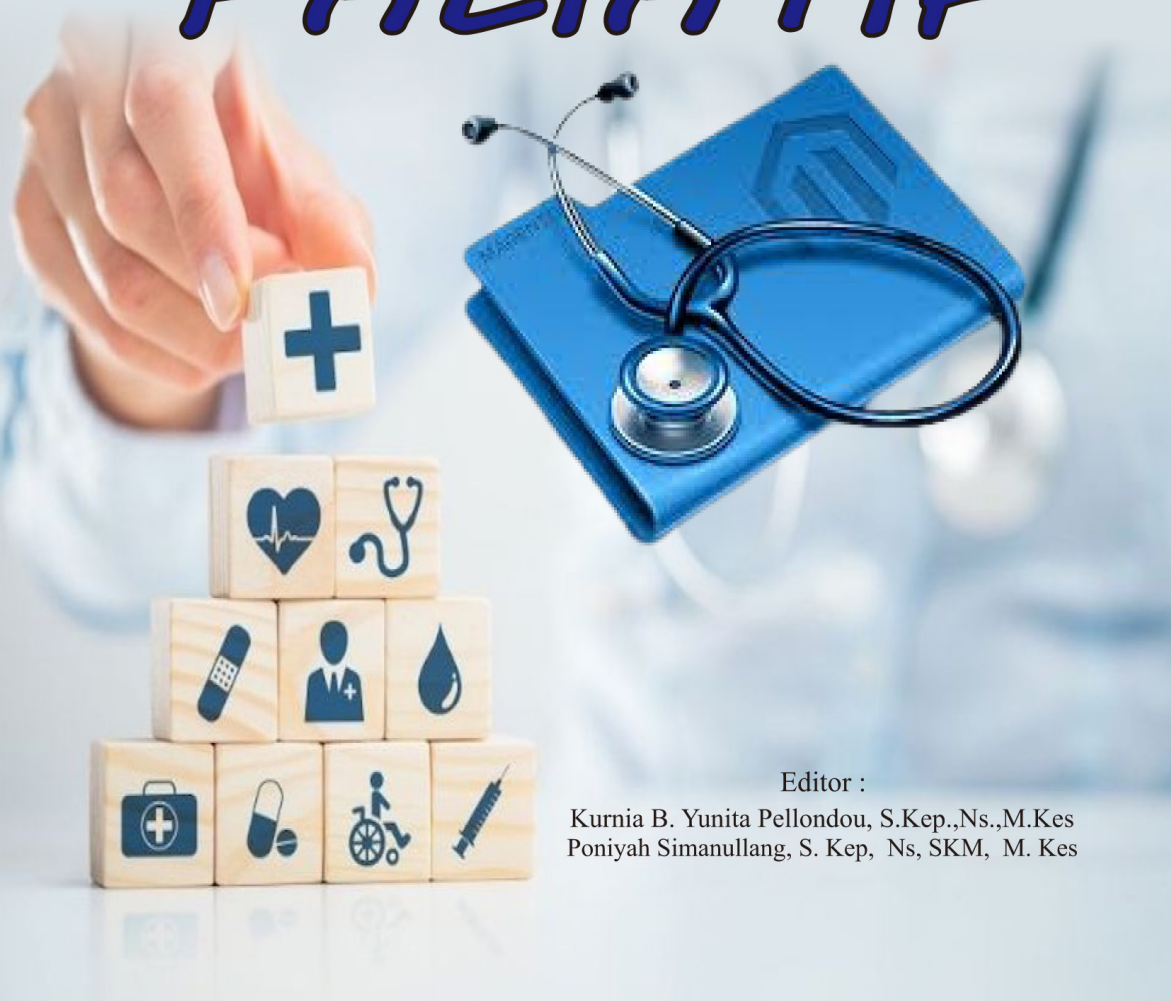


Penulis :

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes | Dewi Arwini Bugis, S.Kep.,Ns.,M.Kep  
M. Askar, S.Kep,Ns.,M.Kes | Aisyah,S.Kep.Ns.M.Kep  
Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep | Juliati,S.Kep.Ns.M.Kep  
Santalia Banne Tondok, S.Kep.,Ns.,M.Kep| Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes  
H. Muhammad Basri, S.ST, M. Kes | Laili nur Hidayati, S.Kep,Ns,M.Kes



# PERAWATAN *PALIATIF*



Editor :

Kurnia B. Yunita Pellondou, S.Kep.,Ns.,M.Kes  
Poniyah Simanullang, S. Kep, Ns, SKM, M. Kes

## **UNDANG-UNDANG REPUBLIK INDONESIA NOMOR 28 TAHUN 2014 TENTANG HAK CIPTA**

### **LINGKUP HAK CIPTA**

#### **Pasal 1**

Hak Cipta adalah hak eksklusif pencipta yang timbul secara otomatis berdasarkan prinsip deklaratif setelah suatu ciptaan diwujudkan dalam bentuk nyata tanpa mengurangi pembatasan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

### **KETENTUAN PIDANA**

#### **Pasal 113**

1. Setiap Orang yang dengan tanpa hak melakukan pelanggaran hak ekonomi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 9 ayat (1) huruf i untuk Penggunaan Secara Komersial dipidana dengan pidana penjara paling lama 1 (satu) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp 100.000.000 (seratus 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 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).
3. 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).
4. Setiap Orang yang memenuhi unsur sebagaimana dimaksud pada ayat (3) yang dilakukan dalam bentuk pembajakan, dipidana dengan pidana penjara paling lama 10 (sepuluh) tahun dan/atau pidana denda paling banyak Rp4.000.000.000,00 (empat miliar rupiah).

**Penulis:**

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep, M.Kes  
Dewi Arwini Bugis, S.Kep. Ns. M.Kep  
M. Askar, S.Kep, Ns. M.Kes  
Aisyah, S.Kep.Ns.M.Kep  
Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep  
Juliati, S.Kep.Ns.M.Kep  
Santalia Banne Tondok, S.Kep. Ns. M.Kep  
Ns. Nasrullah, S.Kep, M.Kes  
H. Muhammad Basri, S.ST, M. Kes  
Laili nur Hidayati, S.Kep, Ns, M.Kes

# **PERAWATAN PALIATIF**

**Editor:**

Kurnia B. Yunita Pellondou, S.Kep. Ns. M.Kes  
Poniyah Simanullang, S. Kep. Ns. SKM, M. Kes



## **PERAWATAN PALIATIF**

### **Penulis:**

Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep, M.Kes

Dewi Arwini Bugis, S.Kep. Ns. M.Kep

M. Askar, S.Kep, Ns. M.Kes

Aisyah, S.Kep.Ns.M.Kep

Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep

Juliati, S.Kep.Ns.M.Kep

Santalia Banne Tondok, S.Kep. Ns. M.Kep

Ns. Nasrullah, S.Kep, M.Kes

H. Muhammad Basri, S.ST, M. Kes

Laili nur Hidayati, S.Kep, Ns, M.Kes

*All rights reserved*

Hak Cipta Dilindungi Undang-Undang

Hak Penerbitan pada Selat Media Patners

Isi di Luar Tanggung Jawab Penerbit

**ISBN: 978-623-8235-04-9**

### **Editor:**

Kurnia B. Yunita Pellondou, S.Kep. Ns. M.Kes

Poniyah Simanullang, S. Kep. Ns. SKM, M. Kes

### **Tata Letak:**

Eka Tresna Setiawan

### **Tata Sampul:**

Tim Kreatif

x + 126 halaman: 15,5 x 23 cm

Cetakan Pertama, Agustus 2023

Penerbit

### **YAYASAN HAMJAH DIHA**

Alamat Bima : Jln. Lintas Parado, Desa Tangga Kecamatan Monta

Kabupaten Bima – NTB Alamat Lombok : Jln. TGH. Badaruddin,

Blok D no. 5 BTN KUBAH HIJAU, BAGU

Pringgarata – Lombok Tengah

Email :kontak@hamjahdiha.or.id

Website.hamjahdiha.or.id

## KATA PENGANTAR

Alhamdulillah Robbil Alamin, segala puji hanya bagi Allah Subhanahu Wa Ta'ala yang hanya dengan nikmatnya kebaikan yang kita usahakan dapat terwujud. Sehingga penulis dapat menyelesaikan penyusunan buku yang berjudul **"Perawatan Paliatif"**. Buku ini disusun atas kerjasama dan kolaborasi dosen dari berbagai institusi perguruan tinggi di Indonesia.

Perawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan pasien yang terminal yang dapat dilakukan secara sederhana seringkali prioritas utama adalah kualitas hidup dan bukan kesembuhan dari penyakit pasien. Tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya dan mengusahakan membantu mengatasi duka cita pada keluarga.

Penulisan buku ini juga merupakan salah satu kontribusi penulis dalam menambahkan sumber belajar bagi mahasiswa keperawatan untuk menambah wawasan dalam pemberian pelayanan asuhan keperawatan paliatif.

Penulis menyadari bahwa buku ini masih jauh dari kata sempurna, oleh karena itu penulis membuka diri untuk menerima berbagai masukan dan kritik dari praktisi atau pakar keperawatan paliatif, sehingga buku ini dapat semakin lengkap dan bermanfaat untuk pengembangan ilmu keperawatan paliatif di masa yang datang.

## DAFTAR ISI

Kata Pengantar ..... v

Daftar Isi .....vi

### **BAB 1**

**KONSEP PERAWATAN PALIATIF.....1**

*Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes.*

A. Pengertian Perawatan Paliatif ..... 1

B. Falsafah Keperawatan Paliatif .....3

C. Perkembangan Keperawatan Paliatif .....4

D. Indikator Tercapainya Tujuan Perawatan Paliatif .....8

E. Dasar Perawatan Paliatif .....9

F. Peran Perawatan Paliatif ..... 10

G. Rangkuman ..... 11

### **BAB 2**

**MODEL PELAYANAN PERAWAT PALIATIF ..... 13**

*Dewi Arwini Bugis, S.Kep. Ns. M.Kep.*

A. Pengertian *Palliative care*..... 15

B. Prinsip *Palliative care* ..... 15

C. Peran dan Fungsi Perawat..... 16

D. Pedoman Perawat *Palliative*..... 16

E. Tempat-tempat Pelayanan Paliatif..... 20

F. Langkah- langkah dalam Pelayanan Paliatif..... 21

G. Layanan *Palliative Home Care*..... 21

H. Miskonsepsi perawatan paliatif ..... 22

I. Integrasi Aspek spiritual dalam praktik perawatan paliatif.....	23
J. Kebutuhan standar perawatan paliatif .....	23

### **BAB 3**

#### **KEBIJAKAN NASIONAL TERKAIT PERAWATAN PALIATIF DI INDONESIA ..... 27**

*M. Askar, S.Kep, Ns. M.Kes.*

A. Definisi .....	30
B. Tujuan dan Sasaran Kebijakan .....	31
C. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif.....	32
D. Aspek Medikolegal dalam Perawatan Paliatif .....	32
E. Sumber Daya Manusia .....	35
F. Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif .....	35
G. Pembinaan dan Pengawasan .....	36
H. Pengembangan dan Peningkatan Mutu Perawatan Paliatif .....	36
I. Pendanaan.....	37
J. Penutup .....	37

### **BAB 4**

#### **ETIKA DALAM PERAWATAN PALIATIF ..... 39**

*Aisyah, S.Kep.Ns., M.Kep.*

A. Etik Perawatan Paliatif Dan Implementasinya Dalam Pelayanan Paliatif Di Rumah .....	39
B. Prinsip-Prinsip Etik .....	42

### **BAB 5**

#### **PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN PERAWATAN PASIEN YANG SEKARAT ..... 51**

*Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep.*

A. Konsep Perawatan Paliatif .....	51
B. Prinsip Perawatan Menjelang Ajal/Pasien Sekarat Paliatif Care. ....	53
C. Indikasi Pelayanan Paliatif .....	54
D. Langkah-Langkah Dalam Pelayanan Paliatif Care .....	54

## **BAB 6**

### **PROGNOSIS PERAWAT ..... 57**

*Juliati, S.Kep.Ns., M.Kep.*

A. Definisi ..... 57

B. Prinsip pelayanan paliatif ..... 58

C. Indikasi pelayanan paliatif..... 58

D. Tim dan tempat pelayanan paliatif..... 60

## **BAB 7**

### **KEBUTUHAN PASIEN DAN KELUARGA: PENEKANAN PADA KOMUNIKASI ..... 63**

*Santalia Banne Tondok, S.Kep. Ns., M.Kep.*

A. Dukungan Keluarga..... 63

B. Kebutuhan Spiritual..... 66

## **BAB 8**

### **PERAWATAN PASIEN SEBELUM DAN SESUDAH MENINGGAL..... 71**

*Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes.*

A. Menjelang Ajal..... 71

B. Kematian..... 71

C. Masalah Di Akhir Kehidupan. .... 71

D. Tahap-tahap Menjelang Ajal. .... 73

E. Macam tingkat Kesadaran atau Pengertian dari Pasien dan  
Keluarganya terhadap Kematian..... 73

F. Tipe-tipe Perjalanan Menjelang Kematian. .... 74

G. Tanda-tanda Klinis Menjelang Kematian..... 74

H. Tanda-Tanda Meninggal Secara Klinis. .... 75

I. Ruang Lingkup..... 75

J. Tata ..... 75

K. Bantuan Emosional/ Psikososial. .... 76

L. Membantu Memenuhi Kebutuhan Fisiologis. .... 76

M. Membantu Memenuhi Kebutuhan Sosial. .... 78



N. Membantu Memenuhi Kebutuhan Spiritual. ....	78
O. Asuhan Keperawatan. ....	79
P. Pengkajian.....	80
Q. Diagnosa Keperawatan.....	83
R. Intervensi. ....	83
S. Evaluasi: .....	86

## **BAB 9**

### **PENGHENTIAN ALAT DAN INTERVENSI PENUNJANG**

<b>KEHIDUPAN.....</b>	<b>87</b>
-----------------------	-----------

*H. Muhammad Basri, S.ST, M. Kes.*

A. Pengertian Euthanasia.....	89
B. Macam-Macam Euthanasia.....	90
C. Faktor-Faktor Penyebab Euthanasia .....	95
D. Euthanasia Berdasarkan Perlindungan Hak Hidup di Indonesia... 96	

## **BAB 10**

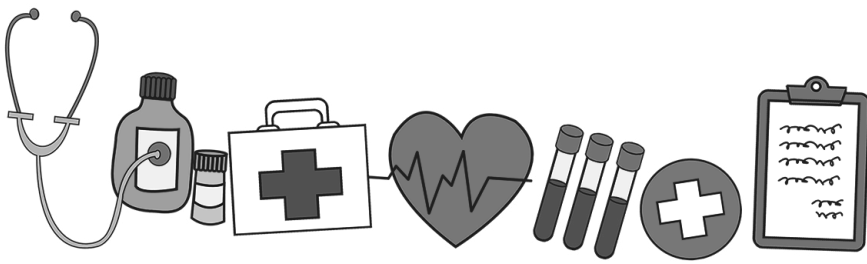
### **BERDUKA ANTISIPATIF DAN IKUT SERTA PENGARUHNYA**

<b>DALAM PERAWAT.....</b>	<b>101</b>
---------------------------	------------

*Laili nur Hidayati, S.Kep, Ns., M.Kes.*

A. Asuhan pada Klien yang Menghadapi Kehilangan dan Kematian... 101	
B. Sebab-sebab Kematian. ....	103
C. Hak-hak asasi pasien menjelang ajal. ....	103
D. Hierarki Kebutuhan Seseorang Menjelang Ajal.....	104
E. Ciri-Ciri Tanda-tanda Klien menjelang Ajal .....	105
Daftar Pustaka.....	112
Biodata Penulis .....	115





## **BAB 1**

# **KONSEP PERAWATAN PALIATIF**

**Ns. Siti Utami Dewi, S.Kep., M.Kes.**

**P**erubahan mode dari penyakit menular menjadi penyakit tidak menular dalam beberapa dekade terakhir sangat signifikan meningkatkan angka kejadian mortalitas dan morbiditas suatu penyakit. Kematian yang sering terjadi diakibatkan karena penyakit kronis ataupun *multiple organ failure*. Perawatan paliatif mewujudkan sebuah pendekatan yang memiliki tujuan dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menjalani masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui upaya pencegahan dan pengelolaan gejala secara holistik yang mencakup masalah fisik, psikososial, dan spiritual. Perawatan ini terutama diberikan pada pasien yang mengalami keterbatasan akibat penyakitnya. Perawatan paliatif membantu pasien dalam menemukan kualitas hidup selama pasien menjalankan pengobatan sampai pada waktu yang tidak bisa ditentukan, salah satunya didapatkan dari pemberian layanan psikososial.

### **A. Pengertian Perawatan Paliatif**

Paliatif berasal dari bahasa latin yaitu “Pallium”, yang berarti menyelimuti atau menyingkapi dengan kata lain selimut untuk memberikan kehangatan atau perasaan nyaman. Dari makna kata tersebut sehingga perawatan paliatif dimaknai sebagai pelayanan yang memberikan perasaan nyaman terhadap keluhan yang dirasakan oleh pasien. Sehingga tujuan utama dari perawatan paliatif adalah memberikan perasaan nyaman pada pasien dan keluarga pasien. Namun, perawatan paliatif tidak hanya mengatasi masalah fisik pasien

tetapi juga mencakup dari aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Semua aspek tersebut saling berinteraksi sehingga dapat mempengaruhi satu sama lain (Payne, 2005).

Perawatan paliatif merupakan suatu sistem perawatan terpadu yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan meringankan rasa nyeri dan rasa sakit lainnya, memberikan dukungan spiritual, psikososial dan memberikan dukungan terhadap keluarga pasien (Leuna dan Rantung, 2019).

Prinsip dasar perawatan paliatif yaitu, menghormati serta menghargai pasien dan keluarganya, hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang sesuai, mendukung pemberian perawatan, pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif. Perawatan paliatif disediakan untuk semua pasien yang menderita penyakit kronis dengan kondisi yang membatasi masa hidup atau mengancam jiwa maupun kondisi pasien yang mendapatkan intervensi untuk memperpanjang masa hidup (Muntamah, 2020).

Yodang (2018) menjelaskan perawatan paliatif adalah perawatan menyeluruh dilakukan secara aktif terutama pada pasien penderita penyakit yang membatasi hidup, dan keluarga pasien, dilakukan oleh tim secara interdisiplin, dimana penyakit pasien tersebut sudah tidak dapat lagi berespon terhadap pengobatan atau pasien yang mendapatkan intervensi untuk memperpanjang masa hidup.

Dahulu, perawatan paliatif dikenal sebagai perawatan yang menitik beratkan pada akhir kehidupan saja. Namun, untuk saat ini perawatan paliatif yang lebih tepat adalah dilakukan saat awal penyakit terdiagnosis. Perawatan paliatif merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya saat menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam nyawa. Hal yang dilakukan untuk mencegah dan mengurangi penderitaan seorang pasien paliatif adalah identifikasi awal, penilaian tentang penyakitnya, penanganan nyeri, dan masalah lainnya. Tujuan perawatan paliatif adalah untuk mencegah dan membantu mengurangi penderitaan fisik, psikologis, sosial, atau spiritual yang terjadi pada orang dewasa dan anak-anak. Perawatan terutama dilakukan pada seorang pasien yang mengalami keterbatasan akibat penyakitnya (Baxter *et al.*, 2014).

Fokus perawatan paliatif yaitu mengurangi penderitaan karena penyakit yang diderita pasien dan meningkatkan kualitas hidup penderitanya. Perawatan paliatif ini memiliki peran, terutama pada pasien dengan kondisi terminal. Selain pasien, keluarga pasien dan pendamping (*caregiver*) juga perlu perhatian khusus dalam kaitannya dengan perawatan paliatif (Kelley dan Meier, 2010).

Peningkatan efektivitas biaya kesehatan pada masa akhir kehidupan pasien tidak dapat tercapai tanpa dilakukannya perawatan paliatif. Selain itu, kualitas hidup dan mati seseorang tanpa perawatan paliatif tidak akan tercapai dengan baik. Atas dasar ini, *advanced directives* (ADs) menjadi hal yang penting untuk pemenuhan kebutuhan perawatan paliatif yang optimal. *Advanced directive* sifatnya adalah terapi lanjut yang diberikan untuk pasien sesuai dengan keinginan pasien dan dapat memuaskan berbagai pihak yang berperan serta, terutama pada akhir kehidupan seseorang (Radhakrishnan *et al.*, 2017).

## **B. Falsafah Keperawatan Paliatif**

Ungkapan “Palliative” berasal dari Bahasa latin yaitu “Pallium” yang artinya ialah menutupi atau menyembunyikan. Perawatan paliatif ditujukan untuk menutupi atau menyembunyikan keluhan pasien dan memberikan kenyamanan Ketika tujuan penatalaksanaan tidak mungkin disembuhkan (Muckaden *et al.*, 2011).

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan membantu meringankan penderitaan, identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah lain baik fisik, psikososial dan spiritual (WHO, 2013).

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang terutama bertujuan untuk mencegah, mengurangi, atau menghilangkan gejala ataupun gangguan akibat penyakit tanpa bertujuan menyembuhkan penyakitnya sendiri. Tujuan terapi paliatif adalah untuk mengantisipasi, mencegah, dan mengurangi penderitaan pasien dan sedapat mungkin meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya, tanpa dipengaruhi stadium penyakit ataupun kebutuhan terhadap terapi lainnya (Alkaf, 2016).

Perawatan paliatif merupakan pelayanan yang meliputi:

1. Pelayanan berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan yang berfokus pada penyakit.
2. Menerima kematian namun juga tetap berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup
3. Pelayanan yang membangun Kerjasama antara pasien dan petugas Kesehatan serta keluarga pasien
4. Berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan.

Perawatan paliatif yang paripurna mencakup berbagai setting mulai rumah sakit, perawatan komunitas yang dikelola Puskesmas, dan perawatan di rumah (*home care*) (Ulfiana *et al*, 2013). *World Health Organization* (WHO) menekankan bahwa dalam memberikan pelayanan paliatif harus berpijak pada pola sebagai berikut: 1) Meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses normal, 2) Tidak mempercepat atau menunda kematian, 3) Menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, 4) Menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, 5) Mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya, 6) Mengusahakan dan membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga (Ningsih, 2011). Tujuan dari perawatan paliatif adalah untuk mengurangi penderitaan pasien, memperpanjang umurnya, meningkatkan kualitas hidupnya, juga memberikan support kepada keluarganya. Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal dia sudah siap secara psikologis dan spiritual, tidak stres menghadapi penyakit yang dideritanya.

### **C. Perkembangan Keperawatan Paliatif**

Gerakan hospis berkembang secara masif sekitar tahun 1960 an, dimana era pelayanan hospis modern dimulai. Seseorang yang menggagas gerakan perubahan tersebut adalah Dame Cicely Saunders (yang selanjutnya lebih dikenal dengan sebutan Dame). Dame mengkreasikan sebuah konsep tentang *caring*, terutama untuk pasien yang dengan stadium akhir dan menjelang ajal/kematian. Konsep tersebut merupakan sebuah cara pandangan atau perspektif untuk melihat sebuah fenomena secara holistik, termasuk pasien. Sehingga

pasien tidak hanya dilihat sebagai individu yang memiliki masalah fisik saja, tetapi melihat pasien sebagai makhluk yang kompleks. Dame meyakini bahwa gejala fisik yang dialami oleh pasien juga dapat mempengaruhi psikologis, *emotional*, *social* dan spiritual pasien, maupun sebaliknya. sejak awal di saat Dame menggagas dan mendirikan rumah hospis (Grant, 2016).

Dame telah mengintegrasikan pendidikan dan penelitian dalam pelayanan di rumah hospis. Rumah hospis pertama yang didirikan oleh Dame yaitu rumah hospis yang terletak di kota London pada tahun 1967. Seiring dengan perkembangan gerakan rumah hospis, pelayanan perawatan paliatif mulai menekankan pada aspek “*Care*” bukan pada aspek “*Cure*” atau pengobatan. Sehingga pada saat itu prioritas intervensi yang dilakukan adalah bagaimana pasien dapat mengontrol keluhannya, seperti nyeri. pada tahun 1982, dokter spesialis paliatif mulai diperkenalkan secara formal. pada saat itu dokter paliatif tidak hanya memberikan pelayanan pada pasien yang membutuhkan perawatan paliatif, namun juga penelitian mengenai praktis klinis pada pasien yang mendapatkan perawatan paliatif, dan melakukan pengajaran ataupun pendidikan berkelanjutan dalam perspektif multidisiplin. Sekalipun konsep hospis modern dan ‘perawatan paliatif’ merupakan hal yang baru, namun pelayanan yang diberikan di perawatan paliatif mampu memberikan perubahan yang sangat signifikan terhadap peningkatan kualitas hidup pasien, mempersiapkan pasien meninggal dengan damai dan bermartabat, dan memberikan dukungan pada anggota keluarga setelah pasien meninggal.

Sejak awal pergerakan hospis modern dimana pada saat itu layanan yang diberikan hanya berfokus pada pasien penderita kanker. Namun beberapa praktisi lalu mengembangkan layanan pada pasien dengan penyakit tahap lanjut seperti gagal jantung kongestif, penyakit paru obstruksi menahun, stroke, motor neuron disease, gagal ginjal kronis dan lain sebagainya. Di awal abad 20, kebanyakan pasien meninggal di rumah setelah mendapat perawatan dari pihak keluarga. namun kondisi tersebut berubah seiring dengan perkembangan dunia kedokteran dan kesehatan, dan penerapan beberapa metode baru dalam pengobatan yang mengharuskan proses perawatan di rumah pasien harus berpindah ke rumah sakit. Dampak dari hal tersebut, angka kematian pasien yang meninggal di rumah menurun drastis.

Akan tetapi, kebanyakan pasien kanker akan menghabiskan sisa hidupnya lebih banyak di rumah. hal ini berdasarkan hasil penelitian yang menunjukkan bahwa sekitar 90% pasien kanker mendapatkan perawatan di rumah dari pihak keluarganya.

Dimasa sekarang telah terjadi perubahan yang dinamis dalam penyediaan perawatan paliatif terutama di Negara Inggris. Dimana departemen kesehatan memperkenalkan program dan panduan baru yang dikenal dengan sebutan "*End of Life Care Strategy*" dan "*the Gold Standards Framework*". Program dan panduan tersebut menitikberatkan akan pentingnya menggunakan standar pelayanan di saat memberikan pelayanan perawatan paliatif pada pasien dan keluarganya terutama di saat kondisi pasien menjelang ajal/kematian. lebih lanjut, pasien diberi otonomi untuk memilih tempat selama menjalani proses perawatan, seperti rumah sendiri, rumah sakit, rumah perawatan, atau rumah hospis. Sebagai petugas perawatan paliatif, memaksimal sisa waktu atau umur pasien selama masa perawatan merupakan hal yang penting. untuk memaksimalkan hal tersebut, koordinasi dengan anggota tim, dan memberikan pelayanan yang berkualitas menjadi hal yang sangat dibutuhkan. saat ini telah banyak panduan atau *guideline* diterbitkan oleh lembaga bereputasi yang memberikan penjelasan bagaimana memberikan pelayanan perawatan paliatif yang berkualitas baik secara umum maupun untuk kelompok pasien dengan penyakit tertentu seperti panduan perawatan paliatif untuk pasien kanker paru. Di panduan tersebut, dijelaskan secara detail mengenai peran masing-masing anggota tim interprofesional, komunikasi secara efektif pada pasien, keluarga dan sesama anggota tim.

WHO (2014) melaporkan bahwa pendidikan dan pengetahuan para petugas kesehatan masih sangat minim mengenai perawatan pasien di area paliatif. WHO memperkirakan sekitar 19 juta orang di dunia saat ini membutuhkan pelayanan perawatan paliatif, dimana 69% dari mereka adalah pasien usia lanjut yaitu usia diatas 65 tahun. Sehingga hal ini menjadi tantangan para petugas kesehatan terutama tenaga profesional yang bekerja di area paliatif untuk dapat memahami dengan baik cara memberikan pelayanan yang berkualitas pada kelompok lanjut usia tersebut dengan mengacu pada filosofi dan standar pelayanan perawatan paliatif. Konsep hospis diperkenalkan di Asia oleh para perawat katolik dengan membuka klinik di kota Seoul,



Korea Selatan pada awal 1965. Pada tahun 1996 diperkirakan sekitar 90 % sekolah keperawatan telah mengajarkan perawatan paliatif, hingga 2003 sebuah program inisiasi model pelayanan perawatan paliatif dilakukan dan sekaligus menjadi dasar kebijakan nasional. Namun dalam konteks regional Asia, Jepang merupakan Negara yang telah menyediakan dan mengintegrasikan pelayanan perawatan paliatif secara nasional. berdasarkan laporan akhir tahun 2013, jumlah perawatan paliatif di rumah sakit sekitar 250 unit, 409 klinik paliatif rawat jalan, dan jumlah tim paliatif rumah sakit sebanyak 541. Namun bila membandingkan jumlah tempat tidur perawatan paliatif dengan populasi per satu juta penduduk, Hong Kong merupakan Negara yang menyediakan fasilitas pelayanan perawatan paliatif terbanyak dibanding Negara lainnya di regional Asia, yaitu 59 tempat tidur/ 1 juta penduduk.

Saat ini, sekitar 13 organisasi yang menyediakan 40 layanan perawatan paliatif dan hospice, kebanyakan dari layanan tersebut merupakan layanan rawat inap. Sekitar 8 dari organisasi tersebut merupakan lembaga pemerintah berupa rumah sakit rujukan dan pusat layanan kanker. Satu rumah sakit swasta dan 2 lainnya merupakan institusi milik Lembaga keagamaan. perkembangan awal perawatan paliatif di Thailand telah dimulai sejak tahun 1980 an, dimana saat itu fokus utama layanan adalah penanganan nyeri dan mayoritas tenaga profesional saat itu adalah ahli anestesi. Lalu pada tahun 1990an pemerintah menyediakan fasilitas untuk pengembangan dan pelayanan paliatif serta dibentuknya grup komunitas untuk membantu mendukung program tersebut. Dimana pada saat itu kebutuhan akan pelayanan perawatan paliatif menjadi urgen akibat meningkatnya kasus HIV/AIDS. Selain itu salah satu organisasi yang berbasis keagamaan juga menyediakan layanan hospice di Pura Wat Prabat Nampu dengan kapasitas 400 tempat tidur. Layanan tersebut merupakan layanan rawat inap yang didukung oleh tenaga kesehatan profesional, dan fokus layanan pada pasien dengan HIV/AIDS baik dewasa maupun anak-anak.

Perawatan paliatif dalam konteks Indonesia, Sejak 2007 pemerintah Indonesia, melalui kementerian kesehatan telah menerbitkan aturan berupa kebijakan perawatan paliatif (Keputusan MENKES No.812/Menkes/SK/VII/2007). Dimana dasar yang menjadi acuan diterbitkannya peraturan tersebut yaitu:

1. Kasus penyakit yang belum dapat disembuhkan semakin jumlahnya baik pada pasien dewasa maupun anak
2. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan selain dengan perawatan kuratif dan rehabilitatif juga diperlukan perawatan paliatif bagi pasien dengan stadium terminal.

Pada peraturan tersebut, menjelaskan bahwa kondisi pelayanan kesehatan yang belum mampu memberikan pelayanan yang dapat menyentuh dan memenuhi kebutuhan pasien dengan penyakit stadium terminal yang sulit disembuhkan. Pada stadium tersebut prioritas layanan tidak hanya berfokus pada penyembuhan, namun juga berfokus pada upaya peningkatan kualitas hidup yang terbaik pada pasien dan keluarganya.

Pasien dengan penyakit kronis pada stadium lanjut maupun terminal dapat mengakses layanan kesehatan seperti rumah sakit baik umum maupun swasta, puskesmas, rumah perawatan, dan rumah hospis. Saat peraturan ini diterbitkan ada 5 rumah sakit yang menjadi pusat layanan perawatan paliatif, dimana rumah sakit tersebut berlokasi di Jakarta, Yogyakarta, Surabaya Denpasar, dan Makassar. Akan tetapi, sekalipun perawatan paliatif telah diperkenalkan dan diterapkan di beberapa rumah sakit yang tersebut diatas, pelayanan perawatan paliatif belum menunjukkan signifikansi. Hal ini mungkin diakibatkan oleh minimnya pendidikan dan pelatihan tentang perawatan paliatif untuk tenaga kesehatan, dan juga jumlah tenaga kesehatan yang belajar secara formal mengenai perawatan paliatif juga masih sangat sedikit (Yodang, 2018).

#### **D. Indikator Tercapainya Tujuan Perawatan Paliatif**

Menurut Direktorat Bina Pelayanan Keperawatan Dan Keteknisian Medis Kementerian Kesehatan (2012) indikator tercapainya tujuan perawatan paliatif yaitu:

1. Aspek fisik: keluhan fisik berkurang.
2. Aspek psikologi: keamanan psikologis, kebahagiaan meningkat dan pasien dapat menerima penyakitnya.

3. Aspek sosial: hubungan interpersonal tetap terjaga dan masalah sosial lain dapat diatasi.
4. Aspek spiritual: Tercapainya arti kehidupan yang bernilai bagi pasien dan keluarga dalam menjalankan kehidupan rohani yang positif serta dapat menjalankan ibadah sampai akhir hayatnya.

## **E. Dasar Perawatan Paliatif**

Menurut Odang (2018), Hal-hal yang penting yang menjadi dasar perawatan paliatif adalah sebagai berikut:

1. *Caring attitude* (Sikap merawat), melibatkan sensitivitas, simpati dan turut merasakan penderitaan, dan ini didemonstrasikan kepada penderita kanker yang sudah mencapai Paliatif. Sikap merawat sulit diajarkan, dan ini adalah tanggung jawab kepada mereka yang berpengalaman di lapangan menjadi contoh. Kompetensi yang dicapai adalah mengetahui mengenai rencana pasien dan memberikan pasien perawatan.
2. *Commitment* (komitmen), kebutuhan komitmen yang kuat dari anggota tim paliatif menentukan keberhasilan perawatan. Berhadapan terus menerus dengan pasien kanker stadium paliatif menyebabkan stress, dan dedikasi yang kuat dibutuhkan untuk mengatasi kesulitan dan masalah yang kompleks dimana beberapa mungkin tidak dapat diatasi.
3. *Consideration of individuality* (pertimbangan individualitas). Setiap pasien adalah unik secara individu. Praktikum pengelompokan pasien berdasarkan penyakit mereka, berdasarkan kesamaan masalah medis yang dihadapi, untuk mengenal gambaran psikososial individu dan masalahnya yang membuat pasien berbeda.
4. *Cultural consideration* (pertimbangan kebudayaan). Etnis, ras, agama dan faktor budaya lain membawa pengaruh pada penderitaan pasien. Perbedaan kebudayaan harus dihargai dan perawatan direncanakan dengan mempertimbangkan sensitivitas secara kebudayaan.
5. *Consent* (ijin). Ijin dari pasien atau seseorang yang dilimpahkan tanggung jawab, adalah penting sebelum suatu pengobatan

diberikan atau dihentikan. Terdapat suatu aturan moral untuk mengkaji penginformasian keputusan, yang dibuat oleh pasien atau wakil mereka sehubungan dengan terapi yang dipilih. Kata kuncinya adalah terinformasikan (*informed*).

6. *Choice of site of care* (pilihan tempat perawatan) Pasien dan keluarganya perlu dilibatkan dalam diskusi tentang dimana pasien dirawat. Perawat memberikan respon tentang keinginan pasien serta keinginan para keluarga. Keluarga ditawarkan agar pasien kanker dapat dilakukan perawatan di rumah dengan dukungan kunjungan tim perawatan paliatif.

## **F. Peran Perawatan Paliatif**

Perawatan paliatif akan membantu pasien menemukan kualitas hidup selama pasien menjalankan pengobatan sampai pada waktu yang tidak bisa ditentukan, salah satunya didapatkan dari layanan psikososial (Anandany and Suryanto, 2019). Peran perawatan paliatif yaitu:

1. Praktek di klinik, perawat memanfaatkan pengalaman dalam mengkaji dan mengevaluasi keluhan serta nyeri pasien. Perawat dengan anggota tim berbagai keilmuan menggabungkan dan mengimplementasikan rencana perawatan secara menyeluruh. Perawat mengidentifikasi pendekatan baru untuk mengatasi nyeri yang dikembangkan berdasarkan standar perawatan di rumah sakit untuk melaksanakan tindakan. Adanya kemajuan ilmu pengetahuan keperawatan, maka keluhan sindroma nyeri yang kompleks dapat perawat praktikan dengan melakukan pengukuran tingkat kenyamanan disertai dengan memanfaatkan inovasi, etika dan berdasarkan keilmuan.
2. Pendidik, perawat memfasilitasi filosofi yang kompleks, etika dan diskusi tentang penatalaksanaan keperawatan di klinik, mengkaji anak dan keluarganya serta semua anggota tim menerima hasil yang positif. Perawat memperlihatkan dasar keilmuan/pendidikannya yang meliputi mengatasi nyeri neuropatik, berperan mengatasi konflik profesi, mencegah dukacita, dan resiko kehilangan. Perawat pendidik dengan tim lain seperti komite dan ahli farmasi, berdasarkan pedoman dari tim perawat paliatif maka memberikan perawatan yang berbeda

dan khusus dalam menggunakan obat-obatan intravena untuk mengatasi nyeri neuropatik yang tidak mudah diatasi.

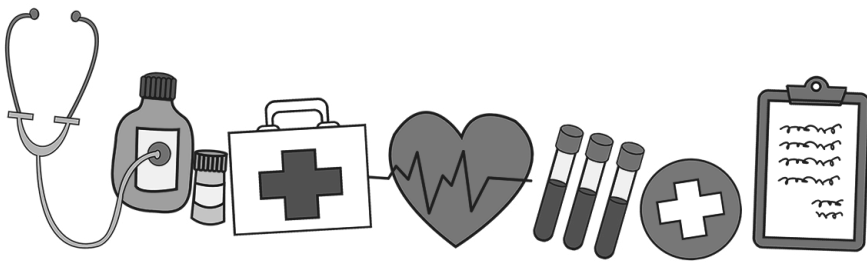
3. Peneliti, perawat menghasilkan ilmu pengetahuan baru melalui pertanyaan-pertanyaan penelitian dan memulai pendekatan baru yang ditujukan pada pertanyaan-pertanyaan penelitian. Perawat dapat meneliti dan terintegrasi pada penelitian perawatan paliatif.
4. Bekerjasama, perawat sebagai nasehat anggota/staf dalam pengkajian biopsikososial-spiritual dan penatalaksanaan. Perawat membangun dan mempertahankan hubungan kolaborasi dan mengidentifikasi sumber dan kesempatan bekerja dengan tim perawatan paliatif, perawat memfasilitasi dalam mengembangkannya dan mengimplementasikan anggota dalam pelayanan, kolaborasi perawat/dokter dan komite penasehat. Perawat memperlihatkan nilai-nilai kolaborasi dengan pasien dan keluarga pasien, dengan tim antar disiplin ilmu, dan tim kesehatan lain dalam memfasilitasi kemungkinan hasil terbaik.
5. Penasehat, perawat berkolaborasi dan berdiskusi dengan dokter, tim perawatan paliatif dan komite untuk menentukan tindakan yang sesuai dalam pertemuan tentang kebutuhan pasien dan keluarga pasien

## **G. Rangkuman**

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan membantu meringankan penderitaan, identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah lain baik fisik, psikososial dan spiritual.

Dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam *palliative care*, 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 *palliative care* harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai kode etik keperawatan.



## **BAB 2**

### **MODEL PELAYANAN PERAWAT PALIATIF**

**Dewi Arwini Bugis, S.Kep. Ns. M.Kep.**

**P**erawatan paliatif adalah perawatan pada seorang pasien dan keluarganya yang memiliki penyakit yang tidak dapat disembuhkan dengan memaksimalkan kualitas hidup pasien serta mengurangi gejala yang mengganggu, selain itu juga melalui pengurangan nyeri, dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien maupun keluarga. Perawatan ini juga menyediakan sistem pendukung untuk menolong keluarga pasien dalam menghadapi kematian dari anggota keluarga yang dicintai sampai dengan masa berkabung.

Perawatan paliatif memberikan pendekatan kesehatan terpadu yang bersifat aktif dan menyeluruh, yaitu pendekatan multidisiplin yang terintegrasi antara dokter, perawat, fisioterapis, petugas sosial medis, psikolog, ahli gizi, rohaniawan, relawan, serta profesi lain yang diperlukan. Adapun latar belakang diperlukannya perawatan paliatif adalah karena meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan (baik pada dewasa maupun anak), seperti penyakit kanker, penyakit paru obstruktif kronis, stroke, parkinson, gagal jantung, gagal ginjal terminal, dan lain-lain.

Perawatan paliatif bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien, meningkatkan kualitas hidupnya, serta memberikan dukungan kepada keluarganya. Jadi, tujuan utama perawatan paliatif adalah bukan untuk menyembuhkan penyakit, tetapi lebih pada peningkatan kualitas hidup serta yang ditangani pada perawatan paliatif tidak hanya pasien, melainkan juga keluarganya. Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal, pasien sudah siap

secara psikologis dan spiritual, dan tidak stres menghadapi penyakit yang dideritanya. Ketika menghadapi fase akhir hayat, diharapkan pasien mendapatkan kondisi *die in dignity* (*husnul khotimah*).

Kualitas hidup merupakan target yang ingin dicapai pada perawatan paliatif.

Kualitas hidup pasien adalah keadaan pasien yang dipersepsikan sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan dan niatnya. Dimensi dari kualitas hidup adalah kemampuan fisik dan fungsional dalam beraktivitas, kesejahteraan keluarga, ketenangan spiritual, fungsi sosial, kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan), orientasi masa depan, kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri dan fungsi dalam bekerja.

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

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

Salah satu visi Kementerian Kesehatan Republik Indonesia adalah memandirikan masyarakat untuk hidup sehat dengan misi membuat rakyat sehat. Guna mewujudkan visi dan misi tersebut



berbagai program kesehatan telah dikembangkan termasuk pelayanan kesehatan di rumah. Pelayanan kesehatan di rumah (*home care*) adalah pelayanan keperawatan yang diberikan kepada pasien di rumahnya, yang merupakan sintesa dari pelayanan keperawatan komunitas dan keterampilan teknik tertentu yang berasal dari spesialisasi kesehatan tertentu, yang berfokus pada asuhan keperawatan individu dengan melibatkan keluarga dengan tujuan menyembuhkan, mempertahankan dan meningkatkan kesehatan fisik, mental/ emosi pasien.

### **A. Pengertian *Palliative care***

Menurut WHO *palliative care* merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan masalah yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan menghentikan penderitaan dengan identifikasi dan penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah lainnya, seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual (WHO, 2017). *Palliative care* berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. *Palliative care* meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan (Ferrell, 2015). Berdasarkan penjelasan diatas *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.

### **B. Prinsip *Palliative care***

*Palliative care* secara umum merupakan sebuah hal penting dan bagian yang tidak terpisahkan dari praktek klinis dengan mengikuti prinsip:

1. Fokus perawatan terhadap kualitas hidup, termasuk kontrol gejala yang tepat
2. Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang

3. Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya
4. Peduli terhadap autonomy pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien
5. Menerapkan komunikasi terbuka terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (Cohen and Deliens, 2012)

### **C. Peran dan Fungsi Perawat**

Dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam *palliative care*, 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 *palliative care* 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, 2013) 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.

### **D. Pedoman Perawat *Palliative***

Berdasarkan *National Consensus Project for Quality Palliative Care* (NCP, 2013) pedoman praktek klinis untuk perawat *palliative* dalam meningkatkan kualitas pelayanan *palliative* terdiri dari 8 domain diantaranya:

## **Domain 1: *structure and process of care***

*Structure and process of care* merupakan proses pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif dalam memberikan perawatan yang berkesinambungan pada pasien dan keluarga (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus menerima pendidikan tentang *palliative care* primer baik itu tingkat sarjana, magister dan doktoral.
2. Semua perawat harus diberikan pendidikan lanjut untuk *palliative care* primer.
3. Semua perawat menerima orientasi *palliative care* primer yang termasuk didalamnya mengenai sikap, pengetahuan dan keterampilan dalam domain *palliative care*. Ini termasuk penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika, kesedihan dan kehilangan keluarga, komunitas dan pemberi layanan.
4. Semua perawat harus mampu melaksanakan *palliative care* dengan kerjasama tim dari multidisiplin ilmu.
5. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus tersertifikasi dalam memberikan pelayanan *palliative care*.
6. Semua perawat harus berpartisipasi dalam inisiatif memperbaiki kualitas layanan *palliative care*.
7. Perawat hospice dan perawat *palliative* mempromosikan kontinuitas dalam *palliative care* sesuai aturan kesehatan dan mempromosikan hospice sebagai pilihan (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015).

## **Domain 2: *Physical Aspect Of Care***

*Physical Aspect Of Care* merupakan cara yang dilakukan untuk mengukur dan mendokumentasikan rasa nyeri dan gejala lain yang muncul seperti menilai, mengelola gejala dan efek samping yang terjadi pada masalah fisik pada pasien (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus mampu menilai nyeri, dyspnea dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien dengan penyakit lanjut yang mengancam jiwa.
2. Semua perawat harus mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan.
3. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti evidence based nursing untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015).

### **Domain 3: Psychological and Psychiatric Aspect of Care**

*Psychological and Psychiatric Aspect of Care* merupakan cara yang dilakukan untuk menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti mengukur, mendokumentasikan, mengelola kecemasan, dan gejala psikologis lainnya (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus mampu menilai depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pedoman yang tepat pada pasien yang mengancam jiwa
2. Semua perawat harus mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan
3. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis EBN untuk mengelola gejala psikologis yang ditimbulkan
4. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan
5. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus ikut andil dalam pengembangan *palliative care* (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015).

### **Domain 4: Social Aspect of Care**

*Social Aspect of Care* merupakan cara yang dilakukan untuk mendiskusikan segala informasi, mendiskusikan tujuan perawatan, dan memberikan dukungan sosial yang komprehensif (De Roo *et al.*, 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

1. Semua perawat harus meninjau kembali kekhawatiran pasien dan keluarga terhadap penyakit lanjut yang mengancam jiwa
2. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus membantu dan mengembangkan sebuah rencana perawatan sosial yang komprehensif yang termasuk didalamnya hubungan dengan keluarga, komunitas, dan orang yang terlibat dalam merawat pasien (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

### **Domain 5: *Spiritual, Religious, and Existential Aspect of Care***

*Spiritual, Religious, And Existential Aspect of Care* merupakan cara yang dilakukan untuk menyediakan atau memfasilitasi diskusi terkait kebutuhan spiritual pasien dan keluarga (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus melakukan pengkajian spiritual mencakup masalah agama, spiritual, dan eksistensial menggunakan pedoman instrumen yang terstruktur dan terintegrasi dalam penilaian dalam rencana *palliative care*
2. Semua perawat harus mampu merujuk pasien dan keluarga pada kondisi yang serius dengan menghadirkan rohaniawan, pendeta jika diperlukan (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015)

### **Domain 6: *Culture Aspect of Care***

*Culture Aspect of Care* merupakan cara yang dilakukan menilai budaya dalam proses pengambilan keputusan dengan memperhatikan preferensi pasien atau keluarga, memahami bahasa yang digunakan serta ritual-ritual budaya yang dianut pasien dan keluarga (De Roo *et al.*, 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut: Semua perawat harus mampu menilai budaya pasien sebagai komponen yang tidak terpisahkan dalam memberikan *palliative care* dan perawatan di rumah yang komprehensif mencakup pengambilan keputusan, preferensi pasien, komunikasi keluarga, terapi komplementer, dan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan, serta pemakaman dan ritual pemakaman pasien. (Ferrell, 2015).

### **Domain 7: *Care Of The Patient At End of life***

*Care Of The Patient At End of life* merupakan cara yang dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang kesiapan menghadapi kematian dan

duka cita setelah kematian bagi keluarga yang ditinggalkan (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas. ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
2. Semua perawat harus mampu menjamin kenyamanan pada akhir kehidupan
3. Semua perawat harus meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
4. Semua perawat harus mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan
5. Semua perawat harus mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell, 2015).

#### **Domain 8 : Ethical And Legal Aspect Of Care**

*Ethical And Legal Aspect Of Care* merupakan cara yang dilakukan untuk membuat perencanaan dengan memperhatikan preferensi pasien dan keluarga sebagai penerima layanan dengan tidak melanggar norma dan aturan yang berlaku (De Roo et al., 2013; Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

1. Semua perawat harus meninjau kembali asuhan keperawatan yang telah diberikan dan semua dokumentasinya
2. Semua perawat harus menjaga prinsip etik berdasarkan komite etik keperawatan
3. Semua perawat harus mengerti hukum aspect *palliative* dan mencari pakar hukum jika diperlukan (Ferrell, 2015).

#### **E. Tempat-tempat Pelayanan Paliatif**

Berdasarkan Permenkes Nomor 812/ Menkes/ SK/VII/2007 dijelaskan tempat untuk layanan paliatif meliputi:

1. Rumah Sakit : untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau perawatan khusus.

2. Puskesmas: untuk pasien yang memerlukan perawatan rawat jalan
3. Rumah singgah / panti (hospice) : untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus tetapi belum dapat dirawat di rumah karena memerlukan pengawasan
4. Rumah pasien: untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat tindakan khusus atau peralatan khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga (PERMENKES, 2007).

#### **F. Langkah- langkah dalam Pelayanan Paliatif**

1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien
2. Membantu pasien dalam membuat advance care planning
3. Pengobatan penyakit penyerta dari aspek sosial yang muncul
4. Tata laksana gejala
5. Dukungan psikologis, kultural dan sosial
6. Respon pada fase terminal: memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat.
7. Pelayanan terhadap pasien dan keluarga termasuk persiapan duka cita. (KEMENKES, 2013).

#### **G. Layanan *Palliative Home Care***

*Palliative home care* merupakan pelayanan *palliative care* yang dilakukan di rumah pasien oleh tenaga *palliative* dan atau keluarga atas bimbingan dan pengawasan tenaga *palliative* (KEPMENKES, 2007). *Palliative home care* dinilai baik dan pilihan yang tepat untuk dapat menghindari perawatan di rumah sakit yang dinilai mahal dan tidak efektif bagi pasien terminal, hal ini juga dapat membantu dan melatih pasien, keluarga dan pemberi layanan dalam menghadapi situasi yang sulit (Pompili et al., 2014). Berbagai manfaat pelayanan *palliative home care* yang dapat dirasakan oleh pasien maupun keluarga diantaranya merasa lebih nyaman, bermartabat dan juga dapat menghemat biaya daripada meninggal di rumah sakit (Ventura et al., 2014)

## H. Miskonsepsi perawatan paliatif

Pemberi perawatan kesehatan profesional menganggap bahwa masalah psikologis, kesulitan sosial dan aspek spiritual bukan merupakan perawatan yang harus diberikan pada pasien paliatif (Witjaksono *et al.*, 2014). Keinginan profesional kesehatan untuk memberikan perawatan sampai akhir di rumah sakit, menjadi landasan penolakan untuk merujuk pasien pada perawatan paliatif sehingga tabu untuk membahas tentang kematian, menghindari penggunaan opioid, takut kehilangan kontrol dan penghasilan (Witjaksono *et al.*, 2014). Keinginan tersebut juga berlaku pada masyarakat atau keluarga pasien sehingga perawatan paliatif menjadi sulit untuk diterapkan terutama dalam memberikan perawatan pada akhir kehidupan, karena membahas kematian masih dianggap tabu.

Kepercayaan pasien dan keluarga terhadap penyakit dan ketergantungan perawatan di rumah sakit dipicu karena rendahnya pengetahuan dan keterampilan dalam memberikan perawatan paliatif (Iskandarsyah *et al.*, 2014). Banyak keluarga yang menempatkan pasien tetap di rumah sakit karena ketidakadekuatan keterampilan anggota keluarga dalam proses perawatan paliatif pasien di rumah. Padahal pasien mengalami peningkatan kualitas hidup ketika dirawat di rumah bersama dengan keluarga (Kristanti *et al.*, 2017). Perlu diberikan pelatihan keterampilan yang meliputi memandikan, mencuci rambut, membantu eliminasi, perawatan mulut dan memberikan makan di tempat tidur sehingga keluarga dapat memberikan yang terbaik pada akhir kehidupan pasien paliatif.

Kesadaran pasien atau persepsi pasien merupakan salah satu faktor utama dalam penerapan perawatan paliatif yang ada di dunia, tidak hanya itu, persepsi pemberi pelayanan kesehatan pun turut menentukan hasil dari perawatan paliatif (Sommerballet *al.*, 2016). Pola komunikasi paternalistik antara pasien dan pemberi layanan kesehatan.

Rendahnya pendidikan atau berasal dari perkampungan, dan berharap semua keputusan diarahkan oleh dokter, pasien lebih memilih untuk menghindari konsultasi yang dianggap akan menimbulkan konflik (Iskandarsyah *et al.*, 2014).

Pasien dan keluarga membutuhkan informasi yang lebih detail untuk mengatasi kondisi ketidakpastian, tetapi informasi tersebut



tidak didapatkan karena profesional kesehatan mengalami kesulitan untuk menyampaikan kabar buruk (Nova, 2018). Hal ini menunjukkan bahwa persepsi pasien dan pemberi perawatan yang masih kurang sehingga perawatan paliatif yang diberikan belum mampu memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga pasien.

## **I. Integrasi Aspek spiritual dalam praktik perawatan paliatif**

Masyarakat Indonesia memandang agama sebagai kebutuhan yang sangat penting dalam sepanjang kehidupan dan akan meningkat ketika seorang individu mengidap suatu penyakit. Pemahaman terhadap religiusitas dan praktik spiritual merupakan elemen yang integral dengan budaya dan menjadi dasar penting yang dibutuhkan dalam memberikan pelayanan kesehatan yang holistik (Rochmawati *et al.*, 2018).

Tenaga kesehatan perlu memperhatikan aspek spiritual pada pasien paliatif, salah satu dukungan yang dapat diberikan nya itu dengan menghadirkan pembimbing rohani. Tenaga kesehatan juga perlu memahami bahwa pasien akan merasa lebih nyaman, apabila selama menjalani perawatan paliatif mereka ditempatkan di ruangan yang khusus untuk perawatan paliatif (Enggune *et al.*, 2014).

Profesional kesehatan dalam perawatan paliatif dengan perspektif dan praktik spiritual yang kuat berdampak dalam pemenuhan kebutuhan spiritual pasien karena akan membantu memfasilitasi atau dapat berperan sebagai konselor spiritual (Rochmawati *et al.*, 2018). Namun, apabila profesional kesehatan tidak memiliki nilai spiritual yang cukup, akan menjadi hambatan dalam perawatan paliatif karena profesional tersebut akan mengalami kesulitan dalam memfasilitasi kebutuhan spiritual pasien.

## **J. Kebutuhan standar perawatan paliatif**

Effendy *et al.* (2014) menyatakan bahwa pasien paliatif di Indonesia memiliki permasalahan fisik, permasalahan finansial, permasalahan psikologis dan otonomi serta menyampaikan bahwa kebutuhan yang tidak terpenuhi pada pasien-pasien paliatif di Indonesia lebih banyak dari pada pasien- pasien paliatif di Belanda. Pasien paliatif di Indonesia

menyampaikan bahwa kebutuhan terkait masalah-masalah yang mereka alami pada masa paliatif tidak terpenuhi pada banyak aspek. Hal ini terjadi karena sedikitnya fasilitas untuk melakukan perawatan, belum ada standar nasional tentang perawatan pada pasien paliatif, dan kurangnya pelatihan kepada perawat terkait perawatan paliatif (Effendy *et al.*, 2014).

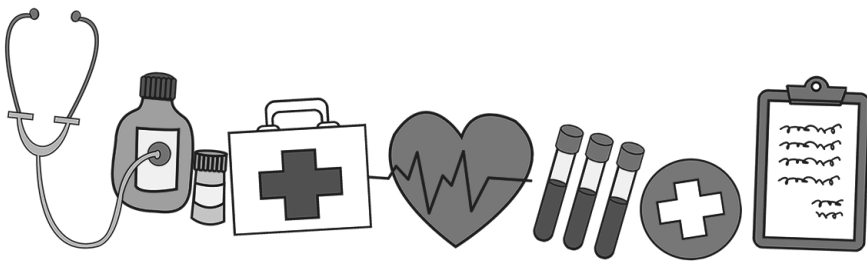
Tidak adanya modul perawatan paliatif dalam kurikulum medis menyebabkan hanya sedikit dokter bersertifikat dalam perawatan paliatif. Dokter ahli paliatif yang ada saat ini hanya berbasis pada dua Kota yaitu Surabaya dan Jakarta (Witjaksono *et al.*, 2014). Pendidikan tentang perawatan paliatif kepada perawat juga masih kurang. Hal ini menyebabkan kurangnya pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif. Gambaran pengetahuan perawat tentang paliatif pada bangsal atau unit penyakit terminal sebagian besar dalam kategori cukup (Giarti, 2018; Sulaeman, 2016).

Pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif berhubungan dengan sikap perawat terhadap penatalaksanaan pasien dalam perawatan paliatif. Semakin baik pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif, maka semakin baik pula sikap perawat terhadap penatalaksanaan pasien dalam perawatan paliatif (Wulandari, 2015). Hal serupa juga disampaikan oleh Nurmasari (2013) yang menjelaskan bahwa efektivitas tim ICU dalam memberikan perawatan paliatif masih buruk. Kondisi ini terjadi karena kurangnya pengetahuan tentang perawatan paliatif sehingga tim ICU tidak mengetahui secara pasti bagaimana perawatan paliatif yang ideal di ICU.

Hambatan-hambatan implementasi perawatan paliatif dari segi profesional kesehatan dapat ditangani dengan menyusun standar nasional tentang perawatan pada pasien paliatif (Effendy *et al.*, 2014), termasuk pada kurikulum pendidikan (Witjaksono *et al.*, 2014). Engguneet *et al.* (2014) juga menyampaikan bahwa perlu adanya perbaikan dalam perawatan paliatif yaitu dengan melakukan pelatihan terkait perawatan paliatif, khususnya dalam menyampaikan berita buruk dan perawatan menjelang ajal. Penelitian lain menyebutkan bahwa perlu perhatian untuk meningkatkan akses, fasilitas, dan layanan kesehatan dalam mengimplementasikan perawatan paliatif (Arisanti *et al.*, 2019).

Hambatan yang muncul di Indonesia dalam perawatan paliatif yaitu persepsi pasien dan pemberi perawatan yang masih kurang dan belum ada standar nasional tentang perawatan pada pasien paliatif. Peningkatan pemahaman dan keterampilan perawatan paliatif juga perlu diberikan pada keluarga pasien, karena perawatan paliatif yang diberikan keluarga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif. Pasien paliatif di Indonesia mengalami peningkatan kebutuhan spiritual, sehingga dibutuhkan profesional kesehatan yang memiliki nilai religius dan menerapkan aspek spiritual dalam memberikan perawatan paliatif.





## **BAB 3**

# **KEBIJAKAN NASIONAL TERKAIT PERAWATAN PALIATIF DI INDONESIA**

**M. Askar, S.Kep, Ns. M.Kes.**

**W**HO mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pendekatan yang dilakukan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan mengurangi gejala. Kebutuhan akan perawatan paliatif akan terus meningkat dengan cepat di waktu mendatang. Keadaan ini disebabkan oleh peningkatan jumlah populasi usia lanjut di dunia yang disertai dengan peningkatan insidensi Penyakit Tidak Menular (PTM) termasuk kanker. Terlepas dari kebutuhan ini, sangat memprihatinkan bahwa perawatan paliatif kurang berkembang di sebagian besar dunia. Hal ini disebabkan karena sebagian besar sistem kesehatan dirancang untuk memberikan perawatan kondisi akut dibandingkan dengan perawatan kondisi kronis. Sehingga akses masyarakat terhadap perawatan paliatif yang berkualitas sangat terbatas.

Perawatan paliatif dapat memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga mulai dari manajemen gejala, psikososial, dan suportif terutama ketika pasien dalam stadium lanjut dan memiliki peluang sangat rendah untuk disembuhkan, atau ketika mereka menghadapi fase akhir penyakit. Oleh karena itu, WHO menyatakan bahwa perawatan paliatif secara eksplisit merupakan hak asasi manusia untuk kesehatan yang harus dipenuhi. Oleh karena itu perawatan paliatif harus diberikan melalui layanan kesehatan yang berpusat pada orang dan terintegrasi yang memberikan perhatian khusus pada kebutuhan dan preferensi spesifik individu.

Secara umum, pendekatan perawatan paliatif merupakan pendekatan multidisiplin dan melibatkan berbagai disiplin ilmu yang meliputi, dokter (dokter spesialis dan/atau dokter umum), perawat, psikologis, ahli farmasi, pekerja sosial, relawan, pemuka agama, dan bahkan ahli kesehatan tradisional dengan tugas dan tanggung jawabnya masing masing.

Perawatan paliatif dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi utama yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup. Akan tetapi, perawatan paliatif tidak berfokus untuk menunda kematian tetapi berusaha untuk memaksimalkan kualitas hidup mereka. Pada anak, perawatan paliatif didefinisikan sebagai perawatan total aktif dari tubuh, pikiran dan jiwa anak, dan juga memberikan dukungan kepada keluarga. Perawatan dimulai ketika penyakit didiagnosis, dan berlanjut terlepas dari apakah seorang anak menerima perawatan yang diarahkan pada penyakit tersebut atau tidak.

Perawatan paliatif diberikan pada tiga tingkatan yang berbeda:

1. Palliative care approach dapat dilakukan oleh tenaga kesehatan terampil yang telah menerima pelatihan secara khusus.
2. General palliative care diberikan oleh tenaga kesehatan profesional di layanan primer yang telah memiliki pengetahuan dasar yang baik tentang perawatan paliatif.
3. Specialist palliative care diberikan oleh tim multidisiplin untuk pasien dengan masalah kompleks.

Dalam Kebijakannya, WHO mengisyaratkan bahwa, semua negara harus mengintegrasikan layanan paliatif dan memastikan aksesibilitasnya secara adil di semua fasilitas kesehatan, baik umum maupun swasta. Kebijakan yang dibentuk harus mencakup (1) Produk hukum yang mengakui dan mendefinisikan bahwa perawatan paliatif adalah bagian dari sistem perawatan kesehatan; (2) Standar perawatan paliatif nasional; (3) Panduan praktik klinis; (4) Strategi nasional dalam implementasi perawatan paliatif.

Kebijakan keperawatan paliatif di Indonesia dituangkan dalam Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif. Kebijakan ini dalam rangka meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi

pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan selain dengan perawatan kuratif dan rehabilitatif dimana diperlukan perawatan paliatif bagi pasien dengan stadium terminal. Pembinaan dan pengawasan terhadap pelaksanaan kebijakan tersebut dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Dinas Kesehatan Provinsi, Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota sesuai dengan fungsi dan tugasnya masing-masing.

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, gagal jantung/heart failure, penyakit genetika dan penyakit infeksi seperti HIV/AIDS memerlukan perawatan paliatif, disamping kegiatan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Namun demikian saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya.

Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri, sesak nafas, penurunan berat badan, gangguan aktivitas tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif.

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya.

Rumah sakit yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih terbatas di 5 (lima) ibu kota provinsi yaitu Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar dan Makassar. Ditinjau

dari besarnya kebutuhan dari pasien, jumlah dokter yang mampu memberikan pelayanan perawatan paliatif juga masih terbatas. Keadaan sarana pelayanan perawatan paliatif di Indonesia masih belum merata sedangkan pasien memiliki hak untuk mendapatkan pelayanan yang bermutu, komprehensif dan holistik, maka diperlukan kebijakan perawatan paliatif di Indonesia yang memberikan arah bagi sarana pelayanan kesehatan untuk menyelenggarakan pelayanan perawatan paliatif.

## **A. Definisi**

- 1. Perawatan paliatif** adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (sumber referensi WHO, 2002).
- 2. Kualitas hidup pasien** adalah keadaan pasien yang dipersepsikan terhadap keadaan pasien sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan, dan niatnya.

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

- a. Gejala fisik.
- b. Kemampuan fungsional (aktivitas).
- c. Kesejahteraan keluarga.
- d. Spiritual.
- e. Fungsi social.
- f. Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan).
- g. Orientasi masa depan.
- h. Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri.
- i. Fungsi dalam bekerja.



3. **Palliative home care** adalah pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien, oleh tenaga paliatif dan atau keluarga atas bimbingan/pengawasan tenaga paliatif.
4. **Hospis** adalah tempat dimana pasien dengan penyakit stadium terminal yang tidak dapat dirawat di rumah namun tidak melakukan tindakan yang harus dilakukan di rumah sakit. Pelayanan yang diberikan tidak seperti di rumah sakit, tetapi dapat memberikan pelayanan untuk mengendalikan gejala-gejala yang ada, dengan keadaan seperti di rumah pasien sendiri.
5. **Sarana (fasilitas) kesehatan** adalah tempat yang menyediakan layanan kesehatan secara medis bagi masyarakat.
6. **Kompeten** adalah keadaan kesehatan mental pasien sedemikian rupa sehingga mampu menerima dan memahami informasi yang diperlukan dan mampu membuat keputusan secara rasional berdasarkan informasi tersebut.

## **B. Tujuan dan Sasaran Kebijakan**

### **1. Tujuan kebijakan**

#### **a. Tujuan umum:**

Sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia

#### **b. Tujuan khusus:**

- 1) Terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia
- 2) Tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif.
- 3) Tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih.
- 4) Tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

### **2. Sasaran kebijakan pelayanan paliatif**

- a. Seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana pun pasien berada di seluruh Indonesia.

- b. Pelaksana perawatan paliatif : dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya.
- c. Institusi-institusi terkait, misalnya:
  - 1) Dinas kesehatan provinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota.
  - 2) Rumah Sakit pemerintah dan swasta.
  - 3) Puskesmas.
  - 4) Rumah perawatan/hospis..
  - 5) Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain.

### **C. Lingkup Kegiatan Perawatan Paliatif**

- 1. Jenis kegiatan perawatan paliatif meliputi :
  - a. Penatalaksanaan nyeri.
  - b. Penatalaksanaan keluhan fisik lain.
  - c. Asuhan keperawatan.
  - d. Dukungan psikologis.
  - e. Dukungan sosial.
  - f. Dukungan kultural dan spiritual.
  - g. Dukungan persiapan dan selama masa dukacita (bereavement).
- 2. Perawatan paliatif dilakukan melalui rawat inap, rawat jalan, dan kunjungan/rawat rumah.

### **D. Aspek Medikolegal dalam Perawatan Paliatif**

- 1. Persetujuan tindakan medis/*informed consent* untuk pasien paliatif.
  - a. Pasien harus memahami pengertian, tujuan dan pelaksanaan perawatan paliatif melalui komunikasi yang intensif dan berkesinambungan antara tim perawatan paliatif dengan pasien dan keluarganya.

- b. Pelaksanaan *informed consent* atau persetujuan tindakan kedokteran pada dasarnya dilakukan sebagaimana telah diatur dalam peraturan perundang-undangan.
  - c. Meskipun pada umumnya hanya tindakan kedokteran (medis) yang membutuhkan *informed consent*, tetapi pada perawatan paliatif sebaiknya setiap tindakan yang berisiko dilakukan *informed consent*.
  - d. Baik penerima informasi maupun pemberi persetujuan diutamakan pasien sendiri apabila ia masih kompeten, dengan saksi anggota keluarga terdekatnya. Waktu yang cukup agar diberikan kepada pasien untuk berkomunikasi dengan keluarga terdekatnya. Dalam hal pasien telah tidak kompeten, maka keluarga terdekatnya melakukannya atas nama pasien.
  - e. Tim perawatan paliatif sebaiknya mengusahakan untuk memperoleh pesan atau pernyataan pasien pada saat ia sedang kompeten tentang apa yang harus atau boleh atau tidak boleh dilakukan terhadapnya apabila kompetensinya kemudian menurun (*advanced directive*). Pesan dapat memuat secara eksplisit tindakan apa yang boleh atau tidak boleh dilakukan, atau dapat pula hanya menunjuk seseorang yang nantinya akan mewakilinya dalam membuat keputusan pada saat ia tidak kompeten. Pernyataan tersebut dibuat tertulis dan akan dijadikan panduan utama bagi tim perawatan paliatif.
  - f. Pada keadaan darurat, untuk kepentingan terbaik pasien, tim perawatan paliatif dapat melakukan tindakan kedokteran yang diperlukan, dan informasi dapat diberikan pada kesempatan pertama.
2. Resusitasi/Tidak resusitasi pada pasien paliatif.
- a. Keputusan dilakukan atau tidak dilakukannya tindakan resusitasi dapat dibuat oleh pasien yang kompeten atau oleh Tim Perawatan paliatif.
  - b. Informasi tentang hal ini sebaiknya telah diinformasikan pada saat pasien memasuki atau memulai perawatan paliatif.

- c. Pasien yang kompeten memiliki hak untuk tidak menghendaki resusitasi, sepanjang informasi adekuat yang dibutuhkannya untuk membuat keputusan telah dipahaminya. Keputusan tersebut dapat diberikan dalam bentuk pesan (*advanced directive*) atau dalam *informed consent* menjelang ia kehilangan kompetensinya.
  - d. Keluarga terdekatnya pada dasarnya tidak boleh membuat keputusan tidak resusitasi, kecuali telah dipesankan dalam *advanced directive* tertulis. Namun demikian, dalam keadaan tertentu dan atas pertimbangan tertentu yang layak dan patut, permintaan tertulis oleh seluruh anggota keluarga terdekat dapat dimintakan penetapan pengadilan untuk pengesahannya.
  - e. Tim perawatan paliatif dapat membuat keputusan untuk tidak melakukan resusitasi sesuai dengan pedoman klinis di bidang ini, yaitu apabila pasien berada dalam tahap terminal dan tindakan resusitasi diketahui tidak akan menyembuhkan atau memperbaiki kualitas hidupnya berdasarkan bukti ilmiah pada saat tersebut.
3. Perawatan pasien paliatif di ICU.
- a. Pada dasarnya perawatan paliatif pasien di ICU mengikuti ketentuan-ketentuan umum yang berlaku sebagaimana diuraikan di atas.
  - b. Dalam menghadapi tahap terminal, Tim perawatan paliatif harus mengikuti pedoman penentuan kematian batang otak dan penghentian peralatan *life-supporting*.
4. Masalah medikolegal lainnya pada perawatan pasien paliatif.
- a. Tim Perawatan Paliatif bekerja berdasarkan kewenangan yang diberikan oleh Pimpinan Rumah Sakit, termasuk pada saat melakukan perawatan di rumah pasien.
  - b. Pada dasarnya tindakan yang bersifat kedokteran harus dikerjakan oleh tenaga medis, tetapi dengan pertimbangan yang memperhatikan keselamatan pasien tindakan-tindakan tertentu dapat didelegasikan kepada tenaga kesehatan non medis yang terlatih. Komunikasi antara pelaksana dengan pembuat kebijakan harus dipelihara.

## **E. Sumber Daya Manusia**

1. Pelaksana perawatan paliatif adalah tenaga kesehatan, pekerja sosial, rohaniawan, keluarga, relawan.
2. Kriteria pelaksana perawatan paliatif adalah telah mengikuti pendidikan/pelatihan perawatan paliatif dan telah mendapat sertifikat.
3. Pelatihan
  - a. Modul pelatihan: Penyusunan modul pelatihan dilakukan dengan kerjasama antara para pakar perawatan paliatif dengan Departemen Kesehatan (Badan Pembinaan dan Pengembangan Sumber Daya Manusia dan Direktorat Jenderal Bina Pelayanan Medik). Modul-modul tersebut terdiri dari modul untuk dokter, modul untuk perawat, modul untuk tenaga kesehatan lainnya, modul untuk tenaga non medis.
  - b. Pelatih: Pakar perawatan paliatif dari RS Pendidikan dan Fakultas Kedokteran.
  - c. Sertifikasi: dari Departemen Kesehatan c.q Pusat Pelatihan dan Pendidikan Badan PPSDM. Pada tahap pertama dilakukan sertifikasi pemutihan untuk pelaksana perawatan paliatif di 5 (lima) propinsi yaitu: Jakarta, Yogyakarta, Surabaya, Denpasar, Makassar. Pada tahap selanjutnya sertifikasi diberikan setelah mengikuti pelatihan.
4. Pendidikan

Pendidikan formal spesialis paliatif (ilmu kedokteran paliatif, ilmu keperawatan paliatif).

## **F. Tempat dan Organisasi Perawatan Paliatif**

Tempat untuk melakukan perawatan paliatif adalah:

1. Rumah sakit: Untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus.
2. Puskesmas: Untuk pasien yang memerlukan pelayanan rawat jalan.

3. Rumah singgah/panti (hospis): Untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan.
4. Rumah pasien: Untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus atau ketrampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga.

Organisasi perawatan paliatif, menurut tempat pelayanan/ sarana kesehatannya adalah:

1. Kelompok Perawatan Paliatif dibentuk di tingkat puskesmas.
2. Unit Perawatan Paliatif dibentuk di rumah sakit kelas D, kelas C dan kelas B non pendidikan.
3. Instalasi Perawatan Paliatif dibentuk di Rumah sakit kelas B Pendidikan dan kelas A.
4. Tata kerja organisasi perawatan paliatif bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait.

## **G. Pembinaan dan Pengawasan**

Pembinaan dan pengawasan dilakukan melalui sistem berjenjang dengan melibatkan perhimpunan profesi/keseminatan terkait. Pembinaan dan pengawasan tertinggi dilakukan oleh Departemen Kesehatan

## **H. Pengembangan dan Peningkatan Mutu Perawatan Paliatif**

Untuk pengembangan dan peningkatan mutu perawatan paliatif diperlukan:

1. Pemenuhan sarana, prasarana dan peralatan kesehatan dan non kesehatan.
2. Pendidikan dan pelatihan yang berkelanjutan/*Continuing Professional Development* untuk perawatan paliatif (SDM) untuk jumlah, jenis dan kualitas pelayanan.
3. Menjalankan program keselamatan pasien/*patient safety*.

## **I. Pendanaan**

Pendanaan yang diperlukan untuk:

1. Mengembangkan sarana dan prasarana.
2. Peningkatan kualitas SDM/pelatihan.
3. Pembinaan dan pengawasan.
4. Peningkatan mutu pelayanan.

Sumber pendanaan dapat dibebankan pada APBN/APBD dan sumber-sumber lain yang tidak mengikat. Untuk perawatan pasien miskin dan PNS dapat dimasukkan dalam skema Askeskin dan Askes.

## **J. Penutup**

Untuk pelaksanaan kebijakan ini masih diperlukan Petunjuk Pelaksanaan Perawatan Paliatif. Untuk pelaksanaan pelatihan-pelatihan diperlukan Modul Pelatihan Perawatan Paliatif. Langkah-langkah ini akan dilakukan oleh para ahli dan Departemen Kesehatan.

Selain itu, dalam Buku Pedoman Nasional Paliatif Kanker, disebutkan bahwa pelaksanaan program paliatif memerlukan adanya dukungan kebijakan dan strategi. Dari aspek kebijakan, Program Paliatif yang efektif tercapai jika didukung komitmen pemangku kebijakan dengan pendekatan kesehatan masyarakat, melalui:

1. Integrasi layanan paliatif dalam sistem kesehatan nasional.
2. Ketersediaan layanan profesional serta pemberdayaan masyarakat.
3. Ketersediaan sarana dan prasarana terutama untuk pengelolaan nyeri dan gejala psikologis.
4. Aksesibilitas setiap pasien yang memerlukan program paliatif.
5. Program paliatif dilakukan mulai dari RS hingga masyarakat.

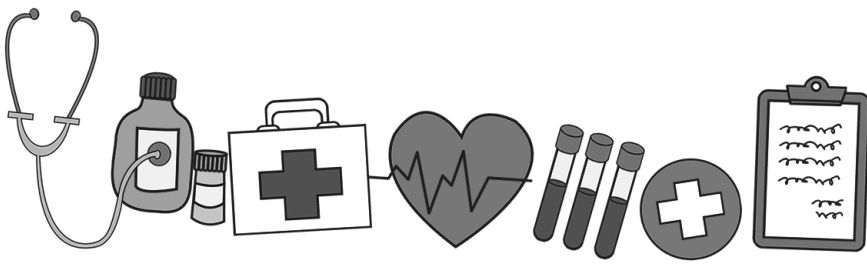
Strategi yang dapat dilakukan adalah:

1. Menjamin pelayanan paliatif pada institusi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
2. Mendorong sistem pembiayaan kesehatan bagi program paliatif.

3. Menyiapkan tenaga profesional pada program paliatif.
4. Menggerakkan dan memberdayakan masyarakat dalam program paliatif.
5. Mendorong dan memfasilitasi pengembangan potensi dan peran masyarakat untuk menyebarluaskan informasi kepada masyarakat tentang program paliatif.

Menjamin aksesibilitas masyarakat terhadap program paliatif yang berkualitas melalui peningkatan sumber daya manusia dan penguatan institusi serta standarisasi pelayanan.





## **BAB 4**

# **ETIKA DALAM PERAWATAN PALIATIF**

Aisyah, S.Kep.Ns., M.Kep.

### **A. Etik Perawatan Paliatif Dan Implementasinya Dalam Pelayanan Paliatif Di Rumah**

**D**alam era globalisasi ini semakin menuntut peningkatan mutu individu, maka peningkatan kualitas adalah hal mutlak yang harus dilakukan, agar tidak tertinggal dengan perkembangan zaman. Begitu pula dalam bidang pelayanan kesehatan, peningkatan pelayanan haruslah dilandasi dengan nilai-nilai profesionalisme. Pelayanan keperawatan yang profesional harus dilandasi oleh nilai-nilai intelektual, komitmen moral terhadap diri sendiri, tanggungjawab terhadap masyarakat, otonomi, serta pengendalian. Oleh karena itu tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan kontribusi yang optimal sesuai dengan pengetahuan, teknologi serta estetika perawatan pasien.

Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan baik pada dewasa maupun anak seperti penyakit kanker, penyakit degeneratif, penyakit kronis lain bahkan HIV/AIDS memerlukan perawatan paliatif, disamping pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Namun saat ini, pelayanan kesehatan di Indonesia belum menyentuh kebutuhan pasien dengan penyakit yang sulit disembuhkan tersebut, terutama pada stadium lanjut dimana prioritas pelayanan tidak hanya pada penyembuhan tetapi juga perawatan agar mencapai kualitas hidup yang terbaik bagi pasien dan keluarganya. Pada stadium lanjut, pasien dengan penyakit kronis tidak hanya mengalami berbagai masalah fisik seperti nyeri dan keluhan selain nyeri, tetapi juga mengalami gangguan psikososial dan

spiritual yang mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Maka kebutuhan pasien pada stadium lanjut suatu penyakit tidak hanya pemenuhan/pengobatan gejala fisik, namun juga pentingnya dukungan terhadap kebutuhan psikologis, sosial dan spiritual yang dilakukan dengan pendekatan interdisiplin yang dikenal sebagai perawatan paliatif.

Perawatan paliatif adalah bentuk perawatan medis dan kenyamanan pasien yang mengontrol intensitas penyakit atau memperlambat kemajuannya, apakah ada atau tidak ada harapan untuk sembuh. Perawatan paliatif tidak bertujuan untuk menyediakan obat dan juga tidak sebaliknya perkembangan penyakit.

Perawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan pasien yang terminal yang dapat dilakukan secara sederhana seringkali prioritas utama adalah kualitas hidup dan bukan kesembuhan dari penyakit pasien. Sebagian besar pasien datang berobat dengan diagnosis penyakit dalam stadium lanjut. Kalau dalam kondisi yang demikian maka pasien cenderung untuk memilih hidup singkat namun bahagia daripada hidup yang panjang tapi dengan banyak keterbatasan. Bagi pasien pilihan terapi yang realistis hanyalah penghalang nyeri dan perawatan paliatif. Pendekatan perawatan paliatif yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

Masyarakat menganggap perawatan paliatif hanya untuk pasien dalam kondisi terminal yang akan segera meninggal. Namun konsep baru perawatan paliatif menekankan pentingnya integrasi perawatan paliatif lebih dini agar masalah fisik, psikososial dan spiritual dapat diatasi dengan baik. Perawatan paliatif adalah pelayanan kesehatan yang bersifat holistik dan terintegrasi dengan melibatkan berbagai profesi dengan dasar falsafah bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan terbaik sampai akhir hayatnya. Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang mengembangkan kualitas hidup pasien dan keluarganya dari masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam hidup, pada berbagai kelainan bersifat kronis atau pada penyakit terminal. Perawatan paliatif berfokus pada aspek yang multidimensi yaitu fisik, psikologis, sosial, spiritual, kultural, interpersonal dan komponen perawatan.

Menurut Tejawinata (2006), salah satu aspek penting dalam perawatan paliatif adalah kasih, kepedulian, ketulusan, dan rasa syukur. Begitu pentingnya aspek ini, sampai melebihi pentingnya penanganan nyeri yang mutlak harus dilakukan dalam perawatan paliatif. Beliau juga menyatakan, pada penderita kanker yang tidak mungkin tersembuhkan lagi, perawatan paliatif pada dasarnya adalah upaya untuk mempersiapkan awal kehidupan baru (akhirat) yang berkualitas. Cara lain untuk melihat perawatan paliatif adalah konsep “kematian yang baik,” bebas dari rasa sakit dan penderitaan bagi pasien dan keluarga pasien.

Tetapi dalam pandangan masyarakat kita bahwa penanganan pasien terus diusahakan tanpa mempertimbangkan autonomi dan etik dalam pelayanan medis. Sehingga sering menimbulkan dilema etik yang sering ditemukan dalam praktek pelayanan kesehatan yang dapat dapat bersifat personal maupun profesional. Dilema menjadi sulit dipecahkan bila memerlukan pemilihan keputusan tepat diantara dua atau lebih prinsip etis. Sebagai tenaga profesional tim perawatan paliatif kadang sulit karena keputusan yang akan diambil keduanya sama-sama memiliki kebaikan dan keburukan. Pada saat berhadapan dengan dilema etis juga terdapat dampak emosional seperti rasa marah, frustrasi, dan takut saat proses pengambilan keputusan rasional yang harus dihadapi, ini membutuhkan kemampuan interaksi dan komunikasi yang baik dari tim perawatan paliatif. Dalam Pelayanan paliatif, relawan merupakan salah satu tim yang juga terlibat dalam interaksi yang terkait dengan keluhan atau penderitaan pasien dan merupakan ujung tombak khususnya dalam pelayanan di rumah pasien. Relawan kesehatan adalah masyarakat awam yang secara langsung dan tidak langsung juga memberikan pelayanan terkait dengan pendampingan pasien sesuai dengan koridor atau norma, etika dan etik yang sudah ditetapkan. ” Bagaimana Aspek Medikolegal Dalam Perawatan Paliatif”.

Untuk dapat dapat melaksanakan pelayanan paliatif secara komprehensif, maka kita sebagai relawan perlu memahami dan mengerti tentang prinsip prinsip etik, agar kita tidak salah melangkah dan melanggar etik dalam memberikan pelayanan kepada pasien

## **B. Prinsip-Prinsip Etik**

### **1. *Autonomy* (otonomi )**

Prinsip otonomi didasarkan pada keyakinan bahwa kita mampu berpikir logis dan mampu membuat keputusan sendiri. Orang dewasa dianggap kompeten dan memiliki kekuatan membuat dan memiliki berbagai keputusan atau pilihan yang harus dihargai oleh orang lain. Prinsip otonomi merupakan bentuk respek terhadap seseorang, atau dipandang sebagai persetujuan tidak memaksa dan bertindak secara rasional. Otonomi merupakan hak kemandirian dan kebebasan pasien yang menuntut haknya diri sendiri. Oleh karena itu dalam otonomi ini, kita dalam tim pelayanan paliatif harus menghargai hak-hak pasien dalam membuat keputusan tentang perawatan dirinya sendiri.

### **2. *Non maleficence* (tidak merugikan)**

Pelayanan paliatif tidak menimbulkan bahaya/cedera fisik dan psikologis pasien. Prinsip tidak merugikan (*Non-maleficence, do no harm*) dalam arti bahwa kita berkewajiban bila melakukan suatu tindakan agar jangan sampai merugikan orang lain. Prinsip ini nampaknya sama dengan salah satu prinsip dari Hippocrates, yaitu *Premium non nocere* yang berarti bahwa yang terpenting adalah jangan sampai merugikan.

### **3. *Beneficence* (berbuat baik)**

*Beneficence* berarti, mengerjakan segala sesuatu dengan baik atas dasar kepentingan pasien dan memberikan keuntungan bagi pasien. Terkadang, dalam situasi pelayanan kesehatan, terjadi konflik antara prinsip ini dengan otonomi.

### **4. *Veracity* (kejujuran)**

Prinsip ini berarti penyampaian dengan kejujuran dan kebenaran dengan bahasa dan tutur kata yang baik dan sopan, tidak berkesan menggurui. Nilai ini diperlukan oleh pemberi layanan kesehatan untuk menyampaikan kebenaran pada setiap pasien dan untuk meyakinkan bahwa pasien sangat mengerti. *Veracity* berhubungan dengan kemampuan seseorang untuk mengatakan kebenaran. Informasi harus menjadi akurat, komprehensif dan objektif untuk memberikan pemahaman dan penerimaan

informasi, dan mengatakan yang sebenarnya kepada pasien tentang segala sesuatu yang berhubungan dengan keadaan dirinya selama menjalani perawatan. Tetapi sebagai relawan tetap ada keterbatasan dan tidak dianjurkan untuk mengatakan secara jujur dalam hal yang terkait dengan ranah dokter seperti penyampaian diagnosa dan perjalanan penyakit, tindak lanjut pengobatan dan tindakan. Jadi jika tidak berkompeten untuk menjawab pertanyaan pasien dan keluarga, sebaiknya disampaikan dengan jujur bahwa harus dikonsultasikan lebih dulu dengan tim medis (dokter dan perawat). Kebenaran adalah dasar dalam membangun hubungan saling percaya.

#### 5. *Justice* (keadilan)

Prinsip keadilan dibutuhkan untuk tercapai yang sama dan adil terhadap orang lain yang menjunjung prinsip-prinsip moral, legal dan kemanusiaan. Nilai ini direfleksikan dalam praktek profesional ketika tim perawatan paliatif bekerja untuk terapi yang benar sesuai hukum, standar praktek dan keyakinan yang benar untuk memperoleh kualitas pelayanan kesehatan.

#### 6. Kerahasiaan (*confidentiality*)

Aturan dalam prinsip kerahasiaan ini adalah bahwa informasi tentang pasien harus dijaga privasinya. Apa yang terdapat dalam dokumen catatan kesehatan pasien hanya boleh dibaca dalam rangka pengobatan pasien. Tak ada satu orangpun dapat memperoleh informasi tersebut kecuali jika diijinkan oleh pasien dengan bukti persetujuannya. Diskusi tentang pasien diluar area pelayanan, menyampaikannya pada teman atau keluarga tentang pasien dengan tenaga kesehatan lain harus dicegah. Komunikasi yang terjaga adalah informasi yang diberikan oleh tim perawatan kepada pasien dengan kepercayaan dan keyakinan informasi tersebut tidak akan bocor.

#### 7. Akuntabilitas (*accountability*)

Prinsip ini berhubungan erat dengan fidelity yang berarti bahwa tanggung jawab pasti pada setiap tindakan dan dapat digunakan untuk menilai orang lain. Akuntabilitas merupakan standar yang pasti yang mana tindakan seorang relawan dapat dinilai dalam situasi yang tidak jelas atau tanpa terkecuali. Secara moral

kita memulai sesuatu yang baik dengan melihat pada situasi untuk menentukan apa yang harus dilakukan, berdasarkan konsekuensi apa yang akan dialami orang yang terlibat jika tindakan tersebut dilakukan.

Kesadaran etis itu perlu dimiliki oleh tim perawatan paliatif agar dapat selalu mempertimbangkan setiap tindakan yang akan dilakukan dengan mengingat dan mengutamakan kepentingan pasien. Demikian juga kesadaran etis dari pasien juga diperlukan agar menghargai setiap upaya medis yang dilakukan tim perawatan paliatif dalam usaha meringankan/ membebaskan penderitaan penyakitnya. Kesadaran etis itu akan berfungsi dalam tindakan konkret ketika mengambil keputusan terhadap tindakan tertentu dengan mempertimbangkan baik buruknya secara bertanggung jawab.

Dalam memberikan pelayanan paliatif harus berpijak pada pola: meningkatkan kualitas hidup dan menganggap kematian sebagai proses yang normal. Kualitas hidup seseorang ditentukan oleh individu itu sendiri, karena sifatnya sangat spesifik, dan bersifat abstrak, sulit diukur. Walaupun demikian, seorang tenaga medis bersama pasien yang dibantu oleh keluarga pasien harus mampu menyikapi, bagaimana kualitas hidup yang diinginkan oleh penderita dan bagaimana cara meraih dan mencapai. Tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu, menjaga keseimbangan psikologis dan spiritual, mengusahakan agar pasien tetap aktif sampai akhir hayatnya, mengusahakan dan membantu mengatasi suasana duka cita pada keluarga pasien. Prinsip dasar terintegrasi pada model perawatan paliatif yaitu:

1. Menghormati serta menghargai pasien dan keluarga pasien, dalam memberikan perawatan paliatif perawat harus menghargai dan menghormati keinginan pasien dan keluarga pasien. Sesuai dengan prinsip menghormati maka informasi tentang perawatan paliatif harus disiapkan untuk pasien dan keluarga, yang mungkin memilih untuk mengawasi program perawatan paliatif. Kebutuhan keluarga harus diadakan/ disiapkan selama sakit dan setelah pasien meninggal untuk meningkatkan kemampuan dalam menghadapi masalah.
2. Kesempatan atau hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang pantas, pada kondisi untuk menghilangkan nyeri

dan keluhan fisik lainnya maka petugas kesehatan harus memberikan kesempatan pengobatan yang sesuai untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, terapi lain meliputi pendidikan, kehilangan dan penyuluhan pada keluarga, dukungan teman, terapi musik dan dukungan spiritual pada keluarga dan saudara kandung, serta perawatan menjelang ajal.

3. Mendukung pemberi perawat, pelayanan perawatan yang profesional harus didukung oleh tim perawatan paliatif, rekan kerja, dan institusi untuk penanganan proses berduka dan kematian. Dukungan dari institusi seperti penyuluhan secara rutin dan ahli psikologi atau penanganan lain.
4. Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif, penyuluhan kepada masyarakat tentang kesadaran akan kebutuhan perawatan paliatif untuk pasien dan nilai perawatan paliatif serta usaha untuk mempersiapkan serta memperbaiki hambatan secara ekonomi. Perawatan paliatif merupakan area kekhususan karena sejumlah pasien meninggal serta kebutuhan akan perawatan paliatif lebih ke pemberian jangka panjang, perawatan yang dibutuhkan tidak hanya kebutuhan fisik pasien tetap juga kebutuhan emosi, pendidikan dan kebutuhan sosial, serta keluarga.

Perawatan paliatif pendekatannya melibatkan berbagai disiplin yang meliputi pekerja sosial, ahli agama, perawat, dokter dalam merawat pasien yang memiliki kondisi terminal atau stadium lanjut dengan membantu keluarga yang berfokus pada perawatan yang kompleks meliputi: masalah fisik, emosional, sosial, dan spiritual (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2015). Masing-masing profesi terlibat sesuai dengan masalah yang dihadapi pasien, dan menyusun tim perawatan paliatif disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan tepat perawatannya. Anggota tim perawatan paliatif dapat memberikan kontribusi sesuai dengan keahlian masing-masing (Sri, Ningning, 2011).

Seluruh anggota tim perawatan paliatif harus memenuhi kriteria dan kesadaran akan tugas dan tanggungjawab yaitu akan memberikan perawatan secara individu pada pasien dan keluarga pasien dengan mendukung nilai, harapan dan kepercayaan, jika tidak dijelaskan maka akan menyinggung pasien dan keluarga pasien (Craig

et al., 2007). Tim paliatif harus mempunyai keahlian yang cukup sebagai perawat, pekerja sosial, dokter, atau pemuka agama, minimal memiliki keterampilan dalam memberikan pelayanan yang meliputi pemeriksaan fisik, menjamin perawatan berdasarkan pedoman yang kontinyu untuk perawatan di Rumah, rumah sakit, dan hospice serta merencanakan strategi secara objektif, serta memberikan dukungan dan pengawasan langsung pada caregiver (Sri, Ningning, 2011).

Dalam memberikan perawatan paliatif harus dimulai saat didiagnosa dan diberikan selama mengalami sakit dan dukungan untuk keluarga pasien. Penatalaksanaan awal secara total oleh tim paliatif akan memfasilitasi keperawatan yang baik. Tempat perawatan paliatif dapat dilaksanakan:

1. Di rumah sakit, perawatan di rumah sakit diperlukan jika pasien harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus. Pemberian perawatan paliatif harus memperhatikan kepentingan anak dan melaksanakan tindakan yang diperlukan meskipun prognosis pasien buruk serta harus mempertimbangkan manfaat dan resiko sehingga perlu meminta dan melibatkan keluarga.
2. Di Hospice, perawatan pasien yang berada dalam keadaan tidak memerlukan pengawasan ketat atau tindakan khusus serta belum dapat dirawat di rumah karena memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Perawatan hospice dapat dilakukan di rumah sakit, rumah, atau rumah khusus perawatan paliatif, tetapi dengan pengawasan dokter atau tenaga kesehatan yang tidak ketat atau perawatan hospice home care yaitu perawatan di rumah dan secara teratur dikunjungi oleh dokter atau petugas kesehatan apabila diperlukan.
3. Di rumah, perawatan dilakukan di rumah sehingga keluarga lebih berperan karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga sebagai caregiver diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan khusus yang tidak dapat dilakukan oleh keluarga.

Perawatan paliatif merupakan pelayanan yang mencakup, pelayanan berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan



berfokus pada penyakit, menerima kematian namun juga tetap berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup, pelayanan yang membangun kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan serta keluarga pasien, dan berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan (Muntamah, 2020). Perawatan paliatif akan membantu pasien menemukan kualitas hidup selama pasien menjalankan pengobatan sampai pada waktu yang tidak bisa ditentukan, salah satunya didapatkan dari layanan psikososial (Arlita, Anandany, Putri & Suryanto, 2020). Peran perawatan paliatif yaitu:

1. Praktek di klinik, perawat memanfaatkan pengalaman dalam mengkaji dan mengevaluasi keluhan serta nyeri pasien. Perawat dengan anggota tim berbagai keilmuan menggabungkan dan mengimplementasikan rencana perawatan secara menyeluruh. Perawat mengidentifikasi pendekatan baru untuk mengatasi nyeri yang dikembangkan berdasarkan standar perawatan di rumah sakit untuk melaksanakan tindakan. Adanya kemajuan ilmu pengetahuan keperawatan, maka keluhan sindroma nyeri yang kompleks dapat perawat praktikan dengan melakukan pengukuran tingkat kenyamanan disertai dengan memanfaatkan inovasi, etika dan berdasarkan keilmuan.
2. Pendidik, perawat memfasilitasi filosofi yang kompleks, etika dan diskusi tentang penatalaksanaan keperawatan di klinik, mengkaji anak dan keluarganya serta semua anggota tim menerima hasil yang positif. Perawat memperlihatkan dasar keilmuan/pendidikannya yang meliputi mengatasi nyeri neuropatik, berperan mengatasi konflik profesi, mencegah dukacita, dan resiko kehilangan. Perawat pendidik dengan tim lain seperti komite dan ahli farmasi, berdasarkan pedoman dari tim perawat paliatif maka memberikan perawatan yang berbeda dan khusus dalam menggunakan obat-obatan intravena untuk mengatasi nyeri neuropatik yang tidak mudah diatasi.
3. Peneliti, perawat menghasilkan ilmu pengetahuan baru melalui pertanyaan pertanyaan penelitian dan memulai pendekatan baru yang ditujukan pada pertanyaan-pertanyaan penelitian. Perawat dapat meneliti dan terintegrasi pada penelitian perawatan paliatif.

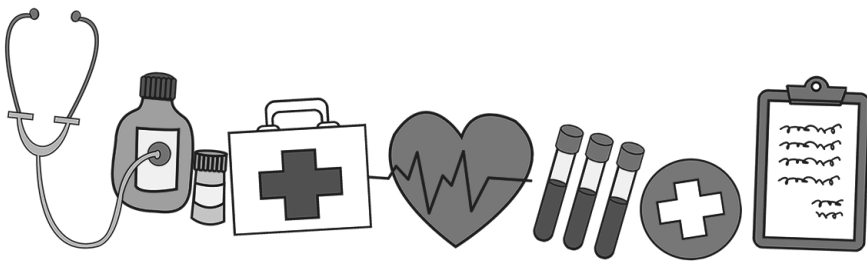
4. Bekerjasama, perawat sebagai nasehat anggota/staf dalam pengkajian biopsikososial-spiritual dan penatalaksanaan. Perawat membangun dan mempertahankan hubungan kolaborasi dan mengidentifikasi sumber dan kesempatan bekerja dengan tim perawatan paliatif, perawat memfasilitasi dalam mengembangkann dan mengimlementasikan anggota dalam pelayanan, kolaborasi perawat/dokter dan komite penasehat. Perawat memperlihatkan nilai-nilai kolaborasi dengan pasien dan keluarga pasien, dengan tim antar disiplin ilmu, dan tim kesehatan lain dalam memfasilitasi kemungkinan hasil terbaik.
5. Penasehat, perawat berkolaborasi dan berdiskusi dengan dokter, tim perawatan paliatif dan komite untuk menentukan tindakan yang sesuai dalam pertemuan tentang kebutuhan pasien dan keluarga pasien.

Prinsip pelayanan perawatan paliatif yaitu menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain, menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal, tidak bertujuan mempercepat atau menunda kematian, mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga pasien, dan menghindari tindakan yang gegabah (Kementerian Kesehatan RI, 2013).

Tujuan dari perawatan paliatif adalah untuk mengurangi penderitaan, memperpanjang umur, meningkatkan kualitas hidup, dan memberikan support kepada keluarga pasien. Meski pada akhirnya pasien meninggal, yang terpenting sebelum meninggal pasien siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stre menghadapi penyakit yang di deritanya (Anita, 2016). Perawatan paliatif diberikan sejak diagnosa sampai akhir hayat, yang berarti tidak memilih pada stadium dini atau lanjut, masih bisa disembuhkan atau tidak, mutlak perawatan paliatif harus diberikan kepada pasien. Perawatan paliatif tidak hanya diberikan sampai pasien meninggal, tetap masih dilanjutkan dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga pasien (Hanie, 2020). Perawatan paliatif mencakup pelayanan terintegrasi antara dokter, perawat, pekerja sosial, psikologi, konselor spiritual, relawan, apoteker, dan profesi lain yang diperlukan (Anita, 2016).

Perawatan paliatif lebih berfokus pada dukungan dan motivasi kepada pasien, kemudian setiap keluhan yang timbul ditangani dengan pemberian obat untuk mengurangi rasa sakit. Perawatan paliatif ini bisa mengeksplorasi individu penderita dan keluarganya bagaimana memberikan perhatian khusus terhadap penderita, penanggulangannya, serta kesiapan untuk menghadapi kematian. Perawatan paliatif dititikberatkan pada pengendali gejala dan keluhan, serta bukan terhadap penyakit utama karena penyakit utama kemungkinan tidak dapat disembuhkan. Perawatan paliatif sangat diperlukan karena setiap orang berhak dirawat dan mati secara bermartabat, menghilangkan nyeri baik fisik, emosional, spiritual dan sosial, perawatan paliatif adalah kebutuhan mendesak seluruh dunia untuk orang yang hidup dengan penyakit kronis (Anita, 2016).





## **BAB 5**

# **PERAN PERAWAT DALAM PEMBERIAN PERAWATAN PASIEN YANG SEKARAT**

**Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep.**

### **A. Konsep Perawatan Paliatif**

**P**erawat paliatif atau keperawatan menjelang ajal atau sekarat pada dasarnya bertujuan membantu pasien dalam menghadapi masalah psikologis, fisik, spiritual dan sosial dengan pelayanan yang lebih responsive guna meningkatkan kualitas hidup pasien. Adapun inti dari perawatan paliatif diantaranya adalah (Enggune *et al.*, 2016):

1. Membantu pasien agar dapat meninggal dengan tenang
2. Mamandu keluarga dalam memberikan dukungan yang tinggi terhadap pasien terutama berupa dukungan spiritual
3. Adapun peran inti perawat dalam perawatan paliatif adalah membantu kualitas spiritual pasien, sebagai komunikator, meningkatkan support emosi dan fasilitator bagi pasien dan keluarga
4. Beberapa hal yang masih perlu dibenahi dalam menangani pasien menjelang ajal yaitu menyediakan pembimbing spiritual, mengembangkan sop standar pelayanan pasien menjelang ajal
5. Perawat hendaknya memberikan asuhan dengan tenang, dan membantu pasien untuk dapat memperoleh dukungan keluarga terbaik

Beberapa hal tersebut, merupakan jenis support yang sangat dibutuhkan oleh pasien sekarat atau menjelang ajal. Beberapa kasus

seperti, pada pasien cancer yang memiliki tingkat harapan hidup rendah, dengan perawatan menjelang ajal pasien dibantu untuk dapat menerima kondisi yang ada, dan tetap berusaha menjalani kehidupan dengan cara terbaik. Karena itu, salah satu hal yang menjadi fokus utama dalam perawatan paliatif adalah rasa peduli, kasih sayang, ketulusan, serta mengingatkan pentingnya rasa sabar dan rasa syukur kepada pasien (Anita, 2016).

Pada intinya, keperawatan paliatif ditujukan untuk mempersiapkan pasien sekarat atau menjelang ajal dalam kondisi yang damai disebut juga dengan *end-of life care*. Peran dan sikap perawat diharapkan dapat menunjukkan sikap yang positif dan memberikan berbagai bentuk dukungan guna mengurangi rasa sakit yang diderita, memperbaiki kualitas hidup serta mempersiapkan jelang ajal (Izah, Handayani and Kusuma, 2020).

Adapun mulai dilakukan perawatan pasien sekarat atau menjelang ajal seyogyanya tidak dimulai pada saat pasien sekarat namun dimulai pada saat pasien terdiagnosa penyakit. Berbagai keputusan seorang perawat harus dimulai saat itu, sehingga berbagai kebutuhan pasien dapat terpenuhi dengan baik. Adapun berbagai bentuk dan jenis perawatan yang diberikan berdasarkan keputusan dari pasien, petugas kesehatan, serta keluarga (Shastri *et al.*, 2020).

Jenis dukungan yang diberikan berdasarkan pengalaman perawat pasien sekarat membutuhkan berbagai bentuk dukungan yang holistik, oleh karena itu dibutuhkan pengetahuan serta keterampilan perawat yang mumpuni dalam menghadapi pasien menjelang ajal. Adapun beberapa hal yang dapat dilakukan perawat seperti memberikan pelayanan terbaik, dukungan spiritual serta melakukan kerja sama antar disiplin ilmu. Pada prosesnya, pasien menjelang ajal memiliki jenis kebutuhan yang berbeda satu dengan yang lainnya. Adapun implikasi bentuk perawatan dan persetujuan dengan melibatkan pasien seperti tidak melakukan intervensi resusitasi jika nanti pasien dalam kondisi tidak sadar atau mengalami penurunan kesadaran (Destisary, Lumadi and Handian, 2021).

Adapun perawatan pasien sekarat sebenar tidak hanya menjadi beban bagi pasien namun juga beban bagi keluarga pasien. *Family caregiver* seringkali menghadapi stressor tinggi pada saat melakukan

perawatan pasien dirumah. Karena keluarga juga dituntut untuk memberikan perawatan dan berbagai bentuk dukungan pada pasien menjelang ajal atau sekarat. Beberapa bentuk perawatan yang dapat diberikan keluarga seperti bantuan dalam perawatan luka, bantuan saat ke toilet, mempersiapkan makanan bergizi, menyiapkan obat, mencuci, mandi, aturan mencari pengobatan pendukung atau alternatif bagi pasien sekarat atau menjelang ajal. Kondisi tersebut, tentu memberikan tanggung jawab besar dan tekanan yang tinggi pada *family caregiver* untuk dapat mengutamakan kebutuhan pasien dibandingkan kebutuhan pribadi *family caregiver*. Untuk mengatasi hal tersebut, beberapa perawatan yang dapat diberikan seperti dengan *problem solving training* yang merupakan intervensi kognitif untuk mengatasi stress dan kejadian traumatik (Pratitis, 2016).

## **B. Prinsip Perawatan Menjelang Ajal/Pasien Sekarat Paliatif Care**

Adapun prinsip perawatan menjelang ajal adalah (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

1. Menurunkan rasa nyeri pasien serta keluhan lainnya
2. Memiliki persepsi terhadap kematian sebagai proses yang normal
3. Tujuan perawatan tidak untuk menghambat ataupun mempercepat kematian
4. Mengintegrasikan aspek spiritual, psikologis serta sosial
5. Memberikan support pada keluarga sampai pada tiba masa duka cita
6. Kerjasama antar tim dan multidisiplin dalam perawatan pasien sekarat

Prinsip dasar tersebut berorientasi pada membantu pasien dalam mencapai apa yang benar benar diinginkan sebelum mencapai ajal. Seperti misalnya sebelum meninggal ingin melihat pernikahan anaknya, atau ingin melakukan suatu hal dan sebagainya. Tugas perawat adalah sebagai fasilitator kebutuhan pasien.

### C. Indikasi Pelayanan Paliatif

Adapun berbagai bentuk pelayanan paliatif dapat dilakukan jika terdapat kondisi seperti berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

1. Stress tinggi karena adanya diagnosa penyakit kanker
2. Nyeri hebat dan tidak mampu diatasi
3. Rujukan dari pihak keluarga
4. Harapan hidup < 12 bulan,
5. Pasien kanker yang tidak berespon terhadap terapi yang diberikan.

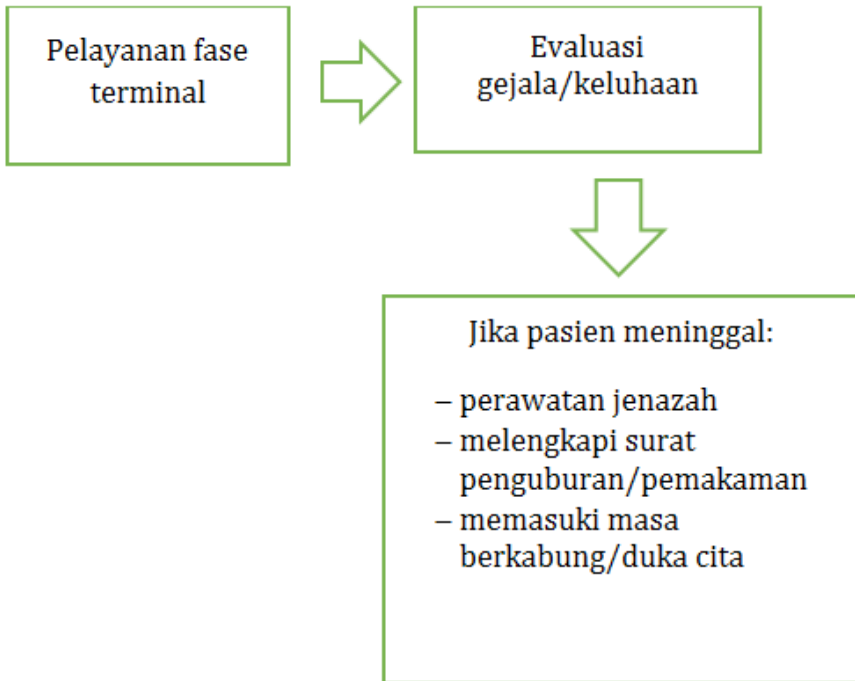
### D. Langkah-Langkah Dalam Pelayanan Paliatif Care

Adapun langkah-langkahnya adalah sebagai berikut (Kementerian Kesehatan RI, 2013):

1. Menentukan tujuan serta harapan yang dimiliki oleh pasien.
2. Membimbing pasien dalam pembuatan *advanced care planning* seperti wasiat atau keinginan atau impian yang ingin diwujudkan sebelum meninggal.
3. Pengobatan berbagai keluhan dan penyerta lainnya.
4. Tata laksana sesuai gejala.
5. Memberikan edukasi pada pasien.
6. Memberikan dukungan sosial, psikologis.
7. Respon pada fase terminal: melakukan sesuai wasiat yang diinginkan pasien sebelumnya seperti tidak memberikan pengobatan saat menuju fase kematian seperti memberikan ventilator, resusitasi ataupun cairan dan lain sebagainya.

Jika digambarkan pelayanan fase terminal dapat dilihat pada gambar berikut ini:





Gambar 1.1 Prosedur Pelayanan Pasien Terminal Atau Sekarat

Namun demikian prosedur tersebut tentu tetap dengan mempertimbangkan pendapat anggota keluarga lainnya tidak hanya prosedur dari petugas kesehatan (Risal, Syafitri and Sholichim, 2021).

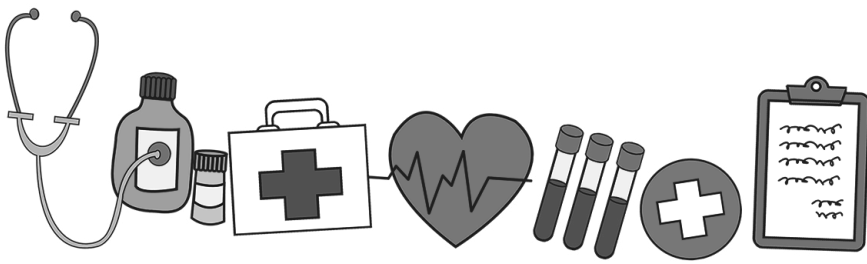
*Goal* dan harapan akhir dari pemberian perawatan pasien kritis atau *critical illness* atau menjelang ajal adalah membantu dalam fase pemulihan atau *recovery* serta menjaga integritas tubuh pasien, meningkatkan konsep diri seperti ketenangan pikiran dan perasaan pasien dengan memberikan energy serta kekuatan baik internal maupun eksternal (Maulana, M Ali, 2018).

Terkait kualitas perawatan yang diberikan terdapat beberapa hal yang mempengaruhi yaitu seperti pengetahuan dan skill perawat, masa kerja perawat paliatif, serta pengalaman perawat dalam perawatan pasien sekarat.

Oleh karena itu, untuk meningkatkan kualitas asuhan pada paliatif care maka dibutuhkan berbagai intervensi untuk meningkatkan kompetensi perawat seperti dengan memberikan pelatihan manajemen

gizi. Hal tersebut diperuntukkan karena pentingnya pemenuhan dan pengaturan gizi pada pasien dengan penyakit terminal. Pola gizi yang baik diharapkan dapat menjadi sumber energi yang baik dalam menghadapi stressor yang ada (Avisha *et al.*, 2018).

Selain itu, inisiasi peningkatan skill perawat paliatif tidak hanya dapat diberikan melalui pelatihan dari pihak eksternal namun juga dapat dilakukan oleh pihak internal seperti kepala ruangan kepada timnya. Dengan, adanya berbagai bentuk pelatihan diharapkan dapat menjadi dasar dalam pengembangan paliatif care dengan pelayanan terbaik (Avisha *et al.*, 2018).



## **BAB 6**

### **PROGNOSIS PERAWAT**

Juliati, S.Kep.Ns., M.Kep.

#### **A. Definisi**

**P**elayanan paliatif pasien kanker adalah pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual, dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga (WHO 2007).

Pelayanan paliatif pasien kanker anak adalah pelayanan aktif, menyeluruh meliputi badan, pikiran, semangat anak serta melibatkan dukungan pada keluarganya, dimulai sejak diagnosis ditegakkan dan terus berlanjut; terlepas pasien anak menerima perlakuan seperti dimaksud dalam standar penanganan penyakitnya; yang bertujuan untuk mencapai kualitas hidup terbaik bagi anak dan keluarganya. (WHO, 2007).

Nyeri adalah perasaan yang tidak menyenangkan karena adanya pengalaman sensori dan emosional yang berhubungan dengan kerusakan jaringan yang telah terjadi atau berpotensi terjadi. (International Association for the study of Pain, Alison 2009).

Hospis adalah layanan bagi pasien menjelang akhir kehidupan di suatu tempat (rumah, rumah sakit, tempat khusus) dengan suasana seperti rumah. Quality of life adalah persepsi individu terhadap kondisi hidup saat ini yang dialami berdasarkan budaya atau nilai hidup yang berhubungan dgn tujuan, harapan, dan perhatian. (WHO 2007)

## **B. Prinsip pelayanan paliatif**

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

Pada pelayanan paliatif, pasien memiliki peran yang penting dalam membuat keputusan yang akan diambil. Tujuan pelayanan paliatif bagi setiap pasien berbeda dan dibuat dengan memperhatikan hal yang ingin dicapai oleh pasien bila memungkinkan, hal ini biasanya disampaikan dalam bentuk fungsi tubuh misalnya Aku ingin bisa melakukan....atau kejadian penting misalnya Aku ingin melihat anakku menikah. Secara umum pelayanan paliatif bertujuan untuk menghilangkan nyeri dan gejala lain, meningkatkan kualitas hidup, memberikan dukungan psikososial dan spiritual serta memberikan dukungan kepada keluarga selama pasien sakit dan selama masa duka cita.

## **C. Indikasi pelayanan paliatif**

Pelayanan paliatif dimulai sejak diagnosis kanker ditegakkan bila didapatkan satu atau lebih kondisi di bawah ini :

1. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
2. Stres berat sehubungan dengan diagnosis atau terapi kanker
3. Penyakit penyerta yang berat dan kondisi sosial yang diakibatkannya
4. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
5. Pasien/keluarga meminta untuk dirujuk ke perawatan paliatif

6. Angka harapan hidup < 12 bulan (ECOG > 3 atau Karnofsky < 50%, metastasis otak, dan leptomeningeal, metastasis di cairan interstisial, vena cava superior syndrome, kaheksia, serta kondisi berikut bila tidak dilakukan tindakan atau tidak respon terhadap tindakan yaitu: kompresi tulang belakang, bilirubin  $\geq 2,5$  mg/dl, kreatinin  $\geq 3$  mg/dl ). \*tidak berlaku pada pasien kanker anak
7. Pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak respon dengan terapi yang diberikan.

Langkah-langkah dalam pelayanan paliatif:

1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien.
2. Membantu pasien dalam membuat Advanced care planning (wasiat atau keinginan terakhir).
3. Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial yang muncul.
4. Tata laksana gejala (sesuai panduan dibawah).
5. Informasi dan edukasi perawatan pasien.
6. Dukungan psikologis, kultural dan social.
7. Respon pada fase terminal: memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat, misalnya: penghentian atau tidak memberikan pengobatan yang memperpanjang proses menuju kematian (resusitasi, ventilator, cairan, dll).
8. Pelayanan terhadap pasien dengan fase terminal

EVALUASI, apakah

1. Nyeri dan gejala lain teratasi dengan baik.
2. Stress pasien dan keluarga berkurang.
3. Merasa memiliki kemampuan untuk mengontrol kondisi yang ada
4. Beban keluarga berkurang.
5. Hubungan dengan orang lain lebih baik.
6. Kualitas hidup meningkat.
7. Pasien merasakan arti hidup dan bertumbuh secara spiritual.

Jika pasien MENINGGAL

1. Perawatan jenazah.
2. Kelengkapan surat dan keperluan pemakaman.
3. Dukungan masa duka cita (berkabung).

#### **D. Tim dan tempat pelayanan paliatif**

Dalam mencapai tujuan pelayanan paliatif pasien kanker, yaitu mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang lebih baik, diperlukan sebuah tim yang bekerja secara terpadu. Pelayanan paliatif pasien kanker juga membutuhkan keterlibatan keluarga dan tenaga relawan. Dengan 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, untuk bersama pasien dan keluarga membuat tujuan dan rencana pelayanan paliatif pasien kanker, serta melakukan monitoring dan follow up.

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 mengkoordinasikan erat dengan tokoh masyarakat dan organisasi yang terlibat dalam program ini, untuk mencapai tujuan bersama. Komposisi tim perawatan paliatif terdiri:

##### **1. Dokter**

Dokter memainkan peran penting dalam pelayanan paliatif interdisipliner, harus kompeten di kedokteran umum, kompeten dalam pengendalian rasa sakit dan gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pengelolaan penyakit pasien. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif mungkin bertanggung jawab untuk penilaian, pengawasan dan pengelolaan dari banyak dilema pengobatan sulit.

##### **2. Perawat**

Merupakan anggota tim yang biasanya akan memiliki kontak terlama dengan pasien sehingga memberikan kesempatan

unik untuk mengetahui pasien dan pengasuh, menilai secara mendalam apa yang terjadi dan apa yang penting bagi pasien, dan untuk membantu pasien mengatasi dampak kemajuan penyakit. Perawat dapat bekerja sama dengan pasien dan keluarganya dalam membuat rujukan sesuai dengan disiplin ilmu lain dan pelayanan kesehatan.

### 3. Pekerja sosial dan psikolog

Perannya membantu pasien dan keluarganya dalam mengatasi masalah pribadi dan sosial, penyakit dan kecacatan, serta memberikan dukungan emosional/konseling selama perkembangan penyakit dan proses berakut. Masalah pribadi biasanya akibat disfungsi keuangan, terutama karena keluarga mulai merencanakan masa depan.

### 4. 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, pengorganisasian ritual keagamaan dan sakramen yang berarti bagi pasien kanker. Sehingga konselor spiritual perlu dilatih dalam perawatan akhir kehidupan.

### 5. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif akan bervariasi sesuai dengan pengaturan. Di negara sumber daya rendah atau menengah, relawan dapat menyediakan sebagian besar pelayanan untuk pasien. Relawan yang termasuk dalam rumah sakit dan tim pelayanan paliatif membantu profesional kesehatan untuk memberikan kualitas hidup yang optimal bagi pasien dan keluarga. Relawan datang dari semua sektor masyarakat, dan sering menyediakan link antara institusi pelayanan kesehatan dan pasien. Memasukkan relawan dalam tim pelayanan paliatif membawa dimensi dukungan masyarakat dan keahlian masyarakat. Dengan pelatihan dan dukungan 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, menghasilkan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis.

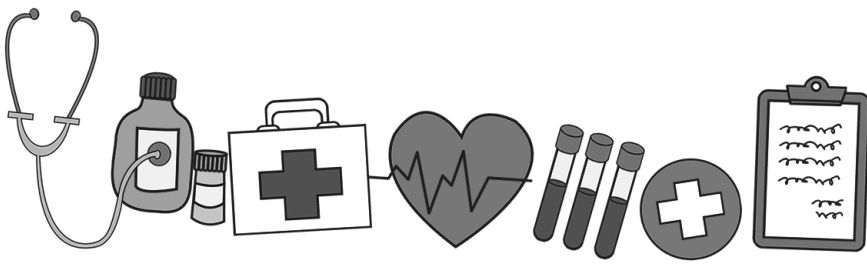
#### 6. Apoteker

Terapi obat merupakan komponen utama dari manajemen gejala dalam pelayanan paliatif, sehingga apoteker memainkan 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. Morfin dan obat-obatan lain yang sesuai diperlukan untuk pelayanan paliatif. Banyak negara negara berpenghasilan rendah dan menengah, akses terhadap obat-obatan tidak hanya dibatasi oleh kurangnya apoteker untuk mengeluarkan obat-obatan, tetapi juga oleh biaya obat-obatan yang relatif tinggi sehingga sulit dijangkau bagi banyak pasien kanker. Untuk itu, apoteker, bahkan mereka dengan keterampilan dasar yang cukup dan pelatihan yang terbatas sangat penting untuk pelayanan paliatif.

#### 7. Dukun

Peran obat tradisional dan dukun juga diakui. Di seluruh dunia, sekitar dua pertiga dari pasien kanker meminta pertolongan berobat pada terapi komplementer atau alternatif . Dalam banyak hal, dukun biasanya tidak menjadi anggota tim perawatan paliatif. Namun demikian, harus ada ruang untuk sebuah wacana terbuka antara penyedia layanan kesehatan dan dukun dengan maksud untuk mengkoordinasikan upaya-upaya mereka dalam mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka, yang sensitif dan menghormati, dengan mempertimbangkan beragam budaya masyarakat dan individu.





## BAB 7

# KEBUTUHAN PASIEN DAN KELUARGA: PENEKANAN PADA KOMUNIKASI

Santalia Banne Tondok, S.Kep. Ns., M.Kep.

### A. Dukungan Keluarga

#### 1. Definisi keluarga

**K**eluarga adalah orang yang termasuk dalam ikatan perkawinan, kelahiran dan adopsi dengan tujuan menciptakan, mempertahankan budaya, meningkatkan pertahanan fisik, mental, emosional, dan sosial dari setiap anggota keluarga (Friedman, 2013). Sedangkan menurut Helvie dalam Harnilawati (2013) keluarga adalah sekelompok manusia yang tinggal dalam satu rumah tangga dalam kedekatan yang konsisten dan hubungan yang erat.

#### 2. Tipe dukungan keluarga

- a. Keluarga inti (*nuclear family*) adalah keluarga yang hanya terdiri dari ayah, ibu, dan anak yang diperoleh dari keturunannya atau adopsi ataupun keduanya (Suprajitno, 2004).
- b. Keluarga besar (*extended family*) adalah keluarga inti ditambah keluarga lain yang mempunyai hubungan darah. Misalnya kakek, nenek, paman dan bibi (Suprajitno, 2004).

#### 3. Fungsi keluarga

Secara umum fungsi keluarga adalah sebagai berikut:

- a. Fungsi afektif, adalah fungsi keluarga yang utama untuk mengajarkan segala sesuatu untuk mempersiapkan anggota keluarganya agar dapat berhubungan dengan orang lain.

- b. Fungsi sosialisasi, adalah fungsi untuk mengembangkan dan tempat melatih anak untuk berkehidupan sosial sebelum meninggalkan rumah untuk berhubungan/bersosialisasi dengan orang lain di luar rumah.
- c. Fungsi reproduksi, adalah fungsi untuk mempertahankan generasi dan menjaga kelangsungan keluarga.
- d. Fungsi ekonomi, adalah keluarga berfungsi untuk memenuhi kebutuhan keluarga secara ekonomi dan merupakan tempat mengembangkan kemampuan individu dalam meningkatkan penghasilan untuk memenuhi kebutuhan keluarga.
- e. Fungsi perawatan/pemeliharaan kesehatan, adalah fungsi untuk mempertahankan keadaan kesehatan anggota keluarga agar tetap memiliki produktivitas tinggi.

#### **4. Definisi dukungan keluarga**

Dukungan keluarga adalah sikap dan tindakan terhadap anggota keluarga yang sakit dan keluarga memberikan bantuan kepada anggota keluarga lain baik berupa barang, jasa, informasi, dan nasihat sehingga anggota keluarga merasa di sayangi, dihormati dan dihargai (Friedman, 2013). Sedangkan menurut Harnilawati (2013) dukungan keluarga adalah dukungan yang didapatkan dari keluarga ke anggota keluarga, yang dimana dukungan ini sangat bermanfaat bagi anggota keluarga yang mendapatkan dukungan dan merasa diperhatikan, di hargai dan di cintai oleh keluarganya.

Menurut Friedman (2013) sumber dukungan sosial keluarga internal adalah sumber dukungan yang didapatkan dari suami atau istri, saudara kandung atau dukungan dari anak. Serta dukungan sosial keluarga eksternal yaitu sahabat, tetangga, kelompok sosial, dan keluarga besar (kakek, nenek, bibi atau paman).

#### **5. Manfaat dukungan keluarga**

Dukungan keluarga ini terjadi selama masa proses kehidupan dengan sifat dan tipe dukungan yang bervariasi pada masing-masing tahap siklus kehidupan keluarga, walaupun demikian dalam semua tahapan siklus kehidupan keluarga, dukungan keluarga dapat memungkinkan keluarga berfungsi secara penuh dan dapat meningkatkan adaptasi keluarga dalam memenuhi kesehatan keluarga (Friedman, 2013).

## **6. Jenis dukungan keluarga**

Jenis dukungan keluarga ada empat yaitu (Har Nilawati, 2013) dan Friedman (2013) :

- a. Dukungan instrumental, yaitu keluarga merupakan sumber pertolongan praktis dan konkrit. Dukungan ini meliputi penyediaan dukungan jasmaniah seperti pelayanan, bantuan finansial dan material berupa bantuan nyata, termasuk didalamnya bantuan langsung, seperti saat seseorang memberi atau meminjamkan uang, membantu kegiatan spiritual seperti menyediakan keperluan- keperluan yang bersangkutan dengan ibadah.
- b. Dukungan keluarga informasional, yaitu keluarga berfungsi sebagai sebuah kolektor dan disseminator (penyebar informasi). Jenis dukungan ini meliputi jaringan komunikasi dan tanggung jawab bersama, termasuk di dalamnya memberikan solusi dari masalah, memberikan nasehat, pengarahannya, saran, atau umpan balik tentang apa yang dilakukan oleh seseorang. Dimana keluarga sebagai penghimpun informasi dan pemberi informasi. Misalnya keluarga dapat memberikan atau menyediakan buku, mendatangkan ulama atau rohaniawan.
- c. Dukungan penilaian (appraisal), yaitu keluarga bertindak sebagai sebuah umpan balik, membimbing dan menengahi pemecahan masalah dan sebagai sumber dan validator identitas keluarga. Misalnya anggota keluarga yang sakit tidak bisa atau tidak mampu untuk melakukan sholat/ibadah maka tugas keluarga yaitu membantu/mengajarkan cara melakukan sholat/ibadah.
- d. Dukungan emosional, yaitu keluarga sebagai sebuah tempat yang aman dan damai untuk istirahat dan pemulihan serta penguasaan terhadap emosi.

## **7. Faktor yang mempengaruhi dukungan keluarga**

Faktor-faktor yang mempengaruhi keluarga (Purnawan, 2008) :

- a. Faktor internal
  - 1) Tahap perkembangan. Setiap dukungan ditentukan oleh faktor usia dimana termasuk pertumbuhan dan perkembangan,

dengan demikian setiap rentang usia memiliki pemahaman dan respon terhadap perubahan kesehatan yang berbeda-beda.

- 2) Spiritual, aspek spiritual dapat terlihat dari bagaimana seseorang itu menjalani kehidupannya, mencakup nilai dan keyakinan, hubungan dengan keluarga atau teman, dan kemampuan mencari harapan serta arti dalam hidup.
  - 3) Faktor emosional, faktor ini juga dapat mempengaruhi keyakinan seseorang terhadap adanya dukungan dan cara melaksanakannya. Seseorang yang mengalami respon stress cenderung merasa khawatir bahwa penyakit tersebut dapat mengancam kehidupannya. Seseorang yang secara umum terlihat tenang mungkin mempunyai respon emosional yang kecil selama ia sakit. Jadi seorang individu yang tidak mampu melakukan koping secara emosional terhadap ancaman penyakitnya mungkin akan menyangkal tentang penyakitnya.
- b. Faktor eksternal
- 1) Faktor keluarga, cara keluarga memberikan dukungan dapat mempengaruhi penderita dalam melaksanakan kesehatannya.
  - 2) Faktor sosioekonomi. Semakin tinggi tingkat ekonomi seseorang biasanya ia akan lebih cepat tanggap terhadap gejala penyakit yang dirasakannya sehingga ia akan segera mencari pertolongan ketika merasa ada gangguan pada kesehatannya.
  - 3) Faktor latar belakang budaya. Faktor ini dapat mempengaruhi keyakinan, nilai serta kebiasaan individu dalam memberikan dukungan termasuk cara pelaksanaan kesehatan.

## **B. Kebutuhan Spiritual**

### **1. Pengertian kebutuhan spiritual**

Spiritual berasal dari kata latin yaitu "*spiritus*" yang memiliki arti napas atau angin dan dapat dinotasikan bahwa spiritual memberikan kehidupan atau esensi dalam manusia (Kozier dkk, 2008). Spiritual merupakan sesuatu yang dipercayai oleh seseorang dalam hubungannya dengan kekuatan yang lebih tinggi (Tuhan) yang menimbulkan suatu

kebutuhan serta kecintaan terhadap adanya Tuhan dan permohonan maaf atas kesalahan yang pernah dibuat (Aziz, 2014 dalam Sasmika, 2016). Definisi lain menyebutkan bahwa spiritual adalah multidimensi yang terdiri dari dimensi vertikal dan dimensi horizontal yang berarti dimensi vertikal menunjukkan hubungan individu dengan Tuhan yang dapat menuntun dan mempengaruhi individu dalam menjalani kehidupan sedangkan dimensi horizontal merupakan hubungan individu dengan dirinya sendiri, orang lain, dan lingkungannya (Rois, 2014 dalam Sasmika, 2016). Spiritual adalah suatu hubungan yang dimiliki individu yang tidak hanya kepada Tuhan saja melainkan kepada individu lain dan lingkungan juga.

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan dasar yang dibutuhkan oleh setiap orang atau manusia dalam mencari arti dan tujuan hidup (Aziz, 2014 dalam Sasmika, 2016). Kebutuhan spiritual adalah suatu kebutuhan untuk mempertahankan atau mengembalikan keyakinan dan memenuhi kewajiban agama, serta kebutuhan untuk mendapatkan maaf atau pengampunan, mencintai, serta menjalin hubungan penuh rasa percaya dengan Tuhan (Ummah, 2016). Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan untuk mencari arti tujuan, makna, dan kualitas hidup, kebutuhan untuk mencintai, dan dicintai serta untuk memberikan maaf (Potter dan Perry, 2007).

## **2. Karakteristik spiritual**

Siregar (2015) menyatakan bahwa pemenuhan spiritual harus berdasarkan 4 karakteristik spiritual itu sendiri.

Ada beberapa karakteristik yang dimiliki spiritual, adapun karakteristik itu antara lain:

### **a. Hubungan dengan diri sendiri**

Merupakan kekuatan dari dalam diri seseorang yang meliputi pengetahuan diri yaitu siapa dirinya, apa yang dapat dilakukannya dan juga sikap yang menyangkut kepercayaan pada diri sendiri, percaya pada kehidupan atau masa depan, ketenangan pikiran, serta keselarasan dengan diri sendiri (Young dan Koopsen, 2007). Kekuatan yang timbul dari diri seseorang membantunya menyadari makna dan tujuan hidupnya, diantaranya memandang pengalaman hidupnya sebagai pengalaman yang

positif, kepuasan hidup, optimis terhadap masa depan, dan tujuan hidup yang semakin jelas (Kozier, Erb, Blais & Wilkinson, 1995).

Kepercayaan (*Faith*). Menurut Fowler dan Keen (1985) kepercayaan bersifat universal, dimana merupakan penerimaan individu terhadap kebenaran yang tidak dapat dibuktikan dengan pikiran yang logis. Kepercayaan dapat memberikan arti hidup dan kekuatan bagi individu ketika mengalami kesulitan atau stress. Mempunyai kepercayaan berarti mempunyai komitmen terhadap sesuatu atau seseorang sehingga dapat memahami kehidupan manusia dengan wawasan yang lebih luas.

Harapan (*Hope*). Harapan berhubungan dengan ketidakpastian dalam hidup dan merupakan suatu proses interpersonal yang terbina melalui hubungan saling percaya dengan orang lain, termasuk dengan Tuhan. Harapan sangat penting bagi individu untuk mempertahankan hidup, tanpa harapan banyak orang menjadi depresi dan lebih cenderung terkena penyakit.

Makna atau arti dalam hidup (Meaning of live). Perasaan mengetahui makna hidup, yang kadang diidentikkan dengan perasaan dekat dengan Tuhan, merasakan hidup sebagai suatu pengalaman yang positif seperti membicarakan tentang situasi yang nyata, membuat hidup lebih terarah, penuh harapan tentang masa depan, merasa mencintai dan dicintai oleh orang lain (Puchalski, 2004).

#### b. Hubungan dengan orang lain atau sesama

Hubungan seseorang dengan sesama sama pentingnya dengan diri sendiri. Kebutuhan untuk menjadi anggota masyarakat dan saling keterhubungan telah lama diakui sebagai bagian pokok dalam pengalaman manusiawi (Young dan Koopsen, 2007). Young dan Koopsen (2007) menyatakan adanya hubungan antara manusia satu dengan lainnya yang pada taraf kesadaran spiritual kita tahu bahwa kita terhubung dengan setiap manusia. Hubungan ini terbagi atas harmonis dan tidak harmonisnya hubungan dengan orang lain. Keadaan harmonis meliputi pembagian waktu, ramah dan bersosialisasi, mengasuh anak, mengasuh orang tua dan orang yang sakit, serta meyakini

kehidupan dan kematian. Sedangkan kondisi yang tidak harmonis mencakup konflik dengan orang lain dan resolusi yang menimbulkan ketidakharmonisan, serta keterbatasan hubungan.

c. Hubungan dengan alam

Pemenuhan kebutuhan spiritualitas meliputi hubungan individu dengan lingkungan. Pemenuhan spiritualitas tersebut melalui kedamaian dan lingkungan atau suasana yang tenang. Kedamaian merupakan keadilan, empati, dan kesatuan. Kedamaian membuat individu menjadi tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan (Kozier, et al, 1995).

Harmoni merupakan gambaran hubungan seseorang dengan alam yang meliputi pengetahuan tentang tanaman, pohon, margasatwa, iklim dan berkomunikasi dengan alam serta melindungi alam tersebut (Kozier dkk 1995). Kedamaian (*peace*), kedamaian merupakan keadilan, rasa kasihan dan kesatuan. Dengan kedamaian seseorang akan merasa lebih tenang dan dapat meningkatkan status kesehatan (Puchalski, 2004).

d. Hubungan dengan Tuhan

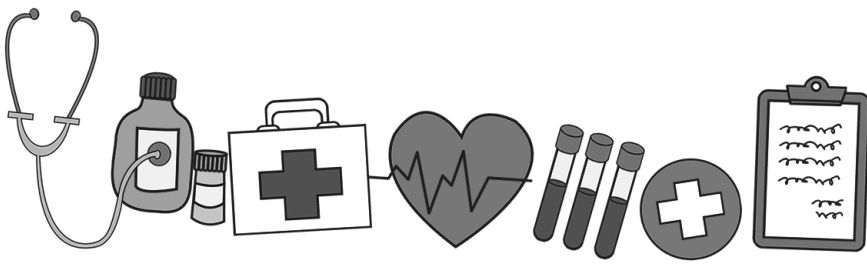
Pemahaman tentang Tuhan dan hubungan manusia dengan Tuhan secara tradisional dipahami dalam kerangka hidup keagamaan. Akan tetapi, dewasa ini telah dikembangkan secara lebih luas dan tidak terbatas. Tuhan dipahami sebagai daya yang menyatukan, prinsip hidup atau hakikat hidup. Kodrat Tuhan mungkin mengambil berbagai macam bentuk dan mempunyai makna yang berbeda bagi satu orang dengan orang lain (Young dan Koopsen, 2009). Secara umum melibatkan keyakinan dalam hubungan dengan sesuatu yang lebih tinggi, berkuasa, memiliki kekuatan mencipta, dan bersifat ketuhanan, atau memiliki energy yang tidak terbatas.

### **3. Faktor-faktor yang mempengaruhi kebutuhan spiritual**

Menurut Taylor dan Craven dan Hirnle dalam Ummah (2016) menyebutkan faktor-faktor yang dapat mempengaruhi spiritual seseorang diantaranya:

1. Tahap perkembangan. Spiritual berhubungan dengan kekuasaan *non material*, seseorang harus memiliki beberapa kemampuan berpikir abstrak sebelum mulai mengerti spiritual dan menggali suatu hubungan dengan Tuhan.
2. Sistem hubungan. Sistem pendukung individu seperti keluarga dan pihak yang mempunyai peran penting di dalam hidup (Archiliandi, 2016). Peranan keluarga penting dalam perkembangan spiritual individu. Selain keluarga perawat juga mempunyai peranan penting apabila individu tersebut dirawat di rumah sakit khususnya dalam pemenuhan kebutuhan spiritual yang meliputi thaharah dan shalat.
3. Latar belakang etnik dan budaya. Sikap, keyakinan, dan nilai dipengaruhi oleh latar belakang etnik dan sosial budaya. Pada umumnya seseorang akan mengikuti tradisi agama dan spiritual keluarga.
4. Pengalaman hidup sebelumnya. Pengalaman hidup yang positif ataupun negatif dapat mempengaruhi spiritual seseorang, peristiwa dalam kehidupan seseorang biasanya dianggap sebagai suatu cobaan yang diberikan Tuhan kepada manusia untuk menguji keimanannya.
5. Krisis dan perubahan. Krisis dan perubahan dapat menguatkan seseorang. Krisis sering dialami pada saat orang sedang menghadapi penyakit, penderitaan, proses penuaan, kehilangan, dan bahkan kematian. Perubahan dalam kehidupan dan krisis yang dihadapi tersebut merupakan pengalaman spiritual yang bersifat fisik dan emosional.
6. Terpisah dari ikatan spiritual. Menderita sakit terutama yang bersifat akut, sering kali membuat individu merasa terisolasi dan kehilangan kebebasan pribadi dari sistem dukungan sosial. Akibatnya, kebiasaan hidup sehari-hari juga berubah, diantaranya tidak dapat menghadiri acara resmi, mengikuti kegiatan keagamaan atau tidak dapat berkumpul dengan keluarga atau teman dekat yang bisa memberikan dukungan setiap saat bila diinginkan.





## **BAB 8**

# **PERAWATAN PASIEN SEBELUM DAN SESUDAH MENINGGAL**

**Ns. Nasrullah, S.Kep., M.Kes.**

### **A. Menjelang Ajal.**

**M**enjelang ajal adalah bagian dari kehidupan, yang merupakan proses menuju akhir. Kematian adalah penghentian permanen semua fungsi tubuh yang vital, akhir dari kehidupan manusia. Lahir, menjelang ajal dan kematian bersifat universal. Meskipun unik bagi setiap individu, kejadian-kejadian tersebut bersifat normal dan merupakan proses hidup yg diperlukan.

### **B. Kematian.**

Adalah suatu pengalaman tersendiri, dimana setiap individu akan mengalami/menghadapinya seorang diri, sesuatu yang tidak dapat dihindari, dan merupakan suatu kehilangan.

### **C. Masalah Di Akhir Kehidupan.**

Masalah di akhir kehidupan beragama dari usaha memperpanjang hidup pasien yang sekarat sampai teknologi eksperimental canggih. Pengobatan paliatif dapat juga diberikan pada pasien segala umur, dari anak-anak dengan penyakit kanker sampai orang tua yang hampir meninggal. Satu aspek dalam pengobatan paliatif yang memerlukan perhatian lebih adalah kontrol rasa sakit. Semua dokter yang merawat pasien sekarat harus yakin bahwa mereka mempunyai cukup keterampilan dalam masalah ini, dan jika mungkin juga memiliki

akses terhadap bantuan yang sesuai dari ahli pengobatan paliatif. Dan di atas semuanya itu, dokter tidak boleh membiarkan pasien sekarat namun tetap memberikan perawatan dengan belas kasih bahkan jika sudah tidak mungkin disembuhkan.

Pendekatan terhadap kematian memunculkan berbagai tantangan etis kepada pasien, wakil pasien dalam mengambil keputusan, dan juga dokter. Kemungkinan memperpanjang hidup dengan memberikan obat-obatan, intervensi resusitasi, prosedur radiologi, dan perawatan intensif memerlukan keputusan mengenai kapan memulai tindakan tersebut dan kapan menghentikannya jika tidak berhasil.

Seperti dibahas di atas, jika berhubungan dengan komunikasi dan izin, pasien yang kompeten mempunyai hak untuk menolak tindakan medis apapun walaupun penolakan itu didapatkan dokter, seorang dokter tidak boleh membiarkan pasien sekarat, namun tetap memberikan perawatan dengan belas kasih bahkan jika sudah tidak mungkin disembuhkan menyebabkan kematian. Setiap orang berbeda dalam menanggapi kematian; beberapa akan melakukan apapun untuk memperpanjang hidup mereka, tak peduli seberapa sakit dan menderitanya; sedang yang lain sangat ingin mati sehingga menolak bahkan tindakan yang sederhana yang dapat membuat mereka tetap hidup seperti antibiotik untuk pneumonia bakteri. Jika dokter telah melakukan setiap usaha untuk memberitahukan kepada pasien semua informasi tentang perawatan yang ada serta kemungkinan keberhasilannya, dokter harus tetap menghormati keputusan pasien apakah memulai atau melanjutkan suatu terapi.

Pengambilan keputusan di akhir kehidupan untuk pasien yang tidak kompeten memunculkan kesulitan yang lebih besar lagi. Jika pasien dengan jelas mengungkapkan keinginannya sebelumnya seperti menggunakan bantuan hidup lanjut, keputusan akan lebih mudah walaupun bantuan seperti itu kadang sangat samar-samar dan harus diinterpretasikan berdasarkan kondisi aktual pasien. Jika pasien tidak menyatakan keinginannya dengan jelas, wakil pasien dalam mengambil keputusan harus menggunakan kriteria-kriteria lain untuk keputusan perawatan yaitu kepentingan terbaik pasien.

#### **D. Tahap-tahap Menjelang Ajal.**

Kubler-Ross (1969), telah menggambarkan atau membagi tahap-tahap menjelang ajal (dying) dalam 5 tahap, yaitu:

1. Menolak (*Denial*). Pada tahap ini klien tidak siap menerima keadaan yang sebenarnya terjadi dan menunjukkan reaksi.
2. Marah (*Anger*). Kemarahan terjadi karena kondisi klien mengancam kehidupannya dengan segala hal yang telah diperbuatnya sehingga menggagalkan cita-citanya.
3. Menawar (*Bargaining*). Pada tahap ini kemarahan biasanya mereda dan pasien malahan dapat menimbulkan kesan sudah dapat menerima apa yang terjadi dengan dirinya.
4. Kemurungan (*Depresi*). Selama tahap ini, pasien cenderung untuk tidak banyak bicara dan mungkin banyak menangis. Ini saatnya bagi perawat untuk duduk dengan tenang di samping pasien yang sedang melalui masa sedihnya sebelum meninggal.
5. Menerima atau Pasrah (*Acceptance*). Pada fase ini terjadi proses penerimaan secara sadar oleh klien dan keluarga tentang kondisi yang terjadi dan hal-hal yang terjadi yaitu kematian. Fase ini sangat membantu apabila klien dapat menyatakan reaksi-reaksinya atau rencana-rencana yang terbaik bagi dirinya menjelang ajal. Misalnya: ingin bertemu dengan keluarga terdekat, menulis surat wasiat.

#### **E. Macam tingkat Kesadaran atau Pengertian dari Pasien dan Keluarganya terhadap Kematian.**

Strauss et al (1970), membagi kesadaran ini dalam 3 type:

1. *Closed Awareness* atau Tidak Mengerti. Pada situasi seperti ini, dokter biasanya memilih untuk tidak memberitahukan tentang diagnosa dan prognosis kepada pasien dan keluarganya. Tetapi bagi perawat hal ini sangat menyulitkan karena kontak perawat lebih dekat dan sering kepada pasien dan keluarganya. Perawat seringkali dihadapkan dengan pertanyaan-pertanyaan langsung, kapan sembuh, dan kapan pulang.

2. *Mutual Pretense/Kesadaran/Pengertian yang Ditutupi*. Pada fase ini memberikan kesempatan kepada pasien untuk menentukan segala sesuatu yang bersifat pribadi walaupun merupakan beban yang berat.
3. *Open Awareness* atau Sadar keadaan dan Terbuka. Pada situasi ini, klien dan orang-orang disekitarnya mengetahui akan adanya ajal yang menjelang dan menerima untuk mendiskusikannya, walaupun dirasakan getir. Keadaan ini memberikan kesempatan kepada pasien untuk berpartisipasi dalam merencanakan saat-saat terakhirnya, namun tidak semua orang dapat melaksanakan hal tersebut.

#### **F. Tipe-tipe Perjalanan Menjelang Kematian.**

Ada 4 tipe dari perjalanan proses kematian, yaitu:

1. Kematian yang pasti dengan waktu yang diketahui, yaitu adanya perubahan yang cepat dari waktu ke waktu.
2. Kematian yang pasti dengan waktu tidak bisa diketahui, biasanya terjadi pada kondisi penyakit yang kronik.
3. Kematian yang belum pasti, kemungkinan sembuh belum pasti, biasanya terjadi pada pasien dengan operasi radikal karena adanya penghambat.
4. Kemungkinan mati dan sembuh yang tidak tentu, terjadi pada pasien dengan sakit kronik dan telah berjalan lama.

#### **G. Tanda-tanda Klinis Menjelang Kematian.**

Kehilangan Tonus Otot, ditandai:

1. Relaksasi otot muka sehingga dagu menjadi kencang.
2. Kesulitan dalam berbicara, proses menelan dan hilangnya reflek.
3. Penurunan kegiatan traktus gastrointestinal, ditandai: muntah, perut kembung, obstipasi.
4. Penurunan control sphincter urinary.
5. Gerakan tubuh lambat.

## **H. Tanda-Tanda Meninggal Secara Klinis.**

Secara tradisional, tanda-tanda klinis kematian dapat dilihat melalui perubahan- perubahan nadi, respirasi dan tekanan darah. Pada tahun 1968, *World Medical Assembly*, menetapkan beberapa petunjuk tentang indikasi kematian, yaitu:

1. Tidak ada respon terhadap rangsangan dari luar.
2. Tidak adanya gerak dari otot.
3. Tidak ada gambaran mendatar.

## **I. Ruang Lingkup.**

Pelayanan pasien tahap terminal di lakukan di semua instalasi rawat inap. Ruang lingkup pelayanan:

1. Membantu Memenuhi Kebutuhan Fisiologis.
2. Bantuan Emosional/ Psikososial.
  - a. Kebersihan Diri,
  - b. Mengontrol Rasa Sakit,
  - c. Membebaskan Jalan Nafas,
  - d. Bergerak,
  - e. Nutrisi,
  - f. Eliminasi,
  - g. Perubahan Sensori.

## **J. Tata**

1. Lakukan assessment problem yang berkaitan dengan kematian (problem psikologi, fisiologi, sosial, spiritual).
2. Berikan pengobatan untuk mengurangi rasa nyeri gejala primer atau sekunder sesuai permintaan pasien.
3. Lakukan intervensi dalam hal keagamaan dan kebudayaan pasien dan keluarga (pastoral care).
4. Lakukan pelayanan tahap terminal pada pasien dengan hormat.
5. KIE keluarga mengenai kondisi.

## **K. Bantuan Emosional/ Psikososial.**

1. Pada Fase Perawat perlu waspada terhadap isyarat pasien dengan denial dengan cara menanyakan tentang kondisinya atau prognosisnya dan pasien dapat mengekspresikan perasaan-perasaannya.
2. Pada Fase Marah atau anger. Biasanya pasien akan merasa berdosa telah mengekspresikan perasaannya yang marah. Perawat perlu membantunya agar mengerti bahwa masih merupakan hal yang normal dalam merespon perasaan kehilangan menjelang kematian. Akan lebih baik bila kemarahan ditujukan kepada perawat sebagai orang yang dapat dipercaya, memberikan rasa aman dan akan menerima kemarahan tersebut, serta meneruskan asuhan sehingga membantu pasien dalam menumbuhkan rasa.
3. Pada Fase Pada fase ini perawat perlu mendengarkan segala keluhannya dan mendorong pasien untuk dapat berbicara karena akan mengurangi rasa bersalah dan takut yang tidak masuk akal.
4. Pada Fase Pada fase ini perawat selalu hadir di dekatnya dan mendengarkan apa yang dikeluhkan oleh pasien. Akan lebih baik jika berkomunikasi secara nonverbal yaitu duduk dengan tenang di sampingnya dan mengamati reaksi-reaksi non verbal dari pasien sehingga menumbuhkan rasa aman bagi pasien.
5. Pada Fase Fase ini ditandai pasien dengan perasaan tenang, damai. Kepada keluarga dan teman-temannya dibutuhkan pengertian bahwa pasien telah menerima keadaan dan perlu dilibatkan seoptimal mungkin dalam program pengobatan dan mampu untuk menolong dirinya sendiri sebatas kemampuannya.

## **L. Membantu Memenuhi Kebutuhan Fisiologis.**

1. **Kebersihan Diri.** Kebersihan dilibatkan untuk mampu melakukan kebersihan diri sebatas kemampuannya dalam hal kebersihan kulit, rambut, mulut, badan dan sebagainya.
2. Mengontrol Rasa Sakit.

- a. Beberapa obat untuk mengurangi rasa sakit digunakan pada klien dengan sakit terminal, seperti morphin, heroin, dsb. Pemberian obat ini diberikan sesuai dengan tingkat toleransi nyeri yang dirasakan klien. Obat-obatan lebih baik diberikan Intravena dibandingkan melalui Intra Muskular atau Subcutan, karena kondisi sistem sirkulasi sudah menurun.
- b. Membebaskan Jalan Nafas. Untuk klien dengan kesadaran penuh, posisi fowler akan lebih baik dan pengeluaran sekresi lendir perlu dilakukan untuk membebaskan jalan nafas, sedangkan bagi klien yang tidak sadar, posisi yang baik adalah posisi sim dengan dipasang drainase dari mulut dan pemberian.
- c. Apabila kondisinya memungkinkan, klien dapat dibantu untuk bergerak, seperti: turun dari tempat tidur, ganti posisi tidur untuk mencegah dekubitus dan dilakukan secara periodik, jika diperlukan dapat digunakan alat untuk menyokong tubuh klien, karena tonus otot sudah menurun.
- d. Klien seringkali anorexia, nausea karena adanya penurunan peristaltik. Dapat diberikan antiemetik untuk mengurangi nausea dan merangsang nafsu makan serta pemberian makanan tinggi kalori dan protein serta vitamin. Karena terjadi tonus otot yang berkurang, terjadi dysphagia, perawat perlu menguji reflek menelan klien sebelum diberikan makanan, kalau perlu diberikan makanan cair atau Intravena atau Infus.
- e. Karena adanya penurunan atau kehilangan tonus otot dapat terjadi konstipasi, inkontinen urin dan feses. Obat laxative perlu diberikan untuk mencegah konstipasi. Klien dengan inkontinensia dapat diberikan urinal, pispot secara teratur atau dipasang duk yang diganti setiap saat atau dilakukan kateterisasi. Harus dijaga kebersihan pada daerah sekitar perineum, apabila terjadi lecet, harus diberikan salep.
- f. Perubahan Sensori. Klien dengan dying, penglihatan menjadi kabur, klien biasanya menolak atau menghadapkan kepala ke arah lampu atau tempat terang. Klien masih dapat mendengar, tetapi tidak dapat atau mampu merespon, perawat dan keluarga harus bicara dengan jelas dan tidak berbisik-bisik.

### **M. Membantu Memenuhi Kebutuhan Sosial.**

Klien dengan dying akan ditempatkan diruang isolasi, dan untuk memenuhi kebutuhan kontak sosialnya, perawat dapat melakukan:

1. Menanyakan siapa-siapa saja yang ingin didatangkan untuk bertemu dengan klien dan didiskusikan dengan keluarganya, misalnya: teman-teman dekat, atau anggota keluarga.
2. Menggali perasaan-perasaan klien sehubungan dengan sakitnya dan perlu.
3. Menjaga penampilan klien pada saat-saat menerima kunjungan kunjungan teman-teman terdekatnya, yaitu dengan memberikan klien untuk membersihkan diri dan merapikan.
4. Meminta saudara atau teman-temannya untuk sering mengunjungi dan mengajak orang lain dan membawa buku-buku bacaan bagi klien apabila klien mampu membacanya.

### **N. Membantu Memenuhi Kebutuhan Spiritual.**

1. Menanyakan kepada klien tentang harapan-harapan hidupnya dan rencana-rencana klien.
2. Menanyakan kepada klien untuk mendatangkan pemuka agama dalam hal untuk memenuhi kebutuhan.
3. Membantu dan mendorong klien untuk melaksanakan kebutuhan spiritual sebatas kemampuannya.

Keyakinan spiritual mencakup praktek ibadah sesuai dengan keyakinan/ ritual harus diberi dukungan. Petugas kesehatan dan keluarga harus mampu memberikan ketenangan melalui keyakinan-keyakinan spiritualnya. Petugas kesehatan dan keluarga harus sensitif terhadap kebutuhan ritual pasien yang akan menghadapi kematian, sehingga kebutuhan spiritual klien menjelang kematian dapat terpenuhi.



## **O. Asuhan Keperawatan.**

Tanda-tanda Kematian :

1. Dini :
  - a. Pernafasan terhenti, penilaian > 10 menit (inspeksi, palpasi).
  - b. Terhentinya sirkulasi, penilaian 15 menit, nadi karotis tidak berdenyut.
  - c. Kulit.
  - d. Tonus otot menghilang.
  - e. Pembuluh darah retina bersegmentasi beberapa menit.
  - f. Pengeringan kornea yang menimbulkan kekeruhan dalam 10 menit (hilang dengan penyiraman).
2. Lanjut (Tanda pasti kematian)
  - a. Lebam mayat (livor mortis).
  - b. Kaku mayat (rigor mortis).
  - c. Penurunan suhu tubuh (algor mortis).
  - d. Pembusukan (dekomposisi).
  - e. Adiposera (lilin mayat).
  - f. Mumifikasi.
  - g. Gejala dan masalah yang sering dijumpai pada berbagai system.
  - h. Sistem Gastrointestinal: Anorexia, konstipasi, mulut kering dan bau, kandidiasis dan sariawan.
  - i. Sistem Genitourinaria: Inkontinensia.
  - j. Sistem Integumen: Kulit kering (pecah-pecah).
  - k. Sistem Neurologis.
  - l. Perubahan Status Mental: Kecemasan, halusinasi.

## P. Pengkajian.

Perawat harus memahami yang dialami klien dengan kondisi terminal, tujuannya untuk dapat menyiapkan dukungan dan bantuan bagi klien sehingga pada saat-saat terakhir dalam hidup bisa bermakna dan akhirnya dapat meninggal dengan tenang dan damai. Doka (1993) menggambarkan respon terhadap penyakit yang mengancam hidup ke dalam empat fase, yaitu:

1. *Fase Pre Diagnostik*: terjadi ketika diketahui ada gejala atau faktor resiko.
2. *Fase Akut*: berpusat pada kondisi krisis. Klien dihadapkan pada serangkaian keputusan, termasuk kondisi medis, interpersonal.
3. *Fase Kronis*, klien bertempur dengan penyakit dan pengobatannya.
4. *Klien* dalam kondisi Terminal akan mengalami berbagai masalah baik fisik, psikologis, maupun social-spiritual.

Gambaran problem yang dihadapi pada kondisi terminal antara lain:

1. Problem Oksigenasi : Respirasi irregular, cepat atau lambat, pernafasan cheyne stokes, sirkulasi perifer menurun, perubahan mental : Agitasi-gelisah, tekanan darah menurun, hypoxia, akumulasi secret, dan nadi.
2. Problem Eliminasi : Konstipasi, medikasi atau imobilitas memperlambat peristaltic, kurang diet serat dan asupan makanan juga mempengaruhi konstipasi, inkontinensia fekal bisa terjadi oleh karena pengobatan atau kondisi penyakit (mis Ca Colon), retensi urin, inkontinensia urin terjadi akibat penurunan kesadaran atau kondisi penyakit misalnya : Trauma medulla spinalis, oliguria terjadi seiring penurunan intake cairan atau kondisi penyakit mis gagal ginjal.
3. Problem Nutrisi dan Cairan : Asupan makanan dan cairan menurun, peristaltic menurun, distensi abdomen, kehilangan BB, bibir kering dan pecah-pecah, lidah kering dan membengkak, mual, muntah, cegukan, dehidrasi terjadi karena asupan cairan menurun.

4. Problem suhu: Extremitas dingin, kedinginan sehingga harus memakai selimut.
5. Problem Sensori: Penglihatan menjadi kabur, refleks berkedip hilang saat mendekati kematian, menyebabkan kekeringan pada kornea, Pendengaran menurun, kemampuan berkonsentrasi menjadi menurun, pendengaran berkurang, sensasi.
6. Problem nyeri: Ambang nyeri menurun, pengobatan nyeri dilakukan secara intravena, klien harus selalu didampingi untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan.
7. Problem Kulit dan Mobilitas: Seringkali tirah baring lama menimbulkan masalah pada kulit sehingga pasien terminal memerlukan perubahan posisi.
8. Masalah Psikologis: Klien terminal dan orang terdekat biasanya mengalami banyak respon emosi, perasaan marah dan putus asa seringkali ditunjukkan. Problem psikologis lain yang muncul pada pasien terminal antara lain ketergantungan, hilang kontrol diri, tidak mampu lagi produktif dalam hidup, kehilangan harga diri dan harapan, kesenjangan komunikasi atau barrier.
9. Perubahan Sosial-Spiritual: Klien mulai merasa hidup sendiri, terisolasi akibat kondisi terminal dan menderita penyakit kronis yang lama dapat memaknai kematian sebagai kondisi peredaan terhadap penderitaan. Sebagian beranggapan bahwa kematian sebagai jalan menuju kehidupan kekal yang mempersatukannya dengan orang-orang yang dicintai. Sedangkan yang lain beranggapan takut akan perpisahan, dikucilkan, ditelantarkan, kesepian, atau mengalami penderitaan sepanjang

Faktor-faktor yang perlu dikaji:

1. **Faktor Fisik.** Pada kondisi terminal atau menjelang ajal klien dihadapkan pada berbagai masalah pada fisik. Gejala fisik yang ditunjukkan antara lain perubahan pada penglihatan, pendengaran, nutrisi, cairan, eliminasi, kulit, tanda-tanda vital, mobilisasi, nyeri. Perawat harus mampu mengenali perubahan fisik yang terjadi pada klien, klien mungkin mengalami berbagai gejala selama berbulan-bulan sebelum terjadi kematian. Perawat harus respek terhadap perubahan fisik yang terjadi pada klien

terminal karena hal tersebut menimbulkan ketidaknyamanan dan penurunan kemampuan klien dalam pemeliharaan diri.

2. **Faktor Psikologis.** Perubahan Psikologis juga menyertai pasien dalam kondisi terminal. Perawat harus peka dan mengenali kecemasan yang terjadi pada pasien terminal, harus bisa mengenali ekspresi wajah yang ditunjukkan apakah sedih, depresi, atau marah. Problem psikologis lain yang muncul pada pasien terminal antara lain ketergantungan, kehilangan harga diri dan harapan. Perawat harus mengenali tahap- tahap menjelang ajal yang terjadi pada klien.
3. **Faktor Sosial.** Perawat harus mengkaji bagaimana interaksi pasien selama kondisi terminal, karena pada kondisi ini pasien cenderung menarik diri, mudah tersinggung, tidak ingin berkomunikasi, dan sering bertanya tentang kondisi penyakitnya. Ketidakyakinan dan keputusan sering membawa pada perilaku isolasi. Perawat harus bisa mengenali tanda klien mengisolasi diri, sehingga klien dapat memberikan dukungan sosial bisa dari teman dekat, kerabat/keluarga terdekat untuk selalu menemani.
4. **Faktor Spiritual.** Perawat harus mengkaji bagaimana keyakinan klien akan proses kematian, bagaimana sikap pasien menghadapi saat-saat terakhirnya. Apakah semakin mendekatkan diri pada Tuhan atautkah semakin berontak akan keadaannya. Perawat juga harus mengetahui disaat-saat seperti ini apakah pasien mengharapkan kehadiran tokoh agama untuk menemani disaat-saat terakhirnya.

Konsep dan prinsip etika, norma, budaya dalam pengkajian Pasien Terminal nilai, sikap, keyakinan, dan kebiasaan adalah aspek kultural atau budaya yang mempengaruhi reaksi klien menjelang ajal. Latar belakang budaya mempengaruhi individu dan keluarga mengekspresikan berduka dan menghadapi kematian atau menjelang ajal. Perawat tidak boleh menyamakan setiap kondisi pasien terminal berdasarkan etika, norma dan budaya, sehingga reaksi menghakimi harus dihindari.

Keyakinan spiritual mencakup praktek ibadah, ritual harus diberi dukungan. Perawat harus mampu memberikan ketenangan

melalui keyakinan-keyakinan spiritual. Perawat harus sensitif terhadap kebutuhan ritual pasien yang akan menghadapi kematian, sehingga kebutuhan spiritual klien menjelang kematian dapat terpenuhi.

#### **Q. Diagnosa Keperawatan.**

1. Ansietas (ketakutan individu, keluarga) yang berhubungan diperkirakan dengan situasi yang tidak dikenal, sifat dan kondisi yang tidak dapat diperkirakan takut akan kematian dan efek negatif pada gaya.
2. Berduka yang berhubungan dengan penyakit terminal dan kematian yang dihadapi, penurunan fungsi perubahan konsep diri dan menarik diri dari orang.
3. Perubahan proses keluarga yang berhubungan dengan gangguan kehidupan keluarga, takut hasil (kematian) dengan lingkungannya penuh dengan stres (tempat perawatan).
4. Resiko terhadap distress spiritual yang berhubungan dengan perpisahan dari sistem pendukung keagamaan, kurang privasi atau ketidak mampuan diri dalam menghadapi ancaman.

#### **R. Intervensi.**

##### **1. Diagnosa I:**

- a. Bantu klien untuk mengurangi ansietasnya :
  - 1) Berikan kepastian.
  - 2) Tunjukkan perasaan tentang pemahaman dan empati, jangan menghindari pertanyaan.
  - 3) Dorong klien untuk mengungkapkan setiap ketakutan permasalahan yang berhubungan.
  - 4) Identifikasi dan dukung mekanisme koping efektif Klien yang cemas mempunyai penyempitan lapang persepsi dengan penurunan kemampuan untuk belajar. Ansietas cenderung untuk memperburuk masalah. Menjebak klien pada lingkaran peningkatan ansietas tegang, emosional dan nyeri.

- b. Kaji tingkat ansietas klien: merencanakan penyuluhan bila tingkatnya rendah atau sedang Beberapa rasa takut didasari oleh informasi yang tidak akurat dan dapat dihilangkan dengan memberikan informasi akurat. Klien dengan ansietas berat atau parah tidak menyerap.
- c. Dorong keluarga dan teman untuk mengungkapkan ketakutan-ketakutan mereka Pengungkapan memungkinkan untuk saling berbagi dan memberikan kesempatan untuk memperbaiki konsep.
- d. Berikan klien dan keluarga kesempatan dan penguatan koping positif Menghargai klien untuk koping efektif dapat menguatkan respon koping positif.

## **2. Diagnosa II:**

- a. Berikan kesempatan pada klien dan keluarga untuk mengungkapkan perasaan, didiskusikan kehilangan secara terbuka, dan gali makna pribadi dari kehilangan.jelaskan bahwa berduka adalah reaksi yang umum dan sehat Pengetahuan bahwa tidak ada lagi pengobatan yang dibutuhkan dan bahwa kematian sedang menanti dapat menyebabkan menimbulkan perasaan ketidak berdayaan, marah dan kesedihan yang dalam dan respon berduka yang lainnya. Diskusi terbuka dan jujur dapat membantu klien dan anggota keluarga menerima dan mengatasi situasi dan respon mereka terhadap situasi.
- b. Berikan dorongan penggunaan strategi koping positif yang terbukti yang memberikan keberhasilan pada masa lalu Strategi koping positif membantu penerimaan dan pemecahan.
- c. Berikan dukungan pada klien untuk mengekspresikan atribut diri yang positif Memfokuskan pada atribut yang positif meningkatkan penerimaan diri dan penerimaan kematian.
- d. Bantu klien mengatakan dan menerima kematian yang terjadi, jawab semua pertanyaan dengan jujur Proses berduka, proses berabung adaptif tidak dapat dimulai sampai kematian yang terjadi.
- e. Tingkatkan harapan dengan perawatan penuh perhatian, menghilangkan ketidak nyamanan dan dukungan Penelitian

menunjukkan bahwa klien sakit terminal paling menghargai tindakan keperawatan berikut:

- 1) Membantu.
- 2) Mendukung.
- 3) Memberikan obat nyeri.
- 4) Meningkatkan kenyamanan fisik (skoruka dan bonet 1982).

### **3. Diagnosa III:**

- a. Luangkan waktu bersama keluarga atau orang terdekat klien dan tunjukkan pengertian yang empati Kontak yang sering dan mengkomunikasikan sikap perhatian dan peduli dapat membantu mengurangi kecemasan dan meningkatkan.
- b. Izinkan keluarga klien atau orang terdekat untuk mengekspresikan perasaan, ketakutan dan kekhawatiran. Saling berbagi memungkinkan perawat untuk mengidentifikasi ketakutan dan kekhawatiran kemudian merencanakan intervensi untuk mengatasinya.
- c. Jelaskan lingkungan dan peralatan ICU. Informasi ini dapat membantu mengurangi ansietas.
- d. Jelaskan tindakan keperawatan dan kemajuan post operasi yang dipikirkan dan berikan informasi spesifik tentang kemajuan.
- e. Anjurkan untuk sering berkunjung dan berpartisipasi dalam tindakan perawan Kunjungan dan partisipasi yang sering dapat meningkatkan interaksi keluarga berkelanjutan.
- f. Konsul dengan atau berikan rujukan kesumber komunitas dan sumber lainnya Keluarga dengan masalah-masalah seperti kebutuhan financial, coping yang tidak berhasil atau konflik yang tidak selesai memerlukan sumber-sumber tambahan untuk membantu mempertahankan fungsinya.

### **4. Diagnosa IV:**

- a. Gali apakah klien menginginkan untuk melaksanakan praktek atau ritual keagamaan atau spiritual yang diinginkan bila yang memberi kesempatan pada klien untuk melakukannya Bagi klien yang mendapatkan nilai tinggi pada do'a atau praktek

spiritual lainnya, praktek ini dapat memberikan arti dan tujuan dan dapat menjadi sumber kenyamanan.

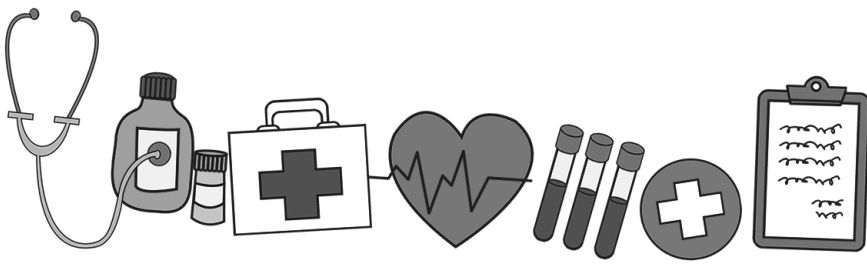
- b. Ekspresikan pengertian dan penerimaan anda tentang pentingnya keyakinan dan praktik religius atau spiritual klien menunjukkan sikap tak menilai dapat membantu mengurangi kesulitan klien dalam mengekspresikan keyakinan.
- c. Berikan privasi dan ketenangan untuk ritual spiritual sesuai kebutuhan klien dapat dilaksanakan Privasi dan ketenangan memberikan lingkungan yang memudahkan referensi.
- d. Bila anda menginginkan tawarkan untuk berdoa bersama klien lainnya atau membaca buku keagamaan Perawat meskipun yang tidak menganut agama atau keyakinan yang sama dengan klien dapat membantu klien memenuhi kebutuhan.
- e. Tawarkan untuk menghubungkan pemimpin religius atau rohaniwan rumah sakit untuk mengatur kunjungan. Jelaskan ketidak setiaan pelayanan (Tim Pastoral) Tindakan ini dapat membantu klien mempertahankan ikatan spiritual dan mempraktikkan ritual yang penting (Carson 1989).

## **S. Evaluasi:**

1. Klien merasa nyaman dan mengekspresikan perasaannya.
2. Klien tidak merasa sedih dan siap menerima.
3. Klien selalu ingat kepada Tuhan Yang Maha Kuasa.
4. Klien sadar bahwa setiap yang diciptakan Tuhan yang maha Esa akan kembali kepadanya.

Setiap pelaksanaan tindakan keperawatan dan respon klien terhadap tindakan keperawatan wajib didokumentasikan sebagai bentuk pertanggungjawaban dan pertanggunggugatan terhadap asuhan keperawatan yang sudah dilakukan perawat terhadap pasien sesuai kebijakan yang berlaku, karena dokumentasi keperawatan merupakan dokumen legal dalam sistem pelayanan keperawatan, sehingga diharapkan melalui dokumentasi yang baik maka informasi mengenai keadaan kesehatan klien dapat diketahui secara berkesinambungan.





## BAB 9

# PENGHENTIAN ALAT DAN INTERVENSI PENUNJANG KEHIDUPAN

H. Muhammad Basri, S.ST., M. Kes.

**K**ematian, pada umumnya dianggap sebagai suatu hal yang sangat menakutkan, namun akan dialami oleh setiap orang. Kematian merupakan suatu proses yang tidak dapat ditunda, namun kebanyakan orang tidak mau kematian itu datang dengan segera. Kebanyakan orang berharap agar kematian tidak muncul dengan tiba-tiba. Orang bukan hanya saja ngeri menghadapi kematian itu sendiri, namun jauh lebih dari itu, orang ngeri menghadapi keadaan setelah kematian terjadi.

Tidak demikian halnya dengan orang yang putus asa menghadapi hidup karena penyakit yang diderita sangat menyiksanya. Mereka ingin segera mendapatkan kematian, dimana bagi mereka kematian bukan saja merupakan hal yang diharapkan, namun juga merupakan suatu hal yang dicari dan diidamkan. Terlepas dari siap tidaknya mereka menghadapi kehidupan setelah kematian, mereka menginginkan kematian segera tiba. Kematian yang diidamkan oleh pada penderita, sudah barang tentu, adalah kematian yang normal pada umumnya, jauh dari rasa sakit dan mengerikan. Kematian inilah yang dalam istilah medis disebut **euthanasia** yang dewasa ini diartikan dengan pembunuhan terhadap pasien yang tipis harapannya untuk sembuh.

Kemajuan ilmu pengetahuan kedokteran telah membuat kabur batas antara hidup dan mati. Tidak jarang seseorang yang telah berhenti pernapasannya dan telah berhenti denyut jantungnya, berkat intervensi medis misalnya alat bantu nafas (respirator), dapat bangkit kembali. Kadang upaya penyelamatan berhasil sempurna tanpa cacat,

tapi terkadang fungsi pernapasan & jantung kembali normal, tanpa disertai pulihnya kesadaran, yang terkadang bersifat permanen. Secara klinis dia tergolong “hidup”, tetapi secara sosial, dia hanya bertahan hidup dengan bantuan berbagai alat medis.

Penundaan terapi bantuan hidup (*life supporting*) ialah menunda pemberian terapi bantuan hidup baru atau lanjutan tanpa menghentikan terapi bantuan hidup yang sedang berjalan, sedangkan penghentian terapi bantuan hidup adalah menghentikan sebagian atau semua terapi bantuan hidup yang sudah diberikan pada pasien. Pengambilan keputusan penundaan terapi atau penghentian terapi terhadap pasien kritis sangatlah sulit mengingat beberapa pertimbangan meliputi bidang medis, bioetika, maupun medikolegal. Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan/atau perawatan yang bersifat luar biasa (*extra-ordinary*), dan keputusan tindakan tersebut dilakukan oleh tim dokter yang menangani pasien setelah berkonsultasi dengan tim dokter yang ditunjuk oleh Komite Medik atau Komite Etik serta rencana tindakan harus diinformasikan dan memperoleh persetujuan dari keluarga pasien atau yang mewakili pasien sehingga *informed consent* dalam bentuk tertulis sangatlah penting dilakukan.

Dalam perawatan kritis terhadap pasien sering didiskusikan, apakah pemberian antibiotika tetap diteruskan sementara pasien tidak menunjukkan respon perbaikan. Haruskah pemberian antibiotika ditambah dosisnya, dipertahankan atau dihentikan?. Pertanyaan serupa juga dapat diberikan untuk kata-kata inotropik, ventilasi atau bantuan hidup. Pengambilan keputusan terhadap kondisi pasien kritis merupakan permasalahan yang sangat sulit. Keputusan tersebut tidak hanya diputuskan berdasarkan aspek medis saja namun berkaitan juga dengan aspek bioetika dan medikolegal.

Isu-isu menyangkut akhir kehidupan banyak diperdebatkan di kalangan masyarakat. Salah satu isu yang sering muncul pada perawatan kritis adalah penundaan dan penghentian bantuan hidup atau yang sering disebut *withholding and withdrawing life support*. Baik kalangan medis maupun awam masih belum sepenuhnya memahami masalah ini, Kalangan kesehatan harus tetap menyadari bahwa dalam menjalankan profesi kesehatan mereka tidak hanya bertanggung jawab terhadap kesehatan pasien (*professional*

*responsibility*), tetapi juga bertanggung jawab di bidang hukum (*legal responsibility*), terhadap pelayanan yang diberikan. Dengan demikian, para tenaga kesehatan dituntut tidak saja menambah, mengasah dan memperdalam pengetahuan dan keterampilan di bidang kesehatan, tetapi juga harus selalu memperdalam dan mengikuti perkembangan bioetika dan aspek medikolegal dari pelayanan kesehatan.

Sebagai bagian dari perkembangan ilmu kedokteran, seorang pasien yang menderita penyakit yang sangat parah dan tidak mungkin dapat disembuhkan lagi dapat mengajukan permohonan untuk mengakhiri hidupnya dengan jalan menghentikan pengobatan atau dengan jalan diberi obat suntik dengan dosis lethal. Kematian dengan cara inilah yang dimaksud dengan euthanasia. Sementara ini tindakan euthanasia merupakan perbuatan yang terlarang karena dikategorikan sebagai pembunuhan atas nyawa seseorang dan bagi pelakunya diancam pidana kurungan. Pasal 344 dalam KUHPidana yang berkaitan dengan euthanasia berbunyi:

*“Barang siapa yang merampas nyawa orang lain yang jelas dinyatakan dengan kesungguhan hati diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun”.*

Di dalam *Declaration of Human Rights* hanya mengatur “hak untuk hidup” sedangkan “hak untuk mati” belum diatur secara khusus di Indonesia. Hak untuk hidup merupakan salah satu hak asasi manusia yang paling mendasar dan melekat pada diri manusia secara kodrat, berlaku universal dan bersifat abadi sebagai anugerah Tuhan Yang Maha Esa.

### **A. Pengertian Euthanasia**

Euthanasia secara bahasa berasal dari bahasa Yunani eu yang berarti “baik”, dan *thanatos* yang berarti “kematian” yang apabila digabungkan berarti “kematian yang baik”. Lee Min berpendapat bahwa hakikatnya dengan sengaja mengadakan tindakan-tindakan yang memperpendek dalam kehidupan orang lain atas permintaan yang bersangkutan. Euthanasia dapat juga diartikan sebuah tindakan secara medis terhadap si penderita berat (agar penyakit yang dideritanya terlupakan semua).

Menurut istilah kedokteran, euthanasia berarti tindakan agar kesakitan atau penderitaan yang dialami seseorang yang akan meninggal diperingan. Juga berarti mempercepat kematian seseorang yang ada dalam kesakitan dan penderitaan hebat menjelang kematiannya. Menurut Yusuf Qardhawi, (qatl ar-rahmah): tindakan memudahkan kematian seseorang dengan sengaja tanpa merasakan sakit, karena kasih sayang, dengan tujuan meringankan penderitaan si sakit. Maka, euthanasia sering disebut juga dengan mercy killing (mati dengan tenang).

## **B. Macam-Macam Euthanasia**

Ditinjau dari kondisi pasien, tindakan euthanasia dikategorikan menjadi dua macam yaitu:

1. Euthanasia pasif atau aktif: suatu tindakan mempercepat proses kematian, baik dengan memberikan suntikan ataupun melepaskan alat-alat pembantu medis, seperti melepaskan selang oksigen, melepas alat pemacu jantung dan lainnya. Misalnya, seorang penderita kanker ganas dengan rasa sakit yang luar biasa hingga penderita sering tak sadarkan diri. Dalam hal ini dokter yakin yang bersangkutan akan meninggal dunia. Kemudian keluarganya menyarankan agar dokter memberinya obat dengan takaran tinggi (*over dosis*) sekaligus dapat menghilangkan rasa sakitnya, tetapi menghentikan pernapasannya sekaligus.
2. Euthanasia negatif atau pasif: suatu tindakan membiarkan pasien/penderita yang dalam keadaan tidak sadar (koma), karena berdasarkan pengalaman maupun ukuran medis sudah tidak ada harapan hidup bagi pasien, mungkin salah satu organ pentingnya sudah rusak atau lemah, seperti bocornya pembuluh darah yang menghubungkan ke otak (stroke) akibat tekanan darah tinggi, tidak berfungsinya jantung, dan sebagainya. Hal ini sering disebut dengan “fase antara”, di kalangan awam menyebut “antara hidup dan mati”. Kondisi euthanasia negatif ini bagi pasien, yakni dengan cara penghentian pengobatan maka kemungkinan besar akan mempercepat kematian pasien, hal ini dibolehkan, mungkin karena alasan dana yang tak sanggup, atau rasa kasihan terhadap pasien.

Menurut Deklarasi Lisbon 1981, euthanasia dari sudut kemanusiaan dibenarkan dan merupakan hak bagi pasien yang menderita sakit yang tidak dapat disembuhkan. Namun dalam prakteknya dokter tidak mudah melakukan euthanasia, karena ada dua kendala. Yaitu:

1. Dokter terikat dengan kode etik kedokteran bahwa dituntut membantu meringankan penderitaan pasien, tapi di sisi lain, dokter menghilangkan nyawa orang lain yang berarti melanggar kode etik kedokteran itu sendiri.
2. Tindakan menghilangkan nyawa orang lain merupakan tindak pidana di negara mana pun.

Euthanasia merupakan suatu persoalan yang dilematik baik di kalangan dokter, praktisi hukum, maupun kalangan agamawan. Di Indonesia masalah ini juga pernah dibicarakan, seperti yang dilakukan oleh Ikatan Dokter Indonesia (IDI) dalam seminarnya pada tahun 1985 yang melibatkan para ahli kedokteran, ahli hukum positif dan ahli hukum Islam, akan tetapi hasilnya masih belum ada kesepakatan yang bulat terhadap masalah tersebut. Demikian juga dari sudut pandang agama, ada sebagian yang membolehkan dan ada sebagian yang melarang terhadap tindakan euthanasia, tentunya dengan berbagai argumen atau alasan.

Euthanasia dibagi menjadi beberapa klasifikasi (Samson Ayobami Joshua, 2014):

1. Euthanasia aktif, tindakan secara sengaja yang dilakukan oleh tenaga medis untuk memperpendek atau mengakhiri kehidupan pasien. Euthanasia aktif terbagi menjadi dua macam yaitu euthanasia aktif langsung (*direct*) dan euthanasia aktif tidak langsung (*indirect*). Pada euthanasia aktif langsung tindakan euthanasia ini dilakukan dengan terarah yang diperhitungkan untuk mengakhiri kehidupan atau memperpendek kehidupan pasien atau yang dikenal dengan *mercy killing*. Euthanasia aktif tidak langsung dilakukan dengan tujuan meringankan penderitaan pasien, namun mengetahui resiko tindakan yang dilakukannya tersebut dapat memperpendek atau mengakhiri kehidupan pasien.

2. Euthanasia pasif, dengan cara menghentikan atau mencabut segala pengobatan dan sistem pendukung kehidupan buatan yang diperlukan untuk mempertahankan atau memperpanjang hidup pasien.
3. Euthanasia voluntary, pasien telah membuat permintaan secara eksplisit untuk dilakukan euthanasia.
4. Euthanasia Involuntary, keputusan permintaan euthanasia diambil oleh keluarga, teman-teman atau bahkan dokter yang merawat.

Penghentian bantuan hidup merupakan euthanasia pasif. Euthanasia yang dilakukan pada kondisi pasien tidak kompeten dan belum berwasiat, keputusan yang mewakili dari pihak ketiga yakni keluarga, teman ataupun kerabat dari pasien maka euthanasia tersebut merupakan euthanasia *involuntary*. Perwakilan yang dilakukan oleh pihak keluarga pasien atas segala keputusan perawatan medis pada pasien adalah bentuk kontrak terapeutik dengan dokter.

Apapun keputusan dari wali pasien adalah sah dilakukan, termasuk dalam keputusan untuk dilakukan euthanasia pasif atau penghentian bantuan hidup pada pasien. Kontrak terapeutik dibutuhkan untuk menentukan kesepakatan perawatan medis antara pasien dengan dokter yang merawatnya. Meskipun tujuan utama perawatan medis adalah harapan dapat sembuh dari penyakit serta dapat memperpanjang kehidupan pasien. Namun saat ini banyak pendapat bahwa mengakhiri kehidupan juga dapat menjadi bagian dari perawatan medis, yakni untuk membebaskan pasien dari penderitaan penyakit yang dialaminya.

Penghentian terapi bantuan hidup pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 Tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor disebutkan dalam Pasal 14. Adapun syarat-syarat yang harus dipenuhi antara lain:

1. pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya (*terminal state*)
2. Tindakan kedokteran sudah sia-sia (*futile*)
3. Pasien kompeten, dapat menerima informasi yang diberikan dan dapat membuat keputusan atas dirinya sendiri.

4. Keluarga pasien dapat meminta jika pasien tidak kompeten tetapi telah mewasiatkan
5. Pasien yang tidak kompeten dan belum berwasiat, namun keluarga pasien yakni bahwa seandainya pasien kompeten akan memutuskan seperti itu, berdasarkan kepercayaan dan nilai-nilai yang dianutnya.

Berdasarkan pada Peraturan Menteri Kesehatan tersebut, pasien dalam keadaan terminal dapat meminta untuk dihentikan terapi bantuan hidup yang dapat mengakibatkan kematian pasien dengan segera. Permintaan dapat secara langsung dari pasien atau perwalian dari keluarga. Hal ini berbeda dengan negara yang telah melegalkan euthanasia seperti negara Belanda dan Amerika yang mengharuskan permintaan langsung dari pasien yang dilakukan secara terus menerus serta memberikan pengertian kondisi terminal merupakan kondisi dengan perkiraan prediksi kematian pasien 1-2 minggu. Di Belanda, euthanasia dilegalkan sejak pada 10 April 2001. Euthanasia yang dapat dilakukan adalah euthanasia sukarela, karena jika tidak sukarela, itu dianggap melanggar hukum (Peter J. P.Tak, 2007).

Euthanasia sukarela digambarkan sebagai penghentian hidup oleh dokter dengan keinginan dari pasien dengan permintaan yang telah dipertimbangkan hati-hati, dan juga bahwa kondisi pasien telah menjadi tak tertahankan tanpa kemungkinan perbaikan. Di Belanda euthanasia pasif dikenal dengan sebutan sedasi paliatif, yang merupakan pemberian obat penenang ataupun anti nyeri, menghentikan pemberian nutrisi sehingga menimbulkan efek pasien meninggal. (Marian Verkerk, Eric Van Wijlick, Johan Legemaate and Alexander De Graeff, 2007). Adapun syarat pelaksanaan perawatan paliatif sedasi ditetapkan oleh KNMG/Aansprakelijkheid (Ikatan Dokter di Belanda) adalah sebagai berikut:

1. Pasien telah menerima informasi prognosis dan kemungkinan pengobatan kuratif dan paliatif
2. Memberikan kesempatan pada pasien berkomunikasi dengan penasehat spiritual sehubungan dengan masalah agama dan etika, namun tidak dapat berperan untuk meringankan beban penderitaan.

3. Waktu kematian diperkirakan berkisar 1-2 minggu, hal ini dapat melihat ciri-cirinya pada keadaan pasien yang tampak lelah dan lemah, terbaring ditempat tidur, gejala penyakit semakin memburuk dengan seiringnya waktu, tanpa ada harapan lagi.
4. Pengambilan keputusan berdasarkan diskusi keluarga atau inisiatif dari dokter dan harus tercatat dalam file pasien termasuk file hasil konsultasi dengan dokter lain.

Syarat-syarat untuk euthanasia pasif ini tidak jauh berbeda dengan Indonesia hanya saja lebih spesifik dalam menentukan keadaan pasien terminal yakni dengan prediksi kematian pasien sekitar 1-2 minggu. Di Indonesia hanya menentukan bahwa keadaan pasien terminal saja. Di beberapa negara Amerika Serikat juga telah memberikan ijin legal pelaksanaan euthanasia contohnya pada negara bagian Washington, pada tahun 2009 euthanasia dilegalkan secara hukum.

Untuk penghentian bantuan hidup atau euthanasia pasif dalam peraturan di Washington disebut dengan *natural death* dilakukan dengan cara menghentikan atau memutus bantuan hidup pada pasien, adapun ketentuan-ketentuan dalam *natural death* adalah (*Revised Code Of Washington* 70.122.010-70.122.130):

1. Seseorang yang telah dewasa (usia 18 tahun)
2. Kompeten, mampu membuat keputusan
3. Telah membuat permintaan secara tertulis dengan dua orang saksi yang bukan merupakan keluarga pasien dan bukan merupakan orang yang akan menjadi ahli waris pasien.
4. Pasien dalam kondisi terminal illness (perkiraan kematian 6 bulan), tidak sadarkan diri secara permanen, penilaian medis bahwa pengobatan mempertahankan hidup hanya untuk memperpanjang proses kematian.
5. Pernyataan dari pasien yang bersedia untuk dilakukan pencabutan atau penarikan bantuan hidup dapat ditarik kembali sewaktu-waktu oleh pasien.
6. Pasien dalam keadaan koma dan telah mencabut pernyataan penghentian bantuan hidup sebelumnya maka akan ditunggu sampai kondisi pasien kompeten kembali,



Negara Belanda dan Indonesia tidak memberikan batasan usia untuk euthanasia pasif tetapi berbeda dengan Amerika Serikat yang memberikan batasan euthanasia pasif dapat dilakukan jika pasien telah berusia 18 tahun serta permintaan dari pasien baik secara langsung ataupun dalam bentuk wasiat, sedangkan pasien yang telah membatalkan wasiatnya maka tidak dapat dilakukan euthanasia.

Perbedaan dalam pemberian permintaan euthanasia pasif di Indonesia dengan negara yang telah melegalkan euthanasia baik pasif maupun aktif adalah pada negara legal euthanasia tersebut pertimbangan euthanasia hanyalah berdasarkan alasan hak yang dimiliki oleh pasien. Setiap individu berhak hidup bebas dari penderitaan serta bebas dalam menentukan jalan hidupnya sendiri. Penilaian pengakhiran kehidupan itu seharusnya tidak datang dari pihak lain terkecuali yang bersangkutan telah mewasiatkan sebelumnya. Wasiat tersebut harus ditelaah dengan teliti apakah keadaan yang dimaksud telah sesuai dengan wasiatnya. Jika tidak maka tindakan mengakhiri kehidupannya tersebut merupakan perampasan terhadap hak hidup pada pasien.

### **C. Faktor-Faktor Penyebab Euthanasia**

Pasien yang melakukan euthanasia dengan memperhatikan beberapa alasan:

#### **1. Faktor Ekonomi**

Faktor ekonomi merupakan salah satu sebab bagi seseorang untuk melakukan euthanasia, dikarenakan biaya yang dibutuhkan untuk pengobatan yang sangat mahal, sehingga pasien dibiarkan dengan peralatan medis yang seadanya, padahal pasien tersebut membutuhkan pengobatan yang maksimal untuk mengobati penyakit itu. Faktor ekonomi ini sangat berpengaruh dalam pengobatan pasien, apalagi pada zaman sekarang ini, semua peralatan medis sulit dijangkau oleh masyarakat biasa (miskin).

#### **2. Pertimbangan Sarana dan Petugas Medis**

Pertimbangan sarana dan petugas medis juga merupakan salah satu sebab bagi seseorang untuk melakukan euthanasia

karena keterbatasan peralatan medis. Argumen pemikiran ini didasarkan atas pengutamaan seseorang individu di atas individu yang lain, dengan alasan apabila ada pasien yang masih muda dan diprediksikan lebih berpeluang untuk sembuh. Dengan alasan semacam ini, petugas medis lebih mengutamakan pasien yang lebih muda tersebut.

### 3. Mati dengan Layak

Bagi pasien yang sekarat yang diberikan kesempatan seluas-luasnya untuk menikmati yang mereka inginkan dari pada terbaring ditempat tidur serta memenuhi keinginan terakhirnya melalui wasiat atau pesan. Pasien terkadang menyatakan permintaan untuk mengakhiri hidupnya karena nyeri atau berat penderitaan yang dirasakan yaitu dengan meminta untuk diberikan obat dalam dosis yang mematikan, sehingga si pasien tidak dapat cepat mengakhiri hidupnya, padahal tindakan semacam ini sama saja dengan bunuh diri.

## **D. Euthanasia Berdasarkan Perlindungan Hak Hidup di Indonesia**

Menurut Undang-Undang Nomor 39 Tahun 1999 tentang Hak Asasi Manusia, pengertian dari hak asasi manusia adalah seperangkat hak yang melekat pada hakikat dan keberadaan manusia sebagai makhluk Tuhan Yang Maha Esa dan merupakan anugerah-Nya yang wajib dihormati, dijunjung tinggi dan dilindungi oleh negara hukum, pemerintahan, dan setiap orang demi kehormatan serta perlindungan harkat dan martabat manusia.

Hak hidup merupakan hak yang paling mendasar dari keseluruhan hak asasi manusia yang dimiliki oleh setiap individu untuk melakukan proses kehidupan. Perlindungan atas hak ini diberikan dalam segala aspek yang berkaitan dengan usaha manusia untuk membangun kehidupan, mempertahankan dan meningkatkan kualitas kehidupan dilingkungan sekitarnya. Selain itu hak hidup dapat diartikan sebagai hak untuk menjalani kehidupan tanpa gangguan yang mengakibatkan hilangnya nyawa seseorang, untuk menjalani kehidupan yang layak di manapun dan kapanpun.

Hak hidup merupakan hak fundamental yang dimiliki oleh setiap manusia. Konsekuensi dari hak hidup ini adalah kewajiban bagi setiap manusia untuk menjunjung tinggi kemuliaan hidup manusia. Hal ini sangatlah jelas bahwa tidak seorangpun dapat mengambil atau mencabut hak hidup seseorang sewenang-wenang, hak ini sangat dilindungi oleh negara. Dengan ini maka jika permintaan euthanasia tersebut datang dari orang lain sama seperti halnya orang tersebut telah mengambil hak orang lain, karena permintaan tersebut tidak berdasarkan persetujuan dari orang yang bersangkutan.

Melihat dari contoh kasus yang terjadi di Indonesia permintaan euthanasia ini sebagian besar terjadi karena pasien yang dalam keadaan koma serta belum mewasiatkan tentang euthanasia, hal ini sebagian besar dilakukan dengan alasan ekonomi. Keadaan Koma merupakan suatu keadaan di mana pasien dalam keadaan tidur dalam dan tidak dapat dibangunkan secara adekuat dengan stimulus kuat yang sesuai. Pasien kemungkinan masih dapat memberikan ekspresi dengan gerakan pada wajah atau melakukan gerakan stereotipik, namun tidak dapat melakukan lokalisasi nyeri dan gerakan defensif yang sesuai. Seiring dengan semakin dalamnya koma, pada akhirnya pasien tidak merespons terhadap rangsangan sekuat apapun.

Tindakan menghentikan atau mencabut bantuan hidup seperti penghentian pemberian nutrisi pada pasien yang tidak mengalami mati batang otak akan mengakibatkan pasien mengalami kelaparan dan dehidrasi sehingga kematian pun terjadi. Proses kematian ini yang pada umumnya diinginkan pada pasien koma, yang dikenal dengan sebutan proses kematian alami. Jika tidak dilakukan pemutusan atau penghentian nutrisi ada kemungkinan pasien dapat hidup lebih lama meskipun dalam keadaan koma.

Bob Thomas berpendapat ketika pasien dalam keadaan tidak kompeten untuk membuat keputusan medis seperti pada pasien dalam keadaan vegetatif permanen atau pasien yang dalam koma, maka pada kasus seperti ini secara umum keputusan dibuat oleh keluarga atau wali dari pasien. Keputusan tersebut diasumsikan untuk kepentingan terbaik bagi pasien sangat diragukan. Terlebih lagi keputusan tersebut dari tim medis, karena peran utama dari dokter adalah untuk menyembuhkan, mengobati pasien untuk menjadikan kondisinya lebih baik. Harus diingat bahwa prioritas dokter membuat

keadaan pasien menjadi lebih baik serta melindungi kehidupan pasien, bukan untuk mengakhiri kehidupan pasien.

Hak hidup memiliki jaminan penuh dan dilindungi oleh konstitusi. Hal ini disebutkan pada Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 melindungi hak untuk hidup ini dalam Pasal 28A yang menyebutkan bahwa “setiap orang berhak untuk hidup serta berhak mempertahankan hidup dan kehidupannya”. Selain itu Pasal 9 Undang-Undang No. 39 Tahun 1999 Tentang Hak Asasi Manusia “Setiap orang berhak untuk hidup, mempertahankan hidup dan meningkatkan taraf kehidupannya”. Hak hidup merupakan hak kodrati yang tidak dapat dikurangi ataupun dicabut.

Perlindungan hak hidup dalam UUD 1945 juga didukung dengan pengaturan dilarangnya menghilangkan nyawa orang lain dalam KUHP. Larangan menghilangkan nyawa orang lain terdapat pada KUHP Pasal 338, 340, 344, dan membantu, memfasilitasi dalam proses bunuh diri pada Pasal 345, Pasal 531 mengabaikan orang lain yang membutuhkan pertolongan sehingga menyebabkan kematian.

Pasal 338 KUHP berbunyi “Barang Siapa dengan sengaja merampas nyawa orang lain, diancam karena pembunuhan dengan pidana penjara paling lama lima belas tahun.” Pasal 340 KUHP, berbunyi “Barangsiapa dengan sengaja dan dengan rencana terlebih dahulu merampas nyawa orang lain, diancam karena pembunuhan dengan rencana, dengan pidana mati atau pidana penjara seumur hidup atau selama waktu tertentu, paling lama dua puluh tahun”.

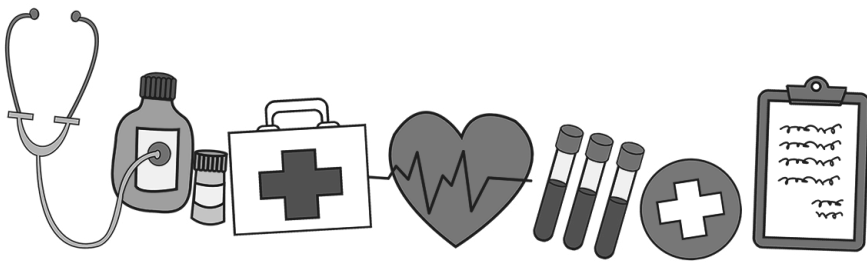
Pasal 344 KUHP, berbunyi, “Barang siapa merampas nyawa orang lain atas permintaan orang itu sendiri yang jelas dinyatakan dengan kesungguhan hati, diancam dengan pidana penjara paling lama dua belas tahun.” Pasal 345 KUHP “Barang siapa sengaja mendorong orang lain untuk bunuh diri, menolongnya dalam perbuatan itu atau memberi sarana kepadanya untuk itu, diancam dengan pidana penjara paling lama empat tahun kalau orang itu jadi bunuh diri.”

Pasal 531 KUHP: “Barang siapa ketika menyaksikan bahwa ada orang yang sedang menghadapi maut tidak memberi pertolongan yang dapat diberikan kepadanya tanpa selayaknya menimbulkan bahaya bagi dirinya atau orang lain, jika orang itu kemudian meninggal, dengan pidana kurungan paling lama tiga bulan atau pidana denda paling banyak empat ribu lima ratus rupiah”

Larangan menghilangkan nyawa orang lain yang diatur dalam KUHP tersebut merupakan upaya perlindungan hukum yang diberikan oleh pemerintah untuk memberikan perlindungan hak hidup setiap warga negaranya. Selain larangan dari peraturan perundang-undangan untuk tindakan euthanasia, sampai saat ini belum dapat diterima dalam nilai dan norma yang berkembang dalam masyarakat Indonesia. Kode Etik Kedokteran Indonesia Tahun 2012 Pasal 11 “Setiap dokter wajib senantiasa mengingat kewajiban dirinya melindungi hidup makhluk insani”. Hal ini dikarenakan euthanasia tidak sesuai dengan etika yang dianut oleh bangsa dan melanggar hukum pidana positif di Indonesia.

Euthanasia yang dianggap untuk meringankan ‘penderitaan’ pasien tidak dapat dilakukan begitu saja berdasarkan keputusan pihak lain terlebih jika pasien yang bersangkutan masih memiliki harapan hidup secara medis. Menurut Scherer dan Simon dalam euthanasia orang harus memiliki hak untuk memutuskan kehidupan mereka sendiri dan kematian. Meskipun euthanasia pasif boleh dilakukan namun harus dipertimbangkan bahwa permintaan euthanasia bukanlah berdasarkan alasan ekonomi, tetapi harus dipertimbangkan berdasarkan hak yang melekat dan dimiliki oleh orang yang bersangkutan karena setiap orang berhak atas kehidupan, kemerdekaan dan keselamatan. Jika permintaan euthanasia berdasarkan alasan ekonomi, maka sudah seharusnya menjadi tanggungjawab pemerintah dalam hal ini. Pemerintah perlu mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan.





## BAB 10

# BERDUKA ANTISIPATIF DAN IKUT SERTA PENGARUHNYA DALAM PERAWAT

Laili nur Hidayati, S.Kep, Ns., M.Kes.

### A. Asuhan pada Klien yang Menghadapi Kehilangan dan Kematian.

**K**ehilangan dan berduka merupakan bagian integral dari kehidupan. Kehilangan adalah suatu kondisi yang terputus atau terpisah atau memulai sesuatu tanpa hal yang berarti sejak kejadian tersebut. Kehilangan mungkin terjadi secara bertahap atau mendadak, bisa tanpa kekerasan atau traumatik, diantisipasi atau tidak diharapkan/diduga, Kehilangan adalah suatu keadaan individu yang berpisah dengan sesuatu yang sebelumnya ada, kemudian menjadi tidak ada, baik terjadi sebagian atau keseluruhan (Lambert, 1985).

Berduka adalah respon emosi yang diekspresikan terhadap kehilangan yang dimanifestasikan adanya perasaan sedih, gelisah, cemas, sesak nafas, sulit tidur, dan lain-lain. Berduka merupakan respon normal pada semua kejadian kehilangan.

Lahir, kehilangan, dan kematian adalah kejadian yang universal dan kejadian yang sifatnya unik bagi setiap individu dalam pengalaman hidup seseorang. Kehilangan dan berduka merupakan istilah yang dalam pandangan umum berarti sesuatu kurang enak atau nyaman untuk dibicarakan. Hal ini dapat disebabkan karena kondisi ini lebih banyak melibatkan emosi dari yang bersangkutan atau di sekitarnya.

Kehilangan dan kematian adalah realitas yang sering terjadi dalam lingkungan. Sebagian besar tenaga kesehatan seperti bidan

berinteraksi dengan klien dan keluarga yang mengalami kehilangan dan dukacita. Penting bagi bidan memahami kehilangan dan dukacita. Ketika merawat klien dan keluarga, bidan juga mengalami kehilangan pribadi ketika hubungan klien – keluarga – bidan berakhir karena perpindahan, pemulangan, penyembuhan atau kematian.

Kematian di definisikan sebagai kematian serebral yang diikuti oleh kematian somatik, pasien yang menghadapi kematian mempunyai harapan tertentu.

Sakit gawat adalah suatu keadaan sakit yang menurut akal sehat klien lanjut usia itu tidak dapat lagi atau tiada harapan lagi untuk sembuh. Pasien yang menghadapi kematian mempunyai harapan tertentu kesiapan seseorang menghadapi kematian tergantung pada beberapa aspek antara lain:

1. Aspek Psikologis:

Usia Loneliness (kesendirian) merasa sudah cukup berarti tugas sudah selesai.

2. Aspek Spiritual:

Tiga kebutuhan dasar spiritual seseorang menghadapi kematian: menyadari dan menemukan makna hidup, meninggal dengan tenang menemukan makna hidup, meninggal dan tenang menemukan harapan hidup setelah mati.

3. Aspek Sosial:

Social isolation, menurunnya hubungan dengan orang lain.

4. Aspek Fisik:

- a. Sakit terminal, sakit dalam waktu yang lama (kronis).

- b. Sakit yang akut

Dr.Elisabeth Kubler-Ross telah mengidentifikasi lima tahap berduka yang dapat terjadi pada pasien menjelang ajal:

1. *Denial* (pengingkaran) Dimulai ketika orang disadarkan bahwa ia akan meninggal dan dia tidak dapat menerima informasi ini sebagai kebenaran dan bahkan mungkin mengingkarinya
2. *Anger* (Marah) Terjadi ketika pasien tidak dapat lagi mengingkari kenyataan bahwa ia akan meninggal



3. *Bargaining* ( tawar-menawar ) Merupakan tahapan proses berduka dimana pasien mencoba menawar waktu untuk hidup
4. *Depletion* (depresi) Tahap dimana pasien datang dengan kesadaran penuh bahwa ia akan segera mati.ia sangat sedih karena memikirkan bahwa ia tidak akan lama lagi bersama keluarga dan teman-teman.
5. *Acceptance* (penerimaan) Merupakan tahap selama pasien memahami dan menerima kenyataan bahwa akan meninggal. Berusaha keras untuk menyelesaikan tugas-tugasnya yang belum terselesaikan.

## **B. Sebab-sebab Kematian.**

1. Penyakit Keganasan, misalnya:
  - a. Karsinoma Hati
  - b. Carcinoma Mammae
  - c. Carcinoma Paru
2. Penyakit Kronis, misalnya:
  - a. CRF (Chronic Renal Failure) : gangguan ginjal
  - b. MCL (Myocard Infark): gangguan kardiovaskuler.

## **C. Hak-hak asasi pasien menjelang ajal.**

1. Berhak untuk diperlakukan sebagai manusia yang hidup sampai mati.
2. Berhak untuk tetap merasa punya harapan.
3. Berhak untuk dirawat
4. Berhak untuk merasakan perasaan dan emosi mengenai kematian
5. Berhak untuk mengambil dan berpartisipasi mengenai perawatannya.
6. Berhak untuk mengharapkan terus mendapatkan pelayanan medis.

7. Berhak untuk tidak mati dalam kesepian.
8. Berhak untuk bebas dalam rasa nyeri
9. Berhak untuk memperoleh jawaban yang jujur.
10. Berhak untuk tidak ditipu
11. Berhak untuk mendapat bantuan dari dan untuk keluarga.
12. Berhak untuk mati dengan tenang dan terhormat.
13. Berhak untuk mempertahankan individualitas.
14. Berhak untuk membicarakan dan memperluas pengalaman-pengalaman keagamaan.
15. Berhak untuk mengharapkan bahwa kesucian tubuh manusia dihormati sesudah mati.

#### **D. Hierarki Kebutuhan Seseorang Menjelang Ajal..**

##### **1. Kebutuhan Integralitas Biologi**

Bebas dari rasa sakit, mendapat gejala yang ringan tidak dalam keadaan lemah.

##### **2. Kebutuhan Safety dan Security**

Aman merasa orang-orang berkata benar, percaya terhadap perawatan yang diberikan kepadanya beri kesempatan untuk mengungkapkan rasa takut.

##### **3. Kebutuhan Belonging**

Bicara didengarkan mengungkapkan cinta dan berbagi cinta, bersama orang yang paling dekat.

##### **4. Kebutuhan Self Esteem**

Terjaganya identitas, merasa sebagai manusia normal yang baik di kehidupannya, mendapat respek seiring bertambahnya kelemahan, mendapat bantuan yang selayaknya.

##### **5. Kebutuhan Aktualisasi diri:**

Merasa berarti selama hidup dan ketika meninggal berbagi hal bijak dan pengalaman hidup dengan orang disekitarnya, pengalaman kematian sebagai tugas perkembangan.

## **E. Ciri-Ciri Tanda-tanda Klien menjelang Ajal**

1. Gerakan dan penginderaan menghilang secara berangsur-angsur. Biasanya dimulai pada anggota badan bagian bawah.
2. Menurunnya Tanda – Tanda Vital

### **1. Perawatan pasien sakaratul maut:**

#### **a. Pengertian:**

Memberikan perawatan khusus kepada pasien yang akan meninggal sakaratul maut.

#### **b. Tujuan:**

- 1) Memberi kepuasan dan ketenangan kepada pasien dan keluarganya.
- 2) Memberi kesan baik pada pasien lain disekitar.

#### **3) Persiapan alat:**

- a) Tempat/ruang khusus (bila memungkinkan)
- b) Alat pemberian O<sub>2</sub>
- c) Alat Resusitasi
- d) Tensi meter
- e) Stetoskop
- f) Pinset
- g) Kain kasa penekan dan air matang pada tempatnya
- h) Kertas tissue
- i) Kapas
- j) Handuk kecil/waslap untuk menyeka keringat pasien
- k) Alat tenun

#### **4) Persiapan Pasien:**

- a) Disisipkan sesuai agama dan kepercayaan.
- b) Keluarga pasien diberitahu secara bijaksana

5) Pelaksanaan:

- a) Pasien ditempatkan terpisah dari pasien lain.
- b) Pasien didampingi oleh keluarga dan petugas
- c) Memberi penjelasan kepada keluarga tentang keadaan pasien
- d) Usahakan pasien dalam keadaan bersih dan suasana tenang
- e) Bila bibir pasien kering, basahi dengan kain kasa basah
- f) Berikan bantuan kepada keluarga klien untuk kelancaran pelaksanaan upacara keagamaan.

**2. Perawatan pasien yang meninggal:**

a. Pengertian:

Perawatan khusus kepada pasien yang baru saja meninggal.

b. Tujuan:

- 1) Memberihkan dan merapikan jenazah.
- 2) Memberi rasa puas kepada keluarga pasien.

c. Persiapan alat:

- 1) Pakaian khusus (berakshort)
- 2) Pembalut atau verban
- 3) Bengkik
- 4) Pinset
- 5) Kapas lembab dan kain kasa secukupnya
- 6) Peralatan yang diperlukan untuk membersihkan jenazah misal baskom
- 7) Sprei/kain penutup jenazah
- 8) Tempat pakaian kotor
- 9) Surat kematian sesuai peraturan yang berlaku

d. Pelaksanaan:

- 1) Keluarga pasien diberitahu dengan seksama, bagaimana jenazah akan dibersihkan.
- 2) Petugas memakai pakaian khusus.
- 3) Jenazah dibersihkan dan dirapikan sesuai kebutuhan.
- 4) Letak tangan pasien diatur menurut agama.
- 5) Kelopak mata dirapatkan dan lubang-lubang pada tubuh ditutup.
- 6) Mulut dirapatkan dengan cara mengikat dagu
- 7) Kedua kaki dirapatkan, pergelangan kaki dan kedua ibu jari diikat verban.
- 8) Jenazah ditutup rapi dengan kain penutup.
- 9) Surat kematian harus diisi dengan lengkap.
- 10) Jenazah dibawa ke kamar mayat.

Fase berduka menurut Kubler Ross terbagi 5, yaitu:

1. Fase Pengingkaran (Denial)

Fase ini merupakan reaksi pertama individu terhadap kehilangan atau individu tidak percaya, menolak atau tidak menerima kehilangan yang terjadi. Pernyataan yang sering diucapkan adalah “itu tidak mungkin” atau “saya tidak percaya”. Seseorang yang mengalami kehilangan karena kematian orang yang berarti baginya, tetap merasa bahwa orang tersebut masih hidup dia mungkin mengalami halusinasi, melihat orang yang meninggal tersebut berada di tempat yang biasa digunakan atau mendengar suaranya. Perubahan fisik: letih, pucat, mual, diare, gangguan pernafasan, lemah, detak jantung cepat, menangis, gelisah.

2. Fase Marah (Anger)

Fase ini dimulai dengan timbulnya kesadaran akan kenyataan terjadinya kehilangan individu menunjukkan perasaan marah pada diri sendiri atau kepada orang yang berada di lingkungannya. Reaksi fisik yang terjadi pada fase ini antara

lain, muka merah, nadi cepat, susah tidur, tangan mengepal, mau memukul, agresif.

### 3. Fase Tawar Menawar (Bargaining)

Individu yang telah mampu mengekspresikan rasa marah akan kehilangan nya, maka orang tersebut akan maju ke tahap tawar menawar dengan memohon kemurahan TUHAN, individu ingin menunda kehilangan dengan berkata “seandainya saya hati-hati” atau “kalau saja kejadian ini bisa ditunda, Maka saya akan sering berdoa”.

### 4. Fase Depresi

Individu berada dalam suasana berkabung, karena kehilangan merupakan keadaan yang nyata, individu sering menunjukkan sikap menarik diri, tidak mau berbicara atau putus asa dan mungkin sering menangis.

### 5. Fase Penerimaan (Acceptance)

Pada fase ini individu menerima kenyataan kehilangan, misalnya: ya, akhirnya saya harus di operasi, yang harus saya lakukan agar saya cepat sembuh, tanggung jawab mulai timbul dan usaha untuk pemulihan dapat lebih optimal. Secara bertahap perhatiannya beralih pada objek yang baru, dan pikiran yang selalu terpusat pada objek atau orang yang hilang mulai berkurang atau hilang. Jadi, individu yang masuk pada fase penerimaan atau damai, maka dapat mengakhiri proses berduka dan mengatasi perasaan kehilangan nya secara tuntas.

Perbandingan 4 teori tentang berduka:

Perbandingan Empat Teori Proses Berduka			
Engel (1964)	Kubler-Ross (1969)	Martocchio (1985)	Rando (1991)
Shock dan tidak percaya	Menyangkal	Shock and disbelief	Penghindaran
Berkembangnya kesadaran	Marah	Yearning and protest	

Restitusi	Tawar-menawar	Anguish, disorganization and despair	Konfrontasi
Idealization	Depresi	Identification in bereavement	
Reorganization / the out come	Penerimaan	Reorganization and restitution	Akomodasi

Lamanya proses berduka sangat individual dan dapat sampai beberapa tahun lamanya. Fase akut berduka biasanya 6 – 8 minggu, dan penyelesaian respons kehilangan atau berduka secara menyeluruh memerlukan waktu 1 bulan sampai 3 tahun.

#### Rencana Tindakan Asuhan Pada Klien yang Menghadapi Kematian

<b>Tahap</b>	<b>Tindakan</b>
Mengingkari : Mengingkari kenyataan yang ada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jelaskan proses berduka</li> <li>• Beri kesempatan kepada pasien untuk mengungkapkan perasaannya</li> <li>• Mendengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Meningkatkan kesabaran pasien</li> <li>• Secara verbal dukung pasien, tapi jangan dukung pengingkaran yang dilakukan</li> <li>• Menjawab pertanyaan pasien dengan bahasa yang mudah dimengerti, jelas, dan tidak berbelit-belit.</li> <li>• Mengamati dengan cermat respons pasien selama berbicara.</li> <li>• Meningkatkan kesadaran dengan bertahap</li> <li>• Jangan bantah pengingkaran pasien, tetapi sampaikan fakta</li> <li>• Teknik komunikasi diam dan sentuhan</li> <li>• Perhatikan kebutuhan dasar pasien</li> </ul>

Marah: Mencari orang yang salah dalam peristiwa kematian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dorong dan beri waktu kepada pasien untuk mengungkapkan kemarahan secara verbal tanpa melawan dengan kemarahan</li> <li>• Bantu pasien atau keluarga untuk mengerti bahwa marah adalah respon yang normal karena merasakan kehilangan dan ketidakberdayaan</li> <li>• Fasilitasi ungkapan kemarahan pasien dan keluarga</li> <li>• Hindari menarik diri dan dendam karena pasien /keluarga bukan marah pada perawat</li> <li>• Tangani kebutuhan pasien pada segala reaksi kemarahan nya.</li> </ul>
Tawar-menawar: Keinginan menunda realitas kematian	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bantu pasien untuk mengidentifikasi rasa bersalah dan rasa takutnya</li> <li>• Dengarkan dengan penuh perhatian</li> <li>• Ajak pasien bicara untuk mengurangi rasa bersalah dan ketakutan yang tidak rasional</li> <li>• Berikan dukungan spiritual</li> </ul>
Depresi: Kenyataan tidak dapat dipungkiri	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identifikasi tingkat depresi dan bantu mengurangi rasa bersalah</li> <li>• Berikan kesempatan kepada pasien untuk mengekspresikan kesedihannya</li> <li>• Beri dukungan non verbal dengan cara duduk disamping pasien dan memegang tangan pasien</li> <li>• Hargai perasaan pasien</li> <li>• Bersama pasien bahas pikiran negatif yang sering timbul</li> <li>• Latih pasien dalam mengidentifikasi hal positif yang masih dimiliki</li> </ul>



<p>Penerimaan: Berusaha menerima dan adaptasi</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sediakan waktu untuk mengunjungi pasien secara teratur</li> <li>• Bantu klien untuk berbagi rasa ,karena biasanya tiap anggota tidak berada di tahap yang sama pada saat yang bersamaan.</li> <li>• Bantu pasien dalam mengidentifikasi rencana kegiatan yang akan dilakukan setelah masa berkabung telah dilalui.</li> <li>• Jika keluarga mengikuti proses pemakaman,hal yang dapat dilakukan adalah ziarah (menerima kenyataan),melihat foto-foto proses pemakaman</li> </ul>
-------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## DAFTAR PUSTAKA

- Alkaf, S. (2016) 'Terapi Paliatif bagi Penderita Kanker Ginekologi', *JK Unila*, 1(2), pp. 436–442.
- Anandany, A. and Suryanto (2019) 'Model Layanan Psikososial (Psychosocial Care)', *Prosiding Seminar Nasional 2020 Fakultas Psikologi Umby*, pp. 98–109.
- Baxter, S. *et al.* (2014) *Global atlas of palliative care at the end of life*. England: Worldwide Palliative Care Alliance.
- Grant, M. (2016) 'Introducing Palliative Care', *Advanced Practice Palliative Nursing*, pp. 371–378. doi: 10.1093/med/9780190204747.003.0038.
- Kelley, S. A. and Meier, E. D. (2010) 'Palliative Care — A Shifting Paradigm', *The New Journal of Medicine*, 363(8), pp. 781–782.
- Leuna, M. F. C. and Rantung, J. (2019) 'Studi Fenomenologi Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Asuhan Keperawatan Paliatif Pada Pasien Dengan Penyakit Terminal Di Ruang Icu Rumah Sakit Advent Bandung', *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 4(2), pp. 78–103. doi: 10.35974/jsk.v4i2.718.
- Muckaden, M. *et al.* (2011) 'Pediatric palliative care: theory to practice', *Indian journal of palliative care*, pp. S52–60. doi: 10.4103/0973-1075.76244.
- Muntamah, U. (2020) *Panduan Perawatan Paliatif HIV/AIDS*. Surakarta: Yuma Pustaka.
- Ningsih, N. S. (2011) *Pengalaman Perawat Dalam Memberikan Perawatan Paliatif Pada Anak Dengan Kanker Di Wilayah Jakarta*. Universitas Indonesia.
- Payne, A. (2005) 'Introducing Palliative Care', *Psycho Oncology*, 14(1), p. 80. doi: 10.1002/Pon.88.

- Radhakrishnan, K. *et al.* (2017) 'Community-based game intervention to improve South Asian Indian Americans' engagement with advanced care planning', *Ethnicity & Health*, 24(6), pp. 705–723. doi: 10.1080/13557858.2017.1357068.
- Ulfiana, E. and Has, Mar'ah Mishbahatul Eka Rachmawati, D. P. (2013) 'Pengembangan Palliative Community Health Nursing (PCHN) Untuk Meningkatkan Kemandirian Keluarga Dalam Merawat Penderita Kanker Di Rumah', *Jurnal Ners*, 8(2), pp. 309–316.
- WHO (2013) 'Definition of Palliative Care'.
- Yodang (2018) *Buku Ajar Keperawatan Paliatif Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2015*. Jakarta: Trans Info media.
- Anita, A. (2016) 'Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker', *Jurnal Kesehatan*, 7(3), p. 508. doi: 10.26630/jk.v7i3.237.
- Avisha, R. N. *et al.* (2018) 'Pelatihan Manajemen Gizi Dan Perawatan Paliatif Pada Relawan Rumah Singgah Sedekah Rombongan Semarang', *Info*, 19(2), pp. 85–94.
- Destisary, S. M., Lumadi, S. A. and Handian, F. I. (2021) 'Pengalaman Perawat dalam Merawat Pasien Fase End of Life di Ruang ICU', *Jurnal Gawat Darurat*, 3(1), pp. 29–42.
- Enggune, M. *et al.* (2016) 'Persepsi perawat neurosurgical critical care unit terhadap perawatan pasien menjelang ajal nurses perception toward end-of-life care', *Jurnal JKP*, 2(April 2014), pp. 35–42.
- Izah, N., Handayani, F. and Kusuma, H. (2020) 'Sikap Perawat terhadap Persiapan Kematian pada Pasien Kanker Stadium Lanjut', *Jurnal Ilmu Keperawatan Medikal Bedah*, 3(1), p. 1. doi: 10.32584/jikmb.v3i1.471.
- Kementerian Kesehatan RI (2013) *Pedoman Teknis Pelayanan Paliatif Kanker*.
- Maulana, M Ali, Y. dan F. R. (2018) 'Hubungan Pemberian Asuhan Keperawatan Spiritual Dengan Konsep Diri Pada Pasien Palliative Care Di Rumah Sakit Umum Daerah Dr. Soedarso Pontianak Relationship', *Jurnal Keperawatan*, 70, pp. 1–9.

- Pratitis, N. (2016) 'Efektivitas Problem Solving Training untuk Menurunkan Stres Perawatan pada Family Caregiver Pasien Paliatif', *Persona: Jurnal Psikologi Indonesia*, 5(03), pp. 204–214. doi: 10.30996/persona.v5i03.850.
- Risal, M., Syafitri, K. H. and Sholichim (2021) 'Perawatan Menjelang Ajal Pada Pasien Kritis', *Universitas Mulawarman*, (September).
- Shatri, H. *et al.* (2020) 'Advanced Directives pada Perawatan Paliatif', *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia*, 7(2), p. 125. doi: 10.7454/jpdi.v7i2.315.

## BIODATA PENULIS



**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 Universitas Indonesia Maju (2011). Setelah itu melanjutkan kuliah Magister (S2) Program Studi Ilmu Kesehatan Masyarakat di Universitas Indonesia Maju (2016), dan saat ini sedang menempuh kuliah kembali pada program studi Magister Ilmu Keperawatan dengan peminatan 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, aktif pula dalam kegiatan *home care* dengan keahlian terapi komplementer, melakukan penelitian dengan menghasilkan beberapa jurnal ilmiah dan menghasilkan beberapa karya PkM yang memperoleh HAKI.

## BIODATA PENULIS



**M. Askar, S.Kep.Ns.,M.Kes** lahir di Menge Belawa Kabupaten Wajo Sulawesi Selatan pada tanggal 28 Februari 1980. Anak ketiga dari enam bersaudara pasangan Bapak M. As'ad dan Ibu Aminah. Penulis memulai pendidikan di SD Negeri No. 58 Menge, lulus tahun 1992. Setelah lulus SD, penulis melanjutkan sekolah ke SMP Negeri 1 Belawa, lulus tahun 1995, kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Kota Parepare, lulus tahun 1998.

Setelah lulus SPK, penulis bekerja sebagai tenaga honorer perawat di Kamar Operasi RSUD A. Makkasau Parepare sampai dengan tahun 2000. Penulis selanjutnya mengikuti pendidikan di Program studi D3 Keperawatan Poltekkes Kemenkes Makassar dan lulus pada tahun 2003. Selanjutnya penulis menjadi Guru di SMK Keperawatan Gafur Yahya Kabupaten Mamuju sampai tahun 2004. Penulis kemudian pindah menjadi pengelola di STIKES Nani Hasanuddin Makassar, dan melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan dan Ners di STIKES Nani Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2008. Penulis selanjutnya mengikuti pendidikan S2 Biomedik Konsentrasi Mikrobiologi di Universitas Hasanuddin Makassar dan lulus tahun 2011.

Sejak tahun 2007, penulis diangkat sebagai Pegawai Negeri Sipil di Poltekkes Kemenkes Makassar dan bekerja sebagai instruktur laboratorium di Jurusan Keperawatan dan selanjutnya beralih jabatan sebagai Dosen tetap. Penulis mengajar di Jurusan Keperawatan dan Jurusan Analis Kesehatan Poltekkes Kemenkes Makassar. Pada tahun 2018, penulis diangkat sebagai Kepala Pusat Penjaminan Mutu sampai dengan saat ini.

Buku-buku yang telah dihasilkan oleh penulis sampai dengan saat ini antara lain Buku Ajar Praktik Keperawatan Pediatrik, Buku Ajar Patofisiologi untuk Teknologi Laboratorium Medis, Buku Ajar Anatomi Fisiologi untuk Teknologi Laboratorium Medis, dan Teori Keperawatan Medikal Bedah.

## **BIODATA PENULIS**

**Juliati,S.Kep.Ns.M.Kep** di lahirkan di Tandam Hilir II 20 Juli 1980. Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasarnya di SD Inpres NO.100578 Tandam Hilir II (1993) SMP YPDPA Ulu Brayun (1996) SMA Persiapan Stabat(1999) Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Sumatera Utara (2005) Menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan di Program Pasca Sarjana USU Medan (2013).Penulis bekerja sebagai Staf Pengajar di STIKes Putra Abadi Langkat sejak tahun 2005,sebagai Ketua Program Studi SI Keperawatan dari Tahun 2007 sampai 2021,Menjabat Ketua Penjaminan Mutu (2021-sekarang).



## BIODATA PENULIS



**Dewi Arwini Bugis, S.Kep.,Ns.,M.Kep.**

Lahir di Ambon tanggal 19 Januari 1989. Telah menyelesaikan Studi D3 Keperawatan di Poltekkes Maluku tahun 2008, lulus S1 Keperawatan di Universitas Hasanuddin Makassar tahun 2011 selanjutnya menyelesaikan Pendidikan Profesi Ners Tahun 2012 di Universitas Hassanudin. Pascasarjana, Universitas Hasanuddin tahun 2016 konsentrasi Manajemen Keperawatan pada Program Studi Magister Ilmu Keperawatan. Saat ini sebagai Dosen Tetap Yayasan dan Menjabat sebagai Ketua Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Pasapua Ambon. Pernah menjabat sebagai Wakil Ketua 1 Bidang akademik. Aktif sebagai pengurus PPNI (Persatuan Perawat Nasional Indonesia ) DPW Maluku dan Sebagai Sekretaris APTISI (Asosiasi Perguruan Tinggi Swasta Indonesia) Wilayah XII A Maluku.

## BIODATA PENULIS



**H. Muhammad Basri, S.ST, M.Kes** Lahir di Pinrang Sulawesi Selatan pada tanggal 8 Juli 1968. Anak keempat dari lima bersaudara, lahir dari Bapak Abd Hamid Ali dan Ibu Isinala Umar. Penulis Sekolah di SD Muhammadiyah No. 3 Kab. Pinrang Tamat Tahun 1981, melanjutkan Sekolah di SMP Muhammadiyah Kab. Pinrang Lulus Tahun 1984, kemudian melanjutkan pendidikan di Sekolah Perawat Kesehatan Kota Parepare, lulus tahun 1987.

Setelah Lulus SPK, Penulis bekerja sebagai tenaga Honorer di RS. Fatima Kota Parepare, pada tahun 1988 Penulis menjadi PNS di RS. Tenriawaru Kab. Bone, dan pada tahun 1994 Penulis melanjutkan Pendidikan di Kampus PAM Keperawatan Tidung Program Keguruan dan lulus tahun 1997, lanjut dengan Akta III selama 6 Bulan, pada tahun 1998 Pindah Tugas Ke Perguruan Tinggi Akper Tidung dan menjadi Dosen, selanjutnya penulis melanjutkan Pendidikan di D.IV Perawat Pendidik di Universitas Hasanuddin Makassar Tamat Tahun 1999, sejak tamat di D.IV Perawat Pendidik penulis aktif mengajar di Akper Tidung yang selanjutnya menjadi Poltekkes Kemenkes Makassar sampai Sekarang, Penulis melanjutkan Pendidikan S2 Promosi dan Perilaku Kesehatan tamat Tahun 2007 di Pascasarjana Universitas Hasanuddin Makassar. Pada tahun 2016 penulis diberi Tugas tambahan Sebagai SPI sampai 2021.

Buku-buku yang telah dihasilkan oleh penulis sampai dengan saat ini antara lain Buku Ajar Konsep Dasar Manusia, Buku Ajar Patofisiologi, Buku Ajar Keperawatan Medikal Bedah, dan Buku Ajar Promosi Kesehatan.

## **BIODATA PENULIS**

**Aisyah, S.Kep.Ns.M.Kep** di lahirkan di Sidomulyo 29 Juli 1979. Penulis menyelesaikan Pendidikan Dasarnya di SD Negeri NO.050699 Tanjung Selamat (1992) SMP Negeri I Padang Tualang (1995) SMA Negeri I padang Tualang (1998) D-III Keperawatan STIKes Putra Abadi Langkat (2002) Sarjana Keperawatan dan Profesi Ners Universitas Sumatera Utara (2007) Menyelesaikan pendidikan S2 Magister Keperawatan Peminatan Manajemen Keperawatan di Program Pasca Sarjana USU Medan (2013). Penulis bekerja sebagai Staf Pengajar di STIKes Putra Abadi Langkat sejak tahun 2005, sebagai Pembantu Ketua III pada tahun (2008) sebagai Pembantu Ketua I pada Tahun (2009) dan Tahun 2013 sampai tahun 2022 - sekarang Sebagai Ketua STIKes Putra Abadi Langkat.

## BIODATA PENULIS



**Nasrullah, M.Kes** lahir di Desa Mareje Kecamatan Lembar Kabupaten Lombok Barat. Tahun 1990 Anak dari H Saleh Hambali dan Hj Nurhaini dia adalah seorang ayah dari Kakak Edward dan adik Edwin dan suami dari Suci Handayani, M.Pd. Nasrullah merupakan seorang dosen di salah satu kampus di Lombok tepatnya di Institut Teknologi dan Kesehatan Aspirasi NTB Lombok Timur, saat ini menjabat sebagai kaprodi, selain

sebagai dosen nasrullah juga aktif bekerja sebagai perawat. Adapun riwayat pendidikan . Nasrullah pernah sekolah di SDN 2 Mareje SMP/MTS ISHLAHIL ATHFAL RUMAK dan melanjutkan ke SMAN 1 Gerung kemudian melanjutkan kuliah S1 dan Profesi Ners di Universitas Islam Sultan Agung Semarang, dan S2 di Universitas Qamarul Huda Badaruddin Bagu, Nasrullah juga aktif sebagai editor buku dan artikel. Adapun buku yang pernah diedit yaitu, ***Ekologi Sastra, Model-model Pembelajaran: Mengembangkan Kreativitas dan Keaktifan Peserta Didik Di Sekolah***. Ini adalah buku pertama yang dia tulis semenjak 2020 dia mulai karirnya sebagai penulis karena Nasrullah hobby dengan menulis dan sekarang Nasrullah di sibukkan dengan Tesis, sambil membuat tesis dia sibuk dengan membaca dan menulis jurnal maupun buku.

## BIODATA PENULIS



**Santalia Banne Tondok.** Penulis lahir di ujung bagian timur Indonesia yaitu Kota Jayapura, Papua pada tanggal 02 April 1987. Penulis telah menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan pada Tahun 2009 dan profesi Ners pada Tahun 2010 di Universitas Sariputra Indonesia Tomohon di Manado Sulawesi Utara dan menyelesaikan pendidikan Magister Keperawatan pada Tahun 2020 di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Saat ini penulis bekerja di salah satu institusi pendidikan kesehatan di Papua yaitu Politeknik Kesehatan Kementerian Kesehatan Jayapura sejak Tahun 2010 dan aktif mengajar di prodi Pendidikan Profesi Ners dengan bidang kepakaran Keperawatan Medikal Bedah. Penulis juga melaksanakan tri dharma perguruan tinggi selain pengajaran, penulis aktif juga dalam penelitian dan pengabdian masyarakat di bidang keperawatan dan kesehatan serta menulis di beberapa jurnal keperawatan dan kesehatan.

Email Penulis: [sta.vicky@gmail.com](mailto:sta.vicky@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



**Wibowo Hanafi Ari Susanto, M.Kep**

Staf Dosen Jurusan Keperawatan

Poltekkes Kemenkes Jayapura

Penulis lahir di Klaten tanggal 4 Januari 1987. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi D III Keperawatan Nabire, Jurusan Keperawatan, Poltekkes Kemenkes Jayapura. Menyelesaikan pendidikan S2 pada Prodi Magister Keperawatan, Universitas Muhammadiyah Yogyakarta Tahun 2018. Sampai sekarang penulis aktif mengajar di Prodi D III Keperawatan Nabire dan aktif di organisasi Persatuan Perawat Nasional Indonesia sebagai Sekretaris Dewan Pengurus Daerah Nabire hingga sekarang.

Email : [wibowohanafi@gmail.com](mailto:wibowohanafi@gmail.com)

## BIODATA PENULIS



**Laili Nur Hidayati**, lahir di Klaten, 17 Nopember 1987. Penulis menyelesaikan Pendidikan S2 Program Studi Kesehatan Masyarakat Universitas Hasanuddin tahun 2014. Riwayat pekerjaan sebagai Dosen Tetap di Akademi Keperawatan RS. Marthen Indey Jayapura hingga tahun 2017, dan saat ini penulis aktif sebagai Dosen pengajar beberapa mata kuliah di antaranya Promosi

Kesehatan, Keperawatan Dasar, dan Praktik Klinik Keperawatan Dasar di Program studi D III Keperawatan Merauke Poltekkes Kemenkes Jayapura.

# PERAWATAN *PALIA TIF*

**P**erawatan paliatif merupakan bagian penting dalam perawatan pasien yg terminal yg dapat di lakukan secara sederhana sering kali prioritas utama adalah kualitas hidup dan bukan dari kesembuhan penyakit pasien. tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup dan menggap kematian sebagai proses normal, tidak mempercepat atau menunda kematian, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yg mengganggu, menjaga keseimbangan psikologi dan spiritual, mengusahakan agar penderita tetap aktif sampai akhir hayatnya dan mengusahakan membantu mengatasi duka cita pada keluarga

**PEBERBIT** **HDF PUBLISHING**



Kantor Lombok : Jl. TGH. Badaruddin,  
Blok G-1 BTN. Apernas Kubah Hijau,  
Bagu-Pringgarata, Lombok Tengah.  
Kantor Bima : Jl. Lintas Tente Parado,  
Tangga-Monta, Kab. Bima-NTB  
Website. [hamjahdiha.or.id](http://hamjahdiha.or.id)

ISBN 978-623-8235-04-9

