Irawati, Dyah Restuning Prihati



Penerbit Yayasan Kita Menulis

Konsep Keperawatan Paliatif

Copyright © Yayasan Kita Menulis, 2022

Penulis:

Novita Verayanti Manalu, Masruroh, Siti Utami Dewi
Angga Sugiarto, Joko Prasetyo, Cesarina Silaban
Riska Amalya Nasution, Sri Maryuni, Sanny Frisca
Angelia Friska Tendean, Popy Irawati, Dyah Restuning Prihati

Editor: Matias Julyus Fika Sirait

Desain Sampul: Devy Dian Pratama, S.Kom.

Penerbit

Yayasan Kita Menulis

Web: kitamenulis.id

e-mail: press@kitamenulis.id

WA: 0821-6453-7176

IKAPI: 044/SUT/2021

Novita Verayanti Manalu., dkk.

Konsep Keperawatan Paliatif

Yayasan Kita Menulis, 2022

xiv; 170 hlm; 16 x 23 cm

ISBN: 978-623-342-627-5

Cetakan 1, Oktober 2022

I. Konsep Keperawatan Paliatif

II. Yayasan Kita Menulis

Katalog Dalam Terbitan

Hak cipta dilindungi undang-undang

Dilarang memperbanyak maupun mengedarkan buku tanpa

Izin tertulis dari penerbit maupun penulis

Kata Pengantar

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh, Salam sejahtera,
Shalom,
Om swastiastu, Namo buddhaya, Salam kebajikan!*

Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya yang memberikan kesehatan dan ketekunan bagi tim penulis yang berkolaborasi dari beberapa Dosen Perguruan Tinggi di Indonesia, sehingga buku “KONSEP KEPERAWATAN PALIATIF” ini dapat terselesaikan dengan baik.

Dunia saat ini menghadapi tantangan professional kesehatan terhadap mereka yang masuk dalam penderitaan menjelang akhir hayat. Mereka membutuhkan perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup hingga disiapkan menjelang kematian dengan damai dan tenang. Prinsip-prinsipnya merupakan fitur integral dari semua perawatan klinis untuk mengurangi rasa sakit dan masalah penderitaan fisik, psikososial, dan spiritual dengan menjunjung tinggi etik perawatan paliatif. Melalui komunikasi terapeutik akan menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien dan keluarga untuk mencapai keberhasilan atas rencana yang disepakati bersama.

Pembaca akan terkejut melihat betapa bermanfaatnya perawatan paliatif; betapa mengejatkannya, sering pasien sakit parah berbicara tentang rasa aman yang mereka rasakan ketika penderitaan telah berkurang dan mereka tahu semua orang jujur kepada mereka dan orang-orang terkasih yang akan mereka tinggalkan. Ini bisa terjadi di mana saja – di rumah sakit, di rumah perawatan, di panti jompo atau di rumah mereka sendiri.

Buku luarbiasa ini yang berisikan informasi konsep keperawatan paliatif, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin kesehatan

yang terintegrasi dalam pelayanan perawatan paliatif yang disusun menjadi 12 bab, yaitu:

Bab 1 Konsep Dasar, Falsafah, dan Perspektif Keperawatan Paliatif

Bab 2 Perkembangan Keperawatan Paliatif dan Hospice Care

Bab 3 Model Pelayanan Keperawatan Paliatif

Bab 4 Prinsip, Etik Legal, dan Kebijakan Nasional dalam Keperawatan Paliatif

Bab 5 Prinsip Perawatan Paliatif Dan Manajemen Nyeri

Bab 6 Peran Perawat dan Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif

Bab 7 Peran Support System pada Pasien Paliatif

Bab 8 Patofisiologi Proses Kematian dan Perawatan Paliatif

Bab 9 Komunikasi dan Teknik Menyampaikan Informasi pada Keperawatan Paliatif

Bab 10 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Holistik

Bab 11 Keperawatan Paliatif dalam Perspektif Agama dan Spiritual, Sosial Budaya

Bab 12 Terapi Komplementer pada Keperawatan Paliatif

Akhirnya, penulis mengucapkan terimakasih kepada pihak-pihak yang telah membantu dalam penyusunan hingga penerbitan buku ini. Tim penulis juga menyadari bahwa buku ini jauh dari sempurna, oleh karena itu segala masukan yang baik dan mendukung sangat diharapkan. Semoga tulisan ini dapat bermanfaat bagi setiap pembaca, khususnya dalam pengembangan dunia profesi keperawatan.

Bandung, September 2022

Penulis
Novita Verayanti Manalu

Daftar Isi

Kata Pengantar	v
Daftar Isi	vii
Daftar Gambar	xii
Daftar Tabel.....	

Bab 1 Konsep Dasar, Falsafah, dan Perspektif Keperawatan Paliatif

1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Keperawatan Paliatif	3
1.2.1 Dasar Perawatan Paliatif.....	4
1.2.2 Diluar Fisik dan Bukan Hanya Kontrol.....	6
1.3 Perspektif Keperawatan Paliatif	8
1.3.1 Membedakan dan Memahami Kontinum Paliatif	8
1.3.2 Perspektif dan Asumsi Filosofis yang Dipilih	10
1.3.3 Tantangan Masa Mendatang	11

Bab 2 Perkembangan Keperawatan Paliatif dan Hospice Care

2.1 Paradigma dan Perkembangan Keperawatan Paliatif.....	13
2.2 Palliatif care dan Hospice Care	17
2.2.1 Perawatan Paliatif (Palliatif Care).....	17
2.2.2 Hospice care	18

Bab 3 Model Pelayanan Keperawatan Paliatif

3.1 Pendahuluan	23
3.2 Model Pelayanan Keperawatan Paliatif.....	24
3.2.1 Perawatan Suportif	25
3.2.2 Pelayanan Rawat Inap.....	26
3.3 Prinsip Pelayanan Keperawatan Paliatif	28
3.4 Kerjasama Interprofesional dalam Pelayanan Perawatan Paliatif.....	29
3.5 Peran dalam Tim Paliatif.....	31

Bab 4 Prinsip, Etik Legal, dan Kebijakan Nasional dalam Keperawatan Paliatif

4.1 Prinsip dan Kode Etik Keperawatan dalam Perawatan Paliatif	35
4.1.1 Accountability	35
4.1.2 Justice	36
4.1.3 Nonmaleficence	36
4.1.4 Autonomy	36
4.1.5 Beneficence	37
4.1.6 Fidelity	37
4.1.7 Veracity	37
4.1.8 Confidentiality	38
4.2 Etik Legal dan Kebijakan	38
4.2.1 Kebijakan Global	38
4.2.2 Kebijakan Nasional	42

Bab 5 Prinsip Perawatan Paliatif Dan Manajemen Nyeri

5.1 Prinsip Perawatan Paliatif	45
5.1.1 Tetapkan Prioritas untuk Perawatan Palliative	45
5.1.2 Prinsip Perawatan Paliatif	47
5.1.3 Implementasi Perawatan Paliatif dalam Praktek Medis	50
5.1.4 Hal Hal yang Diperlukan Agar Perawatan Paliatif Dapat Berkembang	51
5.2 Manajemen Nyeri	52
5.2.1 Definisi nyeri	52
5.2.2 Manajemen Nyeri	52

Bab 6 Peran Perawat dan Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif

6.1 Pendahuluan	57
6.2 Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Paliatif	58
6.3 Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif	62

Bab 7 Peran Support System pada Pasien Paliatif

7.1 Pendahuluan	67
7.2 Konsep Support System pada Pasien Paliatif	68
7.2.1 Pengertian Support System	68
7.2.2 Beban dan Manfaat Support System pada Pasien Paliatif	68
7.2.3 Bentuk Dukungan Support System pada Pasien Paliatif	72

Bab 8 Patofisiologi Proses Kematian dan Perawatan Paliatif

8.1 Pendahuluan.....	77
8.2 Patofisiologi Kematian	78
8.2.1 Kematian Sel	78
8.2.2 Kematian Somatik	81
8.2.3 Perubahan Postmortem.....	82
8.3 Proses Kematian	83
8.3.1 Gejala Akhir Kehidupan dan Manajemen Keperawatan	84
8.3.2 Penarikan Terapi Penopang Hidup	90
8.4 Tanda-Tanda Pasien yang Dinyatakan Meninggal.....	91
8.5 Perawatan di Rumah	92
8.6 Dampak Kematian dalam Keluarga.....	93
8.7 Diagnosa Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan.....	94

Bab 9 Komunikasi dan Teknik Menyampaikan Informasi pada Keperawatan Paliatif

9.1 Pendahuluan.....	97
9.2 Konsep Komunikasi Terapeutik	98
9.2.1 Konsep Komunikasi Umum.....	98
9.2.2 Konsep Komunikasi Terapeutik	100
9.2.3 Teknik dan Sikap Komunikasi Terapeutik.....	100
9.2.4 Fase Komunikasi Terapeutik.....	103
9.2.5 Hambatan dalam Komunikasi	105
9.3 Komunikasi pada Perawatan Paliatif	106
9.3.1 Peran Perawat Paliatif	106
9.3.2 Sasaran Komunikasi Paliatif	106
9.3.3 Prinsip Berkomunikasi pada Perawatan Paliatif	107
9.3.4 Konflik dalam Komunikasi pada Perawatan Paliatif	108
9.4 Teknik Penyampaian Informasi	109
9.4.1 Berbagai Kondisi yang Memerlukan Pemberian Informasi	109
9.4.2 Langkah-langkah Menyampaikan Informasi.....	109

Bab 10 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Holistik

10.1 Pendahuluan.....	113
10.2 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Fisik.....	114
10.3 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Psikososial	119
10.4 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Spiritual.....	122

Bab 11 Keperawatan Paliatif dalam Perspektif Agama dan Spiritual, Sosial Budaya

11.1 Pendahuluan.....	125
11.2 Pengertian Agama dan Spiritual.....	126
11.3 Tinjauan Agama dalam perawatan paliatif.....	127
11.4 Kematian dalam Perspektif Agama	127
11.4.1 Kematian Menurut Agama Islam	127
11.4.2 Kematian Menurut Kristen.....	128
11.4.3 Kematian Menurut Katolik	128
11.4.4 Kematian Menurut Budha	129
11.4.5 Kematian Menurut Agama Konghucu.....	129
11.4.6 Kematian Menurut Agama Hindu	130
11.5 Kompetensi Perawatan Spiritual dan Agama.....	130
11.6 Pengkajian Kebutuhan Spiritual	132
11.6.1 Metode FICA	132
11.6.2 Metode FAITH.....	133
11.6.3 Metode SPIRIT	134
11.6.4 Metode ETHNIC(S)	135
11.6.5 Metode HOPE.....	135
11.6.6 Model The Ars Moriendi	136
11.7 Tinjauan Budaya pada perawatan Paliatif.....	137
11.8 Pengkajian Budaya.....	139

Bab 12 Terapi Komplementer pada Keperawatan Paliatif

12.1 Pendahuluan.....	141
12.2 Definisi Terapi Komplementer.....	142
12.3 Jenis Terapi Komplementer	142
12.3.1 Mind-body medicine	142
12.3.2 Alternative Medical System.....	145
12.3.3 Biological Based Therapies	147
12.3.4 Manipulative and Body Based Practice	147
12.3.5 Energy Therapies	149
12.4 Peran perawat dalam terapi Komplementer	150
Daftar Pustaka	151
Biodata Penulis	165

Daftar Gambar

Gambar 1.1: Kontinum Perawatan Paliatif	9
Gambar 4.1: Model layanan perawatan paliatif.....	41
Gambar 4.2: Model perawatan paliatif pada kanker	42
Gambar 6.1: Tim Multidisiplin dalam Perawatan Paliatif.....	62
Gambar 9.1: Proses Informasi	99
Gambar 12.1: Lokasi Titik Akupuntur	146
Gambar 12.2: Massage.....	148
Gambar 12.3: Lokasi Titik Refleks	148
Gambar 12.4: Healing Touch	149

Daftar Tabel

Tabel 1.1: Perbedaan Definisi Perawatan Paliatif Antara 1990 dan 2002 Hingga Sekarang Menurut WHO	5
Tabel 7.1: Kualitas Keluarga Kuat	70
Tabel 7.2: Fungsi Keluarga: Pedoman Intervensi dalam Perawatan Paliatif ...	73
Tabel 8.1: Indikator Sistem Tubuh secara objektif umum mendekati kematian...	91
Tabel 9.1: Tugas perawat dan klien dalam interaksi	104
Tabel 10.1: Pengkajian biopsikososial keperawatan paliatif	120

Bab 1

Konsep Dasar, Falsafah, dan Perspektif Keperawatan Paliatif

1.1 Pendahuluan

Lebih dari seratus tahun yang lalu keterlibatan masyarakat dalam perawatan kesehatan adalah normal. Perawatan untuk orang sakit dan sekarat baik dilakukan di rumah atau di rumah sakit komunitas setempat. Rumah sakit ini biasanya adalah lembaga amal kecil. disponsori dan dikelola oleh komunitas lokal, dan menawarkan sedikit lebih banyak perawatan daripada yang bisa diberikan di rumah (Haralambos, et al, 1996). Pengaruh ideologi sosialis abad kesembilan belas mengubah harapan tentang perawatan kesehatan dan orang-orang mulai menganggap bahwa perawatan kesehatan profesional adalah hak, terlepas dari status sosial ekonomi (Lawson, 1991).

Selama abad kedua puluh, karena kemajuan dalam pengobatan medis serta strategi kesehatan masyarakat seperti sanitasi yang lebih baik, banyak penyakit menular diberantas. Di negara-negara industri di seluruh dunia, harapan hidup meningkat dan kematian anak menurun (WHO, 1997). Kemajuan medis yang luar biasa dalam menyelamatkan nyawa dan teknologi yang menciptakan kehidupan telah dicapai, mulai dari penggunaan antibiotik hingga transplantasi organ, fertilisasi in vitro, dan kloning. Tren ini berlanjut hingga abad ini. Salah

satu konsekuensi dari kemajuan teknologi dalam perawatan kesehatan adalah ketergantungan pada model perawatan biomedis. Rumah sakit telah menjadi tempat terpusat keahlian teknologi, memberikan perawatan yang tidak mungkin diberikan di rumah, dan pelatihan lanjutan menjadi perlu untuk menggunakan teknologi. Hasilnya adalah pergeseran dari partisipasi masyarakat dalam perawatan kesehatan ke ketergantungan yang meningkat pada fasilitas kesehatan tersier, dan peningkatan otonomi dan otoritas profesi medis (Davis & George, 1993; Haralambos, et al., 1996)

Ada juga tanggapan yang menentang penekanan pada model biomedis, dengan seruan baru untuk keterlibatan masyarakat dalam perawatan kesehatan. Perawatan kesehatan primer, pendekatan perawatan yang mengakui bahwa individu dan masyarakat memiliki hak dan kewajiban untuk terlibat dalam perawatan kesehatan, telah menjadi salah satu tanggapan. Selain itu, keterlibatan masyarakat melekat dalam strategi kesehatan masyarakat, yang bertujuan untuk mencegah penyakit dan cedera di seluruh masyarakat. Fokus perawatan primer dan kesehatan masyarakat mengarah pada Deklarasi WHO tentang Alma-Atta pada tahun 1978, dengan tujuan kesehatan untuk semua pada tahun 2000 (WHO, 1979). Harapan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan semakin meningkat termasuk pemerataan dan akses terhadap perawatan, keterlibatan masyarakat dalam perencanaan dan pelaksanaan pelayanan kesehatan, dan pendidikan mengenai masalah kesehatan saat ini termasuk strategi pencegahan dan pengendalian (WHO, 1978).

Tren kesehatan terkait adalah munculnya konsep "consumer health", istilah yang digunakan untuk menanggapi perawatan kesehatan yang merupakan bagian dari "consumer movement" secara keseluruhan, yang digambarkan sebagai reaksi terhadap fokus mencari keuntungan dari dunia bisnis. (Corrnacchia & Barret, 1993). Konsumen akan membela hak-haknya, termasuk hak untuk memilih, untuk diberitahu, dan untuk didengar. Meskipun kebanyakan orang telah menerima kemajuan teknologi dalam perawatan kesehatan, mereka juga memiliki harapan yang lebih tinggi tentang hak-hak mereka sebagai konsumen perawatan kesehatan. Kemungkinan banyak yang bereaksi terhadap sistem perawatan kesehatan yang dianggap birokratis dan yang memungkinkan sedikit kontrol pasien. Konsumen mencari untuk membuat pilihan informasi tentang layanan kesehatan yang mereka gunakan dan banyak penyedia layanan kesehatan telah mendukung sikap ini.

Ada tren lain yang secara nyata mengubah fokus perawatan kesehatan dari model biomedis. Strategi promosi kesehatan, misalnya, mendorong nutrisi

yang lebih baik dan peningkatan kebugaran. Sifat-sifat seperti kebugaran dan kemudahan secara aktif dicari dan dipasarkan dalam masyarakat modern (Cornacchia & Barrett, 1993), dan orang-orang dipandang sebagai pemain kunci dalam memelihara dan meningkatkan kesehatan mereka sendiri.

Singkatnya, keterlibatan masyarakat dalam perawatan kesehatan selama abad terakhir telah berpindah dari individu yang terlibat langsung dalam penyediaan perawatan kesehatan, kemudian di dalam rumah mereka, ke periode dominasi teknis dengan sedikit individu dengan penekanan pada partisipasi pelanggan dalam perawatan kesehatan dan informasi. pengambilan keputusan perawatan kesehatan. Lebih lanjut, penekanan saat ini pada promosi "kesehatan" menunjukkan bahwa orang-orang dalam masyarakat menafsirkan istilah "pelayanan kesehatan" secara berbeda. Dalam konteks ini, label yang lebih tepat untuk gagasan tradisional tentang perawatan kesehatan mungkin adalah "perawatan penyakit".

1.2 Konsep Keperawatan Paliatif

Sejalan dengan perkembangan perawatan yang dikenal masyarakat secara luas dan tuntutan pengguna jasa kesehatan saat ini juga semakin tinggi, maka harapan untuk memenuhi kebutuhan mereka ketika sakitpun semakin tinggi pula. Asumsi bahwa penyakit yang kronis bahkan kanker memiliki upaya penyembuhan baik medis ataupun pengobatan alternatif dan komplementer. Berangkat dari asumsi ini diketahui bahwa mereka menganggap saat terdiagnosa penyakit kronis dikira akan meninggal dan dirawat seakan hidupnya tinggal sesaat. Orang-orang ini memiliki kesalahpahaman tentang apa arti istilah "paliatif". "Palliate," yang berarti jubah, fungsinya untuk melindungi. Perawatan paliatif adalah perawatan seluruh orang dan keluarga yang merupakan pusat dari semua perawatan kesehatan. Perawatan paliatif tidak terbatas pada akhir kehidupan/end of life dan atau perawatan tahap terminal perawatan paliatif ini "tersedia untuk orang yang hidup dengan penyakit apa pun, pada usia berapa pun dan pada tahap penyakit apa pun" (WHO, 2012).

Komunikasi yang lebih baik tentang berbagai tahap, perawatan paliatif versus perawatan akhir kehidupan versus perawatan terminal, menghilangkan mitos seputar perawatan paliatif, dan memperjuangkan manfaat perawatan paliatif

akan membantu mengubah kesalahpahaman ini melalui perspektif keperawatan (Alftberg, 2018).

Semua orang dengan penyakit yang membatasi hidup harus memiliki akses ke perawatan paliatif untuk mendapatkan bantuan dari dan penyelidikan atas rasa sakit akut mereka, dan atau gejala yang tidak diinginkan lainnya. Mengakses layanan perawatan paliatif, baik di rumah sakit atau dalam kapasitas konsultasi tidak identik dengan kematian, juga tidak saling eksklusif dari modifikasi penyakit atau terapi pengobatan lainnya. Sebaliknya, perawatan paliatif berfungsi sebagai pelengkap perawatan ini, membantu mengelola gejala pasien, membantu pasien mengatasi penyakit mereka dan meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan.

Istilah hospis dianggap sebagai konsep yang diasosiasikan dengan tempat bagi para tunawisma, kata Prancis "hospice" seperti yang ditunjukkan dalam kamus Prancis-Inggris Cassells yang berarti tempat perlindungan, suaka, atau rumah penampungan (Douglas, et al., 1968). Asal usul gerakan hospice modern dikaitkan dengan karya Dame Cicely Saunders dan pendirian Saint Christopher's Hospice di London pada tahun 1968. Di sini, perawatan hospice berarti kembalinya perawatan dan kedulian yang dikombinasikan dengan pengobatan modern terbaik tempat yang lebih dari sekadar rumah sedekah (Saunders, 2001).

1.2.1 Dasar Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif diakui oleh model perawatan holistik individual, disampaikan dengan hati-hati, sensitif, etis, dan menggunakan komunikasi terapeutik yang terampil dengan perhatian terhadap detail, penilaian yang cermat, dan memajukan pengetahuan. Di manapun perawatan paliatif digunakan, bahan utamanya adalah kualitas kehadiran yang diberikan oleh pemberi perawatan kepada pasien, cara perawatan yang memungkinkan pemahaman akan kebutuhan berkelanjutan pasien dan keluarga saat mereka berkembang dan menekankan untuk berada di samping mereka. Fokusnya adalah pada semua yang masih mungkin terjadi saat ini dengan banyak kehilangan, pencarian makna pasien dan keluarga, dan mempertahankan pengalaman keterhubungan mereka saat mereka beradaptasi dengan tantangan.

Definisi perawatan paliatif dinyatakan oleh (WHO, 2005) bahwa: "Perawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang

mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan melalui identifikasi dini dan penilaian sempurna dan pengobatan nyeri dan masalah lain, fisik, psikososial, dan spiritual”.

Dari definisi tersebut menjelaskan bahwa istilah "perawatan paliatif" menyiratkan bentuk perawatan kesehatan yang dipersonalisasi. Ini memperluas mandat profesional perawatan kesehatan di luar model biomedis ke cakrawala yang lebih luas yang diperlukan jika seseorang ingin menangani penderitaan serta biologi penyakit, merawat serta menyembuhkan, kualitas hidup serta kuantitas hidup. Pasien dan keluarga atau orang lain yang signifikan diambil bersama sebagai unit perawatan dalam penilaian kebutuhan yang berhubungan dengan penyakit. Tabel berikut menunjukkan perbedaan dan perkembangan definisi keperawatan.

Tabel 1.1: Perbedaan Definisi Perawatan Paliatif Antara 1990 dan 2002 Hingga Sekarang Menurut WHO (Greaves, 2005)

Konsep	1990	2002 Hingga Kini
Perawatan Paliatif	Perawatan aktif total	Suatu pendekatan
Kondisi	Penyakit tidak berespon terhadap pengobatan	Penyakit yang mengancam jiwa
Kualitas hidup	Sebaik mungkin	Peningkatan
Mendefinisikan kualitas hidup	Tidak terdefenisi	Pencegahan dan pengurangan penderitaan
Bagaimana	Kontrol gejala adalah yang terpenting	Perawatan dini masalah
Apa	Nyeri, gejala lain dan masalah psikologis, sosial dan spiritual	Rasa sakit dan masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual
Kematian	Tidak mempercepat atau menunda	Tidak bermaksud untuk mempercepat atau menunda
Oleh siapa	Tidak disebutkan	Pendekatan tim Konselor duka cita jika diindikasikan
Kapan	Banyak aspek yang berlaku sebelumnya	Berlaku di awal perjalanan penyakit

Konsep	1990	2002 Hingga Kini
Proses	Tidak diindikasikan	Secara positif memengaruhi perjalanan penyakit
Pengobatan lainnya	Dalam hubungannya dengan pengobatan anti kanker	Dalam hubungannya dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau terapi radiasi
Investigasi	Tidak disebutkan	Untuk lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis yang menyediakan

Tujuan perawatan paliatif adalah untuk mendukung kualitas hidup yang optimal dan untuk mendorong penyembuhan yaitu, perubahan respons menuju pengalaman integritas dan keutuhan pada kontinum kualitas hidup. Di mana komponen penting dari perawatan paliatif adalah kontrol gejala, komunikasi yang efektif, rehabilitasi, perawatan yang berkesinambungan, perawatan terminal, dukungan dalam berkabung, pendidikan, dan penelitian.

1.2.2 Diluar Fisik dan Bukan Hanya Kontrol

Perhatian yang cermat pada pengurangan gejala adalah dasar dari perawatan seluruh orang. Kekhawatiran psikososial dan spiritual yang penting mungkin terhalang oleh adanya rasa sakit yang tidak terkendali, mual, sembelit, dan gejala penyakit lanjut lainnya. Perawatan yang optimal menuntut penilaian yang cermat dari berbagai faktor penyebab untuk setiap gejala.

Jika peningkatan dosis opioid diresepkan sebagai respons terhadap rasa sakit yang meningkat karena penderitaan eksistensial yang tidak diketahui, hasilnya akan menjadi nyeri persisten, toksisitas opioid, dan penderitaan berkelanjutan bagi pasien, keluarga, dan pengasuh. Jika kita adalah tubuh, pikiran, dan roh, domain-domain itu tidak dapat dipisahkan dan saling bergantung. Penilaian yang cermat dari setiap keluhan harus dipertimbangkan dalam konteks penderitaan total pasien; oleh karena itu penilaian yang bijaksana adalah wajib (Doyle, 2004).

Kontrol gejala dalam perawatan paliatif biasanya melibatkan penggunaan enam sampai delapan obat atau lebih secara bersamaan. Tujuannya adalah

secara konsisten untuk mencegah daripada mengobati gejala. Manajemen yang efektif bergantung pada penyesuaian yang sering untuk secara konsisten mempertahankan dosis obat minimal yang efektif dan penekanan pada asuhan keperawatan yang terampil serta penggunaan keterampilan pelengkap dari tim interdisipliner yang berpengalaman dalam perawatan akhir kehidupan.

Investigasi laboratorium dan bahkan rutinitas non-invasif seperti pemantauan tekanan darah, denyut nadi, dan suhu dilakukan hanya jika hal itu dapat mengarah pada intervensi yang akan meningkatkan kualitas hidup.

Perawatan paliatif didasarkan pada filosofi yang mempromosikan kepekaan terhadap perspektif budaya, agama, seksual, dan lainnya dari sudut pandang pasien; niat untuk bertemu pasien di tempat mereka berada daripada di tempat yang menurut perawat seharusnya mereka berada; kepekaan terhadap faktor-faktor penentu coping terutama mengenai tantangan eksistensial utama bagi pasien, keluarga, dan pengasuh (kematian; isolasi; kebebasan tidak adanya struktur eksternal; makna); memperhatikan makna penyakit bagi pasien, keluarga, dan pengasuh; dan perhatian pada kebutuhan untuk berhubungan dengan orang lain dengan cara yang empatik (Kearney, 2000).

Keberhasilan awal perawatan rumah sakit dalam mengurangi penderitaan pasien dengan kanker dan mereka dengan penyakit saraf motorik dan beberapa penyakit neurodegeneratif lainnya di akhir kehidupan telah menyebabkan kesepakatan luas mengenai relevansi perawatan paliatif di seluruh spektrum penyakit dan pengaturan perawatan kesehatan. Pertimbangan dalam penyediaan perawatan paliatif termasuk kontinuitas perawatan yang sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga, dengan pilihan yang mencakup perawatan di rumah; perawatan rawat inap kronis; akut, rawat inap khusus (tersier); layanan konsultasi tersedia bagi mereka yang masih menerima pengobatan untuk memodifikasi penyakit; penitipan anak dengan sumber daya untuk penilaian multidisiplin; dukungan duka bagi mereka yang berisiko mengalami reaksi kesedihan yang rumit (Fallon, 2006).

Perawatan paliatif umum dipraktekkan secara luas dalam spesialisasi selain perawatan paliatif. Tim multiprofesional yang bekerja penuh waktu dalam perawatan paliatif, dilatih di luar tingkat dasar, dan memberikan perawatan paliatif spesialis. Mereka bertujuan untuk merawat pasien dan perawat yang memiliki kebutuhan fisik, psikososial, atau spiritual yang kompleks yang sulit dikelola. Peran mereka terutama tentang nasihat, dukungan, dan pendidikan ketika mereka bekerja bersama spesialisasi lainnya. Rumah sakit dan bangsal

rumah sakit memiliki manajemen pasien dan perawat yang lebih langsung dalam pengaturan rawat inap. Pemodelan peran, pengembangan layanan sesuai dengan pedoman, pendidikan, dan penelitian lokal, nasional, dan WHO adalah komponen lebih lanjut dari peran tersebut.

1.3 Perspektif Keperawatan Paliatif

Merawat pasien dan mengasuh di masa sulit identik dengan perawatan paliatif. Setiap pasien dan perawat akan memerlukan pendekatan yang unik dan individual untuk menggabungkan semua kebutuhan biopsikososial dan spiritual mereka. Tidak mungkin ada model optimal universal untuk pemberian perawatan; kemampuan beradaptasi dan fleksibilitas adalah yang terpenting, dan ini merupakan tantangan yang semakin meningkat dalam sistem perawatan kesehatan saat ini (Rosser, 2014).

Sebuah profesi tunggal, seperti model perawatan tunggal, hanya dapat gagal memenuhi kebutuhan pasien dan perawat yang berfluktuasi secara holistik. Pengetahuan dan keterampilan dari banyak profesi—medis, keperawatan, farmasi, pekerjaan sosial, fisioterapi, terapi okupasi, dan kerohanian—yang disatukan oleh komunikasi dan kerja tim tanpa henti sangat penting (Alftberg, 2018).

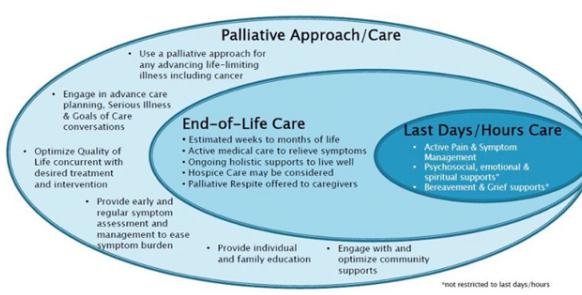
1.3.1 Membedakan dan Memahami Kontinum Paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan perawatan yang mendukung kebutuhan klinis, emosional dan spiritual individu dan keluarga mereka dalam mengatasi penyakit yang membatasi hidup. Perawatan paliatif dan pendekatan perawatan paliatif berfokus pada kenyamanan dan dukungan bagi orang dan keluarga, membantu membuat rencana dan keputusan untuk perjalanan ke depan, dan mengoptimalkan kualitas hidup. Berbagi keinginan dan tujuan perawatan kesehatan dengan orang yang dicintai, dokter, dan penyedia layanan kesehatan lainnya adalah penting (Deghani, 2020).

Pendekatan Perawatan Paliatif antara lain:

1. Gunakan pendekatan paliatif untuk setiap penyakit yang lanjut, membatasi hidup, kanker atau non-kanker

2. Terlibat dalam perencanaan perawatan sebelumnya, penyakit serius, dan tujuan percakapan perawatan
3. Optimalkan kualitas hidup bersamaan dengan pengobatan dan intervensi yang diinginkan
4. Memberikan penilaian dan manajemen gejala awal dan teratur untuk meringankan beban gejala
5. Memberikan pendidikan individu dan keluarga
6. Terlibat dengan dan optimalkan dukungan komunitas



Gambar 1.1: Kontinum Perawatan Paliatif (Evans, 2013)

Tujuan perawatan akhir *hayat/end of life* (EOL) terus dipandu oleh keinginan dan prioritas orang yang diketahui. Perawatan tetap aktif dan berfokus pada pengurangan rasa sakit dan ketidaknyamanan lainnya, serta untuk mendukung kehidupan yang baik hingga akhir hayat. Adalah penting bahwa semua pilihan perawatan akhir kehidupan didiskusikan dan pilihan individu dihormati. Ini mungkin termasuk pertanyaan dan perencanaan terkait dengan bantuan medis dalam kematian. Memberikan dukungan emosional dan spiritual bagi orang tersebut, keluarga dan teman-teman saat kematian semakin dekat adalah sangat penting (Alftberg, 2018).

Pendekatan Perawatan Akhir Kehidupan antara lain:

1. Perkiraan minggu hingga bulan kehidupan
2. Perawatan medis aktif untuk meredakan gejala
3. Dukungan holistik berkelanjutan untuk hidup dengan baik
4. Perawatan rumah sakit dapat dipertimbangkan
5. Perawatan paliatif dapat dipertimbangkan

6. Jeda paliatif dapat ditawarkan kepada individu untuk manajemen gejala atau untuk memberikan bantuan bagi pengasuh

Perawatan hari dan jam terakhir/perawatan terminal adalah saat-saat berharga di mana orang tersebut masih hidup dan ketika waktunya sangat singkat. Tujuan perawatan adalah untuk memberikan manajemen rasa sakit dan gejala, perawatan emosional dan spiritual, dan untuk terus menghormati keinginan yang diungkapkan dari orang tersebut selama proses kematian, serta dengan perawatan setelah kematian. Perawatan ini termasuk memberikan dukungan kepada keluarga dan orang yang dicintai (Ernecoff, 2020).

Pendekatan Perawatan Hari/Jam Terakhir atau yang disebut juga perawatan terminal antara lain:

1. Nyeri aktif dan manajemen gejala
2. Dukungan psikososial, emosional dan spiritual*
3. Dukungan duka cita dan duka*

Catatan: *Tidak terbatas pada hari/jam terakhir

1.3.2 Perspektif dan Asumsi Filosofis yang Dipilih

Perspektif dan asumsi filosofis yang dipilih antara lain (Saunders, et al., 1993):

1. Tidak ada yang lebih penting dari pencernaan (perut)
2. Memanusiakan, mempersonalisasi, menghilangkan pelembagaan
3. Perawatan klinis didasarkan penyelidikan kualitatif dan kuantitatif
4. Pengalaman nyeri dipandang sebagai narasi: relasional, bermakna, penuh potensi
5. Membantu pemahaman progresif tentang realitas pada tingkat yang dapat diterima oleh pasien
6. "Realitas" sebagai ilusi; subjektivitas pengalaman; pengakuan misteri
7. Efisiensi yang tenang, tidak hiruk pikuk
8. Fokus pada kualitas hidup saat ini, bukan kematian
9. Mentoring: kehadiran empatik kepada orang lain pada saat itu
10. Tim: dipimpin oleh pasien; egaliter daripada hierarkis
11. Lingkungan: berpusat pada pasien, ramah, damai
12. Keunikan, keterbatasan, pertahanan pasien/keluarga

13. Penyembuhan jiwa: potensi bawaan
14. Potensi adaptasi, integrasi, rekonsiliasi, transendensi
15. Pentingnya kasih sayang, perayaan, komunitas, paradoks, humor
16. Dengan gejala yang belum terselesaikan,

1.3.3 Tantangan Masa Mendatang

Tantangan baru dan berkembang dalam perawatan paliatif muncul karena pasien hidup lebih lama dengan perawatan tumorisidal paliatif yang lebih baik. Gejala yang sulit dikendalikan dan melemahkan secara kronis menguji ketahanan dan sumber daya pasien, perawat, dan penyedia layanan kesehatan yang lelah. Pendidikan dan dukungan multiprofesional yang kuat diperlukan untuk membekali mereka yang bekerja dalam perawatan paliatif dengan ketahanan berkelanjutan yang dituntut oleh kualitas kehadiran yang tak tergoyahkan yang terus berfokus secara efektif pada kualitas hidup dan perawatan serta menangani penderitaan pasien dengan pengalaman yang lebih lama dan lebih sulit (Salvarah (2018).

Tanpa penelitian, kemajuan dalam ilmu pengendalian gejala dan kualitas perawatan akan mandek dan perawatan paliatif akan berhenti memenuhi kebutuhan masa depan pasien dengan penyakit yang mengancam kehidupan lanjut dan pengasuh mereka. Meskipun ada banyak survei epidemiologi yang menguraikan masalah, hanya sedikit peneliti yang melakukan studi intervensi berkualitas baik atau mencoba memperluas pengetahuan melalui kolaborasi dengan sains dasar.

Bab 2

Perkembangan Keperawatan Paliatif dan Hospice Care

2.1 Paradigma dan Perkembangan Keperawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas kehidupan pasien dan keluarga mereka menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan sarana identifikasi dini dan penilaian sempurna, dan pengobatan rasa sakit dan masalah lain fisik, psikososial dan spiritual (World Health Organization 2020).

Perawatan paliatif berfokus pada menghilangkan penderitaan dan mencapai kualitas hidup terbaik bagi pasien dan pengasuh keluarga mereka. Hal ini meliputi penilaian dan pengobatan gejala, membantu dalam pengambilan keputusan dan kesepakatan perawatan melalui advokasi dan informasi kepada pasien dan keluarga, bantuan praktis untuk pasien dan pengasuh keluarga, mobilisasi sumber daya masyarakat untuk memastikan lingkungan hidup yang aman dan nyaman, dan

model perawatan kolaboratif di seluruh berbagai pelayanan keperawatan (yaitu, rumah sakit, rumah, panti jompo, dan rumah perawatan).

Perawatan paliatif disediakan baik di dalam hospice care maupun diluar *hospice care*. Perawatan paliatif *nonhospice* adalah ditawarkan bersamaan dengan memperpanjang hidup dan terapi kuratif untuk orang yang hidup dengan penyakit yang serius, kompleks, dan mengancam jiwa. Perawatan paliatif rumah sakit menjadi tepat ketika pengobatan kuratif tidak lagi bermanfaat, ketika beban perawatan ini melebihi manfaat yang di rasakan oleh pasien dan keluarga, atau ketika pasien memasuki yang terakhir minggu hingga bulan kehidupan (Kelley and Meier 2010).

Keperawatan paliatif adalah pelayanan yang perlu diperhatikan dalam memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit dan dampak yang di rasakan oleh pasien dan keluarga. Namun perkembangan pelayanan keperawatan paliatif di Indonesia masih berjalan lambat dan belum optimal. Besarnya permintaan, kebutuhan dan ketersediaan masih belum seimbang terutama di daerah pedesaan. Saat ini keperawatan paliatif belum tersedia diseluruh wilayah di Indonesia (M A Witjaksono et al, 2014), padahal lebih dari 50% penduduk Indonesia tinggal di pedesaan². Penyediaan perawatan paliatif di Indonesia belum sepenuhnya terintegrasi ke dalam layanan kesehatan umum (Rochmawati et al, 2016). Namun, seiring dengan meningkatnya kejadian penyakit tidak menular di Indonesia termasuk kanker, diabetes, dan penyakit kardiovaskular, permintaan perawatan paliatif semakin meningkat (WHO, 2010).

Beberapa di antara hambatan belum maksimalnya ketersediaan keperawatan paliatif adalah sebagai berikut (Rochmawati et al, 2016):

1. Pemahaman tenaga kesehatan yang terbatas tentang paliatif care.
2. Tantangan geografis.
3. Kurangnya pengetahuan dan kesadaran masyarakat.
4. Kebijakan pemerintah tentang pengobatan opioid serta adanya opiophobia di kalangan masyarakat Indonesia
5. Belum maksimalnya penyediaan pelayanan paliatif care yang lebih kondusif bagi pasien dan keluarga.

Perlu adanya perbaikan dalam layanan perawatan paliatif yaitu dengan melakukan pelatihan terkait perawatan paliatif. Tenaga kesehatan perlu memperhatikan aspek spiritual pada pasien paliatif dan memperhatikan

kenyamanan dan privacy pasien dalam layanan perawatan paliatif (Enggune et al, 2014)

Ketersediaan layanan perawatan paliatif yang belum merata dapat mengakibatkan penderitaan yang seharusnya tidak terjadi atau dapat diminimalkan pada pasien dengan penyakit kronis, kanker dan penyakit lain yang memengaruhi kualitas hidupnya. Perawatan paliatif yang tepat dan memberikan manfaat yang optimal ketika pelayanan ini diperkenalkan sejak awal pada saat diagnosis penyakit serius atau penyakit yang membatasi kehidupan. Perawatan paliatif yang tepat dan penatalaksanaan yang tepat akan membawa manfaat yang optimal bagi pasien dan keluarga. Faktanya bahwa perawatan paliatif meningkatkan kualitas hidup pasien secara konsisten baik nonhospice maupun *hospice care* (Kelley and Meier 2010).

Idealnya, layanan perawatan paliatif harus diberikan dari saat awal diagnosis penyakit yang mengancam jiwa, beradaptasi dengan meningkatnya kebutuhan pasien kanker dan keluarga saat penyakit berkembang menjadi fase terminal. Dukungan juga harus diberikan kepada pasien dan keluarga dalam menghadapi proses berduka dalam menghadapi penyakitnya.

Perkembangan layanan perawatan paliatif harus melibatkan multidisiplin keilmuan berbasis masyarakat dan rumah dengan mempertimbangkan faktor lingkungan, sosial, budaya, ekonomi, dan spiritual masyarakat. Agar layanan perawatan paliatif mampu menanggapi kebutuhan pasien dan keluarga, maka perlu ditingkatkan pengetahuan, kebijakan dan kompetensi tenaga kesehatan agar terlaksana layanan yang bermutu, komprehensif dan holistik. Seperti halnya layanan perawatan paliatif harus dikaitkan secara strategis layanan pencegahan, deteksi dini dan pengobatan kanker baik untuk orang dewasa maupun anak-anak.

Jaringan tim perawatan paliatif di seluruh tingkat kesehatan (World Health Organization 2020):

1. Tingkat perawatan tersier, meliputi: Rumah sakit nasional atau daerah. Dengan tim sebagai berikut:
 - a. Tim perawatan paliatif spesialis: dokter, perawat, pekerja sosial paruh waktu dan apoteker.
 - b. Semua dokter dan perawat yang menangani pasien kanker memberikan perawatan paliatif dasar,
 - c. Diawasi oleh tim spesialis.

2. Tingkat perawatan sekunder, meliputi Rumah sakit kabupaten.

Dengan tim sebagai berikut:

- a. Tim perawatan paliatif spesialis: dokter, perawat yang mengawasi primer.
- b. klinik perawatan kesehatan, pekerja sosial paruh waktu dan apoteker.

3. Tingkat perawatan primer

Meliputi tenaga perawat terlatih dalam perawatan paliatif dasar yang diawasi oleh tingkat kabupaten dan yang melatih dan mengawasi relawan masyarakat dan pengasuh keluarga.

4. Tingkat komunitas

Tokoh masyarakat, pengobat tradisional dan pengasuh keluarga, yang dilatih untuk memberikan perawatan berbasis rumah dasar, dan yang diawasi oleh perawat tingkat perawatan primer.

Di seluruh tingkat perawatan, layanan dapat diberikan melalui rawat inap, rawat jalan dan perawatan berbasis rumah (WHO, 2020). Tiga langkah diperlukan sebagai dasar untuk mengembangkan perawatan paliatif dengan masyarakat:

1. Kebijakan pemerintah untuk memastikan integrasi layanan perawatan paliatif ke dalam struktur dan pembiayaan sistem pelayanan kesehatan nasional;
2. Kebijakan pendidikan untuk memberikan dukungan bagi pelatihan profesional perawatan kesehatan, relawan dan masyarakat;
3. Kebijakan obat untuk memastikan ketersediaan obat esensial untuk pengelolaan nyeri dan gejala lain dan tekanan psikologis, khususnya, analgesik opioid untuk pereda sakit.

Ketiga langkah ini diperlukan, bersama dengan kepemimpinan yang berkomitmen, untuk mencapai tujuan program perawatan paliatif yang efektif.

2.2 Paliatif care dan Hospice Care

Keperawatan paliatif atau palliatif care dan hospice care keduanya merupakan pelayanan yang diberikan untuk membawa kenyamanan dan kelegaan bagi pasien dan keluarga, tetapi ada perbedaan dalam beberapa hal penting. Untuk mendapatkan perawatan yang tepat, pasien dan keluarga perlu harus memiliki pengetahuan yang cukup terhadap pelayanan yang ditawarkan dalam memenuhi kebutuhannya. Berikut adalah perbedaan perawatan paliatif dan hospice care.

2.2.1 Perawatan Paliatif (Palliatif Care)

Perawatan paliatif adalah perawatan pada seorang pasien dan keluarganya yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan cara memaksimalkan kualitas hidup pasien serta mengurangi gejala yang mengganggu, selain itu juga melalui pengurangan nyeri, dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien (Watson et al. 2019).

Perawatan paliatif bertujuan untuk meringankan rasa sakit dan membantu masalah lain yang bukan mengancam jiwa pasien. Membantu pasien yang mengalami dampak penyakit dengan gejala jangka panjang seperti kanker, penyakit ginjal atau AIDS, stroke atau dengan efek samping dari perawatan. Perawatan paliatif tidak mengantikan perawatan lain. Tetapi perawatan tambahan yang membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi dampak penyakit seperti nyeri, mual dan lain-lain.

Konsep perawatan paliatif adalah (WHO, 2020).

1. Perawatan paliatif adalah kebutuhan kemanusiaan yang mendesak di seluruh dunia
2. Diberikan pada penderita kanker dan penyakit kronis lainnya.
3. Perawatan paliatif sangat dibutuhkan di masyarakat, di mana proporsi tinggi pasien yang hadir dalam stadium lanjut dan kecil kemungkinan untuk sembuh.
4. Layanan perawatan paliatif yang efektif diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang ada di semua tingkat perawatan, terutama komunitas dan perawatan berbasis rumah.

Perawatan paliatif merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara meringankan penderitaan terhadap rasa sakit dan memberikan dukungan fisik, psikososial dan spiritual yang dimulai sejak tegaknya diagnosa hingga akhir kehidupan pasien (WHO, 2020).

Perawatan paliatif juga merupakan suatu pendekatan dalam perawatan pasien yang terintegrasi dengan terapi pengobatan untuk mengoptimalkan kualitas hidup pasien dengan penyakit kronis atau mengancam jiwa (Dahlin 2015).

American Society of Clinical Oncology telah mengidentifikasi karakteristik pasien yang harus menerima perawatan paliatif tetapi bukan pengobatan kuratif; karakteristik ini berlaku untuk pasien dengan penyakit lain juga.

1. Pasien memiliki keterbatasan kemampuan untuk merawat dirinya sendiri.
2. Pasien telah menerima pengobatan kuratif dan tidak lagi merasakan manfaatnya.
3. Pasien tidak memenuhi syarat untuk uji klinis yang sesuai.
4. Tidak ada bukti bahwa pengobatan lebih lanjut akan efektif.

2.2.2 Hospice care

Konsep hospice berasal dari Bahasa Inggris, artinya memenuhi dengan sangat baik semua kebutuhan. Dengan fokus dari perawatan adalah keluarga bukan hanya pasien. *Hospice* dapat berupa beberapa bentuk yaitu *free standing hospice*, program *hospital based* dan program *community* atau *home based* (Smeltzer 2013). Bentuk *free standing hospice* membutuhkan biaya yang lebih besar, sehingga perawatan sering diberikan dengan mengkoordinasikan layanan yang diberikan baik oleh rumah sakit maupun oleh komunitas.

Hospice care adalah pelayanan perawatan khusus dari perawatan komprehensif yang diberikan kepada orang-orang yang memiliki penyakit serius, yang progresif, serta kepada keluarganya (Armstrong-Dailey et al, 2001).

Hospice care adalah layanan perawatan pasien terminal di mana pengobatan terhadap penyakitnya tidak diperlukan lagi. Perawatan ini bertujuan meringankan penderitaan dan rasa tidak nyaman dari pasien, berlandaskan pada aspek bio-psiko-spiritual pada pasien di akhir hayat. Perawatan *hospice*

memprioritaskan kenyamanan dan kualitas hidup dengan mengurangi rasa sakit dan penderitaan

Hospice care merupakan layanan memberikan dukungan dan perawatan yang diberikan pada pasien yang berada pada beberapa bulan terakhir kehidupannya karena suatu penyakit yang tidak dapat disembuhkan sehingga pasien dapat merasakan nyaman dan dapat menjalani kehidupannya dengan optimal. Perawatan *hospice* telah berubah menjadi spesialisasi, perawat sebagai bagian dari tenaga perawatan *hospice* diharapkan memiliki pengetahuan yang komprehensif dan ketrampilan teknis yang baik dalam mengatasi nyeri pasien dan memberi perawatan paliatif lainnya. Perawat perlu memahami psikologis pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit dan proses berduka. Perawatan *hospice* ini sebagaimana besar dilakukan di rumah sendiri, atau di rumah yang dikelola untuk khusus perawatan *hospice*. Perawatan *hospice* berfokus pada perawatan, kenyamanan, dan kualitas hidup seseorang dengan penyakit serius yang mendekati akhir hayat. *Hospice care* dirancang untuk situasi saat pasien merasakan bahwa perawatan di rumah sakit tidak merespons upaya medis untuk menyembuhkannya atau memperlambat perkembangan penyakitnya (Potter and Perry 2001).

Seperti perawatan paliatif, *hospice* memberikan perawatan kenyamanan yang komprehensif serta dukungan untuk keluarga, tetapi di *hospice*, upaya untuk menyembuhkan penyakit pasien tersebut dihentikan. *Hospice* disediakan untuk pasien dengan penyakit terminal yang menurut dokter dia memiliki beberapa bulan untuk hidup jika penyakitnya berjalan dengan sendirinya.

Penting bagi pasien dan keluarga untuk mendiskusikan pilihan untuk menggunakan layanan *hospice care* dengan tenaga kesehatan yang merawatnya mereka. Perawatan *Hospice* adalah pendekatan untuk merawat, sehingga tidak terikat pada tempat tertentu. Ini dapat ditawarkan baik oleh organisasi pengelola layanan maupun secara personal. Layanan perawatan *hospice* dapat dilakukan di fasilitas seperti panti jompo, rumah sakit, atau bahkan di pusat perawatan terpisah. Perawatan *hospice* menyatukan interdisipliner dengan keterampilan khusus di antaranya perawat, dokter, pekerja sosial, penasihat spiritual, dan sukarelawan terlatih. Setiap orang bekerja sama dengan pasien, pengasuh, dan atau keluarga untuk memberikan dukungan medis, emosional, dan spiritual yang dibutuhkan.

Hospice care adalah perawatan kenyamanan tanpa tujuan kuratif. Pasien tidak lagi memiliki pilihan kuratif atau memilih untuk tidak melanjutkan pengobatan

karena efek sampingnya lebih besar daripada manfaatnya. Pelayanan terpadu yang memberikan dukungan kepada pasien supaya merasa hidup lebih nyaman dan damai diakhir kehidupan.

Penting untuk diingat bahwa menghentikan pengobatan yang ditujukan untuk menyembuhkan penyakit tidak berarti menghentikan semua pengobatan. Contohnya adalah ketika orang yang lebih tua dengan diagnosis kanker. Jika dokter menentukan bahwa kanker tidak merespon kemoterapi dan pasien memilih untuk masuk ke perawatan hospice, maka kemoterapi akan dihentikan. Perawatan medis lainnya dapat dilanjutkan selama itu membantu. Misalnya, jika orang tersebut memiliki tekanan darah tinggi, dia akan tetap mendapatkan obat untuk itu.

Perawatan *Hospice* dan perawatan paliatif keduanya bertujuan untuk meminimalkan penderitaan penyakit serius. Mereka menghormati nilai-nilai dan keinginan individu dan menjaga martabat manusia.

Pelayanan perawatan hospice menggunakan pendekatan holistik, di mana komponen penting dalam melayani pasien adalah secara fisik, psikologis, social dan spiritual. Pelayanan perawatan *hospice* secara fisik diberikan untuk mempertahankan kesejahteraan fisik. Rasa nyeri, status cairan dan nutrisi merupakan dimensi penting dalam asuhan fisik di mana pasien difase terminal, pasien kanker sering mengalami gejala kaheksia, dan serostomia sebagai akibat ketidakseimbangan status cairan dan nutrisi.

Perawatan hospice dalam pelayanan psikososial adalah memberikan pelayanan dalam memenuhi kebutuhan psikososial akibat penyakitnya. Kecemasan, depresi, berduka, ketakutan akan kematian, kehilangan merupakan di antara masalah psikologis yang di alami pasien dan keluarga. Perawat perlu memahami proses berduka dan kehilangan yang dialami oleh pasien dan keluarga sehingga dapat membantu melalui fase kehilangan dan berduka dengan baik dan konstruktif.

Pendekatan spiritual dalam memberikan pelayanan perawatan hospice sangat diperlukan oleh pasien dan keluarga. Ketidakadekuatan pasien dalam menghadapi masalah fisik dan psikologis dapat memengaruhi spiritualitas pasien dan keluarga. Spiritualitas memberikan dimensi luas pada pandangan holistik. Dalam kondisi terminal, kebutuhan akan kesejahteraan spiritual sangat dibutuhkan baik oleh pasien dan keluarganya. Spiritualitas akan memengaruhi mekanisme coping seseorang dalam menerima penyakit dan kondisinya (Masruroh et al, 2021).

Kesejahteraan spiritual dalam pelayanan perawatan hospice adalah pemenuhan rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri pasien dengan orang lain, dengan lingkungan dan dengan kehidupan yang Tertinggi. Keharmonisan ini dapat dicapai melalui keseimbangan antara nilai, tujuan, sistem keyakinan dan hubungan dengan diri sendiri dan orang lain serta kekuatan yang Maha Tinggi.

Ketika penyakit, kesakitan, kehilangan menyerang seseorang, kekuatan spiritual dapat membantu kearah penerimaan dan rasa pengharapan yang dapat memberikan energi bagi pasien. Untuk itu kunci keberhasilan dalam memberikan perawatan *hospice* dan dukungan spiritual adalah mendapatkan pemahaman tentang dimensi spiritual pasien dan keluarga (Potter and Perry 2001).

Bab 3

Model Pelayanan Keperawatan Paliatif

3.1 Pendahuluan

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan lebih baik. Perawatan paliatif dan hospis merupakan pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya (Rochmawati, Wiechula and Cameron, 2016).

Pelayanan perawatan paliatif pada pasien dengan penyakit kronis dan stadium lanjut atau akhir dapat dilakukan di fasilitas pelayanan Kesehatan atau di rumah pasien. Beberapa model pelayanan perawatan paliatif yang biasa dilakukan seperti perawatan di rumah, rawat inap maupun rawat jalan di rumah sakit yang menyediakan layanan dan konsultasi, dan hal tersebut telah dilakukan lebih dari 30 tahun di negara yang telah menyediakan pelayanan perawatan paliatif (Yodang, 2018).

Pengelolaan jasa paliatif di Indonesia tengah dalam era perkembangan serta sedang amat terbatas pada rumah sakit khusus serta jumlah daya kesehatan yang mengerti akan skema jasa paliatif juga sedang amat terbatas (Effendy, 2014). Prinsip perawatan *palliative* adalah menghormati atau menghargai martabat dan harga diri dari pasien dan keluarga pasien, dukungan untuk caregiver (Fitria, 2010). Kepuasan dengan prestasi perawat di rumah sakit terdapat hubungan dalam memberikan pelayanan keperawatan (Suprapto, 2019).

Pelayanan dengan perawatan paliatif ini dipandang penting untuk diterapkan secara merata disetiap rumah sakit. Terutama rumah sakit yang mempunyai perhatian lebih dalam setiap pelayanannya, khususnya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien, apakah mempunyai perbedaan pengetahuan, sikap dan praktik perawat dalam melaksanakan perawatan paliatif dengan rumah sakit umum yang juga melakukan pelayanan yang sama (Suprapto, 2022).

3.2 Model Pelayanan Keperawatan Paliatif

Berkembangnya kehidupan manusia yang menjadi lebih modern turut berimplikasi dengan bagaimana derajat kesehatan manusia. Perspektif manusia tentang kesehatan dan perawatan kesehatan juga turut mengalami perubahan. Karena manusia mulai menyadari pentingnya pergeseran paradigma dari bertumpunya pelayanan kesehatan pada bidang fisik dan rumah sakit saja menjadi pelayanan yang lebih terintegrasi. Rumah sakit juga turut menyadari bahwa perpindahan model perawatan dan pelayanan kesehatan sangat penting untuk dilakukan. Salah satunya yaitu dengan melibatkan keluarga pasien ke dalam perencanaan dan pemberian layanan kesehatan. Beberapa penelitian yang ada menunjukkan kolaborasi model perawatan tersebut menghasilkan tingkat kepuasan konsumen yang lebih tinggi, perawatan dan kepatuhan pasien yang lebih baik, kinerja tim yang efektif, dan peningkatan koordinasi perawatan yang maksimal. Dilibatkannya keluarga pasien tentu membutuhkan profesi lain yang memadai, dan profesi yang memang concern terhadap kondisi tersebut. Unit pelayanan khusus paliatif di rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan pada pasien dengan penyakit terminal atau penyakit stadium akhir. Seyogyanya pelayanan tersebut tersedia kapan saja sehingga

pasien dapat mengakses pelayanan tersebut disaat pasien membutuhkan atau mengalami perubahan status Kesehatan yang semakin memburuk (Yodang, 2018)

3.2.1 Perawatan Suportif

Perawatan suportif didefinisikan sebagai kebutuhan dari penyintas suatu penyakit terhadap penyediaan layanan dan perawatan untuk mengobati gejala atau mengurangi dampak sakit yang dirasakan pada kehidupan mereka. Perawatan suportif bagi penyintas merupakan bagian penting dari proses perawatan dan akan memengaruhi kualitas hidup mereka (Rosdiana and Afiyanti, 2020). Kebutuhan perawatan suportif dapat muncul kapan saja sepanjang perjalanan penyakit, dari diagnosis, hingga akhir pengobatan, dan bahkan selama fase paliatif. Kebutuhan ini dapat dikategorikan ke dalam lima domain utama, termasuk psikologis, sistem dan informasi kesehatan, kehidupan fisik dan sehari-hari, perawatan dan dukungan pasien, dan seksualitas (Mohammadzadeh et al., 2019).

Perbedaan dalam kebutuhan perawatan suportif telah mengarahkan orang lain untuk menyimpulkan bahwa kebutuhan perawatan suportif bergantung secara budaya (Lam et al., 2011). Temuan di Indonesia, studi Williams et al (2018), terhadap 343 perempuan dengan kanker ginekologi di Australia Barat menemukan bahwa lima kebutuhan perawatan suportif tertinggi di dalamnya mendapat informasi hasil tes sesegera mungkin (54,8%), ketakutan tentang penyebaran kanker (53,7%), mendapat perawatan seperti kasus penyakit lain (51,9%), akses informasi tentang kanker yang terkendali atau berkurang (50,7%) dan akses informasi yang cukup tentang manfaat dan efek samping dari perawatan sebelum mereka memilih untuk menjalani perawatan (49,9%).

Petugas perawatan paliatif yang memberikan pelayanan di rumah pasien bukan hanya fokus mengatasi masalah fisik tetapi juga masalah yang berkenaan dengan aspek emosional, spiritual, dan psikologis, bahkan hal yang berkenaan dengan masalah financial dan hukum sebagai hal penting dalam pelayanan paliatif. Selain dokter dan perawat yang memberikan pelayanan paliatif untuk pasien dan keluarga, beberapa tenaga profesional lainnya yang merupakan anggota tim dari pelayanan paliatif adalah rohaniawan, pekerja sosial medik maupun praktisi pengobatan komplementer dan alternatif. Perawat berperan sebagai kordinator pelayanan perawatan paliatif. Sedangkan dokter paliatif dapat berperan sebagai konsulen untuk menyediakan layanan konsultasi

mengenai tata Kelola nyeri maupun keluhan atau gejala yang lainnya yang lebih dikenal istilah symptom management (Yodang, 2018).

Takut kambuh adalah tema yang berulang muncul, Perawatan suportif yang umum dilaporkan adalah bantuan untuk mengurangi stress, mengelola efek samping, mengatasi kekhawatiran kambuhnya kanker dan mendapatkan kepastian bahwa penyedia layanan kesehatan memberikan perawatan medis terbaik (Reb and Cope, 2019). Perawatan suportif pada penyintas penyakit memiliki banyak kebutuhan baik secara fisik dan psikologis seperti mendapatkan informasi saat diagnosis dan menjalani pengobatan. Diagnosis penyakit kanker merupakan momok menakutkan bagi pasien dan memengaruhi kualitas hidup mereka. Oleh karena itu, selain memberikan perhatian dan dukungan psikososial kepada penyintas penyakit, perawatan suportif bagi penyintas merupakan bagian penting dari proses perawatan dan akan memengaruhi kualitas hidup mereka.

3.2.2 Pelayanan Rawat Inap

Menurut Yodang (2018), ada beberapa jenis model pelayanan rawat inap perawatan paliatif, berikut di bawah ini:

1. Rumah Hospis

Rumah hospis menyediakan tim perawatan multidisiplin hal ini bertujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien yang begitu kompleks atau adanya perubahan kebutuhan dasar dari pasien dengan kondisi di mana hidup terbatasi akibatnya penyakit yang diderita, serta kebutuhan keluarga pasien. Rumah hospis dapat menjadi unit yang terpisah dan mandiri dalam area rumah sakit atau rumah perawatan. Beberapa bentuk layanan yang diberikan di rumah hospis yaitu berupa pengontrolan gejala maupun keluhan, rehabilitasi, perawatan akhir kehidupan atau perawatan menjelang ajal, dukungan rawat jalan, konseling keluarga, perawatan sehari dan dukungan masa berduka. Tim dalam pelayanan paliatif di rumah hospis terdiri dari perawat, dokter, fisioterapi, okupasi terapi, pekerja sosial medik, rohaniawan, relawan, dan kadang juga psikologis/konselor, serta berbagai praktisi terapi komplementer dan alternatif. Bentuk lain

rumah hospis berupa day hospis, yang memiliki tujuan sebagai berikut:

- a. Mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup
 - b. Menyediakan pelayanan holistik melalui tim multidisiplin
 - c. Melakukan rehabilitasi
 - d. Melanjutkan perawatan yang telah dilakukan melalui kerjasama interdisiplin dan antar institusi pelayanan kesehatan.
 - e. Membantu pasien untuk tetap dapat melanjutkan aktivitas rutinnya di rumah sepanjang pasien merasakan mampu dan mungkin untuk melakukannya.
2. Perawatan paliatif di rumah sakit
- Penyediaan layanan perawatan paliatif di rumah sakit lebih menguntungkan jika dibandingkan dengan layanan paliatif lainnya. Hal tersebut diakibatkan komposisi petugas di pelayanan perawatan paliatif memiliki standar dan kualifikasi yang tinggi, serta peluang untuk melibatkan tenaga profesional lainnya seperti fisioterapi, rohaniawan, pekerja sosial medik, okupasi terapi menjadi lebih memungkinkan terutama disaat pasien dalam kondisi terminal. Beberapa ruang perawatan paliatif di rumah sakit didesain menyerupai suasana rumah di mana keluarga dan kerabat diijinkan untuk tetap berada menemani pasien hingga malam.

3. Rumah perawatan (Nursing Homes)

Rumah perawatan menyediakan unit perawatan khusus untuk pasien yang menjelang ajal/kematian, akan tetapi kebanyakan fasilitas rumah perawatan mengijinkan pasien untuk menjalani perawatan menjelang ajal di ruang perawatannya, pemilahan ruang perawatan biasanya berdasarkan pilihan pasien. Beberapa rumah perawatan diidentifikasi juga menyediakan layanan khusus perawatan paliatif, yang selanjutnya beberapa dari rumah perawatan tersebut menginisiasi untuk mengintegrasikan pelayanan hospis dalam rumah perawatan. Hal tersebut untuk memfasilitasi pasien yang tidak dapat dirawat di rumahnya ataupun memungkinkan di rawat di rumah sakit,

sehingga pasien dengan penyakit terminal dapat memanfaatkan pelayanan rumah perawatan.

3.3 Prinsip Pelayanan Keperawatan Paliatif

Pelayanan paliatif bermaksud guna mengurangi penderitaan pesakit, menambah mutu hidupnya, dan memberikan sokongan pada keluarganya. Jadi, tujuan penting pemeliharaan paliatif ialah bukan untuk mengobati penyakit, tapi lebih pada kenaikan mutu hidup, dan yang ditangani pada pemeliharaan paliatif tidak hanya penderita, melainkan pula keluarganya. Walaupun pada akibatnya penderita tutup usia, yang terutama saat sebelum wafat, penderita telah siap secara psikis dan rohaninya, serta tidak banyak pikiran mengalami penyakit yang dideritanya. saat mengalami ambang akhir hidup, diharapkan pesakit hendak memperoleh hal die in dignity (husnul khotimah).

Menurut Yodang (2018), prinsip pelayanan keperawatan paliatif, sebagai berikut:

1. Perilaku dalam merawat

Perilaku caring merupakan suatu hal yang mendasar dalam pelayanan pasien diperawatan paliatif. Penetapan diagnosis dengan benar dan pemberian obat-obatan yang sesuai pada kondisi pasien mungkin tidak akan efektif bila aspek yang lain pada pasien diabaikan. Pelayanan perawatan membutuhkan komitmen dari para praktisi yang terlibat untuk dapat mensukseskan proses perawatan. Setiap pasien merupakan individu yang unik, sehingga mengklasifikasikan pasien pasien berdasarkan kesamaan penyakit/keluhan terkadang membuat masalah non fisik pasien terabaikan seperti masalah psikososial. Perbedaan karakteristik pasien yang unik tersebut dapat menjadi atau menyebabkan timbulnya masalah lain sehingga disaat merencanakan proses keperawatan hal tersebut menjadi salah satu perhatian.

2. Komunikasi

Komunikasi yang baik merupakan hal terpenting untuk pasien dan keluarga yang menginginkan informasi yang lebih detail mengenai penyakitnya, terutama dalam hal menyampaikan berita buruk tidaklah mudah, terdakang menjadi hal yang tabu untuk dibicarakan dan belum diterima oleh sebagian kalangan. Ada beberapa hal yang perlu diperhatikan dalam komunikasi yaitu; siapa yang menyampaikan, bagaimana cara menyampaikan dan apa yang akan disampaikan.

3. Perawatan

Intervensi yang sesuai merupakan hal yang terpenting dalam pelayanan perawatan paliatif. Perawat harus memperhatikan dan melakukan observasi disaat pasien mendapatkan intervensi, yang membatasi segala hal yang memungkinkan timbulnya keluhan tambahan serta memantau prognosis dan kondisi pasien. Penilaian keberhasilan perawatan paliatif yang bersifat simptomatik dan supportif didasarkan pada laporan pasien yang mengungkapkan bahwa mereka merasakan adanya penurunan keluhan dan menyatakan kondisinya membaik dari pada sebelumnya.

3.4 Kerjasama Interprofesional dalam Pelayanan Perawatan Paliatif

Kerjasama secara interprofesional merupakan hal terpenting dalam proses pelayanan keperawatan, salah satunya termasuk dalam perawatan paliatif. Bersamaan dengan perkembangan penyakit pasien, gejala dan keluhan pasien akan menjadi semakin kompleks, penanganan dengan berbagai perseptif menjadi hal yang dibutuhkan, sehingga pola pelayanan dengan interprofesional dapat dilakukan untuk meningkatkan kualitas dan efektivitas layanan (Yodang, 2018).

Beberapa model perawatan pasien paliatif ditawarkan untuk meningkatkan interaksi antar disiplin profesi kesehatan, salah satunya perawatan berbasis tim. Model ini diasosiasikan dengan peningkatan outcome perawatan terutama

dalam perawatan pasien dengan kondisi medis yang kompleks (Wen and Schulman, 2014). Boon et al (2004) menawarkan 7 model perawatan pasien yang berkelanjutan, yaitu bersifat paralel, konsultatif, kolaboratif, terkoordinasi, multidisipliner, interdisipliner, dan terintegrasi. Kolaborasi berbagai perspektif dalam perawatan kesehatan memberikan manfaat yang beragam, baik dari segi pengetahuan maupun pengalaman (Mitchell et al., 2012). Manfaat yang didapatkan tersebut bukan hanya bagi pasien atau caregiver, namun juga bagi praktisi maupun institusi pelayanan Kesehatan (Leclerc et al., 2014)

Menurut Yodang (2018), untuk membangun suatu tim yang baik dan berkualitas membutuhkan seperangkap nilai-nilai di bawah ini:

1. Humor
Humor memiliki kekuatan untuk mengajarkan sesuatu, menginspirasi, dan memotivasi. Akan tetapi perlu untuk selalu memperhatikan situasi kerja kapan saatnya melakukan humor sehingga tidak terjadi kesalah pahaman di dalam anggota tim.
2. Mudah untuk berkomunikasi
Mudah berkomunikasi dapat membangun budaya diskusi sesama anggota tim terutama disaat menghadapi situasi kritis di mana kondisi pasien memburuk.
3. Memahami kebutuhan orang lain
Anggota tim harus memiliki pandangan dan wawasan yang luas serta sikap terbuka dalam hal baru, dan juga mampu memahami kondisi setiap anggota tim, karena setiap anggota memiliki keahlian atau keterampilan dan pengalaman yang berbeda.
4. Percaya diri dan saling percaya
Percaya diri dan saling percaya menjadi dasar sebagai karakteristik individu dalam kesuksesan kelompok atau tim, dan dapat dijadikan sebagai prinsip dalam bekerja secara tim.
5. Menikmati pekerjaan
Menikmati pekerjaan akan menimbulkan kepuasan, sehingga kepuasan tersebut akan membuat seseorang merasa lebih nyaman dalam bekerja.

6. Kepedulian

Kepedulian menjadi sifat dasar dalam membangun tim yang baik, dan setiap anggota tim harus merasa dirinya berharga dan peduli.

3.5 Peran dalam Tim Paliatif

Kolaborasi interdisiplin dalam pelayanan perawatan paliatif memiliki tujuan sebagai bentuk penghargaan para anggota tim paliatif terhadap nilai yang dimiliki oleh pasien dan keluarga sekaligus untuk menunjukkan nilai yang dimiliki oleh tim sebagai tenaga profesional. Tim multidisiplin terdiri atas praktisi dari berbagai disiplin ilmu, masing-masing mengembangkan rencana perawatan, namun bersifat independent (Leclerc et al., 2014). Sedangkan praktik interdisipliner didefinisikan sebagai suatu kemitraan antara tim profesional kesehatan dan pasien dalam bentuk perawatan partisipatif, kolaboratif dan terkoordinasi dalam proses pengambilan keputusan bersama terhadap masalah kesehatan pasien (Orchard, Curran and Kabene, 2005). Dalam mencapai tujuan pelayanan paliatif, dibutuhkan keterlibatan antara tenaga medis dan dukungan keluarga.

Adapun tim perawatan paliatif terdiri dari:

1. Perawat

Perawat menjadi anggota tim yang biasanya akan memiliki kontak terlama dengan pasien sehingga memberikan kesempatan unik untuk mengetahui kondisi pasien, menilai secara mendalam apa yang terjadi dan apa yang penting bagi pasien, dan untuk membantu pasien mengatasi dampak kemajuan penyakit.

2. Dokter

Dokter memainkan peran penting dalam pelayanan paliatif. Dokter harus kompeten di kedokteran umum, kompeten dalam pengendalian rasa sakit dan gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pengelolaan penyakit pasien.

3. Pekerja sosial dan psikologis

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial, penyakit dan kecacatan, serta

memberikan dukungan emosional/konseling selama perkembangan penyakit dan proses berkabung. Masalah pribadi biasanya akibat disfungsi keuangan, terutama karena keluarga mulai merencanakan masa depan.

4. Fisioterapis

Pada pelayanan perawatan paliatif tujuan fisioterapi adalah untuk meminimalisir sumber-sumber yang menyebabkan kelemahan pada pasien dalam mengatasi masalah fisik dan non fisik pasien dengan menerapkan intervensi non farmakologis, meningkatkan kemampuan mobilitas, dan mengelola masalah pasien, serta mengajarkan keterampilan kepada pasien dan keluarga dalam mengantisipasi gejala fisik.

5. Apoteker

Terapi obat menjadi komponen utama dari manajemen gejala dalam perawatan paliatif, sehingga apoteker mempunyai peranan penting. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting ke obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker juga dibutuhkan untuk mendukung tim kesehatan dengan memberikan informasi mengenai dosis obat, interaksi obat, formulasi yang tepat, rute administrasi, dan alternatif pendekatan.

6. Okupasi terapis

Okupasi terapis dalam pelayanan perawatan paliatif memiliki peran utama dalam merancang atau mendesain alat bantu sesuai dengan kondisi, sehingga pasien dapat tetap beraktivitas di rumah.

7. Ahli gizi

Pengelolaan secara efektif terhadap masalah yang berhubungan dengan kebutuhan nutrisi pasien dapat membantu meningkatkan kualitas hidup pasien, karena kehilangan atau penurunan berat yang cukup signifikan dapat menyebabkan kelemahan. Selain itu, ahli gizi juga dapat melakukan pengkajian terhadap pasien dan keluarganya mengenai diet dan makanan tambahan atau suplemen yang dibutuhkan oleh pasien sesuai dengan perkembangan penyakitnya.

8. Konselor spiritual

Konselor spiritual harus menjadi pendengar yang terampil dan tidak menghakimi, mampu menangani pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Sering juga berfungsi sebagai orang yang dipercaya sekaligus sebagai sumber dukungan terkait tradisi keagamaan, serta pengorganisasian ritual keagamaan.

Bab 4

Prinsip, Etik Legal, dan Kebijakan Nasional dalam Keperawatan Paliatif

4.1 Prinsip dan Kode Etik Keperawatan dalam Perawatan Paliatif

Kode etik keperawatan menurut American Nurses Association merupakan panduan untuk melaksanakan tanggung jawab keperawatan dengan cara yang konsisten dengan kualitas dalam asuhan keperawatan dan kewajiban etika profesi. Prinsip dan kode etik secara umum baik dalam tatanan global maupun nasional adalah sebagai berikut:

4.1.1 Accountability

Akuntabilitas berarti menerima tanggung jawab atas tindakan pribadi seseorang (Faubion, 2022b). Perawat bertanggung jawab kepada diri sendiri dan orang lain atas tindakannya sendiri. *American Nurses Association* mengemukakan bahwa perawat bertanggung jawab atas tindakan mereka saat

merawat pasien dan harus menerima konsekuensi pribadi dan profesional dari tindakan tersebut atau kelambanan apa pun.

4.1.2 Justice

Merupakan sebuah keadilan dan ketidakberpihakan. Perawat harus membuat keputusan yang adil dan tidak memihak mengenai perawatan pasien tanpa memandang ras, usia, orientasi seksual, atau status ekonomi pasien (Faubion, 2022b). Bahwa harus ada unsur keadilan dalam semua keputusan dan perawatan medis dan keperawatan. Perawat harus merawat semua pasien dengan tingkat keadilan yang sama terlepas dari kemampuan finansial individu, ras, agama, jenis kelamin, dan/atau orientasi seksual (Gaines, 2021).

4.1.3 Nonmaleficence

Tidak merugikan (disengaja atau tidak disengaja). Perawat harus memberikan perawatan yang mencerminkan standar untuk menghindari atau meminimalkan risiko pada pasien, tim kesehatan, atau organisasi (Faubion, 2022b). Ini adalah prinsip utama etika keperawatan yang paling terkenal. Lebih khusus lagi, itu adalah memilih intervensi dan perawatan yang akan menyebabkan kerusakan paling sedikit untuk mencapai hasil yang menguntungkan. Prinsip *nonmaleficence* memastikan keselamatan pasien dan masyarakat dalam semua pemberian perawatan (Gaines, 2021).

4.1.4 Autonomy

Otonomi adalah prinsip etik yang ditunjukkan ketika seorang perawat menerima pasien sebagai orang yang unik dengan hak atas pendapat, nilai, keyakinan, dan haknya sendiri untuk membuat keputusan sendiri (Faubion, 2022b). Mengakui hak setiap individu pasien untuk menentukan nasib sendiri dan pengambilan keputusan. Sebagai advokat pasien, sangat penting bahwa perawat memastikan bahwa pasien menerima semua informasi medis, edukasi, dan pilihan untuk memilih pilihan yang terbaik bagi mereka. Ini mencakup semua potensi risiko, manfaat, dan komplikasi untuk membuat keputusan yang tepat. Setelah pasien memiliki semua informasi yang relevan, tim medis dan perawat dapat membuat rencana perawatan sesuai dengan keinginan medis pasien (Gaines, 2021).

Penting bagi perawat untuk mendukung pasien dalam keinginan medis mereka dan memastikan bahwa tim medis mengingat keinginan tersebut. Terkadang,

perawat perlu terus mengadvokasi pasien meskipun keinginan tersebut diungkapkan secara verbal karena tim medis mungkin tidak menyetujui keinginan tersebut. Banyak faktor yang dapat memengaruhi penerimaan atau penolakan pasien terhadap perawatan medis, seperti budaya, usia, jenis kelamin, orientasi seksual, kesehatan umum, dan sistem dukungan sosial (Gaines, 2021).

Disisi lain *autonomy* mengacu pada kemampuan perawat untuk bertindak sesuai dengan pengetahuan dan penilaian mereka saat memberikan asuhan keperawatan dalam ruang lingkup praktik mereka. Lingkup penuh dari praktik keperawatan seseorang ditentukan oleh peraturan, organisasi, dan aturan profesional yang ada (Faubion, 2022a)

4.1.5 Beneficence

Beneficence adalah tindakan melakukan apa yang baik dan benar bagi pasien. Prinsip etika ini mencakup amal dan kebaikan, yang membutuhkan tindakan perawat untuk memberi manfaat bagi orang lain (Faubion, 2022a). Perawat bertindak untuk kebaikan dan kesejahteraan orang lain dan termasuk atribut seperti kebaikan dan kemurahan hati (Gaines, 2021). Adapun *American Nurses Association* mendefinisikan ini sebagai "tindakan yang dipandu oleh belas kasih."

4.1.6 Fidelity

Kesetiaan adalah tindakan setia dan menepati janji. Hal ini ditunjukkan dengan menawarkan dukungan dan kesetiaan kepada seseorang, tujuan, atau kepercayaan. Dalam keperawatan, kesetiaan melibatkan menjadi setia pada profesi dan menghormati tanggung jawab memberikan asuhan keperawatan yang aman, kompeten, dan berkualitas tinggi (Faubion, 2022b).

4.1.7 Veracity

Veracity adalah prinsip pengungkapan kebenaran. Hal ini menuntut perawat untuk jujur dalam berinteraksi dengan pasien dan rekan kerja (Faubion, 2022b). Kejujuran terkadang dipandang sebagai salah satu prinsip etika keperawatan yang paling sulit untuk ditegakkan. Prinsip kejujuran menuntut perawat untuk benar-benar jujur kepada pasien. Itu berarti mengatakan yang sebenarnya, bahkan jika kebenaran dapat menyebabkan penderitaan pasien (Faubion, 2022c)

4.1.8 Confidentiality

Perlindungan privasi dan kerahasiaan sangat penting untuk menjaga hubungan saling percaya antara penyedia layanan kesehatan dan pasien dan merupakan bagian integral dari praktik profesional (ANA Center for Ethics and Human Rights, 2015). Perawat harus menjaga hak privasi pasien dan menjaga kerahasiaan semua informasi pasien. Menganjurkan privasi dan kerahasiaan pasien melibatkan mempromosikan lingkungan yang memberikan privasi fisik serta privasi pendengaran untuk memungkinkan diskusi atau konsultasi pribadi. Ini termasuk memberlakukan kebijakan dan praktik untuk melindungi kerahasiaan informasi pasien. Kesejahteraan, keselamatan, dan hak pasien harus menjadi faktor utama saat menggunakan penilaian profesional mengenai informasi rahasia tentang atau dari pasien, apa pun metode penyampaiannya (tertulis, lisan, elektronik). Cara terbaik untuk melindungi hak pasien atas kerahasiaan adalah dengan menerapkan aturan "need to know". Dengan kata lain, adalah kewajiban perawat untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan berbagi data yang relevan hanya dengan anggota tim kesehatan yang membutuhkan pengetahuan itu untuk melaksanakan tugas mereka terkait perawatan pasien (Faubion, 2022b).

4.2 Etik Legal dan Kebijakan

Etik legal dan kebijakan nasional tentang perawatan paliatif merupakan integral dari kebijakan secara global. Secara umum dimotori oleh WHO yang secara berkala dan berkesinambungan melakukan pembaharuan serta inovasi pada perawatan paliatif.

4.2.1 Kebijakan Global

Kebijakan tentang perawatan paliatif menyesuaikan dengan revisi tentang definisi perawatan paliatif untuk orang dewasa dan anak-anak ditetapkan oleh WHO pada 2002. Perawatan paliatif didefinisikan sebagai pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga mereka yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang benar dan pengobatan rasa sakit dan masalah lain, baik fisik, psikososial atau spiritual.

Pada Global Atlas of Palliative Care (Connor et al., 2020) dijabarkan tentang perawatan paliatif mencakup:

1. memberikan bantuan dari nyeri dan gejala menyedihkan lainnya;
2. menegaskan kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal;
3. tidak bermaksud untuk mempercepat atau menunda kematian;
4. mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dari perawatan pasien;
5. menawarkan sistem pendukung untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai kematian;
6. menawarkan sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi selama penyakit pasien dan dalam duka mereka sendiri;
7. menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk konseling dukacita, jika diindikasikan;
8. akan meningkatkan kualitas hidup, dan mungkin juga memengaruhi perjalanan penyakit secara positif;
9. dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, dalam hubungannya dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau terapi radiasi, dan mencakup pemeriksaan yang diperlukan untuk lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis yang mengganggu.

Pendidikan perawatan paliatif diperlukan pada tiga tingkatan:

1. Pelatihan perawatan paliatif dasar untuk semua profesional kesehatan dan paraprofesional termasuk dokter, perawat, profesional kesehatan mental, pendeta, sukarelawan dan terapis;
2. Pelatihan menengah bagi mereka yang secara rutin bekerja dengan pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa;
3. Pelatihan perawatan paliatif spesialis untuk pasien dengan kebutuhan manajemen gejala yang lebih kompleks dan bagi mereka yang akan mengajarkan perawatan paliatif dan melakukan penelitian

Perawatan paliatif untuk anak-anak mewakili bidang khusus, meskipun terkait erat dengan perawatan paliatif orang dewasa. Definisi WHO tentang

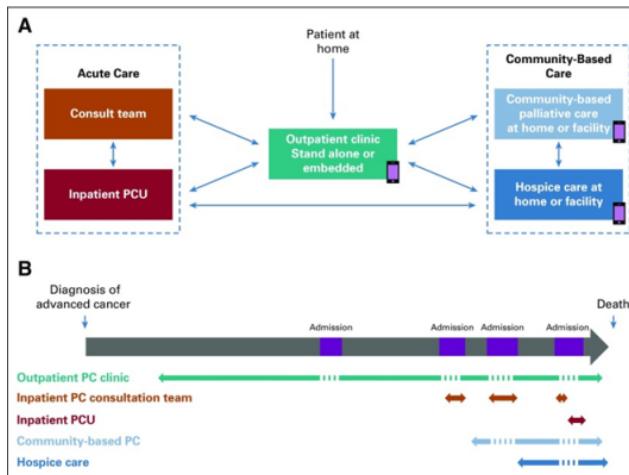
perawatan paliatif yang sesuai untuk anak-anak dan keluarga mereka adalah sebagai berikut; prinsip-prinsipnya berlaku untuk gangguan kronis pediatrik lainnya. Perawatan paliatif untuk anak adalah perawatan total aktif tubuh, pikiran, dan jiwa, dan juga melibatkan memberikan dukungan kepada keluarga.

1. Ini dimulai ketika penyakit didiagnosis dan berlanjut terlepas dari apakah anak menerima pengobatan yang diarahkan pada penyakitnya atau tidak
2. Penyedia layanan kesehatan harus mengevaluasi dan meringankan kondisi fisik, psikologis, dan distress sosial.
3. Perawatan paliatif yang efektif membutuhkan pendekatan multidisiplin yang luas meskipun termasuk keluarga dan memanfaatkan sumber daya masyarakat yang tersedia; bisa jadi berhasil dilaksanakan bahkan jika sumber daya terbatas.
4. Dapat diberikan di fasilitas perawatan tersier, di pusat kesehatan masyarakat dan bahkan di rumah anak-anak.

Kebijakan tentang perawatan paliatif sebagai bagian penting dari layanan Kesehatan terpadu yang berpusat pada masyarakat telah lama dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO, 2018). Menghilangkan penderitaan terkait kesehatan yang serius, baik itu fisik, psikologis, sosial, atau spiritual, adalah tanggung jawab etika global. Penyebab penderitaan dapat berupa penyakit kardiovaskular, kanker, kegagalan organ utama, tuberkulosis yang resistan terhadap obat, luka bakar parah, penyakit kronis stadium akhir, trauma akut, prematuritas lahir yang ekstrem atau kelemahan parah pada usia tua. Untuk itu WHO menyarankan perawatan paliatif mungkin diperlukan dan harus tersedia di semua tingkat perawatan. Mengingat setiap tahun diperkirakan 40 juta orang membutuhkan perawatan paliatif yang 78% dari mereka tinggal di negara berpenghasilan rendah dan menengah. Di seluruh dunia, dari keseluruhan yang membutuhkan perawatan paliatif, hanya sekitar 14% yang menerimanya. Di mana sebenarnya perawatan paliatif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga (WHO, 2020)

Terdapat model perawatan paliatif yang dikembangkan. Saat ini, lima model pemberian layanan utama perawatan paliatif spesialis, yaitu klinik perawatan paliatif rawat jalan, tim konsultasi perawatan paliatif rawat inap, unit perawatan paliatif akut. Perawatan paliatif berbasis komunitas, dan perawatan

rumah sakit, saling melengkapi untuk memberikan dukungan yang komprehensif perawatan dari diagnosis sampai akhir hayat. Kelima layanan ini berbeda dalam struktur tim, proses perawatan, populasi pasien, lokasi perawatan, dan model penggantian biaya (Hui & Bruera, 2020)



Gambar 4.1: Model layanan perawatan paliatif (Hui & Bruera, 2020)

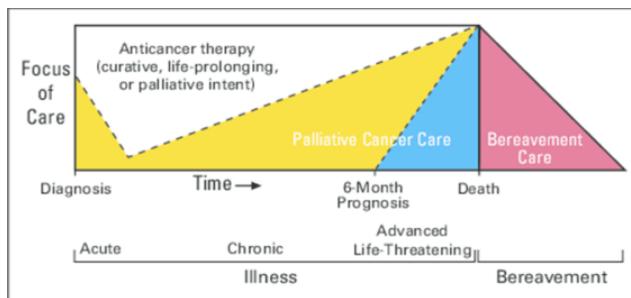
Dari gambar model tersebut dapat dijabarkan tentang tempat dan waktu perawatan paliatif sebagai berikut.

1. Perawatan di mana saja.

Klinik rawat jalan memfasilitasi akses ke perawatan paliatif dalam pengaturan rawat jalan sambil mengoordinasikan perawatan dengan model perawatan paliatif lainnya. Tim konsultasi rawat inap dan unit perawatan paliatif tersedia di fasilitas perawatan akut, sedangkan perawatan paliatif berbasis komunitas dan perawatan rumah sakit memungkinkan pasien dirawat di rawat jalan dan komunitas. Ikon ponsel cerdas menunjukkan jangkauan telehealth.

2. Perawatan kapan saja. Gambar ini menyoroti bagaimana kelima model layanan saling melengkapi untuk menyediakan perawatan paliatif yang komprehensif di sepanjang rangkaian kontinum penyakit bagi pasien dan keluarga mereka. Panah menunjukkan kerangka waktu umum keterlibatan pasien.

Sebagai gambaran perawatan paliatif secara spesifik adalah pada model perawatan paliatif pada kanker. Fokus perawatan mencakup dari awal proses hingga akhir.



Gambar 4.2: Model perawatan paliatif pada kanker (Ferris et al., 2009)

4.2.2 Kebijakan Nasional

Kebijakan tentang perawatan paliatif menjadi sebuah konsentrasi seiring meningkatnya harapan hidup yang dapat berhubungan dengan kenaikan risiko insiden dan prevalensi penyakit paliatif. Perkembangan ilmu kesehatan dan kemajuan teknologi saat ini menunjukkan adanya keselarasan dengan harapan hidup pasien yang lebih lama. Secara umum di Indonesia sebagian besar pasien mencari pertolongan kesehatan pada stadium yang sudah lanjut. Hal tersebut dapat berhubungan dengan angka harapan hidup yang lebih rendah dari negara maju (Witjaksono, 2021).

Perawatan paliatif di Indonesia pertama kali diinisiasi pada tahun 1992 di Surabaya. Pada tahun 2007 Menteri Kesehatan mengumumkan kebijakan nasional tentang perawatan paliatif. Tertuang dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang

kebijakan perawatan paliatif. Hal tersebut dilatarbelakangi meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa dan anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif kronis, cystic fibrosis, stroke, parkinson, dan heart failure. Begitu juga dengan penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS yang memerlukan perawatan paliatif.

Latar belakang lainnya adalah pada pasien dengan penyakit kronis pada stadium lanjut, selain mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami

gangguan psikososial dan spiritual yang memengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Sehingga kebutuhan pasien pada stadium lanjut tidak hanya pemenuhan atau pengobatan gejala fisik saja, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, social, dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif.

Selain itu masyarakat secara umum masih menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Hal tersebut belum selaras dengan konsep baru perawatan paliatif yang menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif sejak dini agar permasalahan fisik, psikososial, dan spiritual dapat diatasi dengan baik.

Perawatan paliatif merupakan layanan kesehatan holistik yang terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan didasari falsafah yang melihat bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya.

Sesuai Keputusan Menteri Kesehatan tersebut jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi:

1. Penatalaksanaan nyeri
2. Penatalaksanaan keluhan fisik lain
3. Asuhan keperawatan
4. Dukungan psikologis
5. Dukungan sosial
6. Dukungan kultural dan spiritual
7. Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (bereavement)

Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah. Adapun tempat untuk melakukan perawatan paliatif adalah di Rumah Sakit, Puskesmas, Rumah singgah / Panti (hospis), dan rumah pasien.

Bab 5

Prinsip Perawatan Paliatif Dan Manajemen Nyeri

5.1 Prinsip Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah perawatan pada seorang pasien dan keluarganya yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan cara memaksimalkan kualitas hidup pasien serta mengurangi gejala yang mengganggu, selain itu juga melalui pengurangan nyeri, dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien (Watson et al. 2019).

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan untuk mencapai kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama dan pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2002)

5.1.1 Tetapkan Prioritas untuk Perawatan Palliative

Sangat penting untuk menetapkan prioritas, karena sumber daya tidak akan pernah dapat memenuhi semua kebutuhan kesehatan.

Penetapan prioritas yang cermat sangat relevan dalam konteks terbatas sumber daya mengingat pentingnya memanfaatkan sumber daya yang sangat terbatas dengan sebaik-baiknya. Kriteria untuk memilih prioritas untuk perawatan paliatif perlu didiskusikan oleh komite yang mengarahkan keseluruhan proses perencanaan pengendalian kanker (World Health Organization 2020)

Untuk menetapkan prioritas di antara strategi perawatan paliatif untuk kanker:

1. Pertama mengidentifikasi pasien yang membutuhkan perawatan paliatif dan menilai:
 - a. Beban yang mereka wakili dalam hal mortalitas dan morbiditas;
 - b. Proporsi kasus pada stadium lanjut
 - c. Urgensi kebutuhan mereka (penghilang rasa sakit, kontrol gejala lain, dukungan sosial);
 - d. Dampak sosial dari penyakit tersebut (misalnya, apakah penyakit tersebut memengaruhi anak-anak, masyarakat kurang mampu dan pengasuh).
2. Kemudian pilih jenis strategi perawatan paliatif sesuai dengan:
 - a. efektivitas biaya;
 - b. keterjangkauan;
 - c. keberlanjutan;
 - d. daya tarik politik.

Dalam memebrikan pelayanan perawatan paliatif membutuhkan keterampilan dalam bidang berikut (World Health Organization 2020):

1. Komunikasi
2. Pengambilan keputusan
3. Manajemen komplikasi pengobatan dan penyakit
4. Manajemen nyeri dan gejala
5. Perawatan psikososial untuk pasien dan keluarga
6. Pemahaman dan pendekatan spiritual
7. Merawat yang menjelang ajal
8. Perawatan duka.

5.1.2 Prinsip Perawatan Paliatif

1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
4. Menghindari tindakan yang sia-sia
5. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual
6. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
7. Pasien adalah pemegang peran utama dalam pengambilan keputusan
8. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
9. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya

Menghilangkan Nyeri dan Gejala Fisik Lain

Tujuan perawatan paliatif yang terutama adalah mengurangi penderitaan pasien. Nyeri dan gejala fisik lain yang tidak tertangani dengan baik adalah sumber penderitaan pasien dan keluarga. Di dalam perawatan paliatif, nyeri dikategorikan dalam kondisi darurat yang harus segera mendapatkan tatalaksana. Bila tidak, nyeri akan menimbulkan atau memperberat gejala fisik lain seperti mual/muntah, gangguan tidur, kehilangan nafsu makan, gangguan mobilisasi dan dalam melakukan aktivitas yang pada akhirnya mengurangi kualitas hidup pasien dan meningkatkan beban keluarga. Sebaliknya, nyeri akan meningkat bila gejala lain tidak tertata laksana dengan baik. Penyebab nyeri atau gejala lain pada pasien kanker dapat diakibatkan oleh kanker itu sendiri, tindakan diagnosa atau pengobatan yang diberikan, kondisi tirah baring dan komorbiditas.

Prinsip penatalaksanaan nyeri dan gejala lain meliputi:

1. Mengatasi penyebabnya bila memungkinkan,
2. Medikamentosa dan
3. Non medikamentosa

Dalam penatalaksanaan nyeri atau gejala lain juga sangat perlu memperhatikan Penatalaksanaan gejala secara simptomatis harus diberikan sebelum tindakan

kausatif dilakukan atau ketika tindakan kausatif belum memberikan hasil yang diharapkan, atau tidak dapat dilakukan oleh karena suatu sebab.

Menghargai Kehidupan Dan Menganggap Kematian Sebagai Proses Normal

Perawatan paliatif sangat menghormati kehidupan, dan memandang kematian adalah bagian dari kehidupan. Oleh karena itu, pasien dengan kondisi apapun tanpa memperhatikan berapa umur yang tersisa akan diperlakukan dengan baik. Perawatan paliatif mengajak pasien untuk dapat menghargai kehidupan, dan memakai sisa waktu yang ada dengan berkualitas, misalnya dengan menyelesaikan masalah-masalah yang masih ada, dan mencapai harapan yang masih ingin dicapai secara rasional.

Tidak Bertujuan Mempercepat atau Menghambat Kematian

Perawatan Paliatif bukan Etanasia. Tindakan yang dilakukan atau tindakan yang tidak dilakukan bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien dan mengurangi beban keluarga, dan bukan untuk mempercepat kematian atau menghambat proses kematian. Kematian diijinkan berlangsung selama alamiah. Sehingga ketika penyakit berlangsung progresif dan penyebab kematian tidak dapat diatasi, segala tindakan yang tidak bermanfaat mungkin dapat dihentikan atau tidak diberikan.

Menghindari Tindakan yang Sia Sia

Kualitas meninggal menjadi salah satu ciri dan tujuan dalam perawatan paliatif. Namun kematian masih sering dianggap sebagai suatu kegagalan, baik oleh tenaga kesehatan maupun keluarga. Kematian seolah-olah dianggap sebagai musuh, sehingga harus dicegah. Memberikan tindakan maksimal seringkali dianggap melakukan hal terbaik oleh keluarga ketika menghadapi kematian. Selain itu, sebagian besar dokter terus berusaha agar pasien tidak meninggal sehingga memberikan apa saja yang bisa menghentikan proses kematian. Tanpa disadari kita mungkin telah sering memberikan tindakan yang sia-sia, yang menambah penderitaan pasien demi usaha kita mencegah proses kematian. Bila hal itu terjadi, pasien kehilangan kesempatan untuk dapat meninggal secara alamiah.

Mengintegrasikan Aspek Psikologis, Sosial dan Spiritual

Aspek psikologis, sosial, spiritual dan aspek fisik tidak dapat dipisahkan satu sama lain. Masing-masing saling berhubungan dan memengaruhi. Gejala fisik tidak dapat tertangani baik tanpa memperhatikan dan menatalaksana gangguan

psikologis, kesulitan sosial dan masalah spiritual. Oleh karena itu, semua aspek diatas harus diperhatikan dan ditatalaksana secara terintegrasi untuk mencapai tujuan perawatan paliatif yaitu mencapai kualitas hidup dan meninggal dengan bermartabat

Memberikan Dukungan Agar Pasien Dapat Hidup Seaktif Mungkin

Dalam Perawatan Paliatif, pasien dianjurkan untuk dapat mandiri dan dapat melakukan aktivitas sesuai dengan kemampuan yang dimiliki dan kondisi yang ada. Dengan demikian pasien akan memiliki semangat untuk bertahan karena dihargai haknya dan diberi kesempatan untuk melakukan apa yang bisa dan ingin dilakukan. Dengan melakukan hal tsb, tanpa disadari pasien mampu bertahan hidup lebih lama.

Pasien Adalah Pemegang Peran Utama Dalam Pengambilan Keputusan

Dalam perawatan paliatif, pasien memiliki hak untuk menentukan tindakan apa yang akan dijalani atau tidak akan dijalani dan turut dalam pengambilan keputusan dalam rencana perawatan. Dengan demikian, komunikasi menjadi hal yang angta penting. Komunikasi dengan pasien dan keluarga berdasarkan prinsip pasien memiliki hak untuk mengetahui kondisi sebenarnya, tetapi juga berhak untuk tidak mengetahui bila dikehendaki. Informasi yang diberikan diharapkan agar pasien mampu memahami kondisi apa yang terjadi, menerima dan beradaptasi dengan segala keterbatasan yang ditimbulkan oleh kondisi yang ada. Bila kondisi pasien tidak lagi memungkinkan untuk mengambil keputusan karena kemampuan kognitifnya menurun, keluarga yang ditunjuk oleh pasien akan menggantikan perannya. Hal ini seringkali tidak mudah bagi keluarga. Oleh karena itu, dalam perawatn paliatif, Advanced Care Planning sebaiknya dilakukan jauh hari sebelum kondisi pasien tidak mampu membuat keputusan.

Memberikan Dukungan Kepada Keluarga Sampai Masa Dukacita

Klien dalam perawatan paliatif bukan hanya pasien tetapi juga keluarganya. Setelah pasien meninggal, beban dan penderitaan keluarga mungkin belum selesai. Pendampingan oleh tim paliatif diperlukan agar keluarga dapat menerima kepergian tsb dengan baik, dan mampu beradaptasi dengan kehidupan baru tanpa almarhum/almarhumah. Pendampingan dilakukan samapi masa duka cita berakhir, yang biasanya berlangsung 13 bulan setelah pasien meninggal.

Menggunakan Pendekatan Tim Untuk Mengatasi Kebutuhan Pasien Dan Keluarganya

Penderitaan yang dialami pasien dan beban yang ditanggung keluarga akibat penyakit kanker sangat kompleks. Tidak ada satu profesi pun yang mampu menatalaksana sendiri. Oleh karena itu diperlukan tim paliatif yang terdiri dari berbagai disiplin dan profesi seperti tenaga medis yang terdiri dari berbagai spesialis termasuk spesialis paliatif, perawat, fisioterapis dan terapis lain, psikolog, petugas sosial medik, rohaniawan dan relawan. Pasien dan keluarga juga menjadi bagian dalam tim paliatif. Tim paliatif berpijak pada pengertian yang sama tentang kondisi pasien akan bersama-sama menentukan tujuan perawatan paliatif bagi masing-masing pasien dan keluarga. Karena kondisi pasien bersifat dinamis, tujuan perawatan mungkin akan berubah disesuaikan dengan tahapan dalam fase paliatif.

5.1.3 Implementasi Perawatan Paliatif dalam Praktek Medis

Prinsip perawatan paliatif dapat diuangkan dalam praktik pelayanan sebagai berikut:

1. Penatalaksanaan gejala
2. Komunikasi dengan pasien dan keluarga
3. Pembuatan keputusan
4. Pemberian dukungan psikologis, sosial dan spiritual
5. Perawatan pada masa akhir kehidupan
6. Perawatan masa dukacita

Prinsip dapat diterapkan di setiap jenjang layanan kesehatan, baik layanan primer termasuk homecare, layanan sekunder maupun layanan tersier. Tempat layanan bagi pasien Rumah Sakit dapat dilakukan di poliklinik, rawat inap, IGD, ICU atau rawat singkat tergantung dari kondisi pasien dan tujuan dari tindakan.

Khusus bagi pasien stadium terminal, perawatan paliatif sebaiknya dilakukan di rumah pasien agar dapat lebih memberikan rasa nyaman baik bagi pasien dan keluarga. Oleh karena itu, persiapan sebelum pasien dipulangkan dari rumah sakit menjadi penting, termasuk obat dan alat kesehatan yang diperlukan serta kemampuan keluarga dalam memberikan perawatan di rumah. Kerjasama antara petugas RS dan petugas kesehatan di layanan primer serta

sistem rujukan dua arah harus diterapkan agar layanan paliatif menjadi efektif dan efisien.

5.1.4 Hal Hal yang Diperlukan Agar Perawatan Paliatif Dapat Berkembang

Kebutuhan akan perawatan paliatif tidak dapat dihindari sehubungan dengan makin meningkatnya jumlah pasien kanker dan pasien dengan penyakit lain yang belum dapat disembuhkan. Dengan sudah dituangkannya program perawatan paliatif ke dalam Sistem Kesehatan Nasional perawatan paliatif kini menjadi bagian dari penatalaksanaan penyakit kanker di Indonesia yang perlu terus dikembangkan agar penatalaksanaan pasien kanker menjadi lebih efektif dan efisien.

Untuk mencapai pelayanan perawatan paliatif yang berkualitas diperlukan keterlibatan dan kerjasama dari berbagai pihak seperti

1. Sektor Pendidikan:

Sektor pendidikan sangat penting untuk menyiapkan tenaga paliatif yang handal. Modul paliatif sebaiknya dapat masuk dalam kurikulum pendidikan dokter umum dan spesialis, IKM, keperawatan, psikologi, dll

2. Pemerintah:

Kebijakan Pemerintah dalam membuat program paliatif harus jelas dalam hal

3. Masyarakat

Pendidikan terhadap masyarakat tentang perawatan paliatif diperlukan untuk menimbulkan kesadaran tentang perlunya keterlibatan mereka dalam merawat pasien, terutama dalam stadium lanjut dan terminal.

5.2 Manajemen Nyeri

5.2.1 Definisi nyeri

Nyeri adalah pengalaman sensori dan emosional yang tidak menyenangkan akibat dari kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri adalah alasan utama seseorang untuk mencari bantuan kesehatan. Nyeri dapat terjadi bersama banyak proses penyakit atau bersamaan dengan beberapa pemeriksaan diagnostik atau pengobatan. Nyeri sangat mengganggu dan menyulitkan lebih banyak orang dibandingkan dengan penyakit manapun (Smeltzer 2013).

Definisi keperawatan tentang nyeri adalah apapun yang menyakitkan tubuh yang dikatakan individu yang mengalaminya, yang ada kapanpun individu mengatakannya. Hal ini merupakan bahwa nyeri yang diungkapkan pasien adalah nyata, meskipun penyebabnya tidak diketahui yang terjadi bila kita mengalami cedera atau kerusakan pada tubuh kita. Nyeri dapat terasa sakit, panas, gemetar, kesemutan seperti terbakar, tertusuk, atau ditikam. Definisi Nyeri adalah suatu kondisi di mana seseorang merasakan perasaan yang tidak nyaman atau tidak menyenangkan yang disebabkan oleh kerusakan jaringan yang telah rusak atau yang berpotensi untuk rusak. Sedangkan definisi saraf adalah serat serat yang menghubungkan organ tubuh dengan sistem saraf pusat (otak dan sumsum tulang belakang).

5.2.2 Manajemen Nyeri.

Menurunkan nyeri sampai tingkat yang dapat di toleransi merupakan tujuan dari penatalaksanaan nyeri. Dengan melihat dampak nyeri pada pasien dapat mengganggu masalah kenyamanan pasien, maka tujuan yang hanya membuat di toleransi menjadi menghilangkan nyeri.

Strategi penatalaksanaan nyeri mencakup baik farmakologis maupun non farmakologis.

1. Intervensi farmakologis

Menangani nyeri yang dialami oleh pasien melalui intervensi farmakologis dilakukan oleh dokter. Intervensi ini merupakan cara yang paling efektif untuk menghilangkan nyeri dengan pemberian obat analgesik:

- a. Non-narkotik dan anti inflamasi nonsteroid (NSAID): menghilangkan nyeri ringan dan sedang. NSAID dapat sangat berguna bagi pasien yang rentan terhadap efek pendepresi pernafasan.
- b. Analgesik narkotik atau opioid: analgesik ini umumnya diresepkan untuk nyeri yang sedang sampai berat, seperti nyeri pasca operasi. Efek samping dari opioid ini dapat menyebabkan depresi pernafasan, sedasi, konstipasi, mual muntah.

Obat tambahan atau ajuvant (koanalgesik): ajuvant seperti sedative, anti cemas, dan relaksan otot meningkatkan control nyeri atau menghilangkan gejala lain terkait dengan nyeri seperti depresi dan mual.

2. Tindakan Non farmakologis.

Intervensi non farmakologis dapat dilakukan melalui Tindakan keperawatan yang dilakukan oleh perawat secara mandiri. Tindakan keperawatan nonfarmakologi yang dapat membantu menghilangkan nyeri, metode pereda nyeri nonfarmakologi memiliki risiko yang sangat rendah. Meskipun tidak tersebut bukan merupakan pengganti obat-obatan. Tindakan non farmakologis meliputi(Smeltzer 2013):

a. Stimulasi dan masase kutaneus

Teori *gate control* mengatakan bahwa stimulasi kulit mengaktifkan transmisi serabut saraf sensori A Beta yang lebih besar dan lebih cepat. Proses ini menurunkan transmisi nyeri melalui serabut C dan delta-A yang berdiameter kecil sehingga gerbang sinaps menutup transmisi implus nyeri.

Masase adalah stimulasi kutaneus tubuh secara umum. Sering dipusatkan pada punggung dan bahu. Masase dapat membuat pasien lebih nyaman (Smeltzer & Bare, 2002). Sedangkan stimulasi kutaneus adalah stimulasi kulit yang dilakukan selama 3-10 menit untuk menghilangkan nyeri, bekerja dengan cara melepaskan endofrin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri (Potter & Perry, 2006).

Salah satu teknik memberikan *masase* adalah tindakan masase punggung dengan usapan yang perlahan (Slow stroke back massage). Stimulasi kulit menyebabkan pelepasan endorphin, sehingga memblok transmisi stimulus nyeri.

Massage Effleurage adalah bentuk *masase* dengan menggunakan telapak tangan yang memberi tekanan lembut ke atas permukaan tubuh dengan arah sirkular secara berulang yang aman, mudah untuk dilakukan, sendiri atau dengan bantuan orang lain.

b. Terapi dingin dan panas

Terapi dingin dilakukan dengan memberikan kompres dingin. Metode sederhana yang dapat digunakan untuk mengurangi nyeri yang secara alamiah yaitu dengan memberikan kompres dingin pada area nyeri, ini merupakan alternatif pilihan yang alamiah dan sederhana yang dengan cepat mengurangi rasa nyeri. Terapi dingin menimbulkan efek analgetik dengan memperlambat kecepatan hantaran saraf sehingga impuls nyeri yang mencapai otak lebih sedikit (Price and Wilson 2005). Dingin memberikan efek fisiologis yakni menurunkan respon inflamasi, menurunkan aliran darah dan mengurangi edema, mengurangi rasa nyeri lokal.

Kompres hangat adalah suatu metode dalam penggunaan suhu hangat yang dapat menimbulkan efek fisiologis yang dapat digunakan pada penanganan nyeri dan merelaksasikan otot-otot yang tegang (Price and Wilson 2005).

c. Stimulasi syaraf elektris transkutan

Stimulasi syaraf elektris transkutan merupakan intervensi nyeri dengan menggunakan unit yang di jalankan oleh baterai dengan elektroda yang dipasang pada kulit untuk menghasilkan sensasi kesemutan, menggetar atau mendengung pada area nyeri. Teknik ini dapat digunakan untuk mengurangi nyeri akut dan nyeri kronis.

d. Distraksi

Distraksi yang memfokuskan perhatian pasien pada sesuatu selain pada nyeri dapat menjadi strategi yang sangat berhasil dan mungkin merupakan mekanisme terhadap teknik kognitif efektif lainnya. Distraksi diduga dapat menurunkan persepsi nyeri dengan menstimulasi sistem kontrol desenden, yang mengakibatkan lebih sedikit stimuli nyeri yang ditransmisikan ke otak.

e. Teknik relaksasi

Relaksasi otot skeletal dipercaya dapat menurunkan nyeri dengan merilekskan ketegangan otot yang menyebabkan nyeri. Teknik relaksasi yang sederhana terdiri atas nafas abdomen dengan lambat, berirama. Relaksasi yang teratur dapat membantu melawan keletihan dan ketegangan otot yang terjadi pada nyeri kronis.

f. Imajinasi terbimbing

Merupakan intervensi yang digunakan untuk mengurangi nyeri dengan bimbingan imajinasi. Teknik ini dilakukan dengan memfokuskan imajinasi pasien. Teknik imajinasi terbimbing dapat dilakukan dengan menggabungkan Teknik relaksasi dan nafas berirama lambat untuk mencapai efek positif dari relaksasi dan mengurangi nyeri. Teknik ini membutuhkan waktu yang lama dan latihan agar pasien dapat mempraktikkan dan merasakan manfaatnya.

g. Hipnosis

Hipnosis merupakan intervensi yang efektif dalam meredakan nyeri atau menurunkan analgesic yang dibutuhkan pada nyeri akut dan kronis. Hypnosis hanya dapat dilakukan oleh ahli dan orang yang terlatih.

Bab 6

Peran Perawat dan Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif

6.1 Pendahuluan

Dalam masyarakat, umur dan harapan hidup semakin bertambah dan kematian semakin banyak disebabkan oleh penyakit-penyakit degeneratif seperti kanker dan stroke. Pasien dengan penyakit kronis akan melalui suatu proses pengobatan dan perawatan yang panjang. Jika penyakitnya berlanjut maka suatu saat akan mencapai stadium terminal yang ditandai oleh kelemahan umum, penderitaan, ketidakberdayaan, dan kematian.

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik, seperti nyeri, sesak napas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang memengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka, kebutuhan pasien stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan atau pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan multidisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif (Mubarak, 2015)

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang ditujukan bagi pasien dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa yang bertujuan untuk memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarganya yang mengalami masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa melalui pencegahan dan mengurangi penderitaan melalui deteksi dini dan asesmen yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah lain baik fisik, psikologis, dan spiritual. Perawatan paliatif dilakukan oleh tim multidisiplin yang bekerja secara interdisiplin untuk mencapai tujuan tatalaksana yang ditentukan bersama.

Perawat sangat berperan dalam melakukan perawatan paliatif di mana perawat akan memberikan dukungan psikologi seperti membantu pasien dalam mengendalikan perasaan negatif dan meningkatkan perasaan positif selama proses menuju kematian. Pasien juga dibantu untuk mempertahankan kepuasan terhadap kemampuan dan mempersiapkan diri menuju kematian. Perawat juga membantu menyelesaikan permasalahan sosial seperti membantu pasien mengucapkan maaf, berpamitan, dan juga memelihara hubungan baik antara pasien dengan keluarga maupun teman-temannya (Nurul Izah 2020).

6.2 Peran Perawat dalam Asuhan Keperawatan Paliatif

Ada beberapa peran perawat dalam memberikan perawatan paliatif menurut Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker (2015), sesuai dengan peran yang dilakukan perawat di antaranya sebagai koordinator, pelaksana, perawat homecare. Pedoman peran ini juga cocok diberlakukan untuk jenis penyakit kronis lainnya.

Peran perawat sebagai koordinator layanan paliatif yang bertanggungjawab untuk:

1. Menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah.
2. Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan.
3. Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau ke unit layanan lain.

4. Menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan.
5. Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif.

Peran perawat sebagai pelaksana yang bertugas untuk:

1. Menerima permintaan asuhan keperawatan dari koordinator program paliatif.
2. Berkoordinasi dengan anggota tim lain.
3. Menganalisa, menegakkan dan melakukan asuhan keperawatan sesuai kebutuhan dan kondisi pasien
4. Menginformasikan dan mengedukasi pelaku rawat atau penanggung jawab pasien
5. Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif
6. Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan secara langsung atau tidak langsung melalui laporan harian pelaku rawat
7. Mengusulkan asuhan keperawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau koordinator bila diperlukan
8. Merubah asuhan keperawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter penanggung jawab serta menginformasikan kepada pelaku rawat
9. Melakukan pencatatan dan pelaporan
10. Mengontrol pemakaian obat dan pemeliharaan alat medis

Peran perawat *Homecare*

1. Menerima permintaan perawatan homecare dari dokter penanggung jawab pasien melalui koordinator program paliatif.
2. Berkoordinasi dan menganalisa program homecare dan dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif.
3. Melakukan asuhan keperawatan sesuai program yang direncanakan.
4. Reevaluasi atau evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
5. Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab pasien.

6. Mengusulkan asuhan keperawatan baru bila diperlukan.
7. Melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

Asuhan keperawatan yang dibutuhkan dan digunakan pada pasien yang mengalami penyakit terminal adalah pelayanan paliatif didukung oleh Potter & Perry (2010), yang menjelaskan bahwa intervensi untuk individu yang mengalami penyakit kronis yang mengancam hidup atau yang berada pada akhir kehidupan berfokus pada tindakan paliatif. Perawatan paliatif adalah pencegahan, pembebasan, pengurangan atau penstabilan dari gejala penyakit atau gangguan sepanjang keseluruhan perjalanan penyakit atau gangguan sepanjang keseluruhan perjalanan penyakit, termasuk perawatan individu yang sekarat dan tindak lanjut kehilangan bagi keluarga. Tujuan utama perawatan paliatif adalah membantu pasien dan keluarga mencapai kualitas hidup terbaik. Pasien yang memiliki penyakit yang serius dan kompleks biasanya akan mendapat manfaat dari perawatan paliatif sepanjang perjalanan penyakit mereka, bahkan selama mencari pengobatan untuk penyakit mereka. Pelayanan hospice merupakan fase akhir perawatan paliatif, yang dibuat bagi pasien yang sudah tidak mendapat keuntungan dari pengobatan medis, sudah tidak dapat bertahan hidup lebih dari 6 bulan.

The World Health Organization mendefinisikan kewajiban primer tim kolaborasi yang menawarkan perawatan paliatif:

1. Mendukung kehidupan dan menganggap sekarat merupakan proses normal
2. Tidak mempercepat atau menunda kematian
3. Memberikan penghilang rasa nyeri dan gejala tekanan lainnya
4. Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dari perawatan klien
5. Menawarkan sistem dukungan untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin sampai meninggal.
6. Menawarkan sistem dukungan untuk membantu keluarga beradaptasi selama pasien menderita penyakit dan kehilangan mereka sendiri.
7. Meningkatkan kualitas hidup

Proses asuhan keperawatan pasien dalam tahap terminal meliputi

1. intervensi pelayanan pasien untuk mengatasi nyeri;
2. memberikan pengobatan sesuai dengan gejala dan mempertimbangkan keinginan pasien dan keluarga;
3. menyampaikan secara hati-hati soal sensitif seperti autopsi atau donasi organ;
4. menghormati nilai, agama, serta budaya pasien dan keluarga;
5. mengajak pasien dan keluarga dalam semua aspek asuhan;
6. memperhatikan keprihatinan psikologis, emosional, spiritual, serta budaya pasien dan keluarga.

Dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam pelayanan paliatif, perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien dan pasien merasa bermartabat yang sudah tercermin di dalam rencana asuhan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan support yang efektif sesuai kebutuhan pasien. Peran perawat sebagai pemberi layanan paliatif harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai kode etik keperawatan (Combs, et al.,2014).

Hal-hal yang berkaitan dengan pasien harus dikomunikasikan oleh perawat kepada pasien dan keluarga yang merupakan standar asuhan keperawatan yang profesional. Menurut *American Nurse Association Scope And Standard Practice* dalam (Margaret, 2016) perawat yang terintegrasi harus mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya mengenai perawatan pasien dan ikut berperan serta dalam penyediaan perawatan tersebut dengan berkolaborasi dalam membuat rencana yang berfokus pada hasil dan keputusan yang berhubungan dengan perawatan dan pelayanan, mengindikasikan komunikasi dengan pasien, keluarga dan yang lainnya.

6.3 Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif

Pelayanan paliatif diberikan secara tim multidisiplin yang bekerja sama untuk memberikan pelayanan personal pada pasien paliatif. Tim paliatif ini terdiri dari dokter, perawat, psikolog, ahli gizi, apoteker, pekerja sosial dan pemberi pelayanan spiritual. Pendekatan dengan cara tim multidisiplin ini memungkinkan tim perawatan paliatif untuk mengatasi masalah fisik, emosional, spiritual dan sosial yang ditimbulkan oleh penyakit tertentu yang membuat pasien perlu dilakukan pelayanan paliatif (Effendy, 2014).



Gambar 6.1: Tim Multidisiplin dalam Perawatan Paliatif (Intrepidusa,2022)

Pedoman Nasional Prorgam Paliatif Kanker (2015), menjabarkan tim paliatif dibentuk berdasarkan ketersediaan sumber daya pada tempat layanan paliatif. Dalam mencapai tujuan program paliatif pasien kanker, yaitu mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu, termasuk keluarga. Menggunakan prinsip interdisipliner (koordinasi antar bidang ilmu dalam menentukan tujuan yang akan dicapai dan tindakan yang akan dilakukan guna mencapai tujuan), tim paliatif secara berkala melakukan diskusi untuk melakukan penilaian dan diagnosis bersama pasien dan keluarga untuk membuat tujuan dan rencana Program Paliatif pasien serta melakukan monitoring dan evaluasi. Kepemimpinan yang kuat dan manajemen program secara keseluruhan harus memastikan bahwa manajer lokal dan penyedia

layanan kesehatan bekerja sebagai tim multidisiplin dalam sistem kesehatan dan berkoordinasi erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini untuk mencapai tujuan bersama.

Tim Multidisiplin yang memberikan pelayanan paliatif adalah

1. Dokter umum. Memiliki peranan penting terutama pada perawatan pasien terminal di tingkat layanan primer (di puskesmas dan di rumah pasien) sehingga tata laksana gejala fisik dan kebutuhan psikososial dan spiritual dapat berjalan baik.
 - a. Mengkoordinir tim paliatif di tingkat layanan primer.
 - b. Mengantisipasi dan mencegah timbulnya gejala dengan obat dan modalitas lain
 - c. Mengidentifikasi gejala secara dini dan masalah psikologis, sosial dan spiritual, mengatur penggunaan obat sehingga kepatuhan pasien dapat terjaga.
 - d. Menggunakan modalitas non farmakologi, menyusun program paliatif, membangun hubungan kerja dengan tim paliatif di tingkat sekunder
 - e. Mengkonsulkan pasien yang memerlukan, membangun kerjasama dan menggunakan sumber daya yang tersedia di wilayah layanan primer untuk mengembangkan program paliatif
2. Dokter Paliatif di tingkat layanan sekunder dan tertier yang bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan pasien paliatif, Melakukan penatalaksanaan nyeri dan gejala lain apabila terapi kausatif belum atau tidak dilakukan, Mengkoordinasikan dengan tim penatalaksana nyeri dan gejala lain yang memerlukan keahlian spesialis lain.
3. Dokter Spesialis. Peran dokter spesialis berbagai disiplin melakukan identifikasi dan menentukan pasien dalam stadium terminal dan mengkonsultasi kepada dokter paliatif
4. Perawat. Perawat paliatif harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif.

5. Pelaku rawat (caregiver). Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari hari (memandikan, memberi makan, beraktivitas sesuai kemampuan pasien), memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai anjuran dokter, melaporkan kondisi pasien kepada perawat, mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat.
6. Apoteker. Terapi obat merupakan komponen utama dari penatalaksanaan gejala dalam pelayanan paliatif. Apoteker memastikan bahwa pasien dan keluarga memiliki akses penting terhadap obat-obatan untuk pelayanan paliatif. Keahlian apoteker dibutuhkan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping dan interaksi obat-obatan kanker, morfin dan anti nyeri lainnya yang diberikan kepada pasien untuk menjalani terapi paliatifnya.
7. Pekerja sosial dan Psikolog. Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial akibat kanker, dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional selama perjalanan penyakit dan proses berkabung.
8. Rohaniawan. Rohaniawan membantu mengatasi pertanyaan yang berkaitan dengan makna kehidupan. Rohaniawan, berkoordinasi dengan anggota tim paliatif lainnya, diharapkan mampu menganalisa kebutuhan rohani dan keagamaan bagi pasien dan keluarga serta memberikan dukungan dalam tradisi keagamaan, mengorganisir ritual keagamaan yang dibutuhkan oleh pasien kanker dan keluarganya.
9. Terapis. Berperan untuk melakukan program rehabilitasi medis sesuai anjuran dokter spesialis rehabilitasi medik, berkoordinasi dengan dokter spesialis rehabilitasi medik dan anggota tim paliatif lainnya, mengatasi keterbatasan fisik untuk melakukan kegiatan sehari-hari sesuai kemampuan pasien dan mengatasi gejala fisik yang timbul akibat penyakit dan terapi kanker yang dijalankan.
10. Relawan. Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan. Relawan dapat terlibat dalam perawatan di

rumah sakit, atau di rumah. Relawan berasal dari semua sector masyarakat, diharapkan menjembatani antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan Pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

Bab 7

Peran Support System pada Pasien Paliatif

7.1 Pendahuluan

Perawatan pada pasien paliatif mengoptimalkan kualitas hidup individu, keluarga dan pengasuh yang mendekati dan mencapai akhir hayat, mengurangi penderitaan dan meningkatkan martabat. Ini untuk mereka yang memiliki kondisi yang membatasi kehidupan dan sering kali bagi mereka yang berada di tahun terakhir kehidupan. Namun, perawatan mungkin juga diperlukan untuk periode yang lebih pendek atau lebih lama tergantung pada kebutuhan individu, dan keluarga serta pengasuh mereka. Semua perawatan yang diberikan kepada orang-orang yang mendekati atau mencapai akhir hidup mereka harus mempertimbangkan kebutuhan dan preferensi individu.

Keluarga dan pengasuh memainkan peran penting dalam akhir kehidupan dan perawatan pasien paliatif, memberikan dukungan dan perawatan berkelanjutan kepada pasien paliatif. Sangat penting peran mereka diakui, dihargai, dan didukung. Penting bagi mereka untuk terlibat dalam perencanaan dan penyediaan perawatan, dan mereka menerima layanan dan dukungan.

7.2 Konsep Support System pada Pasien Paliatif

7.2.1 Pengertian Support System

Dalam perawatan pasien paliatif membutuhkan *support system*. Salah satu bentuk *support system* adalah Pengasuh keluarga (Caregiver). Pengasuh keluarga adalah anggota keluarga ini yang telah memilih atau yang telah ditunjuk sebagai pengasuh untuk satu atau lebih anggota keluarga yang tidak dapat mengelola aktivitas normal kehidupan sehari-hari tanpa bantuan. Ada beberapa definisi pengasuh keluarga, seperti berikut ini: Pengasuh keluarga (Informal) adalah individu yang tidak dibayar yang bertanggung jawab untuk memenuhi kebutuhan sehari-hari orang lain. Dia bertanggung jawab atas dukungan fisik, emosional, dan seringkali finansial dari orang lain yang tidak mampu merawat dirinya sendiri karena sakit, cedera, atau cacat (Family Caregiver Alliance, 2016).

7.2.2 Beban dan Manfaat Support System pada Pasien Paliatif

Pengasuh keluarga memberikan perawatan tanpa kompensasi yang luar biasa, yang menuntut secara fisik, emosional, sosial, dan finansial. Peran pengasuhan dimulai segera pada titik diagnosis dan berlanjut selama perjalanan penyakit (Given, Given, & Sherwood, 2012) dengan kebutuhan akan informasi tentang perawatan dan penyakit pasien (Stajduhar et al., 2010) yang bervariasi pada berbagai tahap penyakit pasien (Williams & McCorkle, 2011). *Caregiver* adalah saluran informasi antara pasien dan penyedia dan antara penyedia dan keluarga besar (Given et al., 2012). Pengasuh keluarga mengalami ketegangan fisik terkait dengan pengasuhan, dan juga ketakutan, kebingungan, ketidakberdayaan, dan rasa kerentanan, meskipun upaya mereka untuk mempertahankan normal (Funk et al., 2010). Mereka sering menderita gejala kemarahan, depresi, dan kecemasan dan mungkin menjadi demoralisasi dan kelelahan (Zarit, 2006). Pengasuh sendiri, mungkin mengalami peningkatan penyakit fisik, eksaserbasi kondisi komorbiditas, dan risiko kematian yang lebih besar (Family Caregiver Alliance, 2006a). Beban yang terkait dengan pengasuhan termasuk waktu dan logistik, dan kehilangan upah atau meninggalkan tenaga kerja sepenuhnya, yang memiliki implikasi ekonomi

yang parah dan dampak pribadi, sosial, dan kelembagaan (Hudson, 2004; Papastavrou, Charalambous, & Tsangari, 2009; Rabow, Hauser, & Adams, 2004; Sherwood et al., 2008; Wong, Liu, Szeto, Sham, & Chan, 2004). Sumber kecemasan bagi pengasuh termasuk efek sisa penyakit dan pengobatan pada pasien, peran rumah tangga dan keluarga yang berubah, dan pola komunikasi yang berubah (Given, Sherwood, & Given, 2011). Karena pengasuh meninggalkan kegiatan rekreasi, keagamaan, dan sosial, ada peningkatan stres perkawinan dan keluarga, dengan konsekuensi jangka panjang bagi kesehatan dan stabilitas keluarga (Dumont, Dumont, & Mongeau, 2008).

Tingkat stres/regangan bervariasi menurut penyakit. Studi sebelumnya melaporkan bahwa pengasuh pasien demensia memiliki tingkat beban yang lebih tinggi daripada pengasuh lain karena jam perawatan yang panjang dan pengasuhan yang menuntut fisik (Alzheimer's Association, 2017; Brodaty & Donkin, 2009). Sebuah studi oleh Kim dan Schulz (2008), membandingkan ketegangan pengasuh keluarga pasien kanker dengan ketegangan pengasuh lansia lemah, demensia, dan pasien diabetes. Hasil penelitian menunjukkan bahwa tingkat ketegangan *caregiver* pasien kanker lebih besar dari pada *caregiver* pasien lansia atau diabetes, namun ketegangan *caregiver* kanker sebanding dengan *caregiver* pasien demensia. Pengasuh kanker dan demensia melaporkan tingkat ketegangan fisik, stres emosional, dan kesulitan keuangan yang lebih tinggi karena memberikan perawatan. Perbedaan penting antara perawat kanker dan demensia adalah bahwa perawat kanker tertekan oleh berbagai kondisi medis akut yang dialami pasien, seperti pembedahan, kemoterapi, atau terapi radiasi (misalnya, perawatan kateter, atau menangani gejala muntah atau kelelahan pasien), sedangkan pengasuh pasien demensia tertekan oleh penurunan kognitif dan fungsional yang signifikan dan perubahan perilaku yang berkembang dari waktu ke waktu. Alzheimer sangat merugikan para pengasuh. Dibandingkan dengan pengasuh orang tanpa demensia, dua kali lebih banyak pengasuh demensia menunjukkan kesulitan emosional, keuangan, dan fisik yang substansial (Alzheimer's Association, 2017).

Tabel 7.1: Kualitas Keluarga Kuat (International Encyclopedia of Marriage and Family (2nd ed.). (2003))

Kategori	Indikator
Apresiasi dan kasih sayang	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saling peduli 2. Persahabatan 3. Menghormati individu 4. Keceriaan 5. Humor
Komunikasi Positif	<ol style="list-style-type: none"> 1. Berbagi perasaan 2. Memberikan pujian 3. Menghindari kesalahan 4. Mampu berkompromi 5. Setuju untuk tidak setuju
Kesejahteraan Spiritual	<ol style="list-style-type: none"> 1. Harapan 2. Iman 3. Kasih Sayang 4. Nilai-nilai etika bersama 5. Kesatuan dengan umat manusia
Komitmen	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kepercayaan 2. Kejujuran 3. Keandalan 4. Kesetiaan 5. Berbagi
Kebersamaan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Waktu berkualitas dalam jumlah besar 2. Hal-hal baik membutuhkan waktu 3. Menikmati kebersamaan satu sama lain 4. Saat-saat indah yang sederhana 5. Berbagi waktu yang menyenangkan
Kemampuan untuk mengatasi stres dan krisis	<ol style="list-style-type: none"> 1. Kemampuan beradaptasi 2. Melihat krisis sebagai tantangan dan peluang

	<ol style="list-style-type: none">3. Tumbuh melalui krisis bersama4. Keterbukaan untuk berubah5. Ketahanan
--	--

Di luar beban pengasuhan keluarga, kekuatan keluarga juga harus dipertimbangkan. Kekuatan individu dan keluarga memberikan sarana dalam menghadapi setiap permasalahan yang ada (Marriage and Family Encyclopedia, 2013b). Tujuannya harus untuk mengidentifikasi keluarga yang kuat dan menyediakan sarana untuk mengembangkan kekuatan keluarga. Tabel 7.1 menggambarkan kualitas yang mencerminkan kekuatan dalam keluarga. Fokus pada kekuatan keluarga tidak menyangkal adanya stresor atau beban yang dirasakan; alih-alih, ia menawarkan fokus pada sumber daya yang dapat dikembangkan dan digunakan oleh keluarga mana pun dalam mengurangi stresor atau efek negatif yang terkait dengan pengasuhan.

Mengingat kekuatan keluarga, pengalaman pengasuhan mungkin juga memiliki manfaat yang mungkin, namun hasil ini kurang mendapat perhatian. Profesional kesehatan tidak boleh melewatkkan kesempatan untuk mengidentifikasi penghargaan dan kepuasan yang datang dari pengasuhan. Studi menunjukkan bahwa pengasuh keluarga menggambarkan perasaan kepuasan untuk pekerjaan yang dilakukan dengan baik, terutama ketika pasien menghargai dan mengakui perawatan dan dukungan mereka, dan ketika pengasuh merasakan rasa memberi kembali untuk perawatan dan pengasuhan yang mereka terima sendiri (Narayan). Lewis, Tornatore, Hepburn, & Corcoran-Perry, 2001; Neff, Dy, Frick, & Kasper, 2007; Schumacher, Beck, & Marren, 2006). Aspek positif yang terkait dengan pengalaman pengasuhan dapat bertindak sebagai penyangga terhadap beban yang berlebihan dan kesedihan traumatis (Gaugler et al., 2005; Hudson, 2004; Salmon, Kwak, Acquaviva, Brandt, & Egan, 2005; Steel, Gamblin, & Carr, 2008). Pengasuh dengan pendekatan positif terhadap kehidupan lebih mampu mengatasi tuntutan pengasuhan (Stajduhar, Martin, Barwich, & Fyles, 2008) dan termotivasi untuk mempertahankan peran pengasuhan mereka (Higginson & Gao, 2008). Berdasarkan tinjauan komprehensif studi kuantitatif, Stajduhar et al. (2010) melaporkan pertumbuhan pasca trauma dari pengasuh yang berduka. Funk dkk. (2010) melaporkan rasa makna eksistensial yang terkait dengan peran pengasuh, termasuk rasa bangga, harga diri, penguasaan, dan prestasi. Menggunakan Model Proses Stres, Haley, LaMonde, Han, Burton, dan

Schonwetter (2003) meneliti depresi pengasuh pasangan dan kepuasan hidup dalam pengaturan rumah sakit, belajar bahwa pengasuh menemukan makna dan manfaat pengasuhan, dan menyarankan kebutuhan untuk mengidentifikasi pengasuh pada tingkat tinggi. risiko dan faktor protektif yang dapat dimasukkan ke dalam intervensi

7.2.3 Bentuk Dukungan Support System pada Pasien Paliatif

Peran support system sangat penting dalam perawatan pasien paliatif. Berikut ada 4 bentuk dukungan yang dapat diberikan pengasuh keluarga dalam memberikan perawatan pada pasien paliatif (Friedman, 2010):

1. Dukungan emosional sebagai pelabuhan istirahat dan pemulihan serta membantu penguasaan emosional dan meningkatkan moral keluarga (Friedman, 2010). Dukungan emosional melibatkan ekspresi empati, perhatian, memberikan semangat, kehangatan pribadi, cinta, atau bantuan emosional. Dengan semua tingkah laku yang mendorong perasaan nyaman dan mengarahkan individu untuk percaya bahwa ia dipuji, dihormati, dicintai, dan bahwa orang lain bersedia untuk memberikan perhatian (Sarafino, 2011)
2. Dukungan informasi, sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar) informasi tentang dunia (Friedman, 2010). Dukungan informasi terjadi dan diberikan oleh keluarga dalam bentuk nasehat, saran serta diskusi tentang bagaimana cara mengatasi atau memecahkan masalah yang ada (Sarafino, 2011).
3. Dukungan instrumental, sebagai sebuah sumber pertolongan praktis dan konkret (Friedman, 2010). Dukungan instrumental merupakan dukungan yang diberikan oleh keluarga secara langsung meliputi bantuan material seperti memberikan tempat tinggal, meminjamkan atau memberikan uang dan bantuan dalam mengerjakan tugas rumah sehari-hari (Sarafino, 2011).
4. Dukungan penghargaan, sebagai sistem pembimbing umpan balik, membimbing dan memerantai pemecahan masalah dan merupakan sumber validator identitas anggota (Friedman, 2010). Dukungan penghargaan terjadi melalui ekspresi penghargaan yang positif

melibatkan pernyataan setuju dan penilaian positif terhadap ide-ide, perasaan dan performa orang lain yang berbanding positif antara individu dengan orang lain (Sarafino, 2011).

Tabel 7.2: Fungsi Keluarga: Pedoman Intervensi dalam Perawatan Paliatif (From Davies B, Chekry Reimer J, Brown P, Martens N. *Fading Away: The Experience of Transition in Families With Terminal Illness*. Amityville, NY: Baywood; 1995)

Menilai Fungsi Keluarga	Penyelesaian Masalah
<p>Gunakan dimensi fungsi keluarga untuk menilai keluarga.</p> <p>Misalnya: Apakah anggota keluarga memusatkan perhatian mereka pada kesejahteraan pasien dan mengenali efek situasi pada anggota keluarga lainnya, atau apakah anggota keluarga memusatkan perhatian mereka pada kebutuhan individu mereka sendiri dan meminimalkan bagaimana orang lain mungkin terpengaruh? Menempatkan penilaian Anda dari semua dimensi bersama-sama akan membantu Anda menentukan sejauh mana Anda berurusan dengan unit keluarga yang lebih kohesif atau kelompok individu yang lebih longgar, dan karenanya pendekatan apa yang paling tepat.</p>	<p>Gunakan penilaian Anda tentang fungsi keluarga untuk memandu pendekatan Anda.</p> <p>Misalnya, dalam keluarga di mana ada sedikit konsensus tentang masalah, kekakuan dalam keyakinan, dan ketidakfleksibelan dalam peran dan hubungan, aturan umum—menawarkan berbagai pilihan kepada keluarga sehingga mereka dapat memilih yang paling cocok untuk mereka—cenderung kurang berhasil. Untuk keluarga ini, pertimbangkan dengan cermat sumber daya mana yang paling cocok untuk keluarga tersebut. Tawarkan sumber daya secara perlahan, mungkin satu per satu. Fokuskan perhatian yang cukup besar pada tingkat gangguan yang terkait dengan pengenalan sumber daya, dan persiapkan keluarga untuk perubahan yang terjadi kemudian. Jika tidak, keluarga dapat menolak sumber daya sebagai tidak cocok dan menganggap pengalaman sebagai</p>

Menilai Fungsi Keluarga	Penyelesaian Masalah
	contoh lain dari kegagalan sistem perawatan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan mereka.
<p>Bersiaplah untuk mengumpulkan informasi dari waktu ke waktu dan dari anggota keluarga yang berbeda. Beberapa anggota keluarga mungkin tidak mau mengungkapkan perasaan mereka yang sebenarnya sampai mereka mengembangkan kepercayaan. Yang lain mungkin enggan untuk berbagi sudut pandang yang berbeda di hadapan satu sama lain. Di beberapa keluarga, individu tertentu mengambil peran sebagai juri bicara keluarga. Menilai apakah setiap orang dalam keluarga memiliki pandangan yang sama dengan juri bicara, atau apakah anggota keluarga yang berbeda memiliki pendapat yang berbeda tetapi enggan untuk membagikannya, adalah bagian penting dari penilaian.</p>	<p>Sadarilah keterbatasan konferensi keluarga dan bersiaplah untuk menindaklanjutinya. Konferensi keluarga bekerja dengan baik untuk unit keluarga yang lebih kohesif. Namun, di mana ada lebih banyak perbedaan di antara anggota, mereka mungkin tidak menindaklanjuti keputusan yang dibuat, meskipun konsensus tampaknya telah dicapai. Meskipun tidak menyuarakan ketidaksetujuan mereka, beberapa anggota keluarga mungkin tidak berkomitmen pada solusi yang diajukan dan mungkin mengabaikan rencana yang telah disepakati. Perawat perlu menindaklanjuti untuk memastikan bahwa setiap titik masalah ditangani.</p>
<p>Dengarkan cerita keluarga dan gunakan penilaian klinis untuk menentukan di mana intervensi diperlukan. Bagian dari memahami keluarga adalah mendengarkan cerita mereka. Di beberapa keluarga, cerita cenderung diulang dan perasaan yang terkait dengannya muncul kembali. Berbicara tentang masa lalu adalah cara untuk beberapa keluarga. Penting bagi</p>	<p>Bersiaplah untuk mengulang informasi. Dalam keluarga yang kurang kohesif, jangan berasumsi bahwa informasi akan dibagikan secara akurat dan terbuka dengan anggota keluarga lainnya. Anda mungkin harus mengulang informasi beberapa kali kepada anggota keluarga yang berbeda dan mengulang jawaban atas pertanyaan yang sama dari</p>

Menilai Fungsi Keluarga	Penyelesaian Masalah
<p>perawat untuk menentukan apakah anggota keluarga berulang kali menceritakan kisah mereka karena mereka ingin lebih dipahami atau karena mereka ingin bantuan untuk mengubah cara keluarga mereka menghadapi situasi tersebut. Kebanyakan cerita diceritakan kembali hanya karena anggota keluarga ingin perawat memahami mereka dan situasi mereka dengan lebih baik, bukan karena mereka mencari bantuan untuk mengubah cara keluarga mereka berfungsi.</p>	<p>berbagai anggota keluarga.</p>
	<p>Mengevaluasi kelayakan kelompok pendukung. Kelompok pendukung dapat menjadi sumber yang berharga. Mereka membantu dengan memberi orang kesempatan untuk mendengar perspektif orang lain dalam situasi yang sama. Namun, beberapa anggota keluarga membutuhkan perhatian yang lebih individual daripada yang diberikan oleh kelompok pendukung. Mereka tidak mendapat manfaat dari mendengar bagaimana orang lain telah mengalami situasi dan menangani masalah. Mereka membutuhkan interaksi satu-ke-satu yang terfokus pada diri mereka sendiri dengan seseorang yang dengannya mereka telah mengembangkan kepercayaan.</p>

Menilai Fungsi Keluarga	Penyelesaian Masalah
	<p>Sesuaikan perawatan dengan tingkat fungsi keluarga. Beberapa keluarga lebih kewalahan dengan pengalaman perawatan paliatif daripada yang lain. Memahami fungsi keluarga dapat membantu perawat menghargai bahwa harapan bagi beberapa keluarga untuk "bersatu" untuk mengatasi stres perawatan paliatif mungkin tidak realistik. Perawat perlu menyesuaikan perawatan mereka sesuai dengan fungsi keluarga dan bersiap menghadapi kenyataan bahwa bekerja dengan beberapa keluarga lebih menuntut dan hasil yang dicapai kurang optimal.</p>

Bab 8

Patofisiologi Proses Kematian dan Perawatan Paliatif

8.1 Pendahuluan

Kematian adalah suatu peristiwa normal yang berlaku pada setiap orang. Setiap makhluk hidup yang memiliki jiwa niscaya akan mati karena tidak ada yang kekal di dunia ini. Pasien yang mengalami penyakit terminal dan perawatan jangka panjang biasanya akan mengalami ketakutan atau ancaman terhadap kematian. Pasien menjelang ajal memiliki gejala salah satunya adalah nyeri yang pada seluruh tubuhnya. Kematian adalah berakhirnya fungsi tubuh, hilangnya kemampuan organisme dalam mengintegrasikan tubuhnya (Black & Hawks, 2014)

Penyebab kematian diklasifikasikan menjadi penyakit infeksi dan penyakit tidak infeksi, data dari WHO menunjukkan bahwa terdapat lima penyebab kematian teratas di dunia. Penyakit penyebab kematian tertinggi tersebut di antaranya adalah Penyakit Jantung Koroner, Stroke, Alzheimer Penyakit Paru obstruksi kronik, penyakit neonatal. Hasil dari RIKESDAS Juga menunjukkan kenaikan angka mortalitas yang disebabkan oleh penyakit tidak infeksi, Penyakit non infeksi tersebut adalah kanker, stroke, penyakit gagal ginjal kronis, diabetes mellitus dan hipertensi (Kemenkes RI,

2018). Penyakit jantung, kanker, stroke, penyakit obstruksi dan dimensia, mempunyai perjalanan penyakit yang dapat diidentifikasi dari onset diagnosis yang dibatasi oleh usia hingga kematian.

Konsep Kematian yang baik adalah istilah yang menggambarkan fenomena kualitas akhir kehidupan, dengan kematian yang damai, kematian yang terjadi secara alam, kematian dalam keadaan sehat, dan meninggal dengan bermartabat (Black & Hawks, 2014). Kematian merupakan sesuatu yang tidak bisa dihindari oleh setiap manusia. Pernyataan meninggal atau matinya seseorang dapat ditinjau dari segi medis maupun segi hukum. Dari segi kedokteran seseorang dinyatakan meninggal apabila tidak ditemukannya tanda dan gejala kehidupan. Kondisi tersebut ditandai oleh tidak berfungsinya batang otak dan berhentinya sirkulasi dalam darah dan sistem pernapasan (Senduk et al., 2013).

8.2 Patofisiologi Kematian

8.2.1 Kematian Sel

Kematian sel terprogram atau yang dikenal sebagai apoptosis. Apoptosis adalah fenomena yang terjadi karena sel terprogram secara genetik melakukan bunuh diri. Selama perkembangan embrionik dan janin fungsi apoptosis sangat dibutuhkan, selain itu apoptosis juga berfungsi untuk menjaga keseimbangan populasi sel dalam jaringan dan organ yang sehat secara normal. Apoptosis juga bermanfaat sebagai fungsi protektif yaitu sebagai fungsi imun dan inflamasi (Yodang, 2018). Sahetapi et al., (2014), Menjelaskan bahwa apoptosis merupakan kematian sel yang terprogram yang mempunyai tujuan guna mengatur ekuilibrium atau keseimbangan serta kesesuaian masa pertumbuhan karena kerusakan maupun penuaan sel, yang tidak terpaku pada satu jenis-jenis penyakit. Mitokondria berperan dalam pengendalian sekresi protein sitokrom C, serta fungsi RE selaku sumber kalsium yang berperan waktu apoptosis terjadi. DNA yang rusak baik dengan cara herediter ataupun dengan cara induksi akan berakibat pada influks kalsium sehingga terjadi kerusakan mitokondria serta sekresi sitokrom C selaku penggerak apoptosis (Sahetapi et al., 2014). Apoptosis merupakan kematian yang diatur sedemikian rupa yang bertujuan untuk mengeliminasi sel yang tidak diinginkan atau sel yang rusak yang tidak dapat diperbaiki, dengan reaksi pejamu yang paling

minimal yang ditandai dengan degradasi enzimatik protein dan DNA, dan diinisiasi oleh berbagai caspase, dan berakhir dengan pengenalan dan pembersihan sel mati secara cepat oleh fagosit (Ham & Saraswati, 2020).

Dua jalur utama inisiasi Apoptosis menurut Ham & Saraswati (2020), yang pertama adalah jalur mitokondria (intrinsik) yang dipicu oleh hilangnya sinyal kesintasan, kerusakan DNA, dan akumulasi protein salah lipat(stress RE), yang dihubungkan dengan kebocoran protein pro-apoptosis dari keluarga Bcl, yang diinduksi oleh berbagai sinyal kesintasan termasuk di dalamnya faktor pertumbuhan; sedangkan yang kedua adalah jalur reseptor kematian(ekstrinsik) bertanggungjawab untuk mengeleminasi limfosit self reaktif dan kerusakan oleh CTL; jalur ini diinisiasi oleh pengingkatan reseptor kematian (anggota keluarga reseptor Tumor Necroting Faktor) oleh berbagai ligan pada sel yang berdekatan.

Price & Wilson (2006), menyatakan bahwa sel bila mendapat pengaruh yang berbahaya dan hebat dengan waktu yang lama, maka sel tidak akan mampu melakukan kompensasi sehingga sel tidak mampu untuk melangsungkan metabolismenya. Kejadian tersebut menyebabkan sel tidak mempunyai kemampuan untuk kembali lagi seperti semula dan sel sebenarnya mati, ketika sel tidak mampu untuk mencapai titik di mana sel tersebut dapat kembali maka secara morfologis tidak dapat mengenali bahwa sel telah mati secara irreversible. Jika sekelompok sel yang mencapai keadaan tersebut berada pada hospes yang hidup selama beberapa jam maka akan terjadi kemungkinan dikenalinya sel-sel atau jaringan tersebut sudah mati. Proses lainnya yang terjadi pada saat sel mati berubah secara kimawi, maka jaringan hidup yang bersebelahan akan memberikan respon terhadap perubahan-perubahan tersebut dan menimbulkan reaksi peradangan akut (Price & Wilson, 2006). Jejas sel reversibel terjadi karena adanya perubahan patologik yang dapat kembali jika rangsangan dihilangkan atau penyebabnya ringan. Adapun yang termasuk dalam jejas reversibel adalah pembengkakan sel, fatty change, blebbing membran plasma dan kehilangan mikrovilia, pembengkakan mitokondria, pelebaran RE, eosinovilia (Ham & Saraswati, 2020).

Sel atau sekelompok sel atau jaringan dalam hospes yang hidup mati maka jaringan tersebut disebut nekrotik atau kematian sel lokal. Perubahan inti pada saat kematian secara morfologis adalah (1) inti sel yang mati menyusut, batasnya tidak teratur dan berwarna gelap yang disebut piknotik, (2) inti dapat hancur dan meninggalkan pecahan-pecahan zat kromatin dan tersebar di dalam sel atau disebut kariotik, (3) inti sel yang mati kehilangan kemampuan untuk

diwarnai karena beberapa keadaan atau disebut kariolisis (Price & Wilson, 2006). Perubahan morfologik dasar nekrosis disebabkan oleh denaturasi protein dan digesti enzimatik organel dan sitosol.

Menurut Price & Wilson (2006) jenis-jenis nekrosis tersebut adalah:

1. Nekrosis koagulatif

Nekrosis Koagulasi adalah kematian yang terjadi karena hilangnya pasokan darah pada jantung, ginjal, limpa dan organ lainnya. Sel yang mati akan dapat mempertahankan bentuknya, dan jaringannya akan mempertahankan ciri-cirinya beberapa waktu jika enzim-enzim litik dihambat oleh keadaan lokal.

2. Nekrosis liquefaktif

Nekrosis liquefaktif adalah sel nekrotik yang mengalami pencairan akibat kerja enzim, pada medulla spinalis dan otak.

3. Nekrosis kaseosa

Nekrosis kaseosa adalah sel nekrotik hancur yang terjadi pada organ paru di mana nekrosis tersebut menjadi pecahan yg tidak dapat dicerna dan membentuk perkejuan.

4. Nekrosis lemak

Nekrosis lemak adalah nekrosis sebagai akibat kerja lipase yang mengkatalisasi dekomposisi trigliserida menjadi asam lemak yang berikatan membentuk sabun kalsium.

Jaringan atau sel yang mengalami nekrosis akan mengalami hilangnya fungsi daerah yang mati tersebut. Apabila jaringan yang nekrotik itu merupakan sebagian kecil dari organ dengan cadangan yang besar (misalnya, ginjal) mungkin tidak berpengaruh secara fungsional pada tubuh. Akan tetapi jika daerah nekrosis merupakan bagian otak, maka akan berakibat pada defisit neurologis yang hebat an bahkan kematian. Daerah nekrotik dalam beberapa keadaan dapat seperti demam, leukositosis, dan berbagai gejala subjektif (Price & Wilson, 2006). Jadi nekrosis merupakan kematian sel yang irreversibel di mana sitoplasma menjadi degenerasi dan juga terdapat perubahan khas pada nukleus. Adapun keadaan lokal khusus tertentu dapat berakibat jenis nekrosis lain. Nekrosis jenis lain tersebut adalah gangren. Gangren terjadi karena tidak adanya suplay darah disertai dengan pertumbuhan bakteri saprofit yang timbul

pada jaringan nekrotik terbuka. Jaringan dapat berwarna hitam dan mengkerut yang sering terjadi pada ekstremitas.

8.2.2 Kematian Somatik

Kematian yang terjadi pada seluruh individu disebut kematian somatik, bandingkan dengan kematian lokal atau nekrosis. Arti kematian dahulu sangat simpel di mana individu dikatakan meninggal apabila berhentinya fungsi penting (vital) tubuh tanpa ada kemungkinan kembali lagi. pada saat ini dengan adanya kemajuan teknologi jika seseorang mengalami henti napas dapat dipasang ventilator, atau jika denyut jantungnya mulai sulit untuk didengar atau melambat maka dapat dilakukan pemasangan pacu jantung. Dengan berbagai alat yang berfungsi untuk mempertahankan hidup tersebut, maka kematian menjadi sulit untuk didefinisikan. Jadi dapat disimpulkan bahwa kematian somatik adalah berhentinya kegiatan sistem syaraf pusat, termasuk berhentinya kegiatan listrik dan EEG (elektroensefalogram) menjadi isoelektrik. Menghilangnya aktivitas kelistrikan ini terjadi selama jangka waktu yang telah ditetapkan dengan cermat, sehingga dokter yang bertanggung jawab dapat menyatakan bahwa pasien telah meninggal meskipun paru-paru dan jantung masih dapat difungsikan terus dengan buatan (Price & Wilson, 2006). Kematian somatik menurut Tambayong (2000), adalah kemataian tubuh yang terjadi bila fungsi pernapasan dan jantung berhenti.

Konsep kematian telah berkembang beriringan dengan berkembangnya ilmu pengetahuan. Tahapan kematian dapat dibagi menjadi dua tahap: kematian somatik (kematian fisik) dan kematian biologis. Kematian sel somatik adalah tahap kematian di mana tidak ada tanda-tanda kehidupan seperti detak jantung, gerakan pernapasan, hipotermia, dan kurangnya aktivitas listrik otak pada rekaman EEG, setelah dua jam kematian somatik akan diikuti kematian biologi (Soenarjo & Jadmiko, 2010). Kematian sel somatik diikuti dengan tahapan kematian biologis yang ditandai dengan kematian sel sebagai berikut: Hanya kematian batang otak, henti napas atau detak jantung saja. Hal ini dapat digunakan sebagai tolok ukur untuk menilai kematian manusia. Kematian klinis adalah keadaan berhentinya pernapasan, denyut nadi, tekanan darah, dan hilangnya respons terhadap rangsangan eksternal, yang ditandai dengan berhentinya aktivitas listrik di otak. Kematian adalah hilangnya fungsi jantung, paru-paru, dan otak secara permanen. Sekarat dan mati memiliki proses atau tahapan yang sama dengan kehilangan (Hidayat, 2008).

Seseorang dinyatakan meninggal ketika fungsi pernapasan dan jantung spontan telah dihentikan secara aman/ireversibel. Misalnya, meninggal secara normal, yang biasanya terjadi pada penyakit akut atau kronis yang parah. Dalam kondisi ini, detak jantung dan berhentinya denyut nadi, dan jantung serta organisme lain sangat terpengaruh oleh penyakit sehingga tidak mungkin orang yang terkena akan hidup lebih lama. Upaya untuk menyadarkan adalah sia-sia dalam situasi ini. Upaya resusitasi harus dilakukan dalam situasi kematian klinis, di mana denyut jantung tinggi (sirkulasi). Kematian mendadak adalah proses yang terkait dengan suatu peristiwa atau kematian langsung dari suatu peristiwa (Suryadi, 2017). Menurut WHO, kematian mendadak didefinisikan sebagai terjadinya kematian dalam kurun waktu 24 jam dari timbulnya simtom. Akan tetapi dalam kasus forensik, kematian yang terjadi sebagian besar terjadi dalam waktu beberapa detik atau menit sejak timbulnya gejala pertama. Kematian tiba-tiba yang penyebabnya adalah penyakit, kadang-kadang menimbulkan prasangka sehingga butuh pembuktian melalui autopsi medikolegal, sehingga hasilnya mampu memperlihatkan penyebab kematian yang jelas (Bhaskara & Mallo, 2012).

8.2.3 Perubahan Postmortem

Perubahan post mortem merupakan perubahan tertentu setelah kematian. Kondisi post mortem ini akan menyebabkan pengeluaran enzim secara lokal kemudian terjadilah lisis atau disebut autolisasi post mortem, perubahan tersebut akan tampak sangat mirip dengan jaringan nekrotik. Reaksi tersebut dapat disertai dengan reaksi radang. Pertumbuhan bakteri menjadi sangat subur sehingga proses pembusukannya menjadi lebih cepat.

Menurut Price & Wilson, (2006) Perubahan- perubahan tersebut adalah:

1. Rigormortis

Rigormortis merupakan reaksi kimia yang berlangsung dalam otot seseorang yang mati, reaksi ini menibulkan suatu kekakuan pada mayat. Rigormortis terjadi sebagai akibat adenosisn trifosfat atau ATP yang diperlukan pada saat metabolisme hilang. Rigormortis mulai terlihat dan dapat dievaluasi dua sampai empat jam, kekakuan dapat dilihat diseluruh otot 6 sampai 12 jam sesudah kematian. Jangka waktu tersebut beragam sesuai dengan kondisi dan iklim yang ada (Kristanto & Wangko, 2015)

2. Algormortis

Algormortis menunjukkan suatu keadaan dinginnya mayat, hal ini disebabkan karena suhu tubuh yang mendekati suhu lingkungan.

3. Livormortis

Livormortis merupakan perubahan warna postmortem. Warna yang berubah tersebut dipengaruhi oleh berhentinya peredaran darah pada pembuluh darah karena gaya gravitasi, sehingga jaringan – jaingan yang berada paling bawah pada tubuh berwarna keunguan. Dikarenakan jaringan –jaringan pada mayat tersebut sudah nekrotik sehingga secara mikroskopis enzim-enzim akan dikeluarkan secara lokal, sehingga terjadilah lisis. Reaksi-reaksi itu disebut sebagai otolisis post partum.

8.3 Proses Kematian

Pada jam-jam terakhir kehidupan (end of life) kondisi pasien biasanya melai menurun dn tidak stabil. Pasien akan mengalami penurunan kemampuan pada semua sistem tubuh dan tanda-tanda vital. Berbagai macam reaksi keluarga ketika kondisi pasien mulai memburuk. Reaksi kecemasan dan marah sering kali terjadi. Menurut Kubler-Ross & Wanti (1998), mengemukakan lima fase berduka, yaitu tahapan penolakan atau penyangkalan (denial), marah (anger), tawar-menawar (bargaining), depresi (depression) dan penerimaan (Acceptance). Setiap orang dapat melalui tahapan ini dengan cara yang berbeda, sesuai dengan kondisi masing-masing individu. Pada jam-jam terakhir tersebut tindakan keperawatan yang perlu dilakukan adalah memeriksa ulang setiap tindakan yang telah dilakukan. Bila dinilai terdapat tindakan yang dapat memperburuk kedaan maka tindakan tersebut dapat dihentikan. Pola Two road to death merupakan dua pola perubahan neurologis yang dikenal dengan dua jalan menuju kematian; the usual road merupakan pola yang sering ditemukan pada tahap ini pasien meninggal dengan tenang dan diam seperti delirium dan hypoaktif (dialami 70%-90% pasien). Sedangkan the difficult road merupakan pola yang sering ditemukan di mana pasien mengalami delirium type hiperaktif fase terminal (dialami 10%-30% pasien) (Yodang, 2018).

8.3.1 Gejala Akhir Kehidupan dan Manajemen Keperawatan

Asuhan keperawatan paliatif merupakan perawatan yang didasarkan pada proses keperawatan yang dimulai dari pengkajian untuk mendapatkan data yang akurat sehingga dapat ditegakkan diagnosa keperawatan, merencanakan intervensi yang tepat melakukan tindakan keperawatan, serta melakukan evaluasi keperawatan. Pasien dengan penyakit tingkat lanjut secara umum mempunyai berbagai macam gejala, namun masing-masing pasien mempunyai keluhan yang berbeda. Untuk itu perawat harus mengkaji secara cermat tiap gejala yang dikeluhkan oleh pasien sehingga dapat menentukan dasar untuk intervensi yang tepat. Gejala-gejala tersebut secara umum adalah nyeri, kelemahan, anoreksia, dispnea, konstipasi, mudah kenyang dan mulut yang kering. Menurut Fakhrudin Nur et al. (2015), pada kondisi akhir hayat dapat terlihat adanya tanda-tanda yang aktual, tanda-tanda yang aktual tersebut adalah nyeri, sesak napas, peningkatan sekresi, depresi dan dimensia. Berdasarkan gejala yang dikeluhkan oleh pasien tersebut maka diperlukan penatalaksanaan medis maupun keperawatan yang baik. Kebutuhan perawatan pada pasien menjelang ajal (*end of life*) saat ini dengan perkembangan kemajuan teknologi mampu meningkatkan kualitas perawatan. *End of Life* pada pasien kritis menerapkan konsep teori *peaceful end of life* dengan cara meningkatkan kenyamanan dan membantu pasien untuk mencapai kematian secara damai.

Keluhan atau gejala akhir kehidupan dan manajemen keperawatan tersebut adalah:

1. Keluhan Nyeri

Pengkajian

Pasien menjelang akhir hayat banyak yang mengeluhkan nyeri. Keluhan Nyeri bersifat subyektif yang karena setiap individu mempunyai pengalaman terhadap nyeri yang berbeda. Pengalaman nyeri seseorang bukan semata-mata meliputi respon fisik yang dihubungkan dengan penyakit yang mendasarinya akan tetapi dipengaruhi oleh berbagai dimensi seperti dimensi emosional, intelektual, behavioral, sensori dan budaya (Black & Hawks, 2014). Gejala Nyeri adalah hal yang paling ditakutkan oleh pasien, sebanyak 50% pasien yang menderita penyakit kritis di rumah sakit

mempunyai keluhan nyeri dengan berbagai derajat. Penyebab nyeri pada pasien yang dirawat diruang ICU berhubungan dengan iatrogenik dan prosedur invasif. Prosedur tersebut di antaranya adalah suctioning, insersi kateter, perawatan luka, dan terpasangnya ETT (Fakhrudin Nur et al., 2015).

Pasien yang sudah berada diambang kematian biasanya tidak responsif dan tidak punya kemampuan untuk melaporkan nyeri untuk itu perawat harus melakukan pengkajian dan observasi terhadap keluhan pasien baik yang bersifat subyektif maupun obyektif.

Manajemen

Adapun penanganan atau manajemen nyeri tersebut adalah (Black & Hawks, 2014):

a. Analgesik opioid

Opioid merupakan terapi andalan bagi pasien dengan nyeri sedang maupun berat. Medikasi ini bekerja dengan cara berikatan dengan reseptor opiat pada sistem syaraf pusat (SSP) serta menghambat transmisi impuls nyeri ke pusat otak yang lebih tinggi. Contoh-contoh opioid tersebut adalah morfin (MS Contin), hidromorfon (dilaudid), fentanil (duragesik) dan oksikodon (oxycontin). Selain dapat mengurangi nyeri opioid juga dapat menimbulkan efek samping lainnya yaitu konstipasi, depresi pernapasan, mual, muntah dan sedasi. Meskipun tidak semua pasien mengalami efek samping tersebut akan tetapi sebagai perawat hendaknya harus memperhatikannya. Perawat dapat melaporkan kejadian tersebut kepada dokter yang menangani sehingga pasien dapat dirubah pengobatannya dengan jenis opioid yang berbeda.

Pasien yang mengalami konstipasi karena opioid dapat diberikan pelunak feses atau stimulan diawal pemberian dosis opioid sebagai tindakan pencegahan. Pasien yang mengalami mual dan muntah karena opioid dapat diberikan anti emetik. Pasien yang mendapatkan dosis opioid pertama kali biasanya akan mengalami sedasi. Efek sedasi tidak hanya disebabkan oleh opioid akan

tetapi karena pasien mengalami keletihan karena nyerinya. Perawat perlu mengajarkan bahwa rasa kantuk yang terjadi dapat disebabkan oleh pengobatan yang diberikan.

b. Analgesik adjuvan

Pemberian pengobatan adjuvan mempunyai aksi primer yaitu selain dapat mengurangi nyeri namun juga dapat berfungsi sebagai analgetik bagi beberapa kondisi yang sangat menyakitkan.

Obat –obat yang termasuk dalam nalgescik adjuvan tersebut adalah obat anti inflamasi non steroid, antidepresan trisiklik, antikonvulsan, benzodiazepin dan butirofenon.

2. Dispnea

Sesak napas dan disstres pernapasan adalah gejala umum pasien dengan perawatan di unit perawatan intensif. Data menunjukkan bahwa pengobatan akhir hayat untuk sesak napas biasanya kurang lengkap. Pendekatan terbaik ialah dengan mengidentifikasi penyebab sesak napas, tingkat kesadaran pasien, dan kebutuhan pasien. Berbagai pendekatan dapat langsung mengobati keluhan dan memperpanjang hidup serta pemberian Suplemen makanan oksigen, kortikosteroid, diuretik dan bronkodilator (Fakhrudin Nur et al., 2015). Dispnea adalah pengalaman yang subjektif dan gambarkan sebagai kesulitan dalam bernapas karena tingginya proporsi ketidakmampuan pasien dalam melakukan aktivitas sehari-hari. Dispnea sangat berpengaruh terhadap bagaimana pasien dalam mempersepsikan kualitas hidup. Dispnea terjadi terjadi sekitar 50%-70% pada pasien yang berada pada akhir kehidupan; pasien juga mengeluhkan bahwa pernapasan yang dirasakan sangat berat, napas dangkal, disertai dengan kelelahan (Black & Hawks, 2014).

Pengkajian dyspnea

Pengkajian pada pasien dengan keluhan dispnea terdiri dari pengkajian subyektif dan obyektif. pengkajian subyektif tersebut yaitu: mengkaji tingkat dispnea pasien berdasarkan skala, skala yang digunakan harus mudah dipahami oleh pasien. Pengkajian obyektif

pada pasien dengan dispnea dengan cara di observasi, kemudian perhatikan frekuensi napas pasien apakah pernapasannya semakin cepat atau lambat dan bagaimana penggunaan otot-otot aksesoris pernapasan. Pasien dengan dispnea biasanya terlihat bernapas dengan terengah-engah atau berat dalam bernapas, terlihat gelisah dan diaporesia.

Manajemen

Untuk menangani dispnea kita harus mengetahui apa penyebab yang mendasarinya. Hal ini berguna untuk mempermudah bagaimana kondisi pasien dalam perjalanan penyakitnya. Penanganan penyebab utama dispnea kadang tidak memungkinkan untuk dilaksanakan di akhir kehidupan, akan tetapi ada banyak intervensi yang dapat dilakukan untuk meringankan dispneanya dengan cara mengurangi distress dan rasa tidak nyaman. Penatalaksanaan berdasarkan gejala yang dikeluhkan oleh pasien meliputi terapi bukan dengan obat-obatan di antaranya adalah teknik relaksasi dan penatalaksanaan dengan obat-obatan menggunakan opioid, benzodiazepin, fenotiazin, dan kanabinoid. Penatalaksanaan dengan penggunaan obat-obatan dan tidak menggunakan obat-obatan tersebut telah dievaluasi untuk terapi dispnea terhadap pasien. Sebuah tinjauan penting baru-baru ini menyimpulkan bahwa ada beberapa data konklusif untuk evaluasi efektivitas terhadap intervensi sesak napas yang ada dan bahwa uji coba terkontrol secara acak diperlukan. Beberapa berpendapat bahwa tidak ada cukup data yang berguna sebagai bahan pertimbangan. Intervensi farmakologis termasuk opioid dengan atau tanpa benzodiazepin (Ambarwati & Putranto, 2016). Hasil penelitian yang dilakukan oleh (Herlina et al., n.d.) dalam penelitiannya menyatakan bahwa pengalaman perawat dalam merawat pasien end of life ketika mengalami sesak napas adalah dengan memberikan oksigenasi penuh. Penggunaan terapi oksigen dapat diberikan pada pasien perawatan pasien paliatif jika pasien mengalami hipoksia atau pasien cenderung mengalami hipertensi pulmonar (Black & Hawks, 2014). Intervensi nonfarmakaologis pada pasien dengan dispnea dapat

dilakukan oleh tenaga kesehatan terutama perawat. Beberapa tindakan keperawatan yang dapat dilakukan untuk meningkatkan kenyamanan pada pasien dengan dispnea menurut (Black & Hawks, 2014) adalah pursed lip breathing, latihan napas dalam, posisi tubuh, menyalakan kips angin dalam ruangan, teknik coping, menciptakan lingungan yang menenangkan, terapai relaksasi, pijat, akupuntur, hipnotis dan visualisasi.

3. Delirium

Delirium adalah gejala terminal yang umum terjadi pada pasien menjelang ajal. Terdapat tanda distres, yaitu nyeri dan sesak napas, dapat menyebabkan delirium. Gejala-gejala ini harus dikelola dengan analgesik dan perawatan lain sebelum obat penenang diberikan. Upaya dalam mengurangi dampak negatif dari delirium dan meminimalisir penggunaan obat penenang antara lain melepaskan pasien, mendorong istirahat dan tidur, pengurangan kebisingan dan cahaya, dan memberikan dukungan keluarga. Meskipun penggunaan obat penenang adalah andalan pengobatan untuk agitasi di kemudian hari, itu harus digunakan hanya sebagai upaya terakhir karena dapat menyebabkan hilangnya interaksi yang berharga dengan pasien dan keluarga mereka sebelum kematian (Fakhrudin Nur et al., 2015).

4. Depresi

Pada kondisi pasien terminal dapat ditemukan beberapa keluhan psikologis yang sering ditemukan. Gejala psikologis pada pasien menjelang ajal tersebut adalah kecemasan, depresi dan delirium. Kecemasan dapat terlihat pada sebagian besar kondisi kelainan dan dapat terjadi sebagai pengaruh dari berbagai pengobatan. Selain keadaan kecemasan, gejala dan tanda depresi sering terjadi pada pasien dengan penyakit stadium akhir, dengan prevalensi 58%. Parameter depresi pada pasien penyakit stadium akhir ditentukan oleh riwayat terstruktur yang diperoleh dari DSM-V atau didukung oleh alat skrining seperti PHQ-2/9, Beck Depression Index (BDI)-II(Sofia, 2019). Pendekatan psikosomatik sangat cocok untuk perawatan psikologis pasien perawatan menjelang akhir hayat. Perawatan akhir

hayat dan psikosomatis adalah spesialisasi medis yang berfokus pada kualitas hidup pasien dan fokus pada menghilangkan gejala dan meningkatkan fungsi. Penatalaksanaan berdasarkan gejala pada pasien dengan penyakit terminal meliputi pengelolaan depresi, kecemasan, delirium, nyeri, dan mual. Dalam hal ini, skrining untuk depresi dan kecemasan harus dilakukan agar pasien yang menerima perawatan paliatif dapat dirawat dengan lebih baik (Sofia, 2019).

5. Keletihan dan kelemahan

Pengkajian

Kelelahan dan keletihan merupakan gejala paling umum yang sering terjadi pada pasien dengan penyakit terminal. Pengkajian keperawatan harus dilakukan secara komprehensif sehingga penanganan penyebab kelelahan dapat segera dilakukan. Perawat juga dapat mengkajikemungkinan obat opioid sebagai penyebab kelelahan. jika terjadi hal tersebut maka perlu dipertimbangkan kembali untuk mengurangi dosis yang diberikan. Bila pengurangan dosis dilakukan maka perlu dievaluasi nyrei klien apakah terkontrol atau tidak.

Manajemen

Penatalaksanaan kelelahan dan kelemahan disesuaikan dengan faktor penyebabnya. Manajemen terapi dapat berupa farmakologi dna nonfarmakologi. Pada terapi farmakologi pada pasien dengan anemia dapat diberikan transfusi sel darah merah, akan tetapi jika pemberiannya tidak meningkatkan kualitas hidup klien transfusi bukanlah pilihan yang tepat. Bila penyebab kelelahan adalah anemia karena kemoterapi maka pasien dapat diberikan eritopoetin. Pemeberian terapi farmakologi pada pasien terminal sudah tidak efektif lagi untuk itu peran keperawatan sangat penting. Perawat dapat melakukan tindakan untuk mengatasi kelelahan pasien. Tindakan tersebut adalah dengan mengatasi strategi stress, adapaun strategi untuk mengatasi stress tersebut dapat berupa konseling, edukasi, relaksasi dan pijat (Black & Hawks, 2014).

6. Gangguan tidur

Pengkajian

Gangguan tidur sering terjadi pada pasien dengan penyakit stadium akhir. Gangguan tidur berupa insomnia yang terjadi hampir 59% pada pasien terminal. Kualitas tidur sangat penting untuk dievaluasi untuk pasien dengan perawatan paliatif. Menurut (Black & Hawks, 2014) evaluasi tersebut adalah:

- a. Waktu tidur dari biasanya
- b. Berapa lama waktu yang dibutuhkan untuk pasien dapat tertidur
- c. Ada atau tidaknya masa-masa terbangun ditengah malam
- d. Waktu biasanya klien bangun
- e. Perasaan subyektif merasa segar setalah bangun tidur di pagi hari
- f. Frekuensi dan durasi tidur siang
- g. Penggunaan obat tidur
- h. Penyebab gangguan tidur yang diidentifikasi oleh pasien

Manajemen

Untuk mengatasi gangguan tidur pada pasien menjelang akhir kehidupan perlu dilakukan intervensi yang tepat serta menghentikan obat –obatan yang dapat menyebabkan gangguan tidur. Perawat dapat menggunakan terapi non farmakologi untuk mengatasi gangguan tidur tersebut.

8.3.2 Penarikan Terapi Penopang Hidup

Praktik klinis seputar penghentian terapi perpanjangan hidup adalah kombinasi dari pertimbangan teoritis, data empiris, dan pengalaman klinis. salah satu konsep kunci Harus dipahami bahwa penghentian terapi perpanjangan hidup adalah salah satu prosedur standar dalam pengelolaan pasien sakit kritis. Dokter harus mengikuti instruksi untuk prosedur ini, seperti yang mereka lakukan untuk prosedur lain seperti intubasi endotrakeal dan kateterisasi vena sentral. Menghubungi keluarga dan mempersiapkan proses penarikan adalah langkah penting (Fakhrudin Nur et al., 2015). Keputusan untuk menghentikan pengobatan idealnya dibuat sebelum pasien menjadi tidak dapat berkomunikasi dan melalui komunikasi dengan keluarga. komunikasi ini adalah yang terbaik Ini dilakukan pada awal tahap akhir pengobatan penyakit. Sayangnya, hubungan dokter-pasien seperti ini jarang terjadi di bangsal

keperawatan modern. Jika orang tersebut ragu-ragu, anggota keluarga dan orang lain membuat keputusan berdasarkan harapan orang tersebut sebelumnya (Fakhrudin Nur et al., 2015).

Tabel 8.1: Indikator Sistem Tubuh secara objektif umum mendekati kematian (Black & Hawks, 2014)

Kognisi Orientasi	Tidak selalu non-responsif, mungkin mengalami agitasi atau gelisah, tidak dapat berespon secara subyektif terhadap stimulus verbal
Kardiovaskuler	Takikardia, denyut jantung tidak teratur, penurunan tekanan darah, atau perbedaan yang signifikan antara tekanan sistol dan diastol, dehidrasi
Pulmonari	Takipnea, dispnea, penggunaan otot-otot aksesoris pernapasan, napas berbau aseton, pernapasan cheyne-strokes, mengumpulnya sekresi atau pernapasan yang bising
Gastrointestinal	Hilangnya nafsu makan, jumlah feses yang lebih sedikit, inkontinensia
Ginjal	Gangguan pada keluaran urin, inkontinensia, urine yang pekat
Mobilitas	Pergerakan yang terbatas, tidak bisa turun dari tempat tidur, membutuhkan perubahan posisi secara sering

8.4 Tanda-Tanda Pasien yang Dinyatakan Meninggal

Tanda-tanda kematian umumnya dikenali dengan berhentinya pernapasan dan tidak adanya denyut nadi. Ada juga berbagai perubahan fisik lainnya yang bisa dilihat pada almarhum. Perubahan ini merupakan rujukan dokter untuk menentukan penyebab kematian dan perkiraan waktu kematian.

Ada banyak faktor penting dalam menyatakan seseorang meninggal, salah satunya adalah tidak berfungsinya organ vital dengan baik. Setelah kematian,

tubuh juga mengalami berbagai perubahan fisik yang dikenal sebagai perubahan postmortem. Dalam kasus yang jarang terjadi, seseorang yang telah dinyatakan meninggal dapat "dibangkitkan". Fenomena ini disebut mendekati kematian.

Langkah-langkah untuk memastikan apakah pasien telah meninggal menurut Campbell (2009) adalah sebagai berikut:

1. Lakukanlah pengkajian secara tepat, seksama guna mengetahui dan meastikan bahwa:
 - a. Suara jantung tidak terdengar.
 - b. Nadi tidak teraba.
 - c. Bunyi nafas tidak terdengar.
 - d. Tidak ada tanda-tanda yang menunjukkan usaha bernafas.
 - e. Pupil mengalami dilatasi dan tidak berespon terhadap cahaya.
 - f. Badan menjadi pucat dan seperti lilin.
 - g. Badan terasa dingin.
 - h. Umumnya mata terbuka.
 - i. Dagu nampak terjatuh dan terbuka.
2. Setelah didapatkan data catat hasil observasi dan riwayat proses kematian pasien pada catatan rekam medik pasien dengan mencantumkan waktu kejadian berdasarkan hasil pengkajian atau pemeriksaan diatas.

8.5 Perawatan di Rumah

Dalam studi literatur yang dilakukan oleh Fadila & Naufal, (2021) menyatakan bahwa tingkat efektivitas perawatan paliatif di rumah (60%) dan perawatan paliatif di rumah sakit (40%). Perawatan paliatif di rumah diakui efektif dalam meningkatkan kualitas hidup dan mempersiapkan kematian yang bermartabat, serta meningkatkan kemandirian keluarga dalam memberikan perawatan. Penerapan home care sangat dibutuhkan dalam perawatan karena membutuhkan dukungan dan peran keluarga dalam intervensi perawatan dan mengurangi biaya yang dikeluarkan ketika perawatan tidak diperlukan. Pemantauan ketat, tindakan atau fasilitas khusus. Beberapa hal yang

memungkinkan perawatan pasien menjelang ajal dapat dilakukan dirumah menurut Yodang (2018) adalah sebagai berikut:

1. Keluarga bersedia untuk mendampingi dan dapat membantu serta memberikan pelayanan kepada pasien.
2. Perawat mengunjungi pasien setiap hari dan mungkin bisa lebih sering tergantung kondisi pasien
3. Terdapat tenaga dokter yang bersedia melakukan kunjungan apabila diperlukan
4. Mempunyai kemampuan dalam memberikan perawatan secara tim sehingga respon terhadap masalah dengan cepat
5. Memastikan terdapat sarana untuk merujuk pasien ke rumah sakit bila kondisi tidak bisa diatasi ketika berada dirumah.

Kondisi pasien yang mendekati waktu-waktu akhir hidupnya, situasinya dapat berubah-ubah dengan cepat. Permasalahan yang sering terjadi pada kondisi tersebut adalah delirium dan death rattle (Yodang, 2018). Jika terjadi hal tersebut maka perawat dapat mendiskusikan kondisinya dengan keluarga, dengan tujuan keluarga dapat mempersiapkan diri secara psikologis dan praktis untuk menolong pasien. Pada kondisi tersebut pemberian obat-obatan biasanya menggunakan infus atau melalui injeksi subkutan. Perawat dapat melakukan diskusi dengan keluarga dalam pemberian obat-obatan melalui rektal untuk mencegah kejang. Perawatan yang berpusat pada keluarga dan memandang pasien sebagai orang yang terikat oleh struktur sosial dan ikatan kekerabatan adalah metode ideal perawatan akhir hayat. Pendekatan ini memiliki implikasi penting untuk pengambilan keputusan.

8.6 Dampak Kematian dalam Keluarga

Peningkatan angka harapan hidup pasien dapat berpengaruh terhadap kebutuhan perawatan pada saat akhir hayat sesuai dengan prognosis dari penyakitnya. Menurut Yodang (2018) ada tiga jenis alur prognosis pasien dimasa menjelang akhir kehidupan. Alur tersebut adalah sebagai berikut:

1. Kemampuan untuk mempertahankan fungsi fisik dan mental dalam jangka waktu yang panjang, kecuali dalam kondisi terminal

2. Penurunan kemampuan fisik secara perlahan dan perburuk dengan kondisi yang sangat serius, sehingga kematian yang mendadak dapat memengaruhi kondisi pasien
3. Fungsi fisik dan mental dapat hilang jika kondisi terminal dalam jangka waktu yang lama, sehingga kondisi tersebut membutuhkan perawatan secara individual sebagai akibat kondisi pasien yang memburuk.

Kehilangan anggota keluarga karena kematian dapat menjadi penyebab trauma dan disstress secara emosional dalam kehidupan seseorang. Kedekatan keluarga dengan komunitas merupakan hal yang penting. Keluarga dapat memberikan dukungan emosional bagi keluarga yang ditinggal. Keluarga dapat memberikan waktu untuk anggota keluarga yang ditinggalkan. Perawatan yang berpusat pada keluarga menghormati nilai-nilai, tujuan dan kebutuhan pasien dan keluarganya, termasuk memahami penyakit pasien, prognosis dan pilihan pengobatan. dukungan keluarga.

8.7 Diagnosa Keperawatan Pasien Menjelang Akhir Kehidupan

Diagnosa keperawatan pada pasien paliatif menurut (Black & Hawks, 2014) adalah sebagai berikut:

1. Gangguan eleminasi urin berhubungan dengan gagal ginjal atau penurunan perfusi pada ginjal
2. Inkontinensia urin berhubungan dengan medikasi atau perubahan persepsi atau kurang kontrol muskuler
3. Retensi urin berhubungan dengan medikasi atau perubahan sensori yang menyebabkan ketidakmampuan untuk merelaksasi spinkter kandung kemih
4. Perfusi jaringan tidak efektif: perifer akibat adanya sirkulasi pirau pada sistem organ vital, menyebabkan takikardi, bintik warna atau ruam dan sianosis perifer

5. Gangguan pertukaran gas dan pola napas tidak efektif berhubungan dengan gangguan pada paru-paru atau kompensasi dari perubahan metabolismik, menyebabkan takipnea, dispnea, apnea atau pernapasan cheynestokes
6. Bersihan jalan napas tidak efektif diakibatkan oleh kelemahan, menyebabkan sesak napas (terkadang disebut desis kematian atau suara napas orang yang sakaratul maut)
7. Gangguan mobilitas fisik berhubungan dengan kelemahan umum
8. Gangguan menelan akibat kelemahan dan kehilangan reflek menelan
9. Gangguan sensori persepsi berhubungan dengan perubahan perfusi ke otak dan perubahan metabolismik, dapat menyebabkan koma. Pendengaran diyakini tidak mengalami perubahan selama proses menjelang kematian.
10. Konfusi akut dari delirium atau penurunan sirkulasi ke otak
11. Gangguan proses pikir akibat gangguan biokimia
12. Ansietas atau ketakutan berhubungan dengan ketidaknyamanan fisik (seperti nyeri, dispnea) hal-hal yang belum selesai dikerjakan, atau kekhawatiran spiritual.

Bab 9

Komunikasi dan Teknik Menyampaikan Informasi pada Keperawatan Paliatif

9.1 Pendahuluan

Komunikasi merupakan kebutuhan penting dalam aplikasi setiap layanan kesehatan di tatanan klinik. Seluruh proses pelayanan terhadap klien membutuhkan komunikasi dengan berbagai pihak. Seringkali komunikasi diharapkan disampaikan secara langsung sesuai topik yang disampaikan. Namun, dalam kenyataannya berkomunikasi merupakan proses kompleks yang melibatkan banyak hal seperti perasaan, jenis informasi yang disampaikan, dan arti dari informasi tersebut. Selain itu, berkomunikasi juga berarti menyampaikan informasi dengan memaknai setiap kata (verbal) dan sikap (nonverbal) (Hargie, 2018).

Klien dan keluarga sebagai individu yang memiliki interaksi secara aktif dan kontinu dalam proses pemberian asuhan keperawatan senantiasa menjalin komunikasi interpersonal dengan perawat. Pemberian berbagai informasi terkait dengan kondisi klien baik terhadap klien ataupun keluarga membutuhkan berbagai pertimbangan yang harus dicermati oleh perawat agar

tidak mengurangi efek terapeutik dari komunikasi. Perawat dalam berkomunikasi kepada klien tidak hanya menjadi pemberi informasi tentang status kesehatan klien, namun juga menjadi penerima informasi terkait dengan pandangan dan harapan klien dari informasi yang disampaikan.

Kesiapan perawat dalam berkomunikasi akan menghasilkan pilihan kata yang tepat dan sikap yang sesuai serta mampu mengelola dampak dari informasi yang disampaikan (misalnya memahami proses berduka dan tatalaksana saat klien marah). Perawat juga perlu meningkatkan kemampuan berpikir kritis, clinical reasoning, dan clinical judgement agar dapat memiliki pertimbangan yang tepat dalam menyampaikan informasi. Selain itu, latihan berkomunikasi dalam setiap interaksi dengan rekan sejawat, diskusi pemilihan kata yang sulit disampaikan, dan kepekaan terhadap kondisi klien terkini menjadi kebutuhan belajar perawat sebagai upaya meningkatkan kemampuan berkomunikasi.

Komunikasi juga digunakan dalam pemberian asuhan keperawatan paliatif. Penggunaan komunikasi dilakukan perawat selama pemberian asuhan, diskusi kondisi terkini, pilihan-pilihan yang harus diambil, penyampaian perasaan klien dan keluarga terkait penyakit dan tatalaksana yang sedang dijalani, dan penyampaian informasi atau berita yang buruk. Perawat perlu menyiapkan diri dalam berkomunikasi dengan topik sensitif dengan klien-keluarga. Selain itu, pada pelayanan keperawatan paliatif, perawat diharapkan memiliki kemampuan mengelola berbagai dampak dari penyampaian diagnosa terminal, prognosis yang buruk, dan pilihan tatalaksana terhadap kondisi klien.

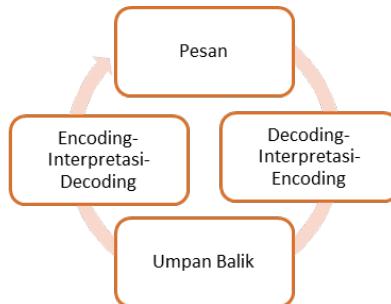
9.2 Konsep Komunikasi Terapeutik

Konsep komunikasi umum dan terapeutik akan dijelaskan pada bagian ini.

9.2.1 Konsep komunikasi umum

Komunikasi secara umum didefinisikan sebagai proses menerima informasi, menginterpretasikan, dan memberikan kembali umpan balik dari informasi (Hargie, 2018). Penyampaian komunikasi diupayakan memiliki kesamaan persepsi antara pemberi pesan dengan penerima pesan (Dahlin, Constance M.; Wittenberg, 2019) misalnya jika perawat bertanya “Gambarkan nyeri yang dirasakan?” maka diharapkan klien akan menjawab rasa nyeri seperti ditusuk-tusuk atau diremas-remas. Perawat dalam berkomunikasi dengan klien

membutuhkan kompetensi dalam menyampaikan informasi yaitu pengetahuan, motivasi, dan skill (Chapman, 2015; Hargie, 2018; Fellow, 2021).



Gambar 9.1: Proses Informasi (RN, 2022)

Pengetahuan berkaitan dengan informasi yang diberikan, contohnya perawat dalam memberikan edukasi tentang suatu penyakit harus menyiapkan materi berupa definisi, tanda dan gejala, komplikasi. Melalui persiapan tersebut, perawat memiliki informasi yang tepat dan terpercaya. Motivasi berarti niat atau keinginan yang mendasari penyampaian informasi, seperti perawat memberikan edukasi dengan niat mengoptimalkan kondisi klien. Skill adalah keterampilan dalam menyampaikan informasi, terutama pada saat perawat menyampaikan hal yang buruk.

Komunikasi terbagi menjadi dua yaitu komunikasi verbal dan komunikasi non-verbal (RN, 2022). Komunikasi yang efektif membutuhkan kemampuan dalam menyampaikan informasi dengan jelas, menginterpretasikan informasi dengan tepat, dan menyampaikan kembali umpan balik dengan jelas dan sejalan dengan informasi awal yang diberikan (Hargie, 2018; RN, 2022). Selain itu, komunikasi verbal yang disampaikan juga sesuai dengan komunikasi non-verbal yang diperlihatkan.

Komunikasi verbal tidak hanya berkaitan dengan isi informasi, namun juga pemilihan kata yang tepat yang disesuaikan dengan latar belakang klien ataupun keluarga. Pilihan kata yang tepat dibutuhkan agar informasi yang disampaikan tidak membingungkan, bermakna ganda, atau sama sekali tidak dipahami oleh klien dan keluarga. Perawat dalam proses belajar banyak menggunakan istilah-istilah medis yang secara makna kata belum tentu dipahami oleh semua orang. Oleh karena itu sangat penting untuk menyesuaikan pilihan kata tanpa mengubah makna dari informasi yang diberikan.

Komunikasi nonverbal merupakan jenis komunikasi yang berkaitan dengan ekspresi wajah, kontak mata, gesture, posisi tubuh, dan cara tubuh bergerak. Komunikasi ini banyak dilakukan dalam interaksi perawat-klien terlebih pada klien yang memiliki keterbatasan dalam berkomunikasi verbal karena berbagai kondisi (Lapum, Jennifer; St.Amant, Oona; Hughes, Michelle; Garmaise-Yee, 2020). Perawat perlu memahami jenis komunikasi ini karena penting dalam menilai kesesuaian antara informasi verbal yang diberikan klien dengan tampilan nonverbal. Selain itu, dalam menyampaikan informasi perawat perlu menyesuaikan antara komunikasi verbal dengan non-verbal. Misalnya saat perawat menyatakan perasaan berduka pada keluarga yang ditinggal klien, maka perawat perlu menyesuaikan ekspresi wajah dengan ucapan turut berduka cita.

9.2.2 Konsep komunikasi terapeutik

Komunikasi terapeutik merupakan komunikasi perawat-klien yang secara spesifik memiliki konteks dalam layanan kesehatan. Komunikasi terapeutik juga bertujuan untuk meningkatkan hubungan interpersonal klien-perawat yang efektif yang dapat mendukung kesejahteraan klien secara holistik, berorientasi pada klien, dan meningkatkan kualitas asuhan (Lapum, Jennifer; St.Amant, Oona; Hughes, Michelle; Garmaise-Yee, 2020). Manfaat komunikasi terapeutik pada klien dapat dirasakan secara fisik dan psikologis. Secara fisik dengan adanya komunikasi terapeutik klien memiliki peningkatan pengetahuan dan kemampuan dalam melakukan perawatan diri yang berpengaruh terhadap peningkatan kecepatan penyembuhan. Secara psikologis, komunikasi dapat menurunkan kecemasan dan stress pada klien, dan meningkatkan kepuasan dan keselamatan klien(Abdolrahimi et al., 2017).

9.2.3 Teknik dan Sikap Komunikasi Terapeutik

Berikut adalah teknik dan sikap dalam melakukan komunikasi terapeutik (Wati, Eti; Wianti, 2017; Dahlin, Constance M.; Wittenberg, 2019; Wittenberg, Elaine; Goldsmith, Joy V.; Ragan, Sandra L.; Parnell, 2020):

1. Mendengar aktif

Memberikan perhatian sepenuhnya saat klien menyampaikan informasi baik secara verbal dan non-verbal. Posisi perawat berhadapan dengan klien, postur terbuka, badan condong ke arah klien, lakukan kontak mata, dan relaks.

2. Sampaikan hasil pengamatan

Komunikasikan hasil observasi melalui komentar terhadap penampilan klien, suara klien, atau tindakan lainnya. Contohnya, "Bapak terlihat mengantuk, apakah tadi malam tidak tidur nyenyak?" "Saya perhatikan makanan bapak belum dimakan, apakah ada menu makanan yang tidak disukai?".

3. Empati

Empati merupakan kemampuan memahami dan menerima perasaan orang lain, memahami persepsi orang lain terkait perasaannya, dan mengomunikasikan pengertian akan apa yang dirasakan. Perawat dapat mencari informasi terkait perasaan klien melalui studi literatur dan pengalaman merawat klien serupa pada masa lampau. Misalnya, "Saya memahami betapa ibu merasakan kesedihan mendalam saat menerima diagnosa penyakit terminal". Perawat yang empati dapat membantu klien dalam mengomunikasikan emosinya baik positif ataupun negatif.

4. Harapan

Komunikasikan kemungkinan yang dapat terjadi kepada orang lain (klien). Berikan penguatan yang sesuai dan umpan balik yang positif dari perasaan yang disampaikan klien. Perawat dapat memilih kata-kata seperti "Saya yakin bapak dapat menghadapi situasi ini, karena sebelumnya bapak pernah melewatinya dengan baik".

5. Humor

Humor diberikan sebagai bagian dari kebersamaan, kedekatan, dan hubungan pertemanan dengan klien. Perawat dapat berbagi humor dengan klien jika kedekatan sudah terbentuk dan memiliki pemahaman terhadap klien, sehingga tidak terjadi kesalahpahaman saat menyampaikan humor. Selain itu, dalam menyampaikan humor hendaknya perawat menghindari topik sensitif seperti body shaming atau masalah seksual.

6. Memberikan sentuhan

Sentuhan dapat memberikan kenyamanan kepada klien, terutama saat klien menghadapi kondisi yang tidak menyenangkan. Perawat dapat

memberikan sentuhan melalui menggenggam tangan klien, menepuk bahu, dan memeluk klien. Pemberian sentuhan disesuaikan dengan budaya yang dianut oleh klien, pastikan terlebih dahulu klien setuju dan tidak terganggu dengan sentuhan.

7. Diam

Diam berarti memberikan jeda terhadap informasi yang diterima oleh klien dan perawat. Jeda ini dapat digunakan perawat dan klien untuk mengobservasi atau menginterpretasi informasi yang diterima serta untuk mempertimbangkan umpan balik yang akan diberikan. Kondisi lain yang juga menciptakan diam adalah saat klien menyampaikan emosi seperti menangis dan membutuhkan waktu sampai tangisan mereda.

8. Klarifikasi

Perawat dapat melakukan klarifikasi terkait dengan informasi yang bermakna kurang jelas, atau ambigu. Terkadang klien menyampaikan informasi yang perlu dipastikan makna kalimatnya. Contoh kalimat "Rasanya saya lebih ga enak badan hari ini", maka perlu diklarifikasi rasa tidak enak badan yang dimaksud di bagian mana, berapa lama, penyebabnya, dan apa efeknya terhadap klien. Kata-kata yang digunakan perawat dapat berupa "Apakah bapak dapat menceritakan bagian tubuh mana yang dirasakan tidak enak?"

9. Fokus

Perawat membicarakan satu topik dalam satu kalimat pembicaraan dan berganti topik jika topik awal sudah selesai dibicarakan. Hal ini termasuk juga dengan menanyakan pertanyaan yang relevan yang berfokus pada topik tersebut. Contoh kalimat dalam melakukan teknik fokus seperti "Dari skala 0-10 dapatkan bapak menyampaikan nyeri yang dirasakan ada di nilai berapa?".

10. Open-ended question

Sampaikan pertanyaan yang terbuka yang dapat mengeksplorasi perasaan klien. Contohnya "Bagaimana efek nyeri dalam melakukan kehidupan sehari-hari?".

9.2.4 Fase Komunikasi Terapeutik

Komunikasi terapeutik memiliki 4 fase yaitu fase pra-interaksi, fase orientasi, fase kerja, dan fase terminasi (Dedi, Blacius; Nurachmah, 2013).

1. Fase Pra-Interaksi

Fase ini merupakan fase awal dari berkomunikasi dengan klien, perawat melakukan serangkaian proses berpikir kritis dalam mempersiapkan interaksi yang akan dilakukan. Kegiatan pada fase ini adalah refleksi dan merencanakan komunikasi. Pada fase refleksi perawat perlu memahami kondisi klien, kesiapan klien berkomunikasi, dan kemampuan perawat dalam menyampaikan informasi. Pada fase merencanakan komunikasi perawat merancang interaksi melalui pemilihan kata-kata yang tepat yang sudah disesuaikan dengan kondisi klien.

2. Fase Introduksi/ Orientasi

Orientasi merupakan fase awal dari komunikasi. Pada fase ini perawat dan klien saling mengenal, membangun hubungan saling percaya, dan membangun keakraban. Kegiatan yang dilakukan pada fase ini adalah salam terapeutik, evaluasi/validasi, penyampaian kontrak (topik, waktu, dan tempat), dan tujuan interaksi.

3. Fase Kerja

Fase ini berisi penyampaian informasi terkait dengan kondisi klien, diskusi pilihan-pilihan tindakan keperawatan yang dapat dilakukan, dan dapat pula berupa bentuk edukasi terhadap klien. Pada fase ini perawat perlu mempersiapkan diri apabila perencanaan interaksi yang sudah dirancang tidak dapat diaplikasikan dengan baik. Pada fase ini tidak jarang perawat harus melakukan modifikasi terkait dengan keluasan dan kedalaman topik yang dibicarakan menyesuaikan dengan respon jawaban klien. Kemampuan perawat dalam menyampaikan pertanyaan dan memimpin diskusi menjadi penting dalam menjaga focus komunikasi sesuai topik yang ditetapkan.

4. Fase Terminasi

Kegiatan ini merupakan fase akhir dari suatu interaksi yang dilakukan perawat. Fase ini berisi evaluasi klien, evaluasi perawat, dan rencana tindak lanjut. Pada akhir interaksi, penting bagi perawat memastikan informasi tersampaikan dan diinterpretasikan sesuai tujuan interaksi melalui evaluasi terhadap klien baik secara subjektif ataupun objektif. Setelah mendapatkan data pemahaman klien, perawat juga harus melakukan refleksi dari hasil interaksi dengan klien yang bertujuan untuk mengembangkan strategi komunikasi yang lebih baik. Perawat juga merencanakan tindak lanjut sesuai dengan hasil evaluasi yang sudah dilakukan.

Tabel 9.1: Tugas perawat dan klien dalam interaksi (Dahlin, Constance M.; Wittenberg, 2019)

Fase	Orientasi	Kerja	Terminasi
Tugas perawat	<ol style="list-style-type: none"> Eksplorasi pemahaman klien/keluar ga tentang penyakit. Mengkaji personality, coping, dan gaya belajar. Menilai respon klien dan keluarga terhadap rencana keperawatan 	<ol style="list-style-type: none"> Monitor respon klien terhadap penyakit. Menyediakan perawatan. Melakukan implementasi. Menawarkan tatalaksana lainnya. 	<ol style="list-style-type: none"> Mengakhiri interaksi. Menyampaikan klien apa yang sudah dipelajari. Membantu klien dalam berubah.
Tugas klien	Mempertahankan hubungan saling percaya.	<ol style="list-style-type: none"> Mempertahankan kolaborasi dalam perencanaan tindakan. 	<ol style="list-style-type: none"> Mengakhiri interaksi. Memberikan apresiasi dalam

		<p>2. Berpartisipasi dalam asuhan.</p> <p>3. Menyediakan informasi sebagai respon dari terapi yang diberikan.</p>	<p>bentuk pemahaman akan tindakan perawat.</p> <p>3. Menyampaikan kebutuhan untuk dibantu saat terjadi perubahan.</p>
--	--	---	---

9.2.5 Hambatan dalam Komunikasi

Berikut ini adalah hambatan dalam berkomunikasi (Wati, Eti; Wianti, 2017; Wittenberg, Elaine; Goldsmith, Joy V.; Ragan, Sandra L., Parnell, 2020)

1. Gangguan lingkungan

Hambatan dalam berkomunikasi dapat disebabkan oleh lingkungan yang kurang mendukung proses interaksi. Lingkungan yang terlalu ramai menyebabkan pertukaran informasi tidak dapat didengarkan dengan baik oleh perawat-klien. Selain itu lingkungan yang terlalu panas/dingin, pencahayaan terlalu gelap/terang, dan gangguan bau tertentu (misalnya dekat dengan kamar mandi) akan mengganggu kenyamanan interaksi.

2. Gangguan semantic

Gangguan ini merupakan jenis gangguan yang terjadi akibat adanya gangguan dalam melakukan proses interpretasi, sehingga terjadi kesalahan dalam memahami maksud dari penyampai pesan. Kondisi ini dapat terjadi akibat kurangnya pemahaman, ataupun kebingungan dengan kata-kata yang disampaikan perawat. Contoh perawat menyampaikan cara melakukan teknik relaksasi napas dalam 3 kali sehari. Klien dapat saja menginterpretasikan 3 kali sehari dilakukan pagi, siang, dan malam atau dilakukan pagi saja sebanyak 3 kali.

9.3 Komunikasi pada Perawatan Paliatif

9.3.1 Peran Perawat Paliatif

Perawat merupakan penyedia layanan asuhan utama yang selalu berinteraksi dan mengidentifikasi masalah-masalah akibat diagnosa paliatif pada klien. Komunikasi yang disampaikan perawat dapat berdampak pada pemulihan fisik, emosi, spiritual, dan distress psikologis klien. Perawat juga memiliki peran sebagai pembela klien yang senantiasa mengedepankan nilai-nilai, pilihan-pilihan, dan keinginan/harapan klien selama menjalani perawatan paliatif. Atas dasar tersebut, perawat dituntut untuk selalu meningkatkan pengetahuan dan kemampuan agar dapat mendiskusikan kebutuhan klien. Kebutuhan klien dalam perawatan paliatif antara lain informasi tentang tatalaksana, manajemen terhadap gejala, dukungan dari keluarga dan teman, pemenuhan kebutuhan sesuai dengan kultural, kebermaknaan, dan menghormati martabat klien.

Selain klien, keluarga juga memiliki interaksi yang intensif dengan perawat sehingga kebutuhan keluarga juga menjadi penting dalam keperawatan paliatif. Beberapa perilaku perawat yang dibutuhkan oleh keluarga adalah selalu memberikan informasi, menyediakan informasi yang terpercaya, memiliki belas kasih, memfasilitasi keluarga, dan menghormati martabat keluarga.

9.3.2 Sasaran Komunikasi Paliatif

1. Klien

Klien merupakan individu yang memiliki komunikasi dengan perawat secara intensif pada masa perawatan paliatif. Maka dari itu, perawat harus memiliki kedekatan (hubungan saling percaya) untuk dapat mewujudkan interaksi yang baik.

2. Caregiver

Caregiver merupakan orang yang melakukan perawatan pada klien. *Caregiver* dapat dilakukan oleh teman, keluarga, pasangan, dan profesional. Peran *caregiver* dalam perawatan paliatif penting karena mereka menyediakan/memberikan perawatan terhadap fisik dan emosional sehingga penting memberikan informasi terkait kondisi klien (Walczak et al., 2016).

Selama melakukan perawatan terhadap klien seorang *caregiver* dapat merasakan burnout dan *compassion fatigue*. *Burnout* merupakan kelelahan emosional dan fisik jangka pajang akibat adanya beban saat melakukan perawatan paliatif. Kurangnya istirahat, beban yang dirasakan akibat menerima keluhan klien, penerimaan terhadap emosi negatif dalam jangka panjang dapat menjadi penyebab burnout. Sementara *compassion fatigue* adalah manifestasi yang terjadi akibat kelelahan dalam melayani orang lain sehingga dapat terjadi penurunan empati dari caregiver terhadap klien (Holtslander, Peacock and Bally, 2019).

9.3.3 Prinsip Berkommunikasi Pada Perawatan Paliatif Listening

Mendengarkan ungkapan perasaan klien merupakan kegiatan yang dilakukan perawat. Melalui hal ini klien merasa dipedulikan sehingga beban pikiran dan ketakutan yang dirasakan dapat disampaikan kepada orang lain. Selain itu, pemahaman dan persepsi klien tentang penyakit dan hal yang berhubungan dapat diketahui.

1. Silence

Pada kondisi paliatif kebutuhan diam pada klien akan meningkat karena dalam fase ini klien banyak melakukan refleksi terhadap situasi yang terjadi. Selain itu, klien juga memerlukan kesempatan dalam mencerna informasi dan menyiapkan pertanyaan-pertanyaan terkait hal yang belum dipahami.

2. Attending

Kehadiran atau keberadaan perawat merupakan tindakan yang memperlhatikan fokus interaksi perawat adalah klien. Perawat diharapkan dapat terlibat secara fisik, psikologis, dan emosional melalui komunikasi dengan klien dan keluarga. Pada pemberian perawatan paliatif perawat menggunakan komunikasi verbal dan non-verbal dalam menunjukkan kehadirannya. Komunikasi verbal dapat dilakukan dengan memberikan afirmasi positif sehingga menguatkan pilihan-pilihan yang diambil klien atau pemberian penguat ketika klien memiliki perasaan negatif. Komunikasi non-verbal yang dapat

digunakan berupa sentuhan pada tangan, teputkan hangat pada bahu, dan juga masase pada area sekitar nyeri.

3. Acknowledging

Hal ini merupakan validasi dari respon emosional klien yang tidak didasari oleh sikap menghakimi. Perlunya penerimaan perawat terhadap seluruh emosi yang dirasakan lkien. Penerimaan tersebut dapat dilakukan pada penyampaian diagnosa paliatif, pemilihan tindakan-tindakan tatalaksana masalah klien, dan juga mempersiapkan klien dan keluarga tentang kehilangan.

4. Containment

Adanya wadah yang menampung seluruh perasaan klien membantu klien merefleksikan pemikirannya dan juga dpt mengeksplirasi rasa tidak nyaman yang dirasakan. Berbagai "sampah" berupa emosi negatif yang dirasakan klien dalam menjalani kondisi paliatif dapat disampaikan kepada perawat seperti rasa takut akan kematian, kemarahan atas diagnosa, dan kekhawatiran meninggalkan dan ditinggalkan oleh pasangan.

9.3.4 Konflik dalam Komunikasi Pada Perawatan Paliatif

Konflik dalam perawatan paliatif dapat terjadi akibat komunikasi yang disampaikan tidak sesuai dengan ekpektasi dan standar. Hal ini diperlihatkan oleh keluarga dengan mempertanyakan kualitas pelayanan yang diberikan. Selain itu, ketidaksiapan keluarga menghadapi perpisahan (kematian) dengan klien, kurang pahamnya keluarga akan prognosis, dan tidak menerima diagnosis dan prognosis juga dapat menjadi penyebab konflik.

9.4 Teknik Penyampaian Informasi

9.4.1 Berbagai Kondisi Yang Memerlukan Pemberian Informasi

Pada klien dengan masalah paliatif, perubahan kondisi dapat terjadi dengan cepat bergantung dari kompleksitas penyakit klien. Beberapa kondisi yang memerlukan pemberian informasi segera adalah:

1. Klien memerlukkan tanda-tanda menjelang ajal
2. Klien menyampaikan keinginan untuk meninggal
3. Klien/keluarga membutuhkan layanan hospice
4. Klien baru saja dirawat dengan kondisi yang parah dan progresif
5. Klien sedang mengalami kondisi yang parah dan prognosis singkat

9.4.2 Langkah-langkah Menyampaikan Informasi

Berikut ini adalah langkah – langkah penyampaian informasi terkait dengan topik paliatif kepada klien dan keluarga (Westphal, 2003; Barclay et al., 2011; Barnard, Alan; Ganca, 2011; Dahlin, Constance M.; Wittenberg, 2019; Luckett, Agar and Phillips, 2021):

1. Pra interaksi
 - a. Pelajari penyakit dan kebutuhan dasar klien yang terganggu.
Mempelajari proses perjalanan penyakit dapat meningkatkan pemahaman perawat akan kondisi klien saat ini dan hubungan antar data dengan gangguan kebutuhan dasar. Perawat juga dapat memprediksi perburukan kondisi klien sehingga dapat menyiapkan diri jika terjadi perubahan kondisi.
 - b. Kaji kemampuan klien dalam berkomunikasi
Proses interaksi pada klien paliatif dapat menjadi terganggu pada beberapa kasus penyakit yang menyebabkan gangguan bicara (mis. stroke, kanker pada tiroid) dan gangguan pendengaran (mis. Tumor otak). Jika kemampuan bicara terganggu perawat dapat menggunakan pertanyaan tertutup (mis. jawaban mengangguk

dan menggeleng) atau menggunakan tulisan sebagai media komunikasi.

Selain itu, perlu dikaji kemampuan klien dalam memahami pertanyaan dan menyampaikan jawaban. Klien dengan penyakit yang menyerang pusat berpikir, memiliki pengetahuan yang rendah, tidak terbiasa mencari informasi, akan memiliki kesulitan dalam menginterpretasikan makna dari informasi yang disampaikan.

c. Kenali respon emosi klien

Respon emosi klien akan diperlihatkan pada interaksi sebelumnya. Penting bagi perawat untuk mengamati respon emosi klien melalui observasi respon klien saat berkomunikasi dengan perawat dan keluarga. Perawat juga dapat menanyakan terlebih dahulu kepada keluarga terkait dengan sikap klien dalam merespon di berbagai situasi yang sulit. Pemahaman terkait respon emosi klien dapat menyiapkan perawat dalam memilih berbagai variasi teknik komunikasi yang akan disampaikan.

d. Siapkan komunikasi dengan pilihan kata yang tepat

Pemilihan kata dalam komunikasi paliatif sangat berkaitan dengan respon emosi klien nantinya. Penggunaan bahasa sehari-hari dibandingkan istilah medis akan meningkatkan pemahaman klien tentang kondisinya. Contohnya saat penjelasan kepada klien "Penyakit ini memiliki prognosis kurang baik, karena menurut literatur kemungkinan hanya 1%", kata prognosis dapat diganti dengan tingkat kesembuhan, kata literatur dapat diganti dengan buku yang saya baca. Penggunaan kata "mati" dapat diganti dengan "meninggal/ berpulang ke pada yang kuasa/ beristirahat selama-lamanya " untuk meninggalkan kesan yang lebih sopan dan menghargai. Namun, perlu menjadi catatan bahwa klien memiliki persepsi yang sama atas kata ganti yang disampaikan perawat.

2. Fase orientasi

Perkenalan perawat pada fase ini dapat dilakukan dalam setiap pertemuan jika klien memiliki penyakit dengan manifestasi gangguan memori (mis. tumor otak, stroke). Evaluasi/validasi dilakukan menyesuaikan dengan kondisi terakhir klien. Misalnya pada pertemuan sebelumnya atau catatan perawat tertulis klien merasakan nyeri sampai tidak dapat tidur, maka pertanyaan "Apakah tadi malam bapak sudah dapat tidur setelah diberikan obat nyeri?".

Penyampaian kontrak topik, waktu, tempat, dan tujuan kepada klien dan meminta persetujuan klien. Pada kasus paliatif, klien dianggap tidak mampu mengambil keputusan, namun sebetulnya klien juga membutuhkan dihargai martabat dan otonominya. Sehingga melalui persetujuan klien memperlihatkan bahwa klien masih memiliki kendali dan berdaya atas dirinya sendiri.

Berikut beberapa contoh kalimat yang dapat digunakan dalam berkomunikasi pada fase orientasi:

- a. "Saya akan mendiskusikan tentang cara menggunakan kursi roda saat akan ke kamar mandi. Apakah ibu bersedia?"
- b. "Saya akan mendiskusikan perasaan bapak terkait dengan penggunaan alat bantu pernapasan. Apakah bapak bersedia?"
- c. "Saya akan mendiskusikan beberapa kemungkinan yang dapat terjadi pada kondisi kesehatan ibu ke depannya selagi ibu masih sangat mampu melakukan banyak hal"

3. Fase kerja

Di tahapan ini perawat memantau respon klien, melibatkan klien dalam rencana perawatan, dan melakukan implementasi. Pola yang digunakan pada fase ini adalah menanyakan pemahaman awal klien, menyampaikan informasi pada klien, dan berdiskusi mengenai pilihan yang dapat dilakukan oleh klien. Contoh kalimat terkait pemahaman klien "Apakah bapak dapat menceritakan informasi apa yang sudah diketahui tentang penyakit kanker hati?" "Apakah bapak memahami kondisi bapak saat ini setelah didiagnosa kanker hati?" "Saat mendengar kemungkinan penyakit akan bertambah parah,

kegiatan apa yang ingin bapak lakukan sebelum kondisi tersebut dialami". Pada menyampaikan informasi perawat dapat menanyakan "Dari yang saya pelajari dan sudah dilakukan pada pasien kanker hati lainnya, cara mengurangi mual adalah dengan makan setiap 2 jam dengan porsi kecil" "Saya akan mendiskusikan pilihan-pilihan yang dapat ditetapkan jika nanti ibu mengalami kondisi tidak sadar". Sementara pada diskusi perawat menyiapkan diri untuk menjawab dengan tepat pertanyaan klien.

4. Fase terminasi

Pada akhir interaksi perawat melakukan evaluasi terhadap klien, evaluasi diri, dan rencana tindak lanjut. Evaluasi pada klien dapat menanyakan ulang hasil dari informasi yang sudah disampaikan. Contohnya "Setelah berdiskusi ibu tidak bersedia untuk dipasang selang ke dalam saluran napas jika ibu mengalami penurunan kesadaran". Maka rencana tindak lanjut perawat dapat berupa "Sebelum ibu memutuskan, baik jika ibu berdiskusi juga dengan keluarga, keputusan akan masalah tersebut dapat disampaikan kepada saya esok hari jam 10". Hasil interaksi yang sudah dilakukan direfleksikan lagi oleh perawat untuk peningkatan kualitas komunikasi pada pertemuan berikutnya.

Bab 10

Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Holistik

10.1 Pendahuluan

Pengkajian yang efektif sangat penting untuk menetapkan rencana asuhan keperawatan pada pasien dan keluarga. Pengkajian keperawatan paliatif mungkin sedikit berbeda dari pengkajian keperawatan standar. Pada pengkajian Perawat menggunakan terapi penggunaan diri sendiri untuk melakukan pengkajian dengan melibatkan pasien dan keluarga selama pengkajian, termasuk alat untuk mendengarkan secara aktif.

Pengkajian pasien dengan kebutuhan perawatan paliatif memerlukan pendekatan terstruktur dengan pertimbangan penuh untuk tidak hanya menyajikan kebutuhan tetapi juga semua aspek kehidupan sehari-hari, ini disebut sebagai pendekatan holistik. Perawatan holistik sering dipandang sebagai perawatan aktif pasien dan membutuhkan penilaian untuk tidak hanya mempertimbangkan kemampuan fungsional pasien, tetapi juga untuk individualisasi perawatan dengan mengeksplorasi, secara mendalam, fisik, sosial, psikologis, emosional dan kebutuhan spiritual klien (Brown, 2015).

10.2 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Fisik

Pengkajian keperawatan paliatif bertujuan untuk mendapatkan diagnosis, di mana perawat dapat mengkaji dasar kesehatan klien dan keluarga, mengidentifikasi masalah di mana intervensi yang direncanakan dapat dilakukan bersama klien dan keluarga untuk memaksimalkan kualitas hidup mereka.

Pengkajian keperawatan fisik menurut (Ferrell and Paice, 2019; Dimitrov and Kemle, 2021) adalah sebagai berikut:

1. General

Observasi watak klien, distres akut, gairah, cara berpakaian, postur, bahasa tubuh, dan diaforesis. Pengkajian nyeri yang dapat dilakukan yaitu dengan menggunakan metode PQRSTU (Provoke, Quality, Regional, Severity, Time, dan Understanding) (Margaret and Sanchia, 2018).

a. Provoke/ Presipitasi/Paliatif

Apa yang memicu gejala? Apa yang membuat gejala lebih baik atau lebih buruk? Mengajukan pertanyaan yang membantu untuk memperoleh faktor-faktor yang membuat gejala lebih buruk atau lebih baik adalah penting untuk diagnosis dan untuk pengembangan intervensi. Jika tidak mungkin untuk menghindari faktor yang memperburuk gejala, mungkin dapat ditemukan cara untuk meminimalkan faktor-faktor ini.

b. Quality

Seperti rasa terbakar, gatal, kram, tertusuk, berdenyut dan sebagainya.

c. Region/Radiate

Di mana gejala berada? Apakah ada penyebaran di lokasi lain?

d. Severity

Skala nyeri, tingkat penerimaan.

e. Timing

Onset, konstant atau episodik, frekuensi, durasi

- f. Understanding
Apakah yang dipikirkan mengenai artinya?
2. Pengkajian tanda-tanda vital
Kaji temperatur, Heart Rate (HR), pernafasan, tekanan darah, SPO2, (Saturasi oksigen yang diukur dengan oksimetri), kadar oksigen, penggunaan alat bantuan oksigen, atau alat bantu nafas atau ventilator.
3. Pengkajian HEENT (Head, Eyes, Ears, Nose/Neck, Throat)
- a. Kepala
Observasi bentuk dan adanya trauma di kepala. Kaji adanya nyeri kepala dengan metode PQRSTU.
 - b. Mata
Kaji penglihatan, observasi pupil PERLA (Pupils Equal, Round, And Reactive To Light and Accommodation), kaji retina, sklera, ikterus, discharge, air mata, kacamata, kontak lensa, dan kacamata baca. Kaji adanya perubahan mata, mata kabur, penglihatan ganda, fotofobia, mata merah, dan adanya mata lemah.
 - c. Telinga
Kaji pendengaran. Observasi telinga luar, lubang telinga, membran timpani, serumen, discharge, dan penggunaan alat bantu pendengaran. Kaji adanya perubahan bentuk, nyeri, tinnitus, dan vertigo.
 - d. Hidung
Kaji penciuman. Observasi peradangan, obstruksi, discharge. Kaji adanya perubahan bentuk, nyeri, kaji adanya post natal drip, dan bendungan sinus.
 - e. Leher
Palpasi nodus limfa kaji apabila adanya pembengkakan dan nyeri tekan. Kaji adanya nyeri pada leher dengan PQRSTU.
 - f. Tenggorokan, Mulut
Observasi distensi vena jugularis, lokasi tiroid, lidah, kaji gusi, bentuk tenggorokan, kaji adanya luka, dan perdarahan, kaji adanya perubahan suara, kaji adanya nyeri menelan, dan observasi kemampuan menelan, palpasi nodus limfa sublingual,

tiroid, observasi orofaring, gigi, kebersihan gigi, bibir kering atau pecah-pecah, auskultasi arteri karotis bilateral.

4. Pernafasan

Kaji pernafasan. Observasi ekskursi dada, penggunaan otot bantu pernafasan, usaha bernafas, kaji adanya perubahan dada, kaji adanya nyeri saat bernafas, palpasi nyeri tekan, auskultasi suara nafas,. Kaji adanya dispnea saat istirahat, saat beraktivitas, dan saat berjalan. Kaji adanya batuk apakah produktif atau tidak, kuantitas batuk, dan warnanya. Kaji adanya ortopnea, berapa bantal yang digunakan saat tidur. Kaji adanya sleep apnea, snoring, dan paroxysmal nocturnal dyspnea. Palpasi fremitus, krepitasi, serta. Auskultasi bunyi nafas tambahan seperti ronki, mengi, crackles (saat ekspirasi dan inspirasi). Perkusi adanya dullness di area dada.

5. Kardiovaskular

Observasi postur, edema, sianosis, alat bantu jantung. Kaji adanya nyeri dada, kaji adanya sinkop (seberapa sering dan berapa lama), kaji adanya palpitasi (seberapa sering dan berapa lama), kaji adanya edema di ekstrimitas bawah, kaji adanya nyeri pada kaki dengan atau tanpa amputasi, kaji adanya luka di kaki dan adanya keterlambatan kesembuhan. Auskultasi suara jantung, palpasi nadi perifer.

6. Gastrointestinal

Kaji nafsu makan, kaji kesulitan menelan, kaji nyeri ulu hati, kaji adanya intoleransi makanan, kaji adanya mual (berapa sering dan berapa lama), kaji adanya muntah (Jumlah, warna, berapa sering, berapa lama, faktor presipitasi, dan paliatif), kaji adanya diare, dan hemoroid. Obsevasi distensi, asites abdominal, ostomi, rectal tube, dan feses, auskultasi bunyi usus pada semua kuadran abdominal, palpasi abdomen secara permukaan dan mendalam, observasi nyeri tekan, perkusi semua margin organ abdomen.

7. Imunitas

Kaji adanya alergi (alergi pernafasan, topikal, dan makanan). Kaji peradangan Rubor (Eritema), Tumor (Pembengkakan), Calor (Panas), Dolor (Nyeri), Functio laesa (Kelainan bentuk atau fungsi).

8. Hematologi

Kaji perdarahan abnormal atau memar. Kaji benjolan baru atau yang bertumbuh. Kaji adanya hiperkoagulobitas.

9. Kulit dan rambut

Kaji rambut (perubahan warna dan tekstur), kaji apakah ada rambut rontok. Kaji kulit luka (perubahan ukuran, bentuk, dan warna), erupsi, dan pertumbuhan luka, kaji adanya gatal dan nyeri.

10. Genitourinari

Kaji adanya nyeri di area selangkangan, suprapubik, dan disuria, kaji frekuensi urin, kaji kecepatan aliran, kaji nokturia, hematuria, inkontinens urin, rasa ingin berkemih tapi tidak ada urin, perubahan rambut pada area genitalia, aksila, dan lain-lain. Kaji libido (penurunan dan peningkatan). Kaji orgasme apakah ada perubahan, anorgasmia, kaji masalah fertilitas, kaji kapan terakhir pemeriksaan payudara sendiri, kaji adanya perubahan payudara, adapakah adanya nyeri.

a. Pengkajian pada laki-laki

Kaji kapan terakhir pemeriksaan area genital secara sendiri, kaji penis (perubahan, adanya nyeri), skrotum (perubahan, adanya nyeri), kaji gairah (perubahan, disfungsi ereksi, priapism, kaji saat berhubungan intim apakah mengalami perubahan dan nyeri, serta ketidakmampuan untuk mencapai klimaks. Kaji ejakulasi apakah ada perubahan, keterlamatan, prematur, dan nyeri. Kaji semen (perubahan, jumlah, dan konsistensi).

b. Pengkajian pada perempuan

Kaji eksternal perubahan dan nyeri, kaji menstruasi apakah ada perubahan dan dismenoreia, kaji saat berhubungan intim apakah ada perubahan dan rasa nyeri, kaji apakah ada kekeringan, dan ketidakmampuan mencapai klimaks.

11. Muskuloskeletal

Observasi pergerakan ekstrimitas atas dan bawah secara spontan, kaji kekuatan otot, fleksibilitas spinal, suhu, dan kelainan bentuk, bandingkan sisi kiri dan sisi kanan.

12. Neurologi

Observasi tingkat kesadaran, orientasi, kaji 12 saraf kranial, kaji sensasi pada semua ekstrimitas, kaji ROM pada ekstrimitas, kaji refleks otak, tremor, kelemahan, pusing, romberg, dan cara berjalan. Kaji adanya kehilangan fungsi neurologis secara tiba-tiba dan kaji adanya kejang.

13. Kejiwaan

Kaji mood, sikap, cemas, gangguan berbicara, bahasa, delirium, halusinasi, kapasitas pembuat keputusan, memori, dan fokus klien.

14. Integumen

Kaji ruam, memar, luka, perubahan warna kulit, bintink-bintink, lesi, nevi ABCD (Asymmetry, Border, Color, Dimension)<6 mm, kaji vena, corak kulit, dan rias wajah.

15. Pengkajian fungsi**a. Activity of daily living (ADL)**

Kaji kemampuan untuk mandi, berpakaian, merawat diri, makan, transfer, toileting, pengawasan diri, dan ambulasi.

b. Instrumental Activities of Daily Living (IADL)

Kaji kemampuan untuk berbelanja, menyiapkan makanan, minum obat, membersihkan rumah, mencuci baju, menggunakan transportasi, menggunakan telepon atau berkomunikasi, dan mengatur keuangan personal.

c. Lingkungan

Kaji apakah klien tinggal sendiri, apakah klien merasa aman dengan tetangganya, kaji apakah klien bisa membayar listrik sendiri, kaji apakah klien dapat mengendarai motor/mobil, atau menggunakan angkutan umum, dan kaji apakah klien aktif mengikuti kegiatan di masyarakat.

d. Kaji nutrisi dan diet

Kaji nafsu makan, kaji makanan kesukaan dan yang tidak disukai, kaji 24 jam makanan sebelumnya, kaji siapa yang membeli dan menyediakan makanan, kaji siapa yang memberi biaya untuk makan, dan kaji keseimbangan nutrisi.

e. Koping

Kaji apa saja stresor klien, apakah ada stresor signifikan tahun lalu, apakah klien mencoba untuk mengurangi stres, dan apakah itu bisa membantu.

f. Olahraga

Kaji apakah klien aktif berolahraga (seberapa sering). Kaji olahraga yang disenangi. Kaji apakah klien melakukan pemanasan. Monitor respon terhadap olahraga.

g. Kesehatan pekerjaan

Kaji jenis pekerjaan klien. Kaji apakah ada masalah kesehatan yang dihadapi saat bekerja.

h. Pelecehan

Kaji adanya riwayat pelecehan termasuk pelecehan saat anak-anak, dan saat lansia.

i. Persepsi kesehatan

Kaji persepsi klien terhadap kesehatan. Kaji bagaimana klien memandang situasi saat ini. Kaji apa saja yang menjadi perhatian klien saat ini.

16. Keluarga

Kaji dan dokumentasikan secara keseluruhan kesehatan keluarga. Identifikasi masalah kesehatan utama, keterbatasan fisik, dan kekuatan fisik dari anggota keluarga untuk perencanaan perawatan.

10.3 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Psikososial

Kesehatan dan penyakit ditentukan oleh interaksi dinamis antara faktor psikologis, perilaku dan sosial. Pendekatan psikososial ini banyak direkomendasikan untuk dikaji (Greer and Joseph, 2016). Perawat tidak hanya mengkaji kebutuhan secara fisik, tetapi juga meningkatkan emosional mereka dan kualitas hidup sosial melalui pengkajian psikososial (Kukulka et al., 2019).

Tabel 10.1: Pengkajian biopsikososial keperawatan paliatif (Ferrell and Paice, 2019)

TIPE KEHILANGAN		
Kehilangan fisik	Kehilangan Psikososial	Kehilangan Spiritual
Fungsi tubuh	Perubahan	Pengharapan untuk masa depan
Bagian tubuh	Otonomi	Ilusi pengendalian
Energi	Citra tubuh	Ilusi keabadian
Mobilitas	Gaya Hidup	Ilusi hal yang dapat diramalkan/kepastian
Nyeri	Uang	
Seksualitas	Perubahan Hubungan	
	Fungsi Peran	
	Indra	
	Seksualitas	
	Waktu	
	Perubahan pekerjaan	

Tipe Respons Terhadap Kehilangan

Observasi Respon Emosi	Identifikasi Gaya Koping
Menerima Marah Cemas Tawar Menawar Menolak Depresi Sedih Syok Menarik diri	Berfungsi: Proses kesedihan normal Pemecahan masalah Humor Praktek Ritual Spiritual Tidak Berfungsi: Kecanduan perilaku Agresif Fantasi Rasa bersalah Meminimalkan Psikosis
KEBUTUHAN PERSONAL YANG BERHUBUNGAN DENGAN KEHILANGAN	
Pengkajian kebutuhan informasi	Pengkajian kebutuhan kontrol
Ingin mengetahui secara detail Ingin gambar secara keseluruhan Ingin informasi minimal Tidak menginginkan informasi, tapi ingin keluarga tahu	Sangat tinggi Tinggi Moderate/Rata-rata Rendah Absen, ingin orang lain yang memutuskan

Pada pengkajian psikososial, Ferrell and Paice, (2019) juga menjelaskan tentang pengkajian mental yang dapat dikaji pada klien paliatif.

1. Penampilan
Kebersihan, rias wajah, Cara berpakaian (sesuai atau tidak pantas), Sikap, dan Bahasa tubuh.
2. Suasana hati dan pengaruh (kesesuaian)
Perilaku saat wawancara, Perasaan khusus yang diungkapkan, dan Ekspresi wajah
3. Kemampuan intelektual
Perhatian (distractibility), Konsentrasi, Pemikiran konkret/abstrak, Pemahaman, Wawasan situasi Penyakit, Pertimbangan, dan Tingkat pendidikan.
4. Sensoirum atau tingkat kesadaran
Sadar, mengantuk, Somnolent, Koma, dan tidak ada respon.
5. Perilaku psikomotor
Cara berjalan, observasi gejala (gerakan yang tidak bisa dikontrol, tremor, perserverasi), pergerakan (akatisias, diskinesias), kompulsif, koordinasi, dan energi.
6. Bicara
Ditekan, pelan, cepat, berorientasi, bicara tidak teratur, membingungkan, terpotong-potong, atau masuk akal, relevan atau tidak relevan, bicara sedikit, keterlambatan untuk merespon ketika berbicara.
7. Pola pikir
Hilang akal atau perserverasi, logis atau tidak logis, bingung, berorientasi atau tidak berorientasi, tidak terorganisir atau terorganisir, tangesi atau sirkumtasial, preokupasi atau obesesi, paranoid, delusi, halusinasi, blocking, flight of ideas, neologisme, word salad, keinginan bunuh diri.

10.4 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Spiritual

Beberapa penelitian yang berkembang membuktikan bahwa perawatan spiritual di akhir hayat penting bagi pasien dan pasien menginginkan profesional perawatan kesehatan untuk memberikan jenis perawatan spiritual ini. Efek positif dari perawatan spiritual pada kualitas hidup pasien (Vallurupalli et al., 2012; Zhang, Nilsson and Prigerson, 2012). Ada juga bukti bahwa kurangnya dukungan spiritual oleh tim perawatan kesehatan dikaitkan dengan kualitas hidup klien yang buruk, ketidakpuasan terhadap perawatan, pemanfaatan rumah sakit yang kurang, pengobatan yang lebih agresif, dan peningkatan biaya, terutama di antara kelompok etnis minoritas dan pasien dengan tingkat coping religius yang tinggi (Gijsberts et al., 2019). Itulah mengapa dimensi spiritual merupakan dimensi penting pada pengkajian keperawatan paliatif.

Ferrell and Paice, (2019) menjelaskan pada pengkajian spiritual perawat dapat menanyakan beberapa pertanyaan di bawah ini untuk mengkaji spiritual klien.

1. Apakah agama atau spiritualitas penting bagi Anda?
2. Jika ya, apakah agama atau spiritualitas Anda memberikan kenyamanan?
3. Jika tidak, pernahkah ada saat spiritualitas atau agama?
4. Apakah penting bagi Anda?
5. Apakah Anda ingin saya menghubungi siapa pun di komunitas iman Anda?
6. Apakah Anda ingin kunjungan dari pemimpin komunitas agama Anda?
7. Apakah Anda ingin kunjungan dari seorang pendeta?

Menurut Greer and Joseph (2016), pengkajian spiritual pada klien paliatif dapat menggunakan pengkajian sebagai berikut:

1. Hope, Organized Religion, Personal Spirituality, Effects (HOPE)
 - a. Hope sumber harapan, kekuatan, kenyamanan, kedamaian
 - b. Organized Religion: aktivitas agama yang terorganisir
 - c. Personal Spirituality: kegiatan rohani individual

- d. Effects: dampak pada medis dan akhir masalah kehidupan.
- 2. Faith, Importance, Community, Application (FICA)

- a. Faith: kepercayaan.

Apakah kepercayaan klien. Apakah klien menganggap diri klien spiritual atau religius? Hal-hal apa yang memberi arti bagi hidup bagi klien?

- b. Importance: pengaruh iman terhadap hidup.

Apakah itu penting dalam hidup klien?. Apakah keyakinan klien memengaruhi perilaku klien selama sakit ini?. Apa peran keyakinan klien dalam memulihkan kesehatan klien?

- c. Community: jaringan dukungan agama.

Apakah klien bagian dari komunitas spiritual atau agama?. Apakah dukungan untuk klien, dan bagaimana caranya?. Apakah ada seseorang atau sekelompok orang yang benar-benar klien cintai atau siapa yang benar-benar penting bagi klien?

- d. Application: bagaimana agama menyikapi tentang isu medis.

Bagaimana klien ingin penyedia perawatan kesehatan mental klien, untuk mengatasi masalah dalam perawatan klien? Apakah iman penting bagi klien? Mengapa atau mengapa tidak?. Apakah klien berpartisipasi dalam komunitas iman atau di gereja?. Apakah ada amalan (doa, kehadiran di gereja, pembacaan kitab suci, teks, meditasi) yang membantu? (Fayard, 2017).

- 3. Oncologist-Assisted Spiritual Intervention Study (OASIS)

- a. Pertanyaan netral

- b. Menanyakan berdasarkan tanggapan pasien

- c. Mengeksplorasi

- d. Menanyakan tentang arti dan perdamaian

- e. Menanyakan tentang spiritual sumber daya/dukungan

- f. Tawarkan bantuan rujukan

- g. Akhiri pertanyaan

Bab 11

Keperawatan Paliatif dalam Perspektif Agama dan Spiritual, Sosial Budaya

11.1 Pendahuluan

Agama menurut kamus besar bahasa Indonesia adalah ajaran, sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan yang maha Esa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia dengan lingkungannya.

Agama atau *religion* dalam bahasa Inggris memiliki banyak pengertian tidak hanya fokus pada kepercayaan terhadap tuhan, Dewa atau kekuatan supranatural seperti definisi yang disebutkan oleh Sigmund Freud yang mendefinisikan agama adalah formasi untuk memenuhi keinginan (Stibich, 2022). Sedangkan Spiritual didefinisikan sebagai cara berpikir manusia dalam membangun kepercayaan berdasarkan pengalaman yang kemudian diyakini sebagai kebenaran (Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Jo Wells, 2009).

Dalam beberapa pengertian seringkali agama dan spiritual di samakan, tetapi sebenarnya ada beberapa perbedaan antara pengertian agama dan spiritual sehingga di butuhkan penguatan tentang pemahaman agama dan spiritual, terutama dalam memahami aspek yang berkaitan dengan perawatan paliatif.

Sosial Budaya merupakan bagian yang tidak terpisahkan dari kehidupan manusia, aspek sosial budaya juga sangat memengaruhi pemahaman, sikap dan perilaku manusia terhadap kehidupan. Agama, spiritual dan Sosial Budaya berkaitan erat dan saling memengaruhi oleh karena itu ketiga hal tersebut sangat penting dalam strategi pelaksanaan perawatan paliatif.

11.2 Pengertian Agama dan Spiritual

Kata spiritus berasal dari bahasa latin yang berarti , ‘napas‘ (breath) dan kata kerja , ‘sprare‘ berarti bernapas, yang merupakan inti dari kehidupan.

Menurut dunia barat, *spirit* merupakan komponen ketiga dari manusia, setelah tubuh dan jiwa. *Spirit* memberikan napas kepada tubuh sedangkan jiwa atau pikiran merupakan bagian immaterial dari manusia yang bersifat sementara bersatu dengan tubuh seseorang sedangkan menurut Timur, merupakan kesadaran diri yang melampaui tubuh dan pengalamannya (Max Watson, Caroline Lucas, Adrew Hoy, Jo Wells, 2009)

Spiritual adalah praktik dan keyakinan individu sedangkan agama adalah seperangkat praktik yang tersusun secara rapi yang ditentukan oleh kelompok yang besar, sehingga dapat dikatakan bahwa spiritual merupakan keyakinan yang belum tentu merupakan sebuah agama tetapi Agama pasti merupakan praktik dan spiritual seseorang (Stibich, 2022).

Pengertian lain dari pelayanan agama adalah berbagi kepercayaan, nilai-nilai, liturgi dan gaya hidup dalam sebuah kelompok yang memiliki keyakinan yang sama. Sedangkan perawatan Spritual biasanya fokus pada cara berfikir seseorang tanpa di asumsikan sebagai keyakinan pribadi atau orientasi hidup (Shaun Kinghorn, Sandra Gaines, 2013)

Dari pengertian diatas dapat disimpulkan bahwa Spiritual merupakan keyakinan pribadi yang tidak selalu berkaitan dengan agama sedangkan agama adalah keyakinan yang di anut oleh sekompok orang yang memiliki aturan dan nilai yang di sepakati bersama.

11.3 Tinjauan Agama dalam Perawatan Paliatif

Perawatan Paliatif merupakan perawatan yang dilaksanakan dengan menggunakan prinsip holistik, di mana asuhan keperawatan dilaksanakan secara komprehensif yang melibatkan semua aspek dalam kehidupan manusia termasuk Aspek spiritual, agama dan Budaya.

Spiritual dan Agama merupakan bagian tidak terpisahkan dalam kehidupan, terutama bagi bangsa Indonesia yang memiliki landasan Negara yang berketuhanan yang maha Esa. Seperti yang telah diketahui karakteristik pasien Paliatif merupakan pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi penyakit yang membatasi masa hidup sehingga sangat memungkinkan seseorang mengalami gangguan spiritual atau yang di sebut *Distress spiritual*.

Hasil penelitian Erna Rochmawati, Rick Wiekhula, Kate Cameron (2017), yang dilaksanakan di Indonesia, menunjukan bahwa peran Agama/Spiritual dalam proses pelayanan Paliatif merupakan aspek yang positif serta dianggap sebagai elemen penting dalam melaksanakan perawatan Paliatif. Penelitian ini diwakili oleh beberapa agama yang di akui di Indonesia, yaitu Kristen, Katolik dan Islam.

11.4 Kematian dalam Perspektif Agama

Ada berbagai tipe agama yang ada Dunia, Menurut UU No. 1/PNPS/1965 terdapat 6 Agama yang di akui oleh Negara Indonesia yaitu Islam, Kristen, Katolik, Hindu, Budha dan Khonghucu (Confusius).

Kematian merupakan proses yang erat hubungan dengan perawatan paliatif, maka penting untuk memahami pengertian kematian yang di pahami pasien paliatif yang dilatarbelakangi agama yang dianutnya. dibawah ini pemahaman keematian berdasarkan ajaran Agama yang di anut yaitu:

11.4.1 Kematian Menurut Agama Islam

Kematian berasal dari kata mati atau maut. Ini berarti terpisahnya roh dari jasad, fisik dari psike, jiwa dari badan, atau yang ghaib dari yang nyata;

keluarnya roh dari jasmani. Dalam Al-Quran, kata mati memiliki beberapa makna yakni tidak ada, gersang, tandus, kehilangan akal dan hati nurani, kosong, berhenti, padam, buruk, lepasnya ruh dan jasad.⁷Terdapat banyak istilah mengenai mati atau kematian dalam Al-Quran.

Pada Surat Al-Baqarah: 28 kata mati disebut dengan أَتَوْمًا (mati), pada surat Az-Zumar: 42 disebut نُّؤْمَلٌ (mati), pada surat Ghafir: 11 disebut لَشَمًا (mematikan kami), sedang dalam surat Al-Mulk: 1-2 disebut نُّفْنُمَلٌ(mati). Akan tetapi, dari banyaknya istilah tentang mati atau kematian yang disebutkan dalam Al-Quran tersebut semuanya memiliki makna kemusnahan dan kehilangan total ruh dan jasad, terputusnya hubungan antara ruh dan badan, atau terhentinya budi daya manusia secara total. Oleh karena itu, secara terminologi kematian disebut juga sebagai ajal yaitu akhir dari kehidupan, ketiadaan nyawa dalam organisme biologis (setiadi, 2017).

Kematian merupakan awal untuk memasuki alam akhirat di mana manusia akan hidup kekal di dalamnya, manusia akan di berikan kehidupan sesuai amal ibadahnya semasa hidup di dunia, oleh karena itu adakalanya kematian menjadi hal yang sangat menakutkan bagi orang yang merasa berbuat dosa selama di dunia.

11.4.2 Kematian menurut Kristen

Kematian merupakan peralihan dari dunia nyata menuju ke dunia yang baru. Walau kehidupan di dunia dipenuhi dengan penderitaan, kesedihan serta perjuangan, akan tetapi sesudah kematian dan masuk ke kehidupan yang abadi, Allah akan menghapus semua derita kita dan tidak akan ada lagi maut, dukacita, tangisan atau segala bentuk penderitaan seperti yang kita alami di dunia.

11.4.3 Kematian menurut Katolik

Kematian adalah momen transisi antara kehidupan temporal di dunia dengan kehidupan kekal bersama Allah. Kematian merupakan sebentuk gerakan dari kehidupan di dunia yang sifatnya sementara menuju ke kehidupan kekal (Pranadi, 2018)

Dalam pandangan kristiani peristiwa kematian dilihat sebagai peristiwa terlepasnya jiwa dari badan. Gereja Katolik mengajarkan bahwa setelah orang meninggal, jiwanya akan terpisah dari badan (bdk. KGK No. 366). Badannya akan rusak dan hancur, sedangkan jiwanya tidak akan mati. Seketika itu juga,

jiwanya diadili dan setiap orang akan diadili secara pribadi. Ada tiga kemungkinan: orang masuk surga, neraka, atau mengalami api penyucian untuk sementara. Jiwa akan menghadapi pengadilan Allah dan menantikan kebangkitan badan.

11.4.4 Kematian menurut Budha

Kematian adalah berakhirnya dari penderitaan. Kelahiran, ketidakpuasan, sakit, ketidaksenangan, merupakan sebuah penderitaan dalam hidup. Maka dari itu kematian adalah jalan yang dapat memutus penderitaan. Akan tetapi, dalam memadamkan penderitaan juga dapat dilakukan ketika seorang manusia tidak lagi memiliki keinginan-keinginan. Kematian sendiri tidak dapat terlepas dari hukum kamma/karma atau sebab akibat. Segala perbuatan yang dilakukan oleh seseorang nantinya akan melahirkan reaksi tersendiri. Maka dari itu, jika manusia ketakutan dalam menghadapi kematian yang seuatu saat datang begitu saja, sangat perlu bagi setiap manusia untuk senantiasa berbuat kebajikan dan menghindari perbuatan yang buruk. (Azisi, 2021)

Dalam Agama Buddha, kematian tidaklah perlu ditakuti. Buddha telah mengajarkan agar menerima kematian sebagai suatu realitas yang tak terhindarkan. Dalam Agama Buddha seseorang menjelang kematianya masih mempunyai kesadaran, tetapi kesadarannya sangat halus. Oleh karena itu pada masa ini biasanya didengarkan hafalan nama-nama Buddha. Hal ini dilakukan agar orang tersebut menjadi rileks dan tenang. Sehingga yang dimunculkan pikiran yang diarahkan selama tahap mendekati kematian akan sangat berguna. Meditasi cinta kasih yang dipandu oleh keluarga terdekat akan sangat membantu seseorang menjelang kematianya. Kondisi ini dilakukan agar batin orang tersebut merasa nyaman dan tenang. Sehingga seseorang yang menjelang kematianya tersebut dapat terlahir dialam bahagia. Jadi seseorang yang menjelang kematianya pun tidak langsung hilang kesadarannya. Kesadaran setelah kematian pun juga masih ada tetapi sangat halus. (Puji Riani, Nur Fitriyani, 2019).

11.4.5 Kematian Menurut Agama Konghucu

Menurut ajaran agama Khonghucu kehidupan ini sebuah perjalanan panjang yang tidak berakhir, kelahiran adalah pintu masuk ke dunia dan kematian adalah pintu keluar dari dunia. Kehidupan di alam baka adalah lanjutan dari kehidupan di dunia maka semua perbuatan manusia di dunia ini akan berpengaruh kepada kehidupannya di alam baka. (Mawardi, 2010)

11.4.6 Kematian menurut Agama Hindu

Kematian dalam agama Hindu di analogikan seperti orang yang mengganti pakaianya yang lama artinya tidak layak digantikan dengan pakaian yang baru, badan jasmani punya batas/ masa waktu hidup badan-badan itu dengan sendirinya akan rusak, dan sang jiwa akan pindah ke badan yang lain (Prianik, 2019)

Seperti yang diuraikan oleh kitab Bhagawad Gita II.22 sebagai berikut: Vasamsi jirnani yatha vihaya, navani grhanait naro parani Tatha sarirani vihaya jirnany, anyani samyati navani dehi. Artinya: Seperti halnya orang menanggalkan pakaian usang yang telah dipakai dan menggantikannya dengan yang baru. Demikian pula halnya jiwatman meninggalkan badan lamanya dan memasuki jasmani yang baru. (Bhagawadgita, Pudja 2005)

Secara umum kematian dalam perspektif Agama yang di akui Indonesia memiliki keakinan yang hampir sama terkait kehidupan setelah kematian, semua agama tersebut meyakini bahwa kematian merupakan awal dari kehidupan yang baru.

Beberapa agama meyakini ada pengadilan untuk menentukan baik buruk nya kehidupan manusia selama hidup di dunia. Sebagian yang lain berkeyakinan bahwa penderitaan akan berakhir setelah kehidupan di dunia. Dari pemahaman tersebut menjadi salah satu dasar dalam menentukan perawatan spiritual yang akan di berikan kepada pasien,

11.5 Kompetensi Perawatan Spiritual dan Agama

Terdapat 4 level kompetensi yang ada pada kompetensi spiritual dan keagamaan dalam keperawatan Paliatif (Shaun Kinghorn, Sandra Gaines, 2013) yaitu:

1. Level 1: Semua staff dan sukarelawan yang mampu berhubungan dengan pasien dan keluarganya

Pada level ini dipastikan semua staff memahami bahwa semua orang mempunyai kebutuhan terhadap aspek spiritual dan keberagamaan.

Staff harus memiliki keterampilan dasar dalam memberikan perhatian, membangun hubungan baik dan berkomunikasi serta kemampuan untuk merujuk masalah kepada semua anggota tim multidisiplin.

2. Level 2: Staff dan sukarelawan yang mampu mengidentifikasi masalah yang penting terkait kebutuhan spiritual dan agama pada pasien dan keluarganya.

Peningkatan kompetensi dengan memberikan perhatian terhadap spiritual dan agama serta kemampuan mengidentifikasi dan memberikan respon.

3. Level 3: Staff dan sukarelawan yang merupakan anggota dari tim multidisiplin.

Lebih tinggi dari level 1 dan 2 yaitu dengan melakukan pengkajian kebutuhan spiritual dan agama dan mengelola rencana perawatan serta menemukan masalah yang kompleks pada masalah spiritual, agama dan etik. Pada level ini juga harus memperlihatkan rasa percaya diri dalam menghadapi informasi pribadi dan bersifat sensitif dari pasien.

4. Level 4: Staff dan Sukarelawan yang bertanggung jawab penuh terhadap masalah perawatan spiritual dan keberagamaan pasien, pengujung dan staf.

Staf yang bekerja pada level ini adalah orang yang memiliki kemampuan mengelola dan memfasilitasi kebutuhan spiritual dan agama pada pasien, keluarganya, staff yang lain dan Sukarelawan yang secara individu mendapatkan dampak dari keterlibatan dalam menyelesaikan masalah-masalah spiritual pada pasien dan keluarganya.

11.6 Pengkajian Kebutuhan Spiritual

Terdapat 6 Model pengkajian yang lazim digunakan pada pengkajian perawatan Paliatif yaitu FICA, FAITH, SPIRIT, HOPE, ETHNIC(S), dan Ars Morendi Model (Yodang, Nuridah, 2020).

11.6.1 Metode FICA

FICA merupakan singkatan dari *Faith, Influence, Community and Adressing spiritual concern* yang dikenalkan oleh Puchalski tahun 1998.

Faith atau keyakinan yaitu mengidentifikasi keyakinan yang dimiliki oleh pasien yang dapat berati juga sebagai kepercayaan dan makna hidup. Dapat juga dikategorikan kepada Agama yang di anut, makna hidup yang diyakini.

Influence atau *Importance* yang artinya hal yang sangat penting, dapat diartikan sebagai hal yang mendasari semua keputusan dalam hidup seseorang, pada pengkajian ini perawat dapat mengkaji nilai-nilai yang penting yang dapat menjadi dasar pengambilan keputusan terutama keputusan yang berkaitan dengan kondisi sakit yang dialami.

Community atau komunitas, yang bermakna apakah pasien merupakan bagian dari sebuah komunitas keagamaan, di mana semua keputusan pasien dapat dipengaruhi oleh komunitas tersebut.

Adressing spiritual Concern adalah menyelesaikan masalah-masalah spiritual yang dialami, apakah pasien merasa membutuhkan orang lain dalam menyelesaikan masalah spiritualnya.

Adapun beberapa hal yang menjadi kelebihan dari metode FICA ini di antaranya mudah diingat, telah tervalidasi terkhusus aplikasi spiritual dalam klinis, pertanyaan lebih singkat, dapat menstimulasi percakapan tentang spiritual, dapat memperjelas harapan pasien terkait kebutuhan spiritual pasien, sedangkan kekurangannya antara lain instrument yang sangat terstruktur, sangat religious, membatasi spontanitas, dan tidak ditulis dalam bahasa percakapan (Yodang, Nuridah, 2020).

11.6.2 Metode FAITH

Terdiri dari 5 elemen penting dalam aspek spiritual pasien:

1. *F: Faith/ spiritual belief*

Apakah keyakinan dan kepercayaan yang dimiliki pasien, apakah dapat membantu mengatasi kondisi sakit pasien.

2. *A: Application*

Bagaimana anda mengaplikasikan keyakinan anda dalam kehidupan sehari hari ? apakah anda merupakan anggota dari komunitas keyakinan yang anda miliki ?

3. *I: Influence/ Importance*

Apakah keyakinan dan kepercayaan anda sangat penting dalam menjalani hidup anda ? apakah keyainan anda sangat berpengaruh terhadap kondisi sakit saat ini ? apoakah membantu apabila keyakinan anda ketahui sehingga kami akan memperhitungkan keyakinan anda dalam memberikan perawatan ?

4. *T: Talk/Terminal event Planning*

Apakah anda memiliki tempat untuk membicarakan tentang keyakinan anda ? apakah anda membutuhkan seseorang yang dapat diajak berbicara tentang keyakianan anda terutama pada saat sakit dan menelang akhir hayat ?

5. *H: Help*

Apakah anda membutuhkan bantuan dalam menyelesaikan masalah spiritual anda ? Apakah anda membutuhkan rohaniawan saat melalui masa sakit dan menjelang kematian?

Kelebihan dari Metode FAITH adalah mudah diingat dan domain kuesioner sudah mencakup spiritualitas, makna, kelompok keagamaan, keterkaitan dan agama yang di yakini, instrument ini juga mengeksplorasi aktivitas spiritual seperti ibadah, mempertemukan spiritualitas dan kesehatan, instrument ini juga memfasilitasi terkait kondisi akhir hayat pasien, termasuk perencanaan perawatan tahap lanjut, adanya pelibatan rohaniawan dalam pelayanan spiritual.

Sedangkan kekurangan instrument metode FAITH yaitu; instrument ini belum tervalidasi secara universal, membutuhkan waktu yang lama untuk

menyelesaikan pengkajian, instrument ini tidak mencakup semua elemen penting dalam konteks spiritual seperti harapan dan penerimaan akan kematian, kuesioner

11.6.3 Metode SPIRIT

1. S: *Spiritual belief system*

Merujuk pada sistem kepercayaan yang dimiliki, dapat di afiliaskan kedalam keagamaan seseorang.

2. P: *Personal Spirituality*

Mengidentifikasi keyakinan secara individu dan aplikasinya dalam kehidupan sehari-hari yang berafiliasi pada komunitas agama atau kepercayaan yang di yakini.

3. I: *Integration with a spiritual community*

Mengidentifikasi pasien tentang keterlibatannya dalam kegiatan komunitas agama

4. R: *Ritualised practices and restrictions*

Mengidentifikasi pelaksanaan ritual keagamaan yang dilaksanakan dalam keseharian pasien dan mengetahui ritual yang bertentangan dengan masalah kesehatan, sehingga perawat dan tim bisa mengantisipasi hal tersebut.

5. I: *Implication for medication care*

Keyakinan yang berimplikasi terhadap perawatan kesehatan yang sedang di jalani.

6. T: *Terminal Event Planning*

Mengidentifikasi rencana pasien dalam menghadapi masa-masa di mana pasien mualti tidak berdaya atau saat akhir hidup tentang ritual yang ingin dilakukan atau memanggil rohaniawan.

Kelebihan Metode SPIRIT: pertanyaan dapat mudah diingat sehingga pertanyaan dapat mengalir secara alamiah, membedakan antara agama dan keyakinan, komunitas keagamaan dieksplorasi termasuk hubungan dan kedekatan menjelang akhir hayat, instrument juga fokus pada hubungan spiritual dan kesehatan termasuk bagaimana petugas kesehatan peduli terhadap agama dan keyakinan pasien dalam mengendalikan kondisi sakitnya, memfasilitasi pasien untuk mendiskusikan rencana Perawatan tahap lanjut

termasuk penolakan suatu tindakan terutama saat kondisi menjelang akhir hayat.

Kelemahan: instrument ini belum diuji validitas secara luas dan membutuhkan waktu yang Panjang

11.6.4 Metode ETHNIC(S)

Pengkajian metode ETHNIC(S) diperuntukkan tenaga kesehatan profesional di bidang gerontik, dan sasarannya untuk pasien kategori lanjut usia. *Ethnic(s)* terdiri dari 7 Dimensi yaitu

1. *Explanation:* pasien di minta untuk menjelaskan mengenai keadaan sakitnya dan pemikiran tentang kondisinya
2. *Threatment:* tindakan atau pengobatan yang sudah dilakukan untuk mengatasi masalah tersebut
3. *Healers:* apakah anda terbantu dengan tindakan secara spiritual?
4. *Negotiate:* tindakan apa yang tepat untuk mengatasi masalah anda ?
5. *Intervention:* Apakah tindakan seacara spiritual ini dapat dilakukan ?
6. *Colaborate:* Bagaimana kalau kita bersama-sama menghadapi masalah yang anda hadapi ?
7. *Spirituality:* Apakah aspek keyakinan, kepercayaan atau agama anda dapat menolong anda menghadapi masalah ini ?

11.6.5 Metode HOPE

Metode HOPE merupakan model pengkajian spiritual yang dikembangkan oleh Anandarajah dan Hight tahun 2001

1. *H: Source of Hope, Strength, comfort, meaning, peace, love and connection.*

Mengidentifikasi terkait sumber harapan yang di miliki pasien seperti sumber kekuatan, kenyamanan, kebermaknaan, kedamaian, rasa cinta kasih dan keterkaitan.

2. *O: the role of organised religion for patients*

Bagaimana aturan di dalam komunitas agama yang dapat digunakan pasien sesuai kondisinya dalam menjalankan praktik keagamaan

3. *P: Personal spirituality and practices*

- Mengidentifikasi praktik ritual keagamaan yang di jalani oleh pasien
4. *E: Effect on medical care and end of-life*
Mengetahui pandangan dan keyakinan pasien terhadap pengobatan yang dulakukan dan kondisi yang dialami saat ini (akhir hayat)

11.6.6 Model The Ars Moriendi

Metode pengkajian spiritual untuk pasien paliatif yang dikembangkan oleh Carlo Leget tahun 2003 dikenal dengan istilah *the Ars Moriendi Model* (AMM). AMM menekankan pada 5 hal penting yaitu otonomi, batasan tindakan medis, mengatasi penderitaan, perpisahan, kesalahan, dan pertanyaan mengenai kepercayaan dan makna.

1. *Oneself - the other:* Apakah anda memiliki kesempatan untuk menjadi diri anda sendiri ?, apakah anda saat meninggalkan dunia ini sudah sesuai dengan harapan anda
2. *Doing – undergoing:* Bagaimana anda mempertahankannya, apakah anda menginginkan kami untuk melakukan sesuatu untuk anda?
3. *Holding on – letting go:* Apakah yang menjadikan anda lebih kuat/tegas ?, siapa/apa yang menginspirasi anda, siapa yang anda ingin pertahankan untuk bersama anda, siapkah anda meninggalkan kehidupan ini?
4. *Forgiving – forgetting:* Jika anda melihat kebelakang/kisah hidup anda?, apa yang anda rasakan. Adakah sesuatu hal yang penting untuk anda sampaikan atau diskusikan ?
5. *Knowing – believing:* Apa makna kematian menurut anda ?, Apakah anda merasakan adanya dukungan dari keyakinan atau kepercayaan yang anda anut?

11. 7 Tinjauan Budaya pada Perawatan Paliatif

Kebudayaan meliputi pengetahuan, kepercayaan, seni, moral, hukum, adat istiadat, dan kemampuan serta kebiasaan lainnya diperoleh oleh anggota masyarakat sedangkan budaya adalah kompleks keseluruhan dan mencerminkan sistem ideal ide-ide bersama, nilai-nilai, konsep, aturan, dan makna tentang kehidupan.

Budaya dibentuk oleh sejarah, ekonomi, sosial, politik, dan peristiwa geografis pada titik waktu dan panduan tertentu nilai, keyakinan, dan perilaku seseorang (Long, 2011)

Spiritual merupakan salah satu komponen dari Budaya, jadi perawatan spiritual dan agama adalah bagian dari perawatan budaya. Komponen lainnya adalah moral, hukum, adat istiadat yang di miliki oleh pasien Paliatif menjadi bagian yang penting untuk di pahami oleh seluruh tim dalam perawatan paliatif.

American Academi of Nursing and transcultural Nursing society mengeluarkan 12 Standar yang telah mendapat penilaian dari 78 negara di dunia, terdapat domain ke 6 yang menyatakan bahwa program perawatan paliatif dalam rangka mencapai tujuan untuk memenuhi kebutuhan pasien keluarga dan masyarakat dibutuhkan asuhan perawatan yang peka budaya.

Tim paliatif harus mampu mengintegrasikan budaya kedalam realitas di mana pasien mengalami sakit yang serius, maka di butuhkan kemampuan tim paliatif dalam menggali budaya yang di miliki oleh pasien. Empat bidang penting yang dalam memberikan perawatan paliatif yang berkualitas menurut Cindy L. Cain, Antonella Surbone, Ronit Elk, Marjorie Kagawa-Singer,(2018) adalah:

1. Preferensi untuk perawatan,

Faktor social, sejarah dan politik dapat memengaruhi prefensi individu, juga dapat berkaitan dengan ras dan etnis, penelitian terhadap orang Afrika-amerika dan orang latin, mengatakan bahwa mereka lebih pengutamakan perawatan dengan intensitas tinggi dalam melalui akhir kehidupan dibandingkan orang kulit putih, hal tersebut terjadi disebbabkan karena ketidak percayaan, karena ada

perlakuan buruk, perbudakan, rasisme, pemilihan tempat perawatan pun dapat disebabkan berbagi alasan di antaranya faktor ekonomi, status asuransi dll.

2. Pola komunikasi,

Pola Komunikasi sangat memengaruhi interaksi pasien dengan petugas medis, seperti keterbukaan, keterlibatan keluarga, memilih kata yang pantas dan isyarat non verbal, hal tersebut di latarbelakangi oleh nilai-nilai yang dimiliki oleh pasien dan petugas. pada beberapa wilayah seperti budayya asli Amerika, tabu untuk membicarakan tentang kematian, sehingga dalam pengembangan perawatan paliatif menjadi lebih sulit.

Oleh karena itu penting untuk memahami budaya berkomunikasi yang dimiliki pasien dalam rangka memberikan pelayanan yang terbaik dan sesuai dengan harapan.

3. Makna penderitaan,

Latar belakang Agama dan filosofi hidup banyak mendasari pandangan tentang sakit dan makna penyakit, interpretasi rasa sakit fisik dan emosional dapat disaring dengan menggunakan kacamata budaya pada setiap individu, contoh pada pemahaman agama Islam sakit merupakan salah satu kasih sayang Tuhan yang diberikan untuk memperingatkan manusia tentang dosa yang telah dilakukannya atau sebagai ujian dalam meningkatkan derajat keimanan seseorang, contoh lain orang Karibia menganggap rasa sakit fisik adalah ujian yang tidak boleh ditutupi dengan obat-obatan.

Pemahaman tentang penyakit serius yang dialami akan menentukan sikap pasien dalam menjalani perawatan serta dalam memutuskan tentang perawatan yang diinginkan.

4. Proses pengambilan keputusan.

Proses pengambilan keputusan dilatarbelakangi oleh nilai-nilai, adat istiadat, ras, etnis dan Religi. pada ras kulit putih yang tinggal di negara maju, pengambilan keputusan yang melibatkan keluarga jarang dilakukan hal tersebut terjadi karena otonomi membuat keputusan diberikan kepada masing-masing individu, lain halnya

dengan bangsa di Asia, kekeluargaan merupakan budaya yang sangat kental sehingga pada setiap keputusan selalu melibatkan keluarga, bahkan bisa mengandalkan keluarga sebagai pemberi keputusan terutama dalam pemilihan perawatan kesehatan.

11.8 Pengkajian Budaya

Pengkajian ABCDE untuk menilai pengaruh Budaya pada pasien Diadaptasi dari karya Koenig dan Gates-Williams dalam (Cindy L. Cain, Antonella Surbone, Ronit Elk, Marjorie Kagawa-Singer, 2018):

1. A: *Attitude of Patient and family* (Sikap Pasien dan keluarga)
Bagaimana sikap pasien dan keluarga (Etnis tertentu) terhadap diagnosis dan prognosis?
2. B: *Belief* (Keyakinan)
Apa agama pasien dan keluarga ? Bagaimana keyakinan yang berkaitan dengan arti kematian, akhirat, dankemungkinan keajaiban ?
3. C: *Context*
Pertanyaan tentang sejarah dan politik konteks kehidupan mereka, termasuk tempat lahir, status pengungsi atau imigrasi, kemiskinan, pengalaman dengan diskriminasi atau kurangnya akses ke perawatan, bahasa yang digunakan, dan gelar integrasi dalam komunitas etnis mereka.
4. D: *Desicion Making Style*
Bagaimana Proses pengambilan keputusan yang di gunakan, apakah berpusat pada pasien dan jeluarga ? atau pada kelompok komunitas yang di ikuti ? atau berpusat pada pasien saja ?
5. E: *Environment*
Apakah ada sumber daya yang dapat membantu petugas dalam memahami latar belakang budaya yang di miliki pasien ? seperti petugas kesehatan dari komunitas yang sama, tokoh agama atau anggota keluarga ang dapat membantu.

Memahami dan menghargai keragaman budaya di penelitian dan praktik perawatan paliatif sangat penting untuk memastikan perawatan yang berkualitas. Variasi budaya menunjukkan hal yang fundamental konsep manusia seperti makna hidup, keadilan, penderitaan, dan kualitas hidup cukup bervariasi.

Dalam melaksanakan perawatan Paliatif dibutuhkan Kolaborasi interdisipliner untuk mengembangkan sistem perawatan yang memperhatian pada budaya dan spiritualitas. dibutuhkan tim yang sangat terampil dan profesional memaksimalkan perawatan yang di berikan. Pelayanan Perawatan Paliatif tidak lengkap jika budaya dan spiritualitas ditangani dalam konteks perawatan holistik

Bab 12

Terapi Komplementer pada Keperawatan Paliatif

12.1 Pendahuluan

Palliative care merupakan sebuah pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup orang-orang dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah tersebut, baik dari aspek fisik, psikologis, sosial maupun spiritual.

Program Paliatif pasien terminal adalah suatu kegiatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup klien, menerima kematian dengan baik dan memberikan support kepada anggota keluarga yang mendampingi pasien secara langsung klien dengan cara melakukan observasi, pemeriksaan fisik, penatalaksanaan masalah fisik dan psikologis pada klien yang dilakukan oleh tim paliatif (Kementerian Kesehatan, 2015).

Tujuan dari klien menggunakan terapi komplementer untuk mengatasi keluhan yang dialami antara lain pengalaman berobat ke pelayanan kesehatan yang tidak sembuh, menggunakan pengobatan modern tapi mengalami kegagalan, terapi komplementer biaya lebih terjangkau dibandingkan dengan pengobatan modern, serta adanya pengaruh budaya masyarakat terkait penggunaan terapi komplementer.

Penggunaan terapi alternatif berupa bahan-bahan dari herbal, terapi komplementer, dan terapi fisik nonmedis merupakan hal yang sering ada di masyarakat. Masyarakat menganggap bahwa terapi alternatif tidak memiliki efek samping yang merugikan pasien dan lebih berhasil, pada saat pengobatan medis tidak mampu mengatasi masalah kesehatan yang di alami klien. Penggunaan obat herbal merupakan bagian dari budaya warisan leluhur yang dimiliki seseorang.

12.2 Definisi Terapi Komplementer

Definisi pengobatan komplementer tradisional-alternatif adalah pengobatan alternatif atau herbal tradisional untuk mencegah penyakit, meningkatkan kondisi fisik pasien, pengobatan pasien yang dilakukan oleh seseorang dengan keahlian dan pendidikan sesuai bidangnya berdasarkan ilmu pengetahuan biomedik namun belum diakui oleh ilmu kedokteran konvensional (Satria, 2013).

Terapi komplementer merupakan pelengkap terapi tradisional dan digabungkan ke dalam terapi modern yang memengaruhi individu secara biologis, psikologis dan spiritual dan memandang manusia sebagai makhluk holistik (Widyatuti, 2008).

Kata alternatif dan Komplementer terkadang digunakan secara bergantian, tetapi mereka tidak sama. Alternatif terapi, kadang-kadang disebut terapi "tidak konvensional", mengacu pada untuk terapi yang digunakan sebagai pengganti terapi konvensional atau mainstream. Contohnya adalah menggunakan akupunktur sebagai pengganti analgesik. Terapi komplementer mengacu pada terapi yang digunakan sebagai tambahan ke terapi konvensional. Misalnya, seorang perawat mungkin menyarankan: imajinasi terbimbing, musik, dan teknik relaksasi untuk kontrol nyeri selain terapi obat yang diberikan kepada pasien (Williams & Paula, 2007).

12.3 Jenis Terapi Komplementer

Jenis terapi komplementer yaitu terapi pikiran-tubuh (mind-body), terapi sistem pengobatan alternatif (alternative medical system), terapi berbasis

biologi (biological based therapies), terapi manipulatif dan berbasis tubuh (manipulative and body based system), dan terapi energi (energy therapies).

12.3.1 Mind-body medicine

Terapi pikiran tubuh (mind-body) pemberian edukasi pasien, terapi musik, berdoa dan perbaikan mental

1. Relaksasi

Relaksasi melibatkan nafas dalam, relaksasi otot progresif, dan visualisasi diri. Terapi relaksasi ini mampu mengurangi nyeri secara subjektif pada pasien kanker. Jenis relaksasi meliputi relaksasi otot, relaksasi yoga, relaksasi kesadaran indera, relaksasi napas dalam. Hal tersebut dapat digabungkan dengan memasukan unsur keyakinan seperti dzikir. Dzikir dapat membangkitkan respon relaksasi dan ketenangan yang memengaruhi stimulasi sistem saraf otonom, yang pada gilirannya memengaruhi respon fisiologis tubuh sehingga terjadi perubahan pada tekanan darah, denyut nadi dan pernapasan (Lukman, Putra, & Aguscik, 2020).

Spiritual Emotional Freedom Technique (SEFT) merupakan teknik gabungan spiritual dalam bentuk doa, keikhlasan dan EFT (Emotional Freedom Technique) yang menggunakan sistem energi pada tubuh untuk meningkatkan kondisi mental, perilaku dan emosional pada seseorang (Nasution, Effendi, & Hikayati, 2020). Senam yoga merupakan salah satu self manajemen untuk mendukung perawatan pasien kanker (Setiawan, Khaerunnisa, Ariyanto, & Fitriani, 2021)

2. Terapi Distraksi

Terapi distraksi adalah teknik yang memberikan stimulasi sensorik kepada pasien untuk mengalihkan perhatian mereka dari pengalaman yang tidak menyenangkan. Teknik distraksi dibagi menjadi teknik distraksi dibagi menjadi:

- a. Distraksi melalui Visual dan Audio visual seperti: melihat film keluarga, menonton televisi, membaca koran, melihat

pemandangan, melihat gambar-gambar, melihat buku cerita bergambar dan bermain game.

- b. Distraksi akustik seperti mendengarkan musik, mendengarkan radio favorit, suara burung atau binatang lainnya, atau suara air.
- c. Gangguan intelektual seperti melakukan aktivitas yang menyenangkan (di tempat tidur) seperti teka-teki silang, bermain kartu, catur, mengumpulkan perangko, melukis, dan menulis cerita.

3. Terapi Musik

Terapi musik memiliki efek terapeutik pada penghilang rasa sakit, demensia dan mengatasi gangguan kardiovaskular (Penyami, Hartono, Angkasa, & et al, 2021). Terapi musik adalah penggunaan musik yang diatur/ dikontrol untuk perubahan klinis. Terapi musik sebagai media pengalihan keluhan nyeri dan ketidaknyamanan pada pasien. Ada perbedaan antara penggunaan musik dan terapi musik. Sesi terapi musik seperti mendengarkan, menyanyi, bermain drum, menulis lirik, atau merekam lagu. Musik juga digunakan untuk mengobati gangguan mental, dan musik efektif untuk mengobati kecemasan dan depresi (Kurniawan, Setiyarini, & Kristanti, 2019).

4. Terapi Seni

Terapi seni adalah bentuk psikoterapi yang menggunakan media seni, perlengkapan seni, dan penciptaan karya seni untuk berkomunikasi. Media seni dapat berupa pensil, krayon berwarna, cat, potongan kertas, tanah liat. Terapi seni menggunakan proses kreatif untuk mengungkapkan ekspresi emosi individu dengan media tulisan. Seringkali sulit bagi penderita kanker untuk mengungkapkan perasaan mereka tentang masalah kesehatannya, lamanya dirawat, pengobatan yang dijalani, penerimaan dari orang-orang sekeliling pasien dan menghadapi kematian. Seni dapat meningkatkan kesadaran emosional untuk mengurangi keluhan kesehatan.

5. Hipnosis

Hipnoterapi melibatkan stimulasi otak untuk melepaskan neurotransmitter, encephalin, dan endorfin yang dapat meningkatkan

suasana hati dan mengubah persepsi individu tentang penyakit dan gejala fisik lainnya. Zat ini juga membuat seseorang lebih rileks, sehingga ketegangan tonus otot berkurang. Pasien diminta duduk dengan nyaman, berikan lingkungan yang nyaman, tenang dan bebas dari kebisingan.

6. Guided imagery

Guided Imagery adalah suatu teknik untuk memengaruhi pikiran seseorang melalui latihan visualisasi dengan diiringi musik untuk mengurangi keluhan nyeri. Langkah *guided imagery* meliputi:

- a. Ambil posisi yang nyaman dilingkungan yang tenang.
- b. Tutup mata sampai latihan selesai.
- c. Tarik napas dalam hingga hitungan keempat, mengulangi langkah ini empat kali.
- d. Saat santai, pikirkan tempat damai menyenangkan dan bersedia untuk melakukan perjalanan imajiner di sana. Membayangkan seperti apa tempat ini dan seberapa nyamannya berada di sana. Dengarkan semua suara; rasakan udara yang lembut dan bersih; dan mencium aroma yang menyenangkan.
- e. Perlahan dan lembut buka mata, regangkan, dan pikirkan tentang bagaimana merasa santai.

12.3.2 Alternative Medical System

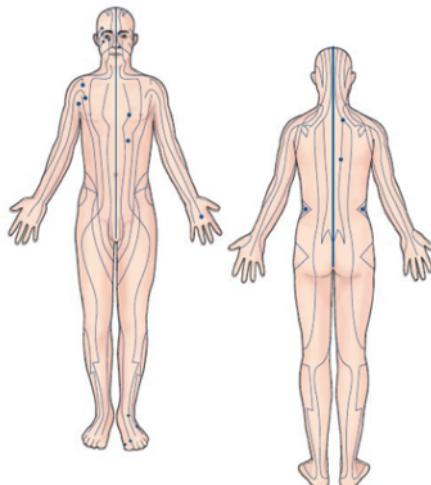
1. Akupunktur

Akupunktur merupakan metode berasal dari Cina. Stimulasi dari titik akupunktur dengan menusukkan jarum, arus listrik (elektroakupunktur), panas (moxibustion), laser (laser akupunktur), atau tekanan (acupressure) (Satria, 2013). Titik penusukan pada akupunktur dapat meningkatkan kadar hormone endorphin yang memberikan efek kenyamanan pada seseorang. Pasien diatur dalam posisi yang paling nyaman dengan posisi duduk atau berbaring sesuai dengan posisi titik akupunktur yang akan dipilih. Daerah yang akan dilakukan akupunktur tidak ada luka, hematoma, benjolan. Pasien dianjurkan kondisi perut jangan terlalu kenyang dan belum makan,

pasien tidak boleh dalam kondisi hamil (Setiawati, Mediastari, & Putra Suta, 2021).

2. Akupresur

Akupresur adalah teknik pengobatan dari Cina, terapi dengan tekanan fisik atau tusuk jari dengan penekanan dan pemijatan pada titik pada tubuh tertentu berdasarkan prinsip akupunktur. Penekanan pada titik-titik meridian tersebut mengakibatkan pengeluaran endorfin. Endorfin merupakan zat yang diproduksi tubuh untuk menghilangkan nyeri, memberikan efek penenang, membangkitkan semangat tubuh, menurunkan emosi, membuat rileks, menormalkan fungsi tubuh, dan sebagian fungsi endorfin adalah memperlancar peredaran darah. Kemoterapi merupakan salah satu terapi modalitas pengobatan yang dilakukan dalam mengobati kanker. Keluhan yang muncul pada kemoterapi yaitu mual dan muntah. Akupunktur merupakan bentuk lain pengobatan China tradisional untuk mengatasi keluhan mual muntah (Handayani, Maria, & Yona, 2022).



Gambar 12.1: Lokasi Titik Akupuntur (Timby & Nancy, 2014)

12.3.3 Biological Based Therapies

Jenis pengobatan yang menggunakan zat yang terbuat dari organisme hidup untuk mengobati penyakit. Zat ini dapat terjadi secara alami di dalam tubuh atau dari proses pengolahan di laboratorium. Pada pasien kanker, terapi ini dapat merangsang atau menekan sistem kekebalan untuk membantu tubuh melawan kanker. Complementer and Alternatif Medicine (CAM) didukung perkembangannya sebagai salah satu metode pengobatan. Tetapi untuk dapat diterapkan dalam dunia kedokteran perlu kajian ilmiah yang mendalam.

12.3.4 Manipulative and Body Based Practice

1. Massage

Massage dapat menghilangkan rasa sakit, mengurangi pembengkakan, dan membantu relaksasi spasme otot. Seseorang yang memiliki keahlian yang boleh menggunakan pijatan untuk mengobati cedera. *Massage* tidak boleh pada pasien hamil, metastase pada tulang, peradangan dan risiko *tromboflebitis*. Pemberian massage punggung akan menambah kecepatan aliran darah vena, aliran *limfe*, mencegah akumulasi patologis pada kulit, dan melatih jaringan lunak. Gerakan pijatan akan merangsang reseptor didaerah tersebut yang akan mengantarkan impuls melalui syaraf aferen menuju syaraf pusat, yang kemudian akan terjadi mekanisme umpan balik syaraf pusat dengan mengeluarkan asetilkolin dan histamin melalui syaraf efferen yang merangsang terjadinya dilatasi pembuluh darah (mengurangi aktivitas syaraf simpatis dan meningkatkan aktivitas syaraf parasimpatik), yang mengakibatkan penurunan denyut jantung dan nadi sehingga menimbulkan relaksasi. Dilatasi pembuluh darah arteri dan vena menyebabkan penurunan retensi vaskuler perifer sehingga menurunkan tekanan darah. Terapi *slow stroke back massage* merupakan salah satu jenis stimulasi kutaneus untuk menghilangkan nyeri dengan memberikan sentuhan atau massage sekaligus menghilangkan kecemasan karena pemberian aroma terapi lavender yang bersifat menenangkan.

Teknik *abdominal massage* dapat menggunakan metode *swedish massage* atau *effleurage*. Kedua teknik tersebut terbukti efektif untuk

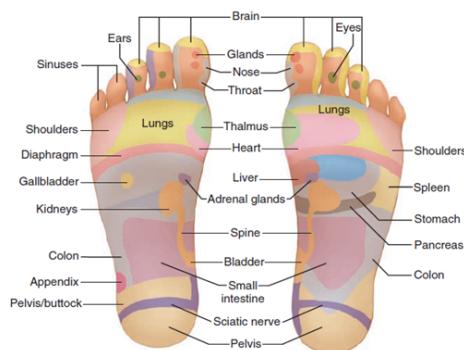
mengurangi risiko konstipasi. Yang membedakan kedua teknik tersebut terletak pada lama waktu pemijatan. Pada swedish massage pemijatan dilakukan selama 15 menit, sedangkan effleurage pemijatan dilakukan selama 7 menit (Estri et al., 2016).



Gambar 12.2: Massage

2. Refleksi

Refleksi adalah terapi sentuh titik energi pada kaki, tangan, dan telinga yang sesuai dengan kelenjar, organ, dan bagian tubuh. Terapi ini memberikan kenyamanan, mengurangi mual dan nyeri.



Gambar 12.3: Lokasi Titik Refleksi (Timby & Nancy, 2014)

12.3.5 Energy Therapies

Terapi yang berfokus pada melancarkan energi dari dalam tubuh atau mendatangkan energi dari luar.

Contoh: Healing touch, terapi sentuhan dan terapi reiki.

1. Terapi Reiki

Terapi Reiki merupakan teknik penyembuhan kuno yang berasal dari Tibet dan dipakai oleh biksu. Terapi reiki dapat mempercepat penyembuhan dan menghilangkan stres, kecemasan, serta depresi (Sasmita Laksmi, Sumirta, Candra, Harini, & Ruspawan, 2020). Terapis melakukan manipulasi energi melalui tangan mereka dan menyebabkan gerakan energi dalam tubuh seseorang untuk meningkatkan kesembuhan. Praktisi tidak menyentuh orang tersebut atau melakukan sentuhan yang sangat ringan.

2. Healing Touch

Healing touch adalah terapi yang diyakini dapat mengidentifikasi dan memperbaiki ketidakseimbangan energi klien dengan meletakkan/mengusapkan tangan diatas pasien atau tubuh yang merasa sakit. Terapi ini tidak memiliki efek samping dan lebih efisien dengan hanya memfokuskan energi pada tangan dan kemudian menerapkan sentuhan yang mentransmisikan energi terapis kepada pasien secara positif. Terapi berlangsung karena dipengaruhi oleh energi terapis.



Gambar 12.4: Healing Touch (Novieastari, Ibrahim, Deswani, & Ramdaniati, 2020)

12.4 Peran Perawat dalam terapi Komplementer

Peran perawat dalam terapi alternatif dan komplementer di antaranya adalah:

1. Pelaksana

Peran perawat dalam mela kebutuhan pasien akan terapi komplementer dan mendampingi pasien saat pelaksanaan terapi.

2. Pendidik

Perawat memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga tentang manfaat, efek samping, hasil yang diharapkan, lama pengobatan, interaksi antara obat alternatif dan komplementer dengan obat konvensional.

3. Konseling

Perawat memberikan saran kepada pasien melihat tempat layanan terapi komplementer dan menganjurkan kepada pasien untuk mencoba metode perawatan lain jika hasil yang maksimal tidak tercapai

4. Koordinator

Perawat melakukan koordinasi integrasi pengobatan alternative dan komplementer ke dalam tindakan keperawatan serta berkoordinasi dengan tim kesehatan lain terhadap efek samping dari pemberian terapi komplementer

5. Peneliti

Perawat selalu memberikan update ilmiah berdasarkan penelitian terbaru yang bermanfaat bagi pasien terutama mengenai terapi alternatif dan komplementer.

Daftar Pustaka

- Abdolrahimi, M. et al. (2017) ‘Therapeutic communication in nursing students: A Walker & Avant concept analysis’, (August), pp. 4968–4977.
- Alftberg, A., et al. (2018). “Conversations about death and dying with older people: An ethnographic study in nursing homes,” Healthcare (Switzerland), vol. 6, no. 2, Jun. 2018, doi: 10.3390/healthcare6020063.
- Ambarwati, R. A., & Putranto, R. (2016). Peran Opioid dalam Tata Laksana Dispnea pada Pasien Paliatif. Ina J CHEST Crit and Emerg Med, 3(2), 67–71.
- ANA Center for Ethics and Human Rights. (2015). American Nurses Association Position Statement on Privacy and Confidentiality. American Nurses Association, 6, 2–5. <http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Position-Statements/Ethics-and-Human-Rights/Position-Statement-Privacy-and-Confidentiality.pdf>
- Armstrong-Dailey, Ann, Sarah F Zarbock, and Sarah Zarbock. (2001). Hospice Care for Children. Oxford University Press, USA.
- Azisi, A. M., (2021). Konsep kematian menurut Agama Budha Theravada. Al-Adyan: Jurnal Studi Lintas Agama, 16(1), pp. 95-117.
- Barclay, S. et al. (2011) ‘End-of-life care conversations with heart failure patients: A systematic literature review and narrative synthesis’, British Journal of General Practice, 61(582), pp. 49–62. Available at: <https://doi.org/10.3399/bjgp11X549018>.
- Barnard, Alan; Ganca, L. (2011) ‘Using communication skills for difficult conversations in palliative’, Neurologic Clinics, 19(7), pp. 989–1004.

- Bhaskara, D. S. M., & Mallo, J. F. (2012). Hasil Autopsi Sebab Kematian Mendadak Tak Terduga di Bagian Forensik Blu RSUP Prof.Dr.R.DKandau Manado. 3–8.
- Black,J.,& Hawks,J.H.(2014). Medical surgical nursing: clinical management for positif Outcomes (8th ed.). Elsevier.
- Brown, M. (2015) Palliative Care in Nursing and Healthcare. SAGE.
- Campbell, M. . (2009). Nurse to nurse: Paliatif Care. McGraw-Hill Medical.
- Chapman, Y. (2015) Professional & Therapeutic Communication. Edited by Y. Davis, Jenny; Birks, Melanie; Chapman. New York: Oxford University Press.
- Cindy L. Cain, Antonella Surbone, Ronit Elk, Marjorie Kagawa-Singer, (2018). Culture and Palliative Care: Preferences,Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. Journal Pain dan Symptom Management, 55(5), pp. 1408-1419.
- Combs, E., DiBiase, J.R., Freeman, N., Gibson, A.J., HuberBeddard, E., Hirtle, I., Hanvey, L., Lavoei, M., McQuinn, A.P.; MacArthur, W., Rodney, P., Stenekes, S., Storch, J.,Trueman, C. G., Tschantz, C., Woytkiw, T., Wright, K. D. (2014). Joint Position Statement – The Palliative To Care And The Role Of The Nurse. Canada : CNA, CHPCA, & CHPCA-NG.
- Connor, S., dkk (2020). Global Atlas of Palliative Care. In The Worldwide Palliative Care Alliance (Issue January 2014).
[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/palliative-care/whpca_global_atlas_p5_digital_final.pdf?sfvrsn=1b54423a_3)
- Cornacchia, H. J., Barrett, S. (1993). Consumer health: A guide to intelligent decisions. StLouis, MO: Mosby.
- Dahlin, Constance M. (2015). “National Consensus Project for Quality Palliative Care.” Oxford Textbook of Palliative Nursing: 11.
- Dahlin, Constance M.; Wittenberg, E. (2019) ‘Communication in Palliative Nursing’, in J.A. Ferrel, Betty Rolling; Paice (ed.) Oxford Textbook of Palliative Nursing. New York: Oxford University Press, pp. 55–78.

- Davies B, Chekry Reimer J, Brown P, Martens N, (1995). *Fading Away: The Experience of Transition in Families With Terminal Illness*. Amityville, NY: Baywood.
- Davis, A., & George, J. (1993). *States of health: Health and illness in Australia* (2nd ed.). South Melbourne, Australia: Addison Wesley Longman Australia Pty Limited.
- Dedi, Blacius; Nurachmah, E. (2013) Komunikasi dalam Pelayanan Keperawatan Peka Budaya. Bandung: CV Cakra.
- Dehghani, F., Barkhordari-Sharifabad, M., Sedaghati-Kasbakh, M., and Fallahzadeh,H. (2020). "Effect of palliative care training on perceived self-efficacy of the nurses," *BMC Palliative Care*, vol. 19, no. 1, May 2020, doi: 10.1186/s12904-020-00567-4.
- Dimitrov, N. and Kemle, K. (2021) *Palliative and Serious Illness Patient Management for Physician Assistants*. Oxford University Press.
- Douglas, J. H., Girard, D., & Thompson, W. (Eds.). (1968). *Cassell's compact French- English English-French dictionary* (52nd ed.). London, UK: Cassell & Company Ltd.
- Doyle, D., Hanks, G. W., Cherny, N., Calman, K. (2004) *The Oxford textbook of palliative medicine*. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2004.
- Dumont, I., Dumont, S., & Mongeau, S, (2008). End-of-life care and the grieving process: Family caregivers who have experienced the loss of a terminal-phase cancer patient. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1049–1061. doi:10.1177/1049732308320110
- Effendy, C. (2014) ‘Pengembangan manajemen pelayanan paliatif’, *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 17(1), pp. 1–2.
- Enggone, Meilita, Kusman Ibrahim, and Hana Rizmadewi Agustina. (2014). “Persepsi Perawat Neurosurgical Critical Care Unitterhadap Perawatan Pasien Menjelang Ajal.” *Jurnal Keperawatan Padjadjaran* v2(n1): 35–42.
- Erna Rochmawati, Rick Wiekhula, Kate Cameron, (2017). Centrality of spirituality/religion in the culture of palliative care services in Indonesia. *Wiley Nursing and Health Science*, pp. 231-237.
- Ernecoff, N. C., et al. (2020). “Elements of Palliative Care in the Last 6 Months of Life: Frequency, Predictors, and Timing,” *Journal of General Internal*

- Medicine, vol. 35, no. 3, pp. 753–761, Mar. 2020, doi: 10.1007/s11606-019-05349-0.
- Evans, P. (2013). Creating a BC Center of Excellence in Palliative Care. <https://bc-cpc.ca/documents/pdf/Stakeholder-Mtg-June-2013.pdf>
- Fadila, E., & Naufal, H. (2021). Efektifitas Pelayanan Home Care Pada Perawatan Paliatif Penderita Penyakit Kronis: Kanker. NURSING UPDATE : Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan P-ISSN: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871, 12(4), 93–106. <https://stikes-nhm.e-journal.id/NU/article/view/487>
- Fakhrudin Nur, R., Suryono, B., & Sarosa, P. (2015). Manajemen Akhir Hayat pada Pasien Kritis di ICU. Jurnal Komplikasi Anestesi, 2(2), 51–59.
- Fallon, M., Hanks, G. (2006). ABC of Palliative Care. 2nd Ed. BMJ. Blackwell Publishing.
- Family Caregiver Alliance, (2016). Caregiver Statistics: Health, Technology, and Caregiving Resources. Retrieved from <https://www.caregiver.org/caregiver-statistics-health-technology-and-caregiving-resources>
- Faubion, D. (2022a). 25 Common Examples of Autonomy in Nursing + How to Get More. <https://www.nursingprocess.org/autonomy-in-nursing.html>
- Faubion, D. (2022b). The 9 Nursing Code of Ethics (Provisions + Interpretive Statements). <https://www.nursingprocess.org/nursing-code-of-ethics-and-interpretive-statements.html>
- Faubion, D. (2022c). Veracity in Nursing. <https://www.nursingprocess.org/veracity-in-nursing.html>
- Fayard, C. (2017) Christian Principles for the Practice of Counseling and Psychotherapy: A Neuro-Psycho-Spiritual Approach. WestBow Press.
- Fellow, M.C.H. (2021) ‘Therapeutic communication within the nurse-patient relationship: A concept analysis’, International Journal of Nursing Practice, 27(6).
- Ferrell, B.R. and Paice, J.A. (2019) Oxford Textbook of Palliative Nursing. Oxford University Press.
- Ferris, F. D., Bruera, E., Cherny, N., Cummings, C., Currow, D., Dudgeon, D., JanJan, N., Strasser, F., Von Gunten, C. F., & Von Roenn, J. H. (2009).

- Palliative cancer care a decade later: Accomplishments, the need, next steps - from the American Society of Clinical Oncology. *Journal of Clinical Oncology*, 27(18), 3052–3058.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2008.20.1558>
- Fitria, N. C. (2010) ‘Palliative Care Pada Penderita Penyakit Terminal’, Gaster Jurnal Ilmu Kesehatan, 7(1), pp. 527–537.
- Friedman, M, 2010. Buku Ajar Keperawatan keluarga : Riset, Teori, dan Praktek. Edisi ke-5. Jakarta: EGC.
- Funk, L., Stajduhar, K., Toye, C., Aoun, S., Grande, G., & Todd, C, (2010). Part 2: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published qualitative research (1998–2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 594–607. doi:10.1177/0269216310371411
- Gaines, K. (2021). What is the Nursing Code of Ethics ?
<https://nurse.org/education/nursing-code-of-ethics/>
- Gijsberts, M.-J.H.E. et al. (2019) ‘Spiritual Care in Palliative Care: A Systematic Review of the Recent European Literature’, *Medical Sciences* (Basel, Switzerland), 7(2), p. E25. Available at:
<https://doi.org/10.3390/medsci7020025>.
- Given, B. A., Given, C. W., & Sherwood, P. R, (2012). Family and caregiver needs over the course of the cancer trajectory. *Journal of Supportive Oncology*, 10(2), 57–64. doi:10.1016/j.suponc.2011.10.003
- Greaves, J. M. (2005). Understanding Palliative Care : An Ethnographic Study Of Three Australian Palliative Care Services. Retrieved from <http://ro.ecu.edu.au/theses/1553>
- Greer, S. and Joseph, M. (2016) ‘Palliative Care’, *Integrative Cancer Therapies*, 15(1), pp. 5–9. Available at: <https://doi.org/10.1177/1534735415617015>.
- Ham, M., & Saraswati, M. (2020). Buku Ajara Patologi Robbins (10 th Indo). Elsevier.
- Handayani, S., Maria, R., & Yona, S. (2022). Terapi Akupresur Laser Untuk Mengatasi Mual Muntah Akibat Kemoterapi Pada Pasien Kanker Di Ruang Kemoterapi. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 5(2), 831–840.
<https://doi.org/10.31539/jks.v5i2.3037>

- Haralambos, M., van Krieken, R., Smith, P., & Holbom, M. (1996). Sociology: Themes and perspectives (Australian ed.). South Melbourne, Australia: Addison, Wesley, Longman Australia Pty Ltd.
- Hargie, O. (ed.) (2018) The Handbook of Communication Skills. 4th edn, The Handbook of Communication Skills. 4th edn. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315436135-7>.
- Herlina, L., Agustin, W., & Mustikarani, I. (n.d.). Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan End Of Life Pada Pasien Covid-19.
- Hidayat, A. (2008). Keterampilan Dasar Praktik Klinik Untuk Kebidanan (2nd ed.). Salemba Medika.
- Holtslander, L., Peacock, S. and Bally, J. (2019) Hospice Palliative Home Care and Bereavement Support Nursing Interventions and Supportive Care, Springer.
- Hui, D., & Bruera, E. (2020). Models of palliative care delivery for patients with cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 38(9), 852–865. <https://doi.org/10.1200/JCO.18.02123>
- International Encyclopedia of Marriage and Family (2nd ed.), (2003). Reproduced with permission from Cengage. Retrieved from <https://www.encyclopedia.com/reference/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/family-strengths>
- Intrepidusa. (2022). The Hospice Care Team. USA <https://www.intrepidusa.com/the-hospice-care-team/>
- Kearney, M. (2000). A place of healing: working with suffering in living and dying. Oxford University Press.
- Kelley, Amy S., and Diane E. Meier. (2010). “Palliative Care — A Shifting Paradigm.” *New England Journal of Medicine* 363(8): 781–82.
- Kemenkes RI. (2018). Laporan Nasional RISKESDAS 2018.
- Kementerian Kesehatan, R. (2015). Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker. Jakarta.
- Kristanto, E., & Wangko, S. (2015). PATOFISIOLOGI RIGOR MORTIS. *JURNAL BIOMEDIK (JBM)*, 6(3). <https://doi.org/10.35790/jbm.6.3.2014.6331>

- Kubler-Ross, & Wanti, A. (1998). On death and dying : kematian sebagai bagian kehidupan / Elisabeth Kubler - Ross ; alih bahasa, Wanti Anugrahani. Gramedia Utama.
- Kukulka, K. et al. (2019) 'Stakeholder Perspectives on the Biopsychosocial and Spiritual Realities of Living with ALS: Implications for Palliative Care Teams', *The American journal of hospice & palliative care*, 36(10), pp. 851–857. Available at: <https://doi.org/10.1177/1049909119834493>.
- Kurniawan, D., Setiyarini, S., & Kristanti, M. (2019). Pengaruh Self-Selected Individual Music Therapy (Selimut) Terhadap Perubahan Status Hemodinamik Pasien Kanker Paliatif Di RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. *Jurnal Kesehatan Mesencephalon*, 5(2), 65–73.
- Lam, W. W. T. et al. (2011) 'Unmet supportive care needs: A cross-cultural comparison between Hong Kong Chinese and German Caucasian women with breast cancer', *Breast Cancer Research and Treatment*, 130(2), pp. 531–541. doi: 10.1007/s10549-011-1592-1.
- Lapum, Jennifer; St.Amant, Oona; Hughes, Michelle; Garmaise-Yee, J. (ed.) (2020) *Communication for the Nursing Professional*. 1st edn. Canada: Ryerson University.
- Lawson, J. S. (1991). *Public health Australia: An introduction*. Sydney, Australia: McGraw-Hill Book Company.
- Leclerc, B. S. et al. (2014) 'The effectiveness of interdisciplinary teams in end-of-life palliative care: A systematic review of comparative studies', *Journal of Palliative Care*, 30(1), pp. 44–54. doi: 10.1177/082585971403000107.
- Long, C. O., (2011). Cultural and Spiritual Considerations in Palliative Care. *J Pediatr Hematol Oncol*, 33(2), pp. 96-101.
- Luckett, T., Agar, M. and Phillips, J. (2021) Australian Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community, *Palliative Care for Chronic Cancer Patients in the Community*. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-54526-0_52.
- Lukman, Putra, S., & Aguscik. (2020). Dampak Zikir Asmaul Husna Terhadap Tingkat Kesadaran Pasien Stroke. *Zoominar Nasional Keperawatan "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Dalam Perawata Paliatif Pada Era Normal Baru*, 155–160. Palembang.

- Margaret, O. and Sanchia, A. (2018) *Palliative Care Nursing: A Guide to Practice*. Routledge.
- Margaret, O., & Sanchia, A. (2016). *Palliative Care Nursing: A guide to Practice* Second Edition. New York: CRC Press
- Marriage and Family Encyclopedia, (2013b, July 31). Family strengths—The family strengths perspective. Retrieved from <http://family.jrank.org/pages/593/Family-Strengths-Family-Strengths-Perspective.html>
- Masruroh, Yusuf, Ah, and Agung Dwi Laksono. (2021). “The Determinant of Coping Mechanisms among Breast Cancer Patients in Sidoarjo Regency, Indonesia.” *Medico-Legal Update* 21(1).
- Mawardi, M., (2010). Tradisi Upacara Kematian Umat Khonghucu dalam perspektif Psikologis. *Analisa*, pp. 201-214.
- Max Watson, Caroline Lucas, Andrew Hoy, Jo Wells, (2009). *Palliative care*. New York: Oxford University Press.
- Mitchell, P. H. et al. (2012) ‘Core Principles & Values of Effective Team-Based Health Care’, *NAM Perspectives*, 2(10), pp. 1–30. doi: 10.31478/201210c.
- Mohammadzadeh Nimekari, M. et al. (2019) ‘Correlation between supportive care needs of women with breast cancer and quality of life of their family caregivers’, *International Journal of Community Based Nursing and Midwifery*, 7(4), pp. 300–308. doi: 10.30476/IJCBNM.2019.73892.0.
- Mubarak, W.I., Indrawati, L., & Susanto, J. (2015). *Buku Ajar Ilmu Keperawatan Dasar*. Jakarta: Salemba Medika
- Nasution, R., Effendi, Z., & Hikayati. (2020). Pengaruh Terapi Spiritual Emotional Freedom Technique (Seft) Terhadap Tingkat Stres Pasien Kanker Payudara Pengaruh. *Zoominar Nasional Keperawatan "Pemenuhan Kebutuhan Dasar Dalam Perawata Paliatif Pada Era Normal Baru*, 80–85. Palembang: Universitas Sriwijaya.
- Noviestari, E., Ibrahim, K., Deswani, & Ramdaniati, S. (2020). *Dasar-Dasar Keperawatan*. Singapore: Elsevier.

- Orchard, C. A., Curran, V. and Kabene, S. (2005) ‘Creating a Culture for Interdisciplinary Collaborative Professional Practice’, *Medical Education Online*, 10(1), p. 4387. doi: 10.3402/meo.v10i.4387.
- Pedoman Nasional Prorgam Paliatif Kanker. (2015). Jakarta: Kementerian Kesehatan RI
- Penyami, Y., Hartono, M., Angkasa, M. P., & et al. (2021). Complementary And Alternative Medicine (Cam) Pada Anak Dengan Leukemia (Literature Review). *Jurnal Lintas Keperawatan*, 2(2).
- Potter, P.A & Perry, A.G. (2010). Fundamental Keperawatan. Edisi 7. Jakarta: Salemba Medika.
- Potter, Patricia Ann, and Anne Griffin Perry. (2001). 7 Fundamentals of Nursing. Mosby St. Louis.
- Pranadi, Y., (2018). Kematian Dan Kehidupan Abadi: Sebuah Eksplorasi Dalam Perspektif gereja Katolik. Melintas, pp. 248-271.
- Prianik, (2019). UPACara Pitungdino Kematian dalam Paktik Kehidupan Majapahid daerah Khusus Ibukota Jakarta. Dharmasmiti, pp. 28-45.
- Price, S. A., & Wilson, L. (2006). Patofisiologi konsep klinis proses-proses penyakit. EGC.
- Price, Sylvia Anderson, and Lorraine McCarty Wilson. (2005). “Patofisiologi Vol. 1.” In Egc.
- Puji Riani, Nur Fitriyani, (2019). Sikap Dalam menghadapi Kematian menurut Budha Neravada. JIA, pp. 60-82.
- Reb, A. M. and Cope, D. G. (2019) ‘Quality of Life and Supportive Care Needs of Gynecologic Cancer Survivors’, *Western Journal of Nursing Research*, 41(10), pp. 1385–1406. doi: 10.1177/0193945919846901.
- RN, O. (2022) Nursing Fundamental. Edited by E. Ernstmeyer, Kimberly; Christman. Chippewa Valley Technical College.
- Rochmawati, E., Wiechula, R. and Cameron, K. (2016) ‘Current status of palliative care services in Indonesia : a literature review’, *International Council of Nurses*, 63(2), pp. 180–190. doi: doi.org/10.1111/inr.12236.

- Rochmawati, Erna, Rick Wiechula, and Kate Cameron. (2016). “Current Status of Palliative Care Services in Indonesia: A Literature Review.” *International nursing review* 63(2): 180–90.
- Rosdiana, M. and Afiyanti, Y. (2020) ‘Perawatan Suportif Pada Penyintas Kanker Ginekologi: A Literature Review’, *Jurnal Penelitian Kesehatan ‘SUARA FORIKES’ (Journal of Health Research ‘Forikes Voice’)*, 11(4), p. 338. doi: 10.33846/sf11402.
- Rosser, M., Walsh, H. (2014). *Fundamentals of Palliative Care for Student Nurses*. 1st Ed. John Wiley & Sons Ltd.
- Sahetapi, C. M., Luhulima, J. M. M., Simatupang, A., Wiyanto, M., Purba, J. S., Fkuki, D. N., Biomedik, D., & Fkuki, D. (2014). Apoptosis on Neurodegenerative Disorder. *XXX*(1), 37–41.
- Sarafino, E. P., & Smith T. W, 2010. *Health Psychology Biopsychosocial Interactions*. Seventh Edition. New York : John Wiley & Sons, Inc.
- Sasmita Laksmi, A. S., Sumirta, I. N., Candra, I. W., Harini, I., & Ruspawan, I. (2020). Pengaruh Terapi Reiki terhadap Kecemasan pada Orang dengan HIV/AIDS (ODHA). *Jurnal Gema Keperawatan*, 13(1), 21–26. <https://doi.org/10.33992/jgk.v13i1.1227>
- Satria, D. (2013). Complementary and Alternative Medicine: A fact or Promise? *Idea Nursing Journal*, 4(3), 82–90.
- Saunders, C. (2001). The evolution of palliative care. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 94, 430-432.
- Saunders, C., Sykes, N. (1993). *The management of terminal disease*. 3rd Ed. London: Edward Arnol, 1993.
- Selvarajah, K., Zadeh, P. M., Kobti, Z., Kargar, M., Ishraque, M. T., and Pfaff, K. (2018) “Team Formation in Community-Based Palliative Care,” Sep. 2018. doi: 10.1109/INISTA.2018.8466272.
- Senduk, E. A., Mallo, J. F., & Tomuka, D. C. (2013). Tinjauan Medikolegal Perkiraan Saat Kematian. *Jurnal Biomedik (Jbm)*, 5(1). <https://doi.org/10.35790/jbm.5.1.2013.2604>
- Setiadi, O., (2017). Kematian dalam perspektif AlQuran. *Al-Ashriyyah*, pp. 69-93.

- Setiawan, H., Khaerunnisa, R. N., Ariyanto, H., & Fitriani, A. (2021). Yoga Meningkatkan Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker: Literature Review. *Journal of Holistic Nursing Science*, 8(1), 75–88. <https://doi.org//10.31603/nursing.v8i1.3848>
- Setiawati, M. A. O., Mediastari, A. A. P. A., & Putra Suta, I. B. (2021). Terapi Akupunktur Untuk Mengatasi Vertigo. *Widya Kesehatan*, 3(1), 8–15. <https://doi.org/10.32795/widyakesehatan.v3i1.1650>
- Shaun Kinghorn, Sandra Gaines, (2013). *Palliative Nursing Improving and of life care*. 2 ed. singapore: Elsevier.
- Smeltzer, Suzanne C. (2013). “Keperawatan Medikal Bedah Brunner & Suddarth.” In EGC.
- Soenarjo, & Jadmiko, H. (2010). Anestesiologi. Perhimpunan Dokter Spesialis Anestesi dan Terapi Intensif.
- Sofia, N. A. (2019). Pendekatan Psikosomatik pada Pasien Paliatif. Instalasi Paliatif, Geriatri Dan Home Care RSUP Dr. Sardjito Yogyakarta. <https://sardjito.co.id/2019/05/10/pendekatan-psikosomatik-pada-pasien-paliatif-dan-home-care/>
- Stajduhar, K. I., Funk, L., Toye, C., Grande, G., Aoun, S., & Todd, C, (2010). Part 1: Home-based family caregiving at the end of life: A comprehensive review of published quantitative research (1998–2008). *Palliative Medicine*, 24(6), 573–593. doi:10.1177/0269216310371412
- Stibich, M., (2022). What is Religion ? , The psychology why people believe. Verywell mind, pp. 1-8.
- Suprapto, S. (2019) ‘Relationship between satisfaction with nurse work performance in health services in hospitals’, *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 10(10), pp. 785-788.
- Suprapto, S. (2022) ‘Perilaku Perawat dalam Perawatan Paliatif di Era Pandemic Covid-19’, *Jurnal Ilmiah Kesehatan Sandi Husada*, 11(1), pp. 70–74. doi: 10.35816/jiskh.v11i1.707.
- Suryadi, T. (2017). Kematian Mendadak Kardiovaskuler. *Jurnal Kedokteran Syiah Kuala*, 17(2), 112–118. <https://doi.org/10.24815/jks.v17i2.8990>
- Tambayong, J. (2000). Patofisiologi Untuk Keperawatan. EGC.

- Timby, B. K., & Nancy, E. S. (2014). Introductory Medical-Surgical Nursing. In 10th.ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Vallurupalli, M. et al. (2012) 'The Role of Spirituality and Religious Coping in the Quality of Life of Patients With Advanced Cancer Receiving Palliative Radiation Therapy', *The Journal of Supportive Oncology*, 10(2), pp. 81–87. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.suponc.2011.09.003>.
- Walczak, A. et al. (2016) 'Patient Education and Counseling A systematic review of evidence for end-of-life communication interventions : Who do they target , how are they structured and do they work ?', 99(1).
- Wati, Eti; Wianti, A. (2017) Komunikasi Keperawatan. Cirebon: LovRinz Publishing.
- Watson, Max et al. (2019). Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford University Press, USA.
- Watson, Max et al. (2019). Oxford Handbook of Palliative Care. Oxford University Press, USA.
- Wen, J. and Schulman, K. A. (2014) 'Can Team-Based Care Improve Patient Satisfaction? A Systematic Review of Randomized Controlled Trials', *PLoS ONE*, 9(7), pp. 1–10. doi: 10.1371/journal.pone.0100603.
- Westphal, C. (2003) Palliative Care Nursing: Quality Care to the End of Life, Critical Care Nurse. Available at: <https://doi.org/10.4037/ccn2003.23.3.71>.
- WHO. (2018). 10 Facts on Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/palliative-care>
- WHO. (2020). Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
- Widyatuti. (2008). Terapi Komplementer dalam Keperawatan. *Jurnal Keperawatan Indonesia*, 12(1), 53–57.
- Williams, A. L., & McCorkle, R, (2011). Cancer family caregivers during the palliative, hospice, and bereavement phases: A review of the descriptive psychosocial literature. *Palliative and Supportive Care*, 9(3), 315–325. doi:10.1017/S1478951511000265

- Williams, L. S., & Paula, D. (2007). Understanding Medical Surgical Nursing. In 3rd ed.
- Williams, N. et al. (2018) ‘The supportive care needs of women experiencing gynaecological cancer: a Western Australian cross-sectional study’, BMC Cancer, 18(1), pp. 1–14. doi: 10.1186/s12885-018-4812-9.
- Witjaksono, M A, N Sutandiyo, and D Suardi. (2014). “Regional Support for Palliative Care in Indonesia.” Ehospice: London, UK) Available at https://ehospice.com/international_posts/regional-support-for-palliative-care-in-indonesia/[Verified 14 April 2017].
- Wittenberg, Elaine; Goldsmith, Joy V.; Ragan, Sandra L.; Parnell, T.A. (2020) ‘Introduction to the Communication Approach’, in Communication in Palliative Nursing: The COMFORT Model. Oxford: Oxford University Press, pp. 1–31. Available at: <https://doi.org/10.1093/med/9780190061326.001.0001>.
- World Health Organization. (1978). Primary health care: Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1979). Formulating strategies for health for all by the year 2000. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1997). The world health report 1997 Geneva: Author.
- World Health Organization. (2005). International Health Regulation <https://www.who.int/publications/item/9789241580496>
- World Health Organization. (2012). World health statistics 2012. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/44844>
- World Health Organization. (2020). “Palliative Care Palliative Care :” NCC Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 1.(Version 1.2020 — February 7, 2020): 68–69. <http://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/palliative-care-brochure.pdf>.
- World Health Organization. (2020). “Palliative Care Palliative Care :” NCC Clinical Practice Guidelines in Oncology Version 1.(Version 1.2020 — February 7, 2020): 68–69.

<http://www.ninr.nih.gov/sites/www.ninr.nih.gov/files/palliative-care-brochure.pdf>.

Yodang (2018) Buku Ajar Keperawatan Paliatif Berdasarkan Kurikulum APNI 2015. Jakarta: Trans Info media.

Yodang, Nuridah, (2020). Intrumen Pengkajian Spiritual dalam Pelayanan Paliatif : Literatur Review. Jurnal Endurance : Kajian Ilmiah Problema Kesehatan, 5(3), pp. 539-549.

Yodang. (2018). Buku Ajar keperawatan Paliatif. CV. Trans Info Media.

Zhang, B., Nilsson, M.E. and Prigerson, H.G. (2012) ‘Factors Important to Patients’ Quality-of-Life at the End-of-Life’, Archives of internal medicine, 172(15), pp. 1133–1142. Available at: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.2364>.

Biodata Penulis



Novita Verayanti Manalu Lahir di Palembang, 3 November 1977, menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan tahun 1999 dan S1 Keperawatan tahun 2001 dari UNAI, S2 Keperawatan tahun 2009 dari Philippine Woman's University, dan saat ini sedang melanjutkan Pendidikan S3 di UNAIR Surabaya. Pengalaman bekerja sebagai staf Instalasi Gawat Darurat RS. Advent Bandung, lalu menjadi Dosen FIK di Universitas Advent Indonesia hingga saat ini. Penulis aktif dalam melaksanakan Tridharma Perguruan Tinggi dan menjadi Pengurus DPW Indonesian Wound Ostomy Continence PPNI Lampung, serta anggota penelaah Komite Etik Penelitian Kesehatan Universitas Advent Indonesia Bandung. Menjadi pembicara ilmiah dan seminar tingkat Nasional dan Internasional, dan telah menulis 14 buku Keperawatan bersama tim penulis dari berbagai penjuru daerah di Indonesia.



Masruroh adalah staf pengajar di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Pesantren Tinggi Darul Ulum (Unipdu) Jombang Jawa Timur. Penulis menempuh pendidikan D-3 Ilmu Keperawatan tahun 1991 di Akademi Keperawatan Darul ulum Jombang kemudian melanjutkan jenjang Strata satu di Program studi Ilmu keperawatan Fakultas kedokteran Universitas Brawijaya Malang pada tahun 2000. Pada tahun 2009 Penulis melanjutkan kuliah pasca sarjana di Fakultas Kesehatan masyarakat Universitas Airlangga Surabaya kemudian pada tahun 2021 penulis menyelesaikan program studi program doctor di fakultas yang sama di Universitas Airlangga. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan, dan menulis artikel di beberapa jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.



Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes adalah dosen tetap di STIKes Fatmawati, Menyelesaikan Pendidikan Sarjana (S1) Program Studi Ilmu Keperawatan di STIKes Surya Global Yogyakarta (2008), Program Studi Profesi Ners di STIKes Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di STIKes Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan kekhususan Spesialis Keperawatan Onkologi di Universitas Indonesia. Saat ini menjabat sebagai sekretaris DPK PPNI STIKes Fatmawati. Penulis aktif menulis dan sudah menghasilkan beberapa buku pada bidang keperawatan dan kesehatan. Selain itu, memiliki keahlian terapi komplementer, serta menghasilkan beberapa jurnal ilmiah.



Angga Sugiarto lahir di Temanggung. Merupakan dosen Keperawatan di Poltekkes Kemenkes Semarang. Aktif menulis sejak masih SMA. Hingga kini telah menghasilkan beberapa tulisan baik di bidang keperawatan maupun lainnya.



Joko Prasetyo adalah staf pengajar di STIKES Bahrul Ulum dan IIK Strada Indonesia Jawa Timur. Penulis menempuh pendidikan S1 di PSIK FK Unpad Bandung dan Pendidikan S2 dan S3 di Fakultas Keperawatan di Universitas Indonesia. Selain sebagai pengajar, penulis juga aktif di berbagai seminar keperawatan, dan menulis artikel di beberapa jurnal, baik jurnal nasional maupun internasional.



Cesarina Silaban, S.Kep., Ns., MSN lahir 11 Oktober 1987 di Nagatimbul, Kab. Humbang Hasundutan. Sumatera Utara. Menyelesaikan pendidikan Ilmu Keperawatan S1 tahun 2009 & Profesi Ners tahun 2011 di Universitas Advent Indonesia (UNAI) , Master of Science in Nursing-Adult Health Nursing tahun 2015 di Adventist University of the Philippines (AUP) . Menjadi Dosen sekaligus Instruktur Klinis AKPER Surya Nusantara dari tahun 2015-sekarang, memiliki pengalaman bekerja sebagai perawat UGD di Rumah Sakit Columbia Asia Medan selama 2 tahun.



Ns. Riska Amalya Nasution, M.Kep., Sp.Kep.J. Lahir di Padang, 30 April 1991. Lulus S1 di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2013, lulus program profesi ners Fakultas Keperawatan Universitas Andalas tahun 2015, lulus S2 Peminatan Keperawatan Jiwa di Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2018, dan lulus Spesialis di Program Ners Spesialis Keperawatan Jiwa Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun 2019. Saat ini adalah Dosen Tetap Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan Universitas Jambi. Selain itu, saat ini sebagai founder platform online Peduli Jiwa (ig: pedulijiwa.id). Pernah bekerja sebagai dosen di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia tahun Februari 2019-Januari 2021. Aktif menulis artikel ilmiah nasional maupun internasional dan aktif menjadi narasumber serta fasilitator di beberapa pelatihan dan seminar. Pernah Tampil di 5 konferensi Internasional, 2 kali di Indonesia, 3 kali di Luar Negeri. Aktif menulis buku dan sudah menerbitkan 8 buku ber-ISBN.



Sri Maryuni lahir di Sri Bhawono, pada 03 Juli 1979. Sri Maryuni Menyelesaikan SD hingga SMA di Kabupaten Lampung timur. Pada tahun 2002 menyelesaikan pendidikan DIII Keperawatan di Akper Baitul Hikmah Bandar Lampung, kemudian melanjutkan SI keperawatan di Universitas Padjajaran Bandung pada tahun 2003 s.d 2005. Pada tahun 2013 menyelesaikan pendidikan S2 Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Jakarta. Sri Maryuni dalam kesehariannay kerap dipanggil sebagai ummi merupakan anak dari pasangan Sukiyatno dan Sri Eko Purwanti. Sri Maryuni menjadi dosen di perguruan tinggi swasta sejak tahun 2005 di Akademi Keperawatan Baitul Hikmah Lampung. Pada tahun 2018 menjadi pengajar di Universitas Mitra Indonesia sampai dengan sekarang.



Sanny Frisca, lahir di Jakarta, saat ini bekerja di Program Studi Ilmu Keperawatan dan Ners Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Katolik Musi Charitas. Lulus sarjana keperawatan dan Ners dari Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia dan melanjutkan studi magister Keperawatan Medikal Bedah di STIKES Sint Carolus. Memiliki minat yang tinggi dalam kegiatan promosi kesehatan sehingga aktif melakukan penelitian dan pengabdian masyarakat dalam bentuk promosi kesehatan terkait dengan Diabetes Mellitus dan komplikasinya. Selain menjadi pengajar bidang KMB di FIKES UKMC, membimbing dan menguji skripsi, dan aktif dalam organisasi profesi dengan ketertarikan pada perawatan luka sehingga menjadi pengurus INWOCNA DPW SumSel bidang kredensial, serta aktif melakukan publikasi nasional terindeks SINTA. Buku yang sudah diterbitkan Buku Keperawatan Komunitas, Buku Gerontik, buku Dasar – Dasar Penyakit dalam, Keperawatan Gawat Darurat, Asuhan Keperawatan Perkemihan, Penelitian Keperawatan, dan Buku Asuhan Keperawatan Penyakit Dalam.



Angelia Friska Tendean lahir di Manado, pada 28 Maret 1991. Ia tercatat sebagai lulusan terbaik prodi magister keperawatan peminatan komunitas dari Universitas Muhamamdiyah Yogyakarta. Wanita yang kerap disapa Angel ini adalah anak dari pasangan Djonni Tendean (ayah) dan Ansy Montolalu (ibu). Saat ini Angel aktif sebagai dosen di salah satu universitas swasta di Manado yaitu Universitas Klabat di Fakultas Keperawatan. Angel saat ini juga aktif dalam organisasi PPNI sebagai bendahara di DPK PPNI UNKLAB.



Popy Irawati, lahir di Bandung 29 Juni 1970, perawat lulusan Sarjana Keperawatan dan Ners di Universitas Padjdjaran, kemudian melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan Kritis di Universitas Padjadjaran lulus tahun 2012. Ia memiliki pengalaman sebagai Perawat Di Rumah Sakit kemudian beralih menjadi Dosen selama 20 tahun terakhir dan kini aktif sebagai Dosen di Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Tangerang.



Dyah Restuning Prihati, S.Kep, Ns., M.Kep, Penulis bekerja sebagai dosen keperawatan di Universitas Widya Husada Semarang sejak tahun 2009. Penulis pernah bekerja di RS Roemani Muhammadiyah Semarang tahun 2003 – 2008. Penulis merupakan alumni AKPER Muhammadiyah Semarang lulus tahun 2002, Sarjana Keperawatan di Universitas Diponegoro lulus tahun 2008, Pendidikan Profesi (Ners) di Universitas Diponegoro lulus tahun 2009 dan Magister Keperawatan di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta lulus tahun 2014. Penulis aktif menulis artikel di jurnal nasional terakreditasi dan aktif sebagai pengurus organsasi di PPNI dan InWOCNA.

Penulis menulis buku ini sesuai dengan implementasi visi dan keunggulan prodi DIII Keperawatan Universitas Widya Husada Semarang yaitu keperawatan paliatif.

Konsep Keperawatan Paliatif

Dunia saat ini menghadapi tantangan professional kesehatan terhadap mereka yang masuk dalam penderitaan menjelang akhir hayat. Mereka membutuhkan perawatan paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup hingga disiapkan menjelang kematian dengan damai dan tenang. Prinsip-prinsipnya merupakan fitur integral dari semua perawatan klinis untuk mengurangi rasa sakit dan masalah penderitaan fisik, psikososial, dan spiritual dengan menjunjung tinggi etik perawatan paliatif. Melalui komunikasi terapeutik akan menciptakan suasana yang nyaman bagi pasien dan keluarga untuk mencapai keberhasilan atas rencana yang disepakati bersama.

Buku luarbiasa ini yang berisikan informasi konsep keperawatan paliatif, layak untuk dibaca oleh perawat, dokter, dan multidisiplin kesehatan yang terintegrasi dalam pelayanan perawatan paliatif yang disusun menjadi 12 bab, yaitu:

- Bab 1 Konsep Dasar, Falsafah, dan Perspektif Keperawatan Paliatif
- Bab 2 Perkembangan Keperawatan Paliatif dan Hospice Care
- Bab 3 Model Pelayanan Keperawatan Paliatif
- Bab 4 Prinsip, Etik Legal, dan Kebijakan Nasional dalam Keperawatan Paliatif
- Bab 5 Prinsip Perawatan Paliatif Dan Manajemen Nyeri
- Bab 6 Peran Perawat dan Multidisiplin Profesi dalam Asuhan Keperawatan Paliatif
- Bab 7 Peran Support System pada Pasien Paliatif
- Bab 8 Patofisiologi Proses Kematian dan Perawatan Paliatif
- Bab 9 Komunikasi dan Teknik Menyampaikan Informasi pada Keperawatan Paliatif
- Bab 10 Pengkajian Keperawatan Paliatif secara Holistik
- Bab 11 Keperawatan Paliatif dalam Perspektif Agama dan Spiritual, Sosial Budaya
- Bab 12 Terapi Komplementer pada Keperawatan Paliatif



YAYASAN KITA MENULIS
press@kitamenulis.id
www.kitamenulis.id

KEPERAWATAN - Referensi

ISBN 978-623-342-627-5

9 786233 426275