

PANDUAN PASIEN TAHAP TERMINAL



**Dharma
Nugraha
Hospital**
Est.1996

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
TAHUN 2023**

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Tuhan Yang Maha Esa karena atas rahmatnya Panduan Pasien Tahap Terminal di Rumah Sakit Dharma Nugraha dapat diselesaikan sesuai dengan kebutuhan.

Panduan Pasien tahap terminal disusun sebagai acuan bagi Rumah Sakit Dharma Nugraha dalam memberikan pelayanan kepada pasien tahap terminal dengan upaya memberikan asuhan yang terfokus akan kebutuhan yang unik karena pasien dalam tahap terminal dapat mengalami gejala yang berhubungan dengan masalah psiko sosial, spiritual dan budaya yang berkaitan dengan kematian dan proses kematian.

Pelayanan pasien tahap terminal adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang mengalami penyakit atau menderita sakit yang tidak dapat disembuhkan karena kegagalan fungsi organ atau multiorgan sehingga berada pada tahap akhir kehidupan.

Dalam rangka meningkatkan mutu pelayanan di Rumah Sakit Dharma Nugraha. diperlukan suatu panduan yang dapat dijadikan acuan bagi seluruh praktisi pemberi pelayanan untuk memberikan pelayanan yang holistic kepada pasien tahap terminal.

Jakarta 12, April 2022

Direktur Rumah Sakit Dharma Nugraha

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
DAFTAR ISI	ii
BAB I DEFINISI.....	1
BAB II RUANG LINGKUP	5
BAB III TATA LAKSANA	6
A. DASAR HUKUM	6
B. LINGKUP KEGIATAN PERAWATAN TAHAP TERMINAL.....	6
C. MANFAAT PERAWATAN TAHAP TERMINAL	7
D. SASARAN PELAYANAN TAHAP TERMINAL	8
E. LANGKAH-LANGKAH DALAM PELAYANAN TAHAP TERMINAL	8
F. PERAWATAN TAHAP TERMINAL	8
G. ASPEK KEPERAWATAN TAHAP TERMINAL	13
H. ASPEK MEDIS TAHAP TERMINAL	16
I. PENATALAKSANAAN GEJALA YANG TIMBUL	21
J. PERAWATAN PADA SAAT PASIEN MENINGGAL	39
K. PERAWATAN SETELAH PASIEN MENINGGAL	42
BAB IV DOKUMENTASI	47

LAMPIRAN 10
PERATURAN DIREKTUR
NOMOR 002/PER-DIR/RSDN/
IV/2023 TENTANG
HAK PASIEN DAN KELUARGA

PANDUAN PELAYANAN PASIEN TAHAP TERMINAL

BAB I

DEFINISI

1. **Pelayanan Pasien Tahap Terminal** adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang mengalami penyakit atau menderita sakit yang tidak dapat disembuhkan karena kegagalan fungsi organ atau multiorgan sehingga berada pada tahap akhir kehidupannya.
2. **Kondisi terminal** adalah suatu proses yang progresif menuju kematian berjalan melalui suatu tahapan proses penurunan fisik, psikososial dan spiritual bagi individu (Carpenito, 1995)
3. **Pasien** adalah penerima jasa pelayanan kesehatan di rumah sakit baik dalam keadaan sehat maupun sakit.
4. **Pasien terminal** adalah pasien-pasien yang dirawat, yang sudah jelas bahwa mereka akan meninggal atau keadaan mereka makin lama makin memburuk (P.J.M. Stevens, dkk 1999)
5. **Mati klinis** adalah henti nafas (tidak ada gerak nafas spontan) ditambah henti sirkulasi (jantung) total dengan semua aktivitas otak terhenti, tetapi tidak ireversibel.
6. **Mati Biologis** adalah proses mati/ rusaknya semua jaringan, dimulai dengan neuron otak yang menjadi nekrotik setelah kira-kira 1 jam tanpa sirkulasi, diikuti oleh jantung, ginjal, paru dan hati yang menjadi nekrotik selama beberapa jam atau hari.
7. **Mati Batang Otak** adalah keadaan dimana terjadi kerusakan seluruh isi saraf/neuron intrakranial yang tidak dapat pulih termasuk batang otak dan serebelum.
8. **Alat Bantu Napas (Ventilator)** adalah alat yang digunakan untuk membantu sebagian atau seluruh proses ventilasi untuk mempertahankan oksigenasi.

9. **Terminal State** adalah pasien yang berada dalam keadaan yang tidak dapat disembuhkan akibat penyakit yang dideritanya dan tindakan kedokteran sudah sia-sia dapat dilakukan *with drawing life support* atau *with holding life support*
10. **Mengelola Akhir Kehidupan (*End of Life*)** adalah pelayanan tindakan penghentian bantuan hidup (*With drawing life support*) atau penundaan bantuan hidup (*With holding life support*).
11. **Penghentian terapi bantuan hidup (*whith-drawing life supports*)** adalah menghentikan sebagian atau semua bantuan hidup yang sudah diberikan pada pasien
12. **Penundaan terapi bantuan hidup (*with-holding life supports*)** adalah menunda pemberian terapi bantuan hidup baru atau lanjutan tanpa menghentikan terapi bantuan hidup yang sedang berjalan.
13. ***Informed Consent*** dalam profesi kedokteran adalah pernyataan setuju (*consent*) atau ijin dari seseorang (pasien) yang diberikan secara bebas, rasional, tanpa paksaan (*voluntary*) terhadap tindakan kedokteran yang akan dilakukan terhadapnya sesudah mendapatkan informasi yang cukup (*informed*) tentang tindakan kedokteran yang dimaksud.
14. **Transplantasi** adalah rangkaian tindakan medis untuk memindahkan organ dan atau jaringan tubuh manusia yang berasal dari tubuh orang lain atau tubuh sendiri dalam rangka pengobatan untuk menggantikan organ dan atau jaringan tubuh yang tidak berfungsi dengan baik.
15. **Donasi Organ** adalah tindakan memberikan organ tubuh dari donor kepada resipien.
16. **Donor** adalah orang yang menyumbangkan alat dan atau jaringan tubuhnya kepada orang lain untuk keperluan kesehatan
17. **Resipien** adalah orang yang menerima alat dan atau jaringan tubuhnya dari orang lain untuk keperluan kesehatan.
18. **Alat Tubuh Manusia** adalah kumpulan jaringan-jaringan tubuh yang dibentuk oleh beberapa jenis sel dan mempunyai bentuk serta fa'al (fungsi tertentu untuk tubuh tersebut)
19. **Perawatan Paliatif** adalah upaya medis dan keperawatan untuk meningkatkan atau mempertahankan kualitas hidup pasien dalam kondisi terminal.
20. **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*)

- 21. Pelayanan penatalaksanaan nyeri** adalah pelayanan penanggulangan nyeri, terutama nyeri akut, kronik dan kanker dengan prosedur intervensi (*interventional pain management*).
- 22. Hospis** adalah layanan bagi pasien menjelang akhir kehidupan di suatu tempat (rumah, rumah sakit, tempat khusus misalnya panti) dengan suasana seperti di rumah.
- 23. Quality of life** (kualitas hidup pasien) adalah
- Persepsi individu terhadap kondisi hidup saat ini yang dialami berdasarkan budaya atau nilai hidup yang berhubungan dengan tujuan, harapan, dan perhatian (WHO, 1997)
 - 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 :
 - Gejala fisik
 - Kemampuan fungsional (aktivitas)
 - Kesejahteraan keluarga
 - Spiritual
 - Fungsi sosial
 - Kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan)
 - Orientasi masa depan
 - Kehidupan seksual, termasuk gambaran terhadap diri sendiri
 - Fungsi dalam bekerja
- 24. Near Death Experience (pengalaman dekat kematian)** adalah keadaan yang dirasakan sejalan dengan perubahan kondisi fisik yang dialami
- 25. Near Death Awareness (kesadaran dekat kematian)** adalah keadaan yang signifikan menjelang kematian, dapat terjadi tanpa disertai perubahan kondisi fisik, berfungsi untuk menyiapkan diri menghadapi kematian, dan dialami bila pasien dalam kondisi sadar penuh.
- 26. Sakaratul maut (dying)** adalah merupakan kondisi pasien yang sedang menghadapi kematian, yang memiliki berbagai hal dan harapan tertentu untuk meninggal.
- 27. Kematian (death)** adalah :
- Merupakan kondisi terhentinya pernapasan, nadi, dan tekanan darah serta hilangnya respon terhadap stimulus eksternal, ditandai dengan terhentinya aktifitas otak atau terhentinya fungsi jantung dan paru secara menetap.

- b. Hilangnya fase sirkulasi dan respirasi yang irreversible, hilangnya fase keseluruhan otak, termasuk batang otak (dr. H. Ahmadi NH, Sp.KJ)
- c. Dying dan death merupakan dua istilah yang sulit untuk dipisahkan, serta merupakan suatu fenomena tersendiri. Dying lebih ke arah suatu proses, sedangkan death merupakan dari hidup (Eny Retna Ambarawati, 2010).

28. Pendampingan dalam proses kematian adalah suatu pendampingan dalam kehidupan karena mati itu termasuk bagian dari kehidupan, kematian adalah akhir dari kehidupan (P.J.M. Stevens, dkk 1999)

29. Standar Prosedur Operasional (SPO) adalah suatu perangkat instruksi/langkah-langkah yang dibakukan untuk menyelesaikan suatu proses kerja rutin tertentu, berdasarkan standar kompetensi, standar pelayanan kedokteran dan pedoman nasional yang disusun, ditetapkan oleh rumah sakit sesuai kemampuan rumah sakit dengan memperhatikan sumber daya manusia, sarana, prasarana dan peralatan yang tersedia.

BAB II

RUANG LINGKUP

Bahwa dalam rangka menjamin mutu pelayanan di rumah sakit yang sesuai dengan kebutuhan pasien, harus dilaksanakan dengan memenuhi hak pasien dan keluarga, termasuk pada saat pasien dalam tahap terminal (end of life), perlu diberikan asuhan yang komprehensif dan holistik. Pelayanan Pasien Tahap Terminal adalah pelayanan yang diberikan kepada pasien yang mengalami penyakit atau menderita sakit yang tidak dapat disembuhkan karena kegagalan fungsi organ atau multiorgan sehingga berada pada tahap akhir kehidupannya.

Panduan Pelayanan Pasien Tahap Terminal sebagai acuan bagi RS Dharma Nugraha dalam memberikan pelayanan kepada pasien tahap terminal (end of life) dengan upaya memberikan asuhan yang terfokus akan kebutuhan yang unik, karena pasien dalam tahap terminal dapat mengalami gejala yang berhubungan dengan masalah psikososial, spiritual dan budaya yang berkaitan dengan kematian dan proses kematian, disusun dengan ruang lingkup dan tata urutan sebagai berikut :

1. Definisi
2. Ruang Lingkup
3. Kebijakan
4. Tata Laksana
 - a. Dasar Hukum
 - b. Lingkup Kegiatan Perawatan Tahap Terminal
 - c. Manfaat Perawatan Tahap Terminal
 - d. Sasaran Pelayanan Tahap Terminal
 - e. Langkah-Langkah dalam Pelayanan Tahap Terminal
 - f. Perawatan Tahap Terminal
 - g. Aspek Keperawatan Tahap Terminal
 - h. Aspek Medis Tahap Terminal
 - i. Penatalaksanaan Gejala Yang Timbul
 - j. Perawatan pada saat Pasien Meninggal
 - k. Perawatan Setelah Pasien Meninggal
 - l. Penatalaksanaan Perawatan Tahap Terminal pada Anak
 - m. Pengendalian Mutu
5. Dokumentasi

BAB IV

TATA LAKSANA

Pasien yang dalam proses kematian mempunyai kebutuhan khusus untuk dilayani dengan penuh hormat dan kasih. Untuk mencapai ini semua staf harus sadar akan uniknya kebutuhan pasien dalam keadaan akhir kehidupannya. Perhatian terhadap kenyamanan dan martabat pasien mengarahkan semua aspek asuhan selama stadium akhir hidup.

A. DASAR HUKUM

1. Undang-Undang RI Nomor 29 Tahun 2004 tentang Praktik Kedokteran
2. Undang-Undang RI Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
3. Undang-Undang RI Nomor 44 Tahun 2009 tentang Rumah Sakit
4. Undang-Undang RI Nomor 38 Tahun 2014 tentang Keperawatan
5. Peraturan Pemerintah RI Nomor 18 Tahun 1981 tentang Bedah Mayat Klinis dan Bedah Mayat Anatomis Serta Transplantasi Alat dan atau Jaringan Tubuh Manusia
6. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 34 tahun 2017 tentang Akreditasi RS
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 37 Tahun 2014 Tentang Penentuan Kematian dan Pemanfaatan Organ Donor
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 1438/MENKES/PER/IX/2010 tentang Standar Pelayanan Kedokteran
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 290/MENKES/PER/III/2008 tentang Persetujuan Tindakan Kedokteran
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 129/MENKES/SK/II/2008 tentang Standar Pelayanan Minimal Rumah Sakit
11. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 430/Menkes/SK/IV/2007 tentang Pedoman Pengendalian Penyakit Kanker
12. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 812/Menkes/SK/VII/2007 tentang Kebijakan Perawatan Paliatif
13. Standar Nasional Akreditasi Rumah Sakit, Edisi I (SNARS-1), KARS, Kemenkes RI, tahun 2017

B. LINGKUP KEGIATAN PERAWATAN TAHAP TERMINAL

1. **Tata laksana pelayanan tahap terminal**
 - a. Langkah-langkah dalam pelayanan tahap terminal
 - b. Perawatan pasien tahap terminal

- 1) Fase menjelang kematian
 - 2) Masalah yang dapat timbul pada kondisi terminal
 - 3) Perawatan pasien menjelang ajal
 - 4) Palliative sedation
 - 5) Aspek keperawatan
 - 6) Aspek medis
- c. Tata laksana gejala yang timbul pada pasien tahap terminal
 - d. Perawatan pada saat pasien meninggal
 - e. Perawatan setelah pasien meninggal
 - f. Tata laksana perawatan tahap terminal pada anak

2. Prinsip pelayanan tahap terminal

- a. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain
- b. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal
- c. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian
- d. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial, dan spiritual
- e. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin
- f. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita
- g. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya

3. Indikasi pelayanan tahap terminal

- a. Nyeri atau keluhan fisik lainnya yang tidak dapat diatasi
- b. Stres berat sehubungan dengan diagnosis
- c. Penyakit penyerta yang berat
- d. Permasalahan dalam pengambilan keputusan tentang terapi yang akan atau sedang dilakukan
- e. Angka harapan hidup kurang dari 12 bulan
- f. Pada pasien kanker stadium lanjut yang tidak respon dengan terapi yang diberikan

C. MANFAAT PERAWATAN TAHAP TERMINAL

1. Manfaat Bagi Pasien

- a. Segi emosional/ psikososial
- b. Membantu memenuhi kebutuhan fisiologis
 - 1) Kebersihan diri
 - 2) Mengontrol rasa nyeri

- 3) Membebaskan jalan napas
- 4) Bergerak
- 5) Nutrisi
- 6) Eliminasi
- 7) Perubahan sensori
- c. Membantu memenuhi kebutuhan sosial
- d. Membantu memenuhi kebutuhan spiritual

2. Manfaat Bagi Keluarga

- a. Membantu menyiapkan perawatan di rumah setelah dipulangkan dari rumah sakit
- b. Menambah pengetahuan keluarga tentang cara perawatan di rumah

D. SASARAN PELAYANAN TAHAP TERMINAL

- 1. Pasien yang menderita penyakit tahap terminal (dewasa dan anak)
- 2. Anggota keluarga pasien
- 3. Profesional Pemberi Asuhan pasien (dokter, tenaga keperawatan, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya)

E. LANGKAH-LANGKAH DALAM PELAYANAN TAHAP TERMINAL

- 1. Menentukan tujuan perawatan dan harapan pasien
- 2. Membantu pasien dalam membuat wasiat atau keinginan terakhir
- 3. Pengobatan penyakit penyerta dan aspek sosial yang muncul
- 4. Tatalaksana gejala yang timbul (dijelaskan dibawah)
- 5. Informasi dan edukasi perawatan pasien
- 6. Dukungan psikologis, kultural, dan sosial
- 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)

F. PERAWATAN TAHAP TERMINAL

1. Fase Menjelang Kematian

Menurut Elisabeth Kubler-Ross, M.D, ada 5 fase menjelang kematian, yaitu:

- a. **Denial (fase penyangkalan/ pengingkaran diri)**

Dimulai ketika orang disadarkan bahwa ia menderita penyakit yang parah dan dia tidak dapat menerima informasi ini sebagai kebenaran dan bahkan mungkin mengingkarinya. Penyangkalan ini merupakan mekanisme pertahanan yang acapkali ditemukan pada hampir setiap pasien pada saat pertama mendengar berita mengejutkan tentang keadaan dirinya, pada tahap ini individu menyangkal dan bertindak seperti tidak terjadi sesuatu, dia mengingkari bahwa dirinya dalam kondisi terminal. Pernyataan seperti tidak mungkin hal ini tidak akan terjadi pada saya, saya tidak akan mati karena kondisi ini umum di lontarkan pasien.

b. Anger (fase kemarahan)

Terjadi ketika pasien tidak dapat lagi mengingkari kenyataan bahwa ia akan meninggal. Masanya tiba dimana ia mengakui, bahwa kematian memang sudah dekat. Tetapi kesadaran ini seringkali disertai dengan munculnya ketakutan dan kemarahan. Kemarahan ini seringkali diekspresikan dalam sikap rewel dan mencari-cari kesalahan pada pelayanan di rumah sakit atau di rumah. Umumnya pemberi pelayanan tidak menyadari, bahwa tingkah laku pasien sebagai ekspresi dari frustrasi yang dialaminya. Sebenarnya yang dibutuhkan pasien adalah pengertian, bukan argumentasi-argumentasi dari orang-orang yang tersinggung oleh karena kemarahannya, individu melawan kondisi terminalnya, dia dapat bertindak pada seseorang atau lingkungan disekitarnya. Tindakan tidak mau minum obat, menolak tindakan medis, tidak ingin makan, adalah respon yang mungkin di tunjukkan pasien dalam kondisi terminal.

c. Bargaining (fase tawar menawar)

Ini adalah fase di mana pasien akan mulai menawar untuk dapat hidup sedikit lebih lama lagi atau dikurangi penderitaannya. Mereka bisa menjanjikan macam-macam hal kepada Tuhan, "Tuhan, kalau Engkau menyatakan kasih-Mu, dan keajaiban kesembuhan-Mu, maka aku akan mempersembahkan seluruh hidupku untuk melayaniMu." merupakan tahapan proses berduka dimana pasien mencoba menawar waktu untuk hidup cara yang halus atau jelas untuk mencegah kematian. Seperti Tuhan beri saya kesembuhan, jangan cabut nyawaku, saya akan berbuat baik mengikuti program pengobatan.

d. Depression (fase depresi)

Setelah ternyata penyakitnya makin parah, tibalah fase depresi. Penderita merasa putus asa melihat masa depannya yang tanpa harapan. ketika ajal semakin dekat atau kondisi semakin memburuk pasien merasa terlalu sangat kesepian dan menarik diri. Komunikasi terjadi kesenjangan, pasien banyak berdiam diri dan menyendiri.

e. Acceptance (fase menerima / pasrah)

Tidak semua pasien dapat terus menerus bertahan menolak kenyataan yang ia alami. Pada umumnya, setelah jangka waktu tertentu mereka akan dapat menerima kenyataan, bahwa kematian sudah dekat. Mereka mulai kehilangan kegairahan untuk berkomunikasi dan tidak tertarik lagi dengan berita dan persoalan-persoalan disekitarnya, reaksi fisiologis semakin memburuk, pasien mulai menyerah dan pasrah pada keadaan dan putus asa.

Dari tahap-tahap tersebut, rumah sakit memberikan pelayanan yang optimal sesuai kebutuhan asuhan pasien dengan melibatkan peran pihak keluarga pasien menjelang akhir kehidupannya. Peran perawat dalam setiap tahap ini sangatlah penting dengan mengamati perilaku pasien terminal, mengenali pengaruh kondisi terminal terhadap perilaku, dan memberikan dukungan yang empati.

2. Masalah yang dapat timbul pada pasien kondisi terminal antara lain:

- a. Problem oksigenisasi** ; nafas tidak teratur, cepat atau lambat, pernafasan cheyne stokes, sirkulasi perifer menurun, perubahan mental; agitasi-gelisah, tekanan darah menurun, hypoksia, akumulasi sekret, nadi ireguler.
- b. Problem eliminasi** ; Konstipasi, medikasi atau imobilitas memperlambat peristaltik, 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 misal trauma medulla spinalis, oliguri terjadi seiring penurunan intake cairan atau kondisi penyakit misal gagal ginjal
- c. 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
- d. Problem suhu** ; ekstremitas dingin kedinginan sehingga harus memakai selimut

- e. **Problem sensori** ; Penglihatan menjadi kabur, refleks berkedip hilang saat mendekati kematian, menyebabkan kekeringan pada kornea, Pendengaran menurun, kemampuan berkonsentrasi menjadi menurun. penglihatan kabur, pendengaran berkurang, sensasi menurun.
- f. **Problem nyeri** ; ambang nyeri menurun, pengobatan nyeri dilakukan secara intra vena, pasien harus selalu didampingi untuk menurunkan kecemasan dan meningkatkan kenyamanan
- g. **Problem kulit dan mobilitas** ; seringkali tirah baring lama menimbulkan masalah pada kulit sehingga pasien terminal memerlukan perubahan posisi yang sering.
- h. **Masalah psikologis** ; pasien terminal dan orang terdekat biasanya mengalami banyak respon emosi, perasaan marah dan putus asa.

3. Perawatan Pasien Menjelang Ajal

a. Kebutuhan Fisik :

- 1) Pastikan kenyamanan pasien
- 2) Perawatan kulit: jaga kelembaban, perawatan luka dan obat untuk nyeri anticipative
- 3) Perawatan mulut
- 4) Tindakan untuk retensi urin dan feses
- 5) Tidak melakukan test untuk diagnosa, monitoring gula darah, saturasi oksigen, suctioning
- 6) Tidak melakukan pemeriksaan vital sign
- 7) Lakukan assessment gejala setiap 4 jam
- 8) Rubah rute pemberian obat jika per oral tidak dapat dilakukan
- 9) Naikkan dosis jika diperlukan untuk mencapai kenyamanan
- 10) Death rattle: hipersekresi saliva yang menimbulkan suara: rubah posisi, kurangi cairan, berikan atropin 1% tetes mata 1 - 2 drop secara SL
- 11) Bila ada agitasi lakukan sedasi paliatif

b. Kebutuhan psikososial :

- 1) Pastikan keluarga mengerti dan menerima WASIAT
- 2) Berikan dukungan kepada keluarga untuk menghentikan TPN, transfusi, dialisis, hidrasi IV, dan obat yang tidak akan menambah kenyamanan pasien
- 3) Siapkan bantuan sosial worker dan rohaniawan
- 4) Berikan waktu bagi keluarga untuk selalu bersama pasien

- 5) Pastikan **KELUARGA TELAH DIINFORMASIKAN TENTANG TANDA TANDA KEMATIAN dan berikan pendampingan**
- 6) Berikan pendampingan Anticipatory bereavement
- 7) Dukungan bagi anak-anak dan cucu dan beri mereka kesempatan bersama pasien
- 8) Dukungan dalam melakukan ritual sesuai agama, keyakinan dan adat yang dianut

c. Lain-lain :

- 1) Pastikan adanya end of life policy dan lakukan sesuai dengan policy tersebut
- 2) Pastikan wasiat telah didokumentasikan
- 3) Pastikan DNR telah didokumentasikan dan keluarga telah menyetujuinya
- 4) Berikan tempat tersendiri untuk menjaga privasi
- 5) Fasilitasi untuk keluarga yang akan berjaga
- 6) Berikan waktu untuk keluarga tanpa interupsi
- 7) Fasilitasi untuk upacara pemakaman bila memungkinkan

4. Palliative Sedation

- a. Pastikan agitasi dan gelisah bukan karena: cemas, takut, retensi urin, fecal impaction, drug withdrawal.
- b. Pastikan bahwa pasien memiliki gejala yang tidak dapat dikontrol dengan cara penatalaksanaan sesuai pedoman oleh tenaga ahli paliatif
- c. Pastikan bahwa pasien dalam kondisi menjelang ajal (prognosis dibuat oleh sekurang kurangnya 2 dokter yang menyatakan pasien akan meninggal dalam hitungan jam atau hari)
- d. Diskusikan kembali aspek etika pemberian sedasi pada pasien tsb, bahwa tujuannya bukan menghilangkan nyawa/ mengakhiri kehidupan
- e. Dapatkan informed consent tentang sedasi dari pasien atau keluarga
- f. Jelaskan bahwa sedasi adalah memberikan obat secara suntikan yang bersifat kontinyu yang akan membawa pasien pada kondisi tidak sadar
- g. Jelaskan bahwa pemberian sedasi dibarengi dengan penghentian life prolonging therapies dan tidak dilakukannya CPR

Obat yang digunakan:

- 1) Clonazepam 0,5 mg, SC atau IV setiap 12 jam atau 1 - 2 mg/ 24 jam dalam infus, titrasi.

- 2) Midazolam 1 - 5 mg SC setiap 2 jam atau 30mg/24 jam dalam infus, titrasi
- 3) Diazepam 5 - 10 mg IV atau 10 - 20 mg PR, titrasi
- 4) Lorazepam 1 - 2,5 mg SL setiap 2-4 jam, titrasi
- 5) Bila gagal: phenobarbitone 100 – 200 mg SC tiap 4 - 8 jam titrasi dan berikan dalam infus 24 jam

G. ASPEK KEPERAWATAN TAHAP TERMINAL

1. Asesmen Keperawatan

Perawat dapat berbagi penderitaan pasien menjelang ajal dan mengintervensi dengan melakukan asesmen yang tepat sebagai berikut:

a. Asesmen tingkat pemahaman pasien & keluarga

- 1) **Closed Awareness:** pasien dan atau keluarga percaya bahwa pasien akan segera sembuh.
- 2) **Mutual Pretense :** keluarga mengetahui kondisi terminal pasien dan tidak membicarakannya lagi, kadang-kadang keluarga menghindari percakapan tentang kematian demi menghindarkan dari tekanan.
- 3) **Open Awareness :** keluarga telah mengetahui tentang proses kematian dan tidak merasa keberatan untuk memperbincangkannya walaupun terasa sulit dan sakit.

Kesadaran ini membuat keluarga mendapatkan kesempatan untuk menyelesaikan masalah-masalah, bahkan dapat berpartisipasi dalam merencanakan pemakaman. Pada tahapan ini, perawat atau dokter dapat menyampaikan isu yang sensitive bagi keluarga seperti autopsi atau donasi organ.

b. Asesmen faktor fisik pasien

Pada kondisi terminal atau menjelang ajal, pasien dihadapkan pada berbagai masalah menurunnya fisik, perawat harus mampu mengenali perubahan fisik yang terjadi pada pasien terminal meliputi:

1) Pernapasan (breath)

- a) Apakah teratur atau tidak teratur
- b) Apakah ada suara napas tambahan seperti ronki, wheezing, stridor, crackles, dll
- c) Apakah terjadi sesak napas
- d) Apakah ada batuk, bila ada apakah produktif atau tidak

- e) Apakah ada sputum, bila ada bagaimana jumlah, warna, bau dan jenisnya
- f) Apakah memakai ventilasi mekanik (ventilator) atau tidak

2) Kardiovaskuler (blood)

- a) Bagaimana irama jantung, apakah reguler atau ireguler
- b) Bagaimana akral, apakah hangat, kering, merah, dingin, basah dan pucat
- c) Bagaimana pulsasi, apakah sangat kuat, kuat teraba, lemah teraba, hilang timbul atau tidak teraba
- d) Apakah ada pendarahan atau tidak, bila ada dimana lokasinya
- e) Apakah ada CVC atau tidak, bila ada berapa ukurannya dalam CmH₂O
- f) Berapa tensi dan MAP dalam ukuran mmHg,
- g) Lain-lain bila ada

3) Persyarafan (brain)

- a) Bagaimana ukuran GCS total untuk mata, verbal, motorik dan kesadaran pasien
- b) Apakah ada tanda TIK seperti nyeri kepala atau muntah proyektil
- c) Bagaimana konjungtiva, apakah anemis atau kemerahan
- d) Lain-lain bila ada

4) Perkemihan (bladder)

- a) Bagaimana area genital, apakah bersih atau kotor
- b) Berapa jumlah cairan masuk dalam hitungan cc/hari
- c) Bagaimana cara buang air kecil, apakah spontan atau dengan bantuan dower kateter
- d) Bagaimana produksi urin, berapa jumlah cc / jam, bagaimana warnanya, bagaimana baunya

5) Pencernaan (bowel)

- a) Bagaimana nafsu makan, apakah baik atau menurun
- b) Bagaimana porsi makan, habis atau tidak
- c) Minum berapa cc/hari, dengan jenis cairan apa
- d) Apakah mulut bersih, kotor dan berbau
- e) Apakah ada mual atau muntah
- f) Buang air besar berapa kali sehari, apakah teratur atau tidak, bagaimana konsistensi, warna dan bau dari feses

6) Muskuloskeletal / integumen

- a) Bagaimana kemampuan pergerakan sendi, bebas, atau terbatas
- b) Bagaimana warna kulit, apakah ikterus, sianotik, kemerahan, pucat atau hiperpigmentasi
- c) Apakah ada odema atau tidak, bila ada dimana lokasinya
- d) Apakah ada dekubitus atau tidak, bila ada dimana lokasinya
- e) Apakah ada luka atau tidak bila ada dimana lokasinya dan apa jenis lukanya
- f) Apakah ada kontraktur atau tidak, bila ada dimana lokasinya
- g) Apakah ada fraktur atau tidak, bila ada dimana lokasinya dan apa jenis frakturnya
- h) Apakah ada jalur infus atau tidak bila ada dimana lokasinya

c. Asesmen tingkat nyeri pasien

Lakukan asesmen rasa nyeri pasien. Bila nyeri sangat mengganggu, maka segera lakukan manajemen nyeri yang memadai.

d. Asesmen faktor kulturopsikososial

- 1) Tahap Denial : Asesmen pengetahuan pasien, kecemasan pasien dan penerimaan pasien terhadap penyakit, pengobatan dan hasilnya.
- 2) Tahap Anger : pasien menyalahkan semua orang, emosi tidak terkendali, komunikasi ada dan tiada, orientasi pada diri sendiri.
- 3) Tahapan Bargaining : pasien mulai menerima keadaan dan berusaha untuk mengulur waktu, rasa marah sudah berkurang.
- 4) Tahapan Depresi : Asesmen potensial bunuh diri, gunakan kalimat terbuka untuk mendapatkan data dari pasien
- 5) Tahapan Acceptance : Asesmen keinginan pasien untuk istirahat/ menyendiri.

e. Asesmen faktor spiritual

Asesmen kebutuhan pasien akan bimbingan rohani atau seseorang yang dapat membantu kebutuhan spiritualnya, biasanya pada saat pasien sedang berada di tahapan bargaining.

f. Asesmen 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 lainnya muncul pada pasien terminal antara lain ketergantungan, ajal yang terjadi pada pasien terminal.

g. Asesmen 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 pasien mengisolasi diri, sehingga dapat memberikan dukungan sosial bisa dari teman dekat, kerabat/keluarga terdekat untuk selalu menemani pasien.

2. Intervensi Keperawatan

- a. Pertahankan kebersihan tubuh, pakaian dan tempat tidur pasien
- b. Atur posisi tidur yang nyaman untuk pasien
- c. Lakukan “suction” bila terjadi penumpukan secret pada jalan nafas
- d. Berikan nutrisi dan cairan yang adekuat
- e. Lakukan perawatan mata agar tidak terjadi kekeringan/ infeksi kornea
- f. Lakukan oral hygiene
- g. Lakukan reposisi tidur setiap 2 jam sekali dan lakukan masase pada daerah penonjolan tulang dengan menggunakan cream untuk mencegah dekubitus.
- h. Lakukan manajemen nyeri yang memadai
- i. Anjurkan keluarga untuk mendampingi dan mengajak pasien berdoa
- j. Tunjukkan perhatian dan empati serta dukungan kepada keluarga yang berduka
- k. Ajak keluarga untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terhadap asuhan pasien, seperti penghentian bantuan hidup (with drawing life support) atau penundaan bantuan hidup (with holding life support).

H. ASPEK MEDIS TAHAP TERMINAL

Ketika keluarga/ wali meminta dokter menghentikan bantuan hidup (withdrawing life support) atau menunda bantuan hidup (withholding life support) terhadap pasien tersebut, maka dokter harus menghormati pilihan tersebut. Pada situasi tersebut, dokter memiliki legalitas dimata hukum dengan syarat sebelum keputusan penghentian atau penundaan bantuan hidup dilaksanakan, tim dokter telah memberikan informasi kepada keluarga pasien tentang kondisi terminal pasien dan pertimbangan keputusan keluarga/ wali tertulis dalam informed consent.

1. Asesmen Dokter

Anamnesis pasien dan atau keluarga pasien termasuk keluhan saat ini, riwayat penyakit sekarang, riwayat penyakit dahulu. Pemeriksaan fisik secara umum meliputi keadaan umum, kesadaran, tanda-tanda vital, pernapasan, kardiovaskuler, pencernaan, perkemihan, dan semua sistem tubuh yang lain.

2. Intervensi Medis

Ketika pasien mengalami cedera berat atau sakit yang serius, maka beberapa intervensi medis dapat memperpanjang hidup pasien, sebagai berikut:

a. Tindakan Resusitasi Jantung Paru (RJP)

Pemberian bantuan hidup dasar dan lanjut kepada pasien yang mengalami henti napas atau henti jantung. RJP diindikasikan untuk pasien yang tidak bernapas dan tidak menunjukkan tanda –tanda sirkulasi, dan tanpa instruksi DNR di rekam medisnya.

b. Pemakaian Alat Ventilasi Mekanik (Ventilator)

Pemakaian ventilator, ditujukan untuk keadaan tertentu karena penyakit yang berpotensi atau menyebabkan gagal napas.

c. Pemberian Nutrisi

- 1) **Feeding Tube**, Seringkali pasien sakit terminal tidak bisa mendapatkan makanan lewat mulut langsung, sehingga perlu dilakukan pemasangan feeding tube untuk memenuhi nutrisi pasien tersebut
- 2) **Parenteral Nutrition**, adalah sebuah upaya untuk mengirim nutrisi secara langsung ke dalam pembuluh darah, yang berguna untuk menjaga kebutuhan nutrisi pasien.

d. Tindakan Dialisis

Tindakan dialisis diberikan pada pasien terminal yang mengalami penurunan fungsi ginjal, baik yang akut maupun yang kronik dengan LFG < 15 mL/menit. Pada keadaan ini fungsi ginjal sudah sangat menurun sehingga terjadi akumulasi toksin dalam tubuh yang disebut sebagai uremia.

e. Pemberian Antibiotik

Pasien terminal, memiliki risiko infeksi berat 5-10 kali lebih tinggi dibandingkan pasien lainnya. Infeksi berat ini paling sering ditemukan pada saluran pernapasan, saluran kemih, peredaran darah, atau daerah trauma/ operasi. Infeksi tersebut menyebabkan peningkatan morbiditas dan mortalitas, pemanjangan masa perawatan, dan pembengkakan biaya perawatan. Penyebab meningkatnya risiko infeksi ini bersifat multifaktorial, meliputi

penurunan fungsi imun, gangguan fungsi barrier usus, penggunaan antibiotik spektrum luas, katekolamin, penggunaan preparat darah, atau dari alat kesehatan yang digunakan (seperti ventilator).

Pasien menderita penyakit terminal dengan prognose yang buruk hendaknya diinformasikan lebih dini untuk menolak atau menerima bila dilakukan resusitasi maupun ventilator.

3. Withdrawing life support & withholding life support

- a. Pengelolaan akhir kehidupan meliputi penghentian bantuan hidup (withdrawing life support) *dan* penundaan bantuan hidup (with holding life support) yang dilakukan pada pasien yang dirawat di ruang rawat intensive care. Keputusan with drawing/ with holding adalah keputusan medis dan etis yang dilakukan oleh 3 (tiga) dokter yaitu dokter spesialis anesthesiologi atau dokter lain yang memiliki kompetensi dan 2 (dua) orang dokter lain yang ditunjuk oleh komite medis rumah sakit.

- b. Informed Consent

Pada keadaan khusus, dimana perlu adanya tindakan penghentian/ penundaan bantuan hidup (with drawing/ with holding life support) pada seorang pasien, maka harus mendapat persetujuan keluarga terdekat pasien. Persetujuan penghentian/ penundaan bantuan hidup oleh keluarga terdekat pasien harus diberikan secara tertulis (*written consent*) dalam bentuk pernyataan yang tertuang dalam Formulir Pernyataan Pemberian Informasi Kondisi Terminal/ Komunikasi Informasi Edukasi (KIE) yang disimpan dalam rekam medis pasien, dimana pernyataan tersebut diberikan setelah keluarga mendapat penjelasan dari tim DPJP yang bersangkutan mengenai diagnosis, terapi yang sudah diberikan, dan prognosis penyakit.

- c. Terapi bantuan hidup yang dapat dihentikan atau ditunda hanya tindakan yang bersifat terapeutik dan atau perawatan yang bersifat luar biasa (*extra ordinary*), meliputi :

- 1) Rawat di Intensive Care Unit
- 2) Resusitasi Jantung Paru
- 3) Pengendalian disritmia
- 4) Intubasi trakeal
- 5) Ventilasi mekanis
- 6) Obat vasoaktif
- 7) Nutrisi parenteral

- 8) Organ artifisial
- 9) Transplantasi
- 10) Transfusi darah
- 11) Monitoring invasif
- 12) Antibiotika
- 13) Tindakan lain yang ditetapkan dalam standar pelayanan kedokteran
- d. Terapi bantuan hidup yang tidak dapat dihentikan atau ditunda meliputi :
 - 1) Oksigen,
 - 2) Nutrisi enteral
 - 3) Cairan kristaloid

4. Kondisi Terminal

Tidak dilakukan tindakan-tindakan luar biasa, pada pasien-pasien yang jika diterapi hanya memperlambat waktu kematian dan bukan memperpanjang kehidupan. Untuk pasien ini dapat dilakukan penghentian atau penundaan bantuan hidup. Pasien yang masih sadar tapi tanpa harapan, hanya dilakukan tindakan terapeutik/paliatif agar pasien merasa nyaman dan bebas nyeri.

5. Mati Batang Otak (MBO)

- a. Penentuan seseorang MBO hanya dapat dilakukan oleh tim dokter yang terdiri atas 3 orang dokter yang kompeten
- b. Anggota tim sebagaimana dimaksud harus melibatkan dokter spesialis anestesi dan dokter spesialis syaraf
- c. Dalam hal penentuan MBO dilakukan pada calon donor organ, maka tim dokter sebagaimana dimaksud bukan merupakan dokter yang terlibat dalam tindakan transplantasi
- d. Masing-masing anggota tim sebagaimana dimaksud melakukan pemeriksaan secara mandiri dan terpisah
- e. Diagnosis MBO harus dibuat di ruang rawat intensif (intensive care unit)
- f. Pemeriksaan seseorang MBO dilakukan pada pasien dengan keadaan sbb:
 - 1) Koma unresponsive/ GCS 3 atau four score 0;
 - 2) Tidak adanya sikap tubuh yang abnormal (seperti dekortikasi, atau deserebrasi)
 - 3) Tidak adanya gerakan yang tidak terkoordinasi atau sentakan epileptik

- g. Syarat yang harus dipenuhi untuk dapat dilakukan pemeriksaan MBO meliputi :
- 1) Terdapat prakondisi berupa koma dan apnea yang disebabkan oleh kerusakan otak structural ireversibel akibat gangguan yang berpotensi menyebabkan MBO
 - 2) Tidak adanya penyebab koma dan henti napas yang reversibel antara lain karena obat-obatan, intoksikasi, gangguan metabolik dan hipotermia
- h. Prosedur pemeriksaan MBO dilakukan sbb :
- 1) Memastikan arefleksia batang otak yang meliputi :
 - a) Tidak adanya respon terhadap cahaya
 - b) Tidak adanya refleks kornea
 - c) Tidak adanya refleks vestibulo-okular
 - d) Tidak adanya respon motorik dalam distribusi saraf kranial terhadap rangsang adekuat pada area somatik
 - e) Tidak ada refleks muntah (gag reflex) atau refleks batuk terhadap rangsang oleh kateter isap yang dimasukkan kedalam trakea
 - 2) Memastikan keadaan henti napas yang menetap dengan cara :
 - a) Pre-oksigenasi dengan O₂ 100% selama 10 menit
 - b) Memastikan PCO₂ awal testing dalam batas 40-60 mmHg dengan memakai kapnograf dan atau AGD
 - c) Melepaskan pasien dari ventilator, insuflasi trakea dengan O₂ 100% 6 L/menit melalui kateter intra trakeal melewati karina
 - d) Observasi selama 10 menit, bila pasien tetap tidak bernapas, test dinyatakan positif atau berarti henti napas telah menetap
 - 3) Bila tes arefleksia batang otak dan test henti napas sebagaimana dimaksud pada huruf a dan huruf b dinyatakan positif, test harus diulang sekali lagi dengan interval waktu 25 menit sampai 24 jam
 - 4) Bila tes ulangan tetap positif, pasien dinyatakan mati batang otak, walaupun jantung masih berdenyut
 - 5) Bila pada test henti napas timbul aritmia jantung yang mengancam nyawa maka ventilator harus dipasang kembali sehingga tidak dapat dibuat diagnosis mati batang otak

6. Donasi Organ

- a. RS Dharma Nugraha tidak menyelenggarakan pelayanan donasi organ tubuh

- b. Apabila pasien ada keinginan untuk mendonasikan organnya setelah meninggal, maka pasien harus sudah mendapat persetujuan tertulis dari keluarga/ ahli warisnya yang dibuat dengan kertas bermaterai dengan dua orang saksi, dan menyampaikan maksudnya kepada RS Dharma Nugraha.
- c. Sebelum persetujuan donasi organ dibuat, calon donor yang bersangkutan terlebih dahulu diberitahu oleh dokter yang merawatnya dan dokter konsultan mengenai sifat operasi, syarat-syaratnya, akibat-akibatnya, dan kemungkinan-kemungkinan yang dapat terjadi.
- d. Transplantasi alat dan atau jaringan tubuh hanya boleh dilakukan oleh dokter yang bekerja pada sebuah RS yang ditunjuk oleh Menteri Kesehatan
- e. Transplantasi alat dan atau jaringan tubuh manusia tidak boleh dilakukan oleh dokter yang merawat atau mengobati donor yang bersangkutan
- f. Kegiatan donasi organ tidak diperjualbelikan
- g. Prosedur donasi organ pasien MBO, adalah sebagai berikut:
 - 1) Seseorang yang telah membuat testimoni donasi organ harus memberitahukan kepada Tim Rumah Sakit.
 - 2) Ventilator dan terapi diteruskan sampai organ yang dibutuhkan diambil.
 - 3) Khusus pada penentuan MBO untuk donor organ, ketiga dokter yang menyatakan MBO harus tidak ada sangkut paut dengan tindakan transplantasi.
 - 4) Penentuan MBO untuk donor organ hendaknya segera diberitahukan kepada tim transplantasi, dan pembedahan dapat dilaksanakan sesuai kesepakatan tim operasi. Komunikasi dengan tim transplantasi dilakukan sedini mungkin jika ada donor organ dari pasien yang akan dinyatakan MBO

I. PENATALAKSANAAN GEJALA YANG TIMBUL

1. Nyeri

Tatalaksana nyeri sesuai dengan buku panduan manajemen nyeri RS Dharma Nugraha.

2. Gangguan sistem pencernaan

a. Xerostomia

Xerostomia atau mulut kering mungkin tidak menimbulkan rasa haus pada pasien stadium terminal, sehingga perlu diperiksa walaupun pasien tidak mengeluh, untuk melihat apakah ada tanda dehidrasi, inflamasi, kotor atau

tanda infeksi. Penyebab mulut kering bisa berupa kerusakan kelenjar liur, akibat radiasi, kemoterapi atau infeksi, atau efek samping obat seperti Trisiklik, antihistamin, antikolinergik. Dehidrasi dan penggunaan oksigen tanpa pelembab dapat juga menyebabkan mulut kering. Penyebab yang sering adalah adanya infeksi kandida akibat pemakaian steroid yang lama.

Tata laksana :

- 1) Atasi dasar penyebab
- 2) Lakukan perawatan mulut
- 3) Medikamentosa dengan obat kumur

b. Stomatitis

Peradangan pada mulut bisa sangat mengganggu pasien. Stomatitis dapat menyebabkan perubahan rasa yang dapat menyebabkan penurunan nafsu makan. Nyeri yang muncul mengakibatkan pasien tidak dapat makan/minum sehingga pemberian obat dapat terganggu. Stomatitis dapat disebabkan oleh radiasi, kemoterapi, infeksi (jamur, virus, bakteri), pemakaian obat, dan malnutrisi. Pengobatan berupa perawatan mulut dan menghilangkan penyebabnya.

PERAWATAN MULUT

- 1) Mencuci mulut setiap 2 jam dengan air biasa atau air yang dicampur dengan cairan antiseptik kumur (g..argle).
- 2) Jaga kelembaban mulut dengan sering minum
- 3) Untuk mencegah agar bibir tidak pecah pecah, olesi dengan krim dengan bahan dasar lanolin

PENGOBATAN SESUAI PENYEBAB

- 1) Kandidiasis:
Miconazole 2%, 2.5 mg oleskan lalu telan Nystatin 100.000 unit/ml, 1 ml oleskan lalu telan.
Untuk kandidiasis berat: Fluconazol 50 - 100 mg PO/ hari atau ketoconazole 200 mg PO/ hari
- 2) Ulkus Aphtous
Pasta triamcinolone acetone 0.1%/ 8 jam
- 3) Herpes simplex
Lesi tunggal: acyclovir 5% oleskan/4 jam.

Pada kasus berat: acyclovir 400 mg PO/8 jam atau 5mg/kg IV/8 jam
Catatan: cara penggunaan obat dan perawatan mulut yang baik sangat diperlukan agar mencapai hasil optimal.

c. Disfagia/ kesulitan menelan

Terdapat tiga fase yang diperlukan untuk menelan, yaitu :

- 1) fase bukal,
- 2) faringeal dan
- 3) esophageal.

Disfagia dapat terjadi pada ketiga fase tersebut. Penyebab disfagia berbagai macam seperti obstruksi tumor, peradangan yang disebabkan oleh infeksi, radiasi atau kemoterapi, xerostomia, gangguan fungsi neuromuskuler akibat operasi, fibrosis karena radiasi, gangguan saraf kranial dan kelemahan umum. Disfagia dapat disertai dengan odinofagia yang mempersulit keadaan pasien.

Tata laksana pada disfagia orofaringeal:

- 1) Edukasi cara makan seperti posisi duduk agar bisa menelan lebih mudah, dan jenis makanan yang lembut dalam porsi kecil.
- 2) Kortikosteroid sering bermanfaat pada disfagia yang disebabkan oleh obstruksi intrinsik, infiltrasi pada saraf dan disfungsi saraf kranial.
- 3) Akumulasi air liur akibat obstruksi dapat dikurangi dengan obat antikolinergik untuk mencegah aspirasi dan air liur yang mengalir terus menerus yang mengganggu.
- 4) Nutrisi enteral: Pemberian makanan melalui rute lain seperti sonde lambung (Nasogastric tube) atau gastrostomi subkutaneus perlu dipertimbangkan manfaat dan kerugiannya dilihat dari kondisi pasien.

Tata laksana pada disfagi esophageal:

- 1) Kortikosteroid yang diberikan pada waktu singkat: dexametason 8 mg 3 - 5 hari
- 2) Pemberian obat untuk mengurangi refluks asam lambung : omeprazole 1 x 20 mg : atau ranitidine 2x 300mg.

d. Anoreksia/ kakheksia

Anorexia pada pasien stadium lanjut sering kali bukan menjadi keluhan pasien tetapi keluhan keluarga. Hilangnya nafsu makan sering dihubungkan dengan rasa penuh dan cepat kenyang. Anorexia biasanya merupakan gejala

Anorexia -Cachexia Sindrom atau kondisi yang lain. Dengarkan ketakutan dan kecemasan keluarga.

Penjelasan kepada keluarga :

- 1) Tidak bisa makan atau hanya bisa makan sedikit pada pasien stadium lanjut adalah normal, dan berikan makanan apa dan kapan pasien mau. Berikan makanan dalam dosis kecil yang bervariasi dan dalam penyajian yang menarik akan menimbulkan selera.
- 2) Jangan paksakan pasien untuk makan dan hilangkan pikiran bahwa jika pasien tidak makan dia akan meninggal. Yang terjadi adalah karena pasien dalam kondisi terminal, maka tidak mampu untuk makan. Karena makan adalah kebiasaan sosial, mengajak pasien makan di meja makan mungkin akan menimbulkan selera
- 3) Pemberian nutrisi mungkin tidak dapat lagi dimetabolisme pada pasien dengan stadium terminal
- 4) Terdapat resiko yang berhubungan dengan nutrisi artifisial, yaitu: kelebihan cairan, infeksi dan menyebabkan kematian
- 5) Gejala seperti mulut kering, dapat diatasi dengan pemberian cairan sedikit-sedikit dan kebersihan mulut
- 6) Menghentikan nutrisi parenteral dan sonde lambung bisa mengurangi beberapa gejala seperti ketidaknyamanan atau risiko infeksi.
- 7) Jika Pasien ingin makan namun tidak ada nafsu makan, berikan: Kortikosteroid 2 - 4 mg pagi hari akan bermanfaat pada kurang lebih 50% pasien dalam beberapa minggu. Obat lain: megestrol 160- 800 mg pagi hari.

e. Mual/ muntah

Mual dan muntah adalah salah satu keluhan yang sangat mengganggu pasien. Penyebabnya biasanya lebih dari satu macam. Mual dapat terjadi terus menerus atau intermiten. Muntah sering disertai dengan mual, kecuali pada obstruksi gastrointestinal atau peningkatan tekanan intracranial.

Tata laksana mual dan muntah harus disesuaikan dengan penyebabnya.

f. Konstipasi

Terdapat berbagai penyebab konstipasi pada pasien dengan penyakit stadium lanjut sbb:

- 1) Diet rendah serat, kekurangan cairan
- 2) Imobilitas

- 3) Tidak segera ke toilet pada saat rasa bab muncul
- 4) Obat: opioid, anti-cholinergic, antacid yang mengandung alumunium, zat besi, antispasmodic, antipsikotik/anxiolitik
- 6) Obstruksi saluran cerna: faeces, tumor, perlengketan
- 7) Gangguan metabolisme: hiperkalsemia
- 8) Gangguan saraf gastrointestinal, neuropati saraf otonom

Tata laksana:

Atasi dasar penyebab :

- 1) Anjurkan makanan tinggi serat dan tingkatan jumlah cairan
- 2) Anjurkan pasien untuk banyak bergerak bila mungkin
- 3) Berikan respon yang cepat bila pasien ingin buang air besar
- 4) Hentikan atau kurangi obat yang menyebabkan konstipasi
- 5) Koreksi hiperkalsemia
- 6) Atasi obstruksi bila mungkin
- 7) Gunakan penyangga kaki untuk meningkatkan kekuatan otot abdomen

Medikamentosa :

- 1) Obat untuk mencegah konstipasi harus diberikan pada pasien yang mendapat opioid. Gunakan laksatif yang mengandung pelembut faeces dan stimulant peristaltik.
- 2) Bila konstipasi telah terjadi: bisacodyl 10 mg dan glyserin supositoria. Jangan berikan laxative stimulant pada obstruksi.
- 3) Gunakan laksatif pelembut feses atau osmotik pada obstruksi partial.
- 4) Jika pemberian laksatif gagal, lakukan Rectal Touch :
 - Jika feses encer: berikan 2 tablet bisacodyl atau microlax
 - Jika feses keras, berikan 2 gliserin supositoria
 - Jika rectum kosong, lakukan foto abdomen

g. Diare

Penyebab diare ada beberapa macam. Diantaranya adalah adanya infeksi, malabsorpsi, obstruksi partial, karsinoma kolorektal, kompresi tulang belakang, penggunaan antibiotik, kemoterapi atau radiasi, dan kecemasan.

Tata laksana diare sesuai dengan penyebabnya.

- 1) Pada malabsorpsi, pemberian enzim pancreas akan bermanfaat
- 2) Lakukan perawatan kulit dengan zinc oxide

h. Obstruksi gastrointestinal

Obstruksi gastrointestinal adalah hal yang sulit pada pasien tahap terminal. Penyebabnya dapat mekanik atau paralitik. Penyumbatan bisa terjadi baik intraluminal atau ekstraluminal akibat inflamasi atau metastase. Obstruksi dapat terjadi beberapa tempat pada pasien dengan keterlibatan bagian peritoneal. Obat yang diberikan dapat memperparah konstipasi.

Tata laksana:

Atasai dasar penyebab :

Obstruksi tunggal pada pasien tanpa asites dan karsinomatosis yang luas bisa dipertimbangkan untuk operasi

Medikamentosa :

- 1) Ditujukan untuk mengurangi mual, muntah dan nyeri
- 2) Bila terjadi kolik, gunakan obat untuk mengurangi sekresi dan antispasmodik seperti hyosine butylbromide
- 3) Obat laksatif yang merangsang peristaltik dan obat prokinetik harus dihentikan
- 4) Laksatif pelembut feses diberikan pada obstruksi parsial
- 5) 1/3 pasien mengalami perbaikan dengan sendirinya, tunggu 7 - 10 hari
- 6) Bila tidak ada perubahan, berikan dexametason 10 mg SK atau methylprednisolon 40 mg IV dalam 1 jam.
- 7) Bila hyoscine butylbromide gagal menghentikan muntah, berikan octreotide untuk mengurangi distensi, muntah dan nyeri.
- 8) Ranitidin 300 mg 2x/hari mengurangi sekresi lambung
- 9) Haloperidol 0,5 - 2,5 mg PO/SC 2x/hari untuk mengurangi muntah
- 10) 5HT-receptor antagonis diperlukan karena tekanan intraluminal akan menghasilkan 5HT dan merangsang muntah

Non Medikamentosa:

- 1) Kurangi cairan parenteral untuk menurunkan sekresi intraluminer yang menyebabkan muntah dan distensi.
- 2) Cairan oral untuk obstruksi atas 500ml/24 jam, sedang untuk obstruksi bawah 1000ml/24jam.

i. Gangguan fungsi hati dan ensefalopati

Gangguan fungsi hati berat yang menuju ke gagal hati dapat terjadi pada pasien dengan metastase hati atau obstruksi saluran empedu. Namun dapat juga terjadi karena obat, radiasi, infeksi virus, sumbatan vena hepatis akibat thrombosis. Keadaan yang dapat memacu ensefalopati adalah kenaikan

produksi ammonia, hipovolemia, gangguan metabolisme, obat yang menekan SSP, kelebihan protein, pemberian diuretik, infeksi, perdarahan, uremia.

Gejala gagal fungsi hati meliputi kenaikan enzim hati, ikterik, asites, gatal, penurunan albumin, peningkatan INR dan ensefalopati. Konsentrasi albumin dan INR menggambarkan kapasitas metabolik. Pada gangguan fungsi hati berat turunkan dosis obat sampai 50%.

Tata laksana:

Bila keadaan ini terjadi pada stadium terminal, prinsipnya adalah kenyamanan pasien. Pada ensefalopati hentikan obat-obat yang memacu timbulnya gejala ensefalopati, batasi diet protein dan laktulose 30mg/8 jam untuk menurunkan produksi ammonia. Halusinasi dan psikosis obati dengan haloperidol dan chlorpromazine. Pada pasien terminal penggunaan obat yang menekan SSP tidak menjadi kontraindikasi.

j. Asites

Bentuk asites transudatif atau eksudatif dapat terjadi pada pasien kanker. Penanganan kedua bentuk asites berupa paracentesis abdomen, bila menyebabkan rasa tidak nyaman atau mengganggu gerakan diafragma. Paracentesis dilakukan perlahan-lahan selama beberapa jam untuk menghindari gangguan volume pada sirkulasi darah. Pada dasarnya volume cairan yang dikeluarkan hanya sebatas menghilangkan rasa tidak nyaman agar tidak terlalu banyak protein yang hilang. Prosedur ini mungkin perlu dilakukan berulang kali, karena biasanya cepat terjadi akumulasi lagi.

Diuretik dapat mengurangi asites, terutama jika terjadi hipoproteinemia atau gagal jantung stadium lanjut. Obat yang digunakan adalah:

- 1) Spironolacton 25 mg - 450 mg PO dalam dosis terbagi
- 2) Furosemide 40mg - 80 mg PO

Awasikan gangguan elektrolit yang bisa muncul karena penggunaan diuretik dan koreksi bila perlu

3. Gangguan sistem pernapasan

a. Sesak Napas

Sesak nafas merupakan gejala yang menakutkan pasien, karena dihubungkan dengan waktu kematian yang sudah dekat. Sesak nafas dapat merupakan gejala kronis seiring dengan progresifitas penyakit, namun bisa juga merupakan gejala akut.

Sesak nafas akut merupakan gejala yang biasanya lebih dapat diatasi dibanding dengan sesak nafas yang terjadi secara kronis. Menentukan faktor yang bersifat *reversible* sangat bermanfaat dalam penanganan sesak nafas.

Penilaian sesak nafas terhadap pasien melalui anamnesa meliputi:

- 1) Tingkat beratnya sesak nafas: ringan, sedang, berat
- 2) Akut atau kronik
- 3) Frekwensi sesak nafas
- 4) Kualitas sesak nafas: kesulitan inspirasi/ ekspirasi
- 5) Faktor yang memperberat atau memperingan

Selain itu, perlu diketahui pengertian pasien terhadap gejala ini, efek yang timbul akibat sesak nafas nafas dan beratnya efek tersebut dan dampaknya terhadap fungsi tubuh.

Kelainan yang mendasari mungkin dapat diketahui melalui hal hal di bawah ini:

- 1) Riwayat penyakit dahulu dan sekarang (penyakit paru atau jantung, kelemahan muskuler akibat kaheksia atau penyakit motor neuron, metastase paru)
- 2) Pemeriksaan fisik: bronkokonstriksi, efusi plesura, gagal jantung atau gangguan diafragma
- 3) Pemeriksaan lain: foto toraks, saturasi oksigen dan analis agas darah
- 4) Respon terhadap pengobatan yang diberikan.

Karena penyebabnya sering multifaktorial, kadang sulit diatasi. Sesak nafas bisa diakibatkan oleh:

- 1) Obstruksi jalan nafas: tumor yang menyebabkan obstruksi intrinsik, atau ekstrinsik,
- 2) kelumpuhan laring, striktur akibat radiasi
- 3) Penurunan volume paru: efusi pleura, pneumotoraks, tumor, paru yang kolaps, infeksi, asites
- 4) Kekakuan paru: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis
- 5) Penurunan pertukaran gas: edema paru, fibrosis, limfangitis karsinomatosis, emboli, trombus, gangguan sirkulasi paru
- 6) Nyeri: pleuritik, infiltrasi dinding dada, fraktur costa atau vertebra
- 7) Gangguan neuromuskuler :paraplegia, kelumpuhan nervus frenikus, kaheksia, paraneuroplastik sindrom
- 5) Gagal jantung kiri

- 6) Ventilasi yang meningkat: cemas, anemia, asidosis metabolik

Tata laksana:

Atasi Penyebab :

- 1) kanker: radiasi, kemoterapi
- 2) Efusi pleura: pungsi, pleurodosis
- 3) Penyempitan bronkus:stent
- 4) Anemia: transfusi
- 5) Penyakit penyerta: jantung atau kelainan paru
- 6) Infeksi: antibiotik

Non Medikamentosa:

- 1) Dukungan psikososial: bahas tentang kecemasan dan ketakutan dengan mendengarkan secara aktif, pemberian penjelasan dan yakinkan.
- 2) Atur posisi nyaman
- 3) Ajarkan cara menggunakan dan menyimpan energi
- 4) Fisioterapi : cara bernapas
- 5) Relaksasi : terapi musik, aromaterapi
- 6) Aliran udara segar : buka jendela, fan

Medikamentosa

- 1) Opioid: morfin menurunkan sensasi sesak nafas tanpa menyebabkan depresi
- 2) pernafasan. Untuk pasien naif opioid, berikan IR mofin 2.5 - 5 mg PO atau morfin 1 - 2.5 mg SK. Jika berlanjut SR 10 mg/24 jam secara teratur.
- 3) Pada pasien yang telah mendapat morfin sebelumnya, berikan dosis 1/12 -1/6 dosis dasar. Bila berlanjut, naikkan dosisi dasar 30 - 50%.
- 4) Oksigen: bila terjadi hipoksia
- 5) Cemas dan panik: Alprazolam 0,125 PO 2x sehari atau klonazepam 0,25 PO 2x/hari atau diazepam 2 mg PO, 2x sehari. Bila tidak berhasil: midazolam 2.5 mg SC
- 6) Nebulizer: gunakan saline
- 7) Bronkodilator: salbutamol bila terjadi obstruksi
- 8) Kortikosteroid: pada limfangitis karsinomatosa, obstruksi bronkus atau pneumonitis radiasi
- 9) Diuretik: Gagal Jantung Kongestif dan edema paru
- 10) Antikolinergik : untuk sekresi yang berlebihan

b. Batuk

Penyebab batuk yang terbanyak pada pasien paliatif adalah:

- 1) Penyakit penyerta: asma Bronkial, infeksi, COPD, CHF
- 2) Kanker paru atau metastase paru,
- 3) Efusi pleura
- 4) Aspirasi, gangguan menelan
- 5) Limfangitis karsinomatosis
- 6) Gangguan saraf laring dan Sindrom Vena Cava Superior

Medikamentosa :

- 1) Batuk dengan sputum: nebulizer salin, bronkodilator, fisioterapi
- 2) Batuk kering: codein atau morfin
- 3) Oksigen rendah untuk batuk karena emfisema
- 4) Kortikosteroid: untuk batuk karena tumor endobronkial, limfangitis, pneumonitis akibat radiasi

c. Cekukan (hiccups)

Penyebab antara lain:

- 1) Distensi gaster
- 2) Iritasi diafragma
- 3) Iritasi nervus vagus atau nervus frenikus
- 4) Gangguan metabolic: uremia, gangguan fungsi hati

Tata laksana:

Atasi Dasar Penyebab:

Distensi abdomen: metochlopramide jika tidak ada kontraindikasi

Non Medikamentosa:

- 1) Stimulasi faring dengan air dingin Medikamentosa:
- 2) Haloperidol 0,5 mg - 5 mg/hari
- 3) Baclofen 3x 5mg, dosis sesuaikan pada gangguan ginjal
- 4) Kortikosteroid

d. Batuk Darah (hemoptisis)

Penyebab batuk darah pada pasien paliatif adalah:

- 1) Erosi tumor
- 2) Infeksi
- 3) Emboli paru atau gangguan pembekuan darah

Tata laksana:

- 1) Atasi penyebab bila memungkinkan

- 2) Perdarahan ringan yang terlihat pada sputum tidak memerlukan tindakan spesifik
- 3) Bila perdarahan berlanjut: asam transeksamat min 3 x 1gr - 1.5 g/hari, pertimbangkan radiasi.
- 4) Pada perdarahan massif, tindakan invasive tidak layak dilakukan. Berikan midazolam 2,5 mg- 10 mg SK untuk mengurangi kecemasan dan rasa takut.
- 5) Gunakan kain/handuk berwarna gelap untuk menampung darah yang keluar agar pasien/keluarga tidak takut

e. Fatik

Kelemahan umum dan cepat lelah adalah keluhan yang banyak dijumpai pada pasien paliatif. Hal ini sangat mempengaruhi kualitas hidup pasien. Bagi keluarga, timbulnya keluhan ini sering diinterpretasikan bahwa pasien menyerah.

Penyebab fatik bermacam macam, seperti gangguan elektrolit, gangguan tidur, dehidrasi, anemia, malnutrisi, hipoksemia, infeksi, gangguan metabolisme, penggunaan obat dan modalitas pengobatan lain seperti kemoterapi atau radiasi, komorbiditas, progresifitas penyakit dan gangguan emosi.

Tata laksana:

- 1) Koreksi yang dapat dikoreksi: gangguan tidur, gangguan elektrolit, dehidrasi, anemia, infeksi
- 2) Review penggunaan obat
- 3) Non medikamentosa : Olahraga, fisioterapi dan okupasional terapi akan menambah kebugaran, meningkatkan kualitas tidur, memperbaiki emosi dan kualitas hidup.
- 4) Medikamentosa : dexametason 2 mg pagi hari. Bila dalam 5 hari tidak menunjukkan perbaikan, hentikan

4. Gangguan Kulit

a. Pruritus

Gatal adalah keluhan yang mengganggu. Tidak semua gatal berhubungan dengan pelepasan histamin. Gatal akibat uremia atau kolestasis karena adanya memiliki jalur melalui reseptor opioid. Serotonin dan prostaglandin mungkin juga terlibat.

Penyebab:

- 1) Gangguan fungsi hati dan ginjal
- 2) Alergi obat/makanan
- 3) Obat: opioid atau vasodilator
- 4) Penyakit endokrin
- 5) Kekurangan zat besi
- 6) Limfoma
- 7) Rangsangan sensorik: baju yang kasar
- 8) Parasit
- 9) Faktor psikologi Tata laksana:

Atasi penyebabnya

- 1) Hentikan obat penyebab seperti rifampisin, benzodiazepin
- 2) Gunakan pelembab kulit
- 3) Jangan gunakan sabun mandi
- 4) Jaga kelembaban ruangan
- 5) Obat: antihistamin klorfeniramin 4 mg, cholesteramin 4 - 8 mg/hari,

b. Keringat berlebih (hyperhidrosis)

Keringat berlebihan disebabkan oleh berbagai macam hal seperti udara yang panas, gangguan emosi (keringat di axial, telapak tangan atau kaki), lymphoma, metastase hati, dan karsinoid (keringat malam), infeksi dan obat-obatan.

Penatalaksanaan:

Hilangkan penyebabnya.

Medikamentosa :

- 1) NSAID: diclofenac bekerja melalui prostaglandin di hypothalamus
- 2) Cimetidin 400mg-800mg malam hari bekerja melalui reseptor histamine di kulit
- 3) Deksametason
- 4) Parasetamol untuk keringat malam

c. Dekubitus

Kerusakan kulit banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut akibat iskemia yang disebabkan hal-hal seperti : tekanan, gesekan, perawatan yang tidak benar, urin atau feces atau infeksi. Jaringan yang rapuh disebabkan oleh penurunan berat badan, ketuaan, malnutrisi, anemia, edema, kortikosteroid, kemoterapi, radiasi. Imobilitas dan gangguan sensorik juga menyebabkan kerusakan kulit yang lebih mudah.

Tingkatan dekubitus:

Tingkat 1 kulit intake, eritema, pembengkakan/ indurasi jaringan lunak

Tingkat 2 kulit pecah, ulserasi dangkal sampai ke lapisan epidermis/dermis

Tingkat 3 ulserasi sampai ke jaringan ke subkutan, terdapat jaringan nekrotik

Tingkat 4 ulserasi sampai ke fasia, otot atau tulang

Pencegahan:

- 1) Identifikasi pasien dengan resiko tinggi
- 2) Jaga kebersihan kulit dan kulit harus kering
- 3) Hindari trauma: bila mengeringkan kulit jangan dengan cara digosok, hindari memijat dengan keras, menggeser pasien, pakaian basah, kontaminasi feses atau urin, pakaian atau alas tidur yang kasar, kelebihan cahaya, sabun yang keras dan mengosok dengan alkohol
- 4) Gantikan posisi badan dan gunakan kasur anti dekubitus
- 5) Perhatikan pemakaian obat: kortikosteroid, sedasif, analgesik Tata laksana
- 6) Bersihkan dengan larutan salin
- 7) Debridement: enzyme, larutan hidrofilik
- 8) Memacu tumbuhnya jaringan (superficial: membran semipermeabel, dalam: larutan hidrokoloid impermeabel)
- 9) Antibiotik sistemik bila ada infeksi
- 10) Analgetik bila terdapat nyeri
- 11) Menghilangkan bau: metronidazole.

5. Gangguan Sistem Saluran Kemih**a. Hematuria**

Kemungkinan penyebab adalah ;

- 1) Infeksi sistitis, prostatitis, urethritis, septikemia
- 2) Malignansi tumor primer atau sekunder
- 3) Iatrogenic nefrostomi, pemasangan stent atau kateter, emboli
- 4) Gangguan hemostasis
- 5) Penyakit ginjal
- 6) Urolitiasis

Penatalaksanaan sesuai penyebab yang ada. Jika perdarahan ringan, intervensi khusus sering tidak diperlukan. Pada perdarahan berat, kateter

khusus diperlukan untuk mengeluarkan bekuan darah. Pencucian vesika urinaria dilakukan secara kontinu.

b. Urgensi/ frekuensi

Penyebab frekuensi adalah poliuri, inflamasi, kapasitas vesika urinaria yang menurun, hiperaktivitas detrusor dan obstruksi traktus urinarius bawah. Volume yang berlebihan atau vesika urinaria yang tidak normal menyebabkan urgensi.

Tata laksana:

- 1) Antikolinergik: oxybutynin 2.5 - 5 mg oral/ 6-8 jam
- 2) Hyoscine butylbromide 30 - 180 mg/24 jam infus SC
- 3) Phenazopyridin (efek anestesi lokal): 100 - 200 mg PO/ 8 jam

c. Inkontinensia urin

Inkontinensia urin banyak terjadi pada pasien stadium lanjut yang menyebabkan iritasi serius pada kulit dan perineum.

Penyebab:

- 1) Overflow inkontinensia
- 2) Obstruksi Vesika Urinaria akibat infiltrasi sel kanker, hipertropi prostat, *faecal impaction*, striktura, Gangguan detrusor efek samping antikolinergik, gangguan saraf spinal, *somnolence*, bingung, demensia, kelemahan umum
- 3) Stress inkontinensia : Insufisiensi sphincter, gangguan saraf spinal atau sacral, infiltrasi kanker, Operasi, menopause, multipara
- 4) Urge inkontinensia : Hiperaktifitas detrusor poliuria, infeksi, inflamasi, infiltrasi, radiasi, kemoterapi, Gangguan SSP atau saraf spinal, dan kecemasan
- 5) Continues inkontinensia : Fistula , infiltrasi, operasi, radiasi

Tata laksana:

- 1) Atasi penyebab
- 2) Cara umum Mempermudah akses ke toilet
 - Bantu untuk dapat menggunakan fasilitas yang ada
 - Buang Air Kecil secara teratur
 - Hindari cairan yang berlebihan
 - Evaluasi obat yang digunakan
 - Kateterisasi
 - Perawatan kulit

3) Obat

- Penghambat alfa : prazosin 0,5-1 mg PO/12 jam
- Kolinergik : bethanecol 5 - 30 mg PO/ 6 jam
- Adrenegik : ephedrine 25 - 50 mg PO/8 jam
- Antidepresant

6. Gangguan Hematologi

a. Anemia

Anemia Penyakit Kronis (Anaemia Chronic Disorder) disebabkan oleh supresi produksi eritropoietin dan eritropoiesis yang diatur interleukin-1. Selain itu, produksi transferin yang terganggu menyebabkan kemampuan untuk menyimpan zat besi dan kemampuan hidup sel darah merah menjadi lebih pendek.

Tata laksana :

Obati pasien bukan hasil laboratoriumnya. Lemah dan cepat lelah bisa dikarenakan oleh anemia. Transfusi darah dianjurkan pada pasien dengan kelemahan dan cepat lelah bila terdapat anemia. Sebagai alternatif, gunakan epoetin 150-300 IU/kg SC 3x seminggu. Pasien dengan cadangan bone marrow yang adekuat (neutrofil $>1,5 \times 10^9$ dan platelet > 100.00) akan memberi respon yang baik, dengan kenaikan $>1\text{g/dl}$ dalam 4 minggu.

b. Perdarahan

Hematoma yang banyak dan perdarahan pada gusi dan hidung serta perdarahan gastrointestinal menunjukkan lebih kepada gangguan platelet sedang perdarahan pada persendian atau otot lebih mengarah kepada defisiensi salah satu faktor pembekuan.

c. Trombositopenia

Trombosit 10.000 - 20.000 sangat jarang menyebabkan perdarahan masif (0.1%/hari). Sedang di bawah 10.000 risikonya meningkat menjadi 2%/hari. Sebagian besar perdarahan masif terjadi pada trombosit di bawah 5.000. Sedang resiko untuk terjadi perdarahan intrakranial adalah bila trombosit kurang dari 1000.

Trombositopenia juga dapat disebabkan oleh penggunaan heparin (Heparin Induced Trombositopenia) bisa terjadi kurang dari 4 hari setelah pemakaian heparin, namun biasanya antara 5 - 8 hari. Dianjurkan untuk menghentikan heparinisasi.

Bila trombosit kurang dari 5000, transfusi trombosit dapat dilakukan bila keadaan pasien memungkinkan.

7. Gangguan Sistem Saraf

a. Kejang

Kejang dapat terjadi karena tumor primer atau metastase otak, perdarahan, obat yang merangsang kejang atau penghentian benzodiazepine, gangguan metabolisme (hiponatremia, uremia, hiperbilirubinemia) atau infeksi. Kejang pada pasien stadium terminal dapat juga karena penyakit yang sudah ada sebelumnya.

Pada kejang yang bukan karena penyakit lama, gunakan:

Clonazepam 0.5 - 1 mg sublingual atau diazepam 5 - 10 mg PR atau midazolam 2.5 - 5 mg SC. Jika belum berhenti, berikan:

Phenobarbital 100 mg SC atau Phenytoin 15 - 20 mg/kg IV lambat, maksimum 50 mg/menit. Myoclonus adalah kejang yang tiba tiba, sebentar. Dapat terjadi secara fokal, regional atau multifokal, unilateral atau bilateral.

Gunakan diazepam 5mg PR lanjutkan 5 - 10 mg PR o.n atau midazolam 5mg SC kalau perlu.

b. Distonia

Distonia terjadi secara akut beberapa hari setelah pemakaian obat. Bila karena metochlpromid, gantikan dengan domperidon dan berikan benztropin 1 - 2 mg IV. Ulang setelah 30 menit bila perlu. Dapat juga digunakan diphenhidramin 20 - 50 mg IV diikuti 25 - 50 mg 2 - 4x/ hari

Penggunaan neuroleptik seperti haloperidol dan prochlorperazin dapat memberikan efek samping akatisia. Hentikan penyebabnya bila mungkin. Gunakan obat seperti distonia atau ditambah diazepam 5 mg bila memberikan respon parsial.

c. Kompresi sumsum tulang belakang

Adalah merupakan keadaan kegawat darurat yang memerlukan manajemen yang adekuat. Terjadi pada 5% pasien kanker stadium lanjut. Penyebabnya antara lain penjarangan sel kanker dari vertebra ke epidural, intradural metastase atau vertebra yang kolaps. Terbanyak terjadi pada vertebra torakalis, diikuti vertebra lumbalis dan servikalis. Nyeri, kelemahan ekstremitas bawah, gangguan sensori dan kehilangan kontrol otot sfingter adalah gejala kompresi tulang belakang.

Tata laksana:

- 1) Dexametasone 16 mg/ hari dalam beberapa hari kemudian tapering off
- 2) Radioterapi
- 3) Dekompresi bila memungkinkan.

8. Gangguan Psikiatri**a. Delirium**

Delirium adalah kondisi bingung yang terjadi secara akut dan perubahan kesadaran yang muncul dengan perilaku yang fluktuatif. Gangguan kemampuan kognitif mungkin merupakan gejala awal dari delirium. Delirium sangat mengganggu keluarga karena adanya disorientasi, penurunan perhatian dan konsentrasi, tingkah laku dan kemampuan berfikir yang tidak terorganisir, ingatan yang terganggu dan kadang muncul halusinasi. Kadang muncul dalam bentuk hiperaktif atau hipoaktif dan perubahan motorik seperti mioklonus.

Penyebab delirium bermacam macam, seperti:

- 1) Gangguan biokimia: hiperkalsemia, hiponatremia, hipoglikemia, dehidrasi
- 2) Obat: opioid, kortikosteroid, sedative, antikolinergik, benzodiazepin
- 3) Infeksi
- 4) Gangguan fungsi organ: gagal ginjal, gagal hati
- 5) Anemia, hipoksia

Catatan:

Pada pasien dengan fase terminal, sering agitasi diartikan sebagai tanda nyeri, sehingga dosis opioid ditingkatkan, sehingga bisa menyebabkan delirium. Dalam hal ini mungkin cara pemberian opioid perlu dirubah.

Precipitator: nyeri, fatik, retensi urin, konstipasi, perubahan lingkungan dan stimuli yang berlebihan.

Tata laksana:

- 1) Koreksi penyebab yang dapat segera diatasi : penyebab yang mendasari atau pencetusnya
- 2) Non Medikamentosa :
 - Pastikan berada di tempat yang tenang, dan pasien merasa aman, nyaman dan familier Singkirkan barang yang dapat membahayakan.
 - Jangan sering mengganti petugas
 - Hadirkan keluarga, dan barang barang yang dikenal

- Dukungan emosional
- 3) Medikamentosa :
- Haloperidol 0,5 mg- 2,5 mg PO/6 jam atau 0,5-1 mg SK/6 jam, namun bisa diberikan setiap 30-60 menit dengan dosis maksimal 20 mg/hari.
 - Pada pasien yang tidak dapat diberikan haloperidol karena efek samping Risperidone 0.5 – 2 mg Oral/hari dalam dosis terbagi Olanzapine 2.5 – 10 mg Oral/hari dalam dosis terbagi Benzodiazepine bila penyebabnya ensefalopati hepatic, HIV Lorazepam 0,5 – 1 mg sublingual, tiap 1 - 3 jam atau Midazolam 2,5 - 5 mg SK tiap 1 - 3 jam.

b. Depresi

Harus dibedakan antara depresi dan sedih. Sedih adalah reaksi normal pada saat seseorang kehilangan sesuatu. Lebih sulit mendiagnosa depresi. Kadang diekspresikan sebagai gangguan somatik. Kadang bercampur dengan kecemasan. Kemampuan bersosialisasi sering menutupi adanya depresi.

Gejala psikologis pada depresi mayor adalah:

- 1) Rasa tidak ada harapan/putus asa
- 2) Anhedonia (berkurangnya minat dan menarik diri dari seluruh aktivitas yang menyenangkan yang semula biasa dilakukan oleh pasien)
- 3) Rasa bersalah dan malu
- 4) Rendah diri dan tak berguna
- 5) Ide untuk bunuh diri yang terus menerus
- 6) Ambang nyeri menurun
- 7) Perhatian dan konsentrasi menurun
- 8) Gangguan memori dan kognitif
- 9) Pikiran negatif
- 10) Perasaan yang tidak realistis

Tata laksana

- 1) Depresi ringan dan sedang: dukungan, empati, penjelasan, terapi kognitif, simptomatis
- 2) Depresi berat:
Terapi suportif
 - Obat: SSRI (Selektive Serotonin Re-Uptake Inhibitor, misal; Sitalopram, Esitalopram, Fluoksetin, Fluvoksamin, Paroksetin,

Sertralin) selama 4-6 minggu. Bila gagal berikan Trisiklik (TCA, misal; Amitriptilin, Imipramin)

- Psikostimulan: methylphenidate 5 - 20 mg pagi hari

c. Kecemasan

Cemas dan takut banyak dijumpai pada pasien stadium lanjut. Cemas dapat muncul sebagai respon normal terhadap keadaan yang dialami. Mungkin gejala dari kondisi medis, efek samping obat seperti bronkodilator, steroid atau metilfenidat atau reaksi fobia dari kejadian yang tidak menyenangkan seperti kemoterapi.

Kecemasan pada pasien terminal biasanya kecemasan terhadap terpisahnya dari orang yang dicintai, rumah, pekerjaan, cemas karena ketidakpastian, menjadi beban keluarga, kehilangan control terhadap keadaan fisik, gagal menyelesaikan tugas, gejala fisik yang tidak tertangani dengan baik, karena ditinggalkan, tidak tahu bagaimana kematian akan terjadi, dan hal yang berhubungan dengan spiritual.

Cemas ditandai oleh perasaan takut atau ketakutan yang sangat dan dapat muncul dengan bentuk gejala fisik seperti palpitasi, mual, pusing, perasaan sesak nafas, tremor, berkeringat atau diare.

Tata laksana:

Non Medikamentosa :

- 1) Dukungan termasuk mencari dan mengerti kebutuhan dan apa yang menjadi keemasannya dengan mendengarkan dengan seksama dan memberikan perhatian pada hal-hal yang khusus.
- 2) Memberikan informasi yang jelas dan meyakinkan bahwa akan terus memberikan dukungan untuk mencapai harapan yang realistis.
- 3) Intervensi psikologi: distraksi untuk menghilangkan kejenuhan dan pikiran yang terpusat pada diri sendiri
- 4) Perawatan spiritual

Medikamentosa:

- 1) Benzodiazepin: diazepam, alprazolam, lorazepam
- 2) Penghambat Beta untuk mengatasi gejala perifer

J. PERAWATAN PADA SAAT PASIEN MENINGGAL

1. Asesmen

- a. Anamnesis dan atau alloanamnesis yang lengkap. Informasi yang digali adalah keluhan kesehatan sekarang, dahulu dan riwayat penyakit yang ada pada keluarga. Alloanamnesis dilakukan pada keluarga terdekat yang serumah dengan pasien.
- b. Pemeriksaan fisik secara lengkap dari kepala sampai kaki untuk mengidentifikasi kelainan-kelainan yang ada, terutama pada organ-organ vital, yang jika tidak segera dilakukan penanganan segera akan berakibat fatal.
- c. Pemeriksaan penunjang sesuai indikasi yang diperoleh dari hasil anamnesa dan pemeriksaan fisik lengkap.
- d. Menghormati nilai yang dianut pasien, agama dan preferensi budaya, mengikut sertakan pihak pasien dan keluarganya dalam semua aspek
- e. Memberikan respon pada masalah- masalah psikologis, emosional, spiritual dan budaya dari pasien dan keluarga menghadapi kematian dan kesedihan.
- f. Melakukan intervensi dalam masalah keagamaan dan budaya pasien dan keluarga.
- g. Mengikutsertakan keluarga dalam keputusan terhadap asuhan.
- h. Beberapa perubahan fisik saat kematian telah mendekat :
 - 1) Pasien kurang responsif
 - 2) Fungsi tubuh melambat
 - 3) Pasien berkemih dan defekasi secara tidak sengaja
 - 4) Rahang cenderung jatuh
 - 5) Pernafasan tidak teratur dan dangkal
 - 6) Sirkulasi melambat dan ekstremitas dingin, nadi cepat dan melemah
 - 7) Kulit pucat
 - 8) Mata membelalak dan tidak ada respon terhadap cahaya
- i. Gejala dan tanda dan cara memberikan kenyamanan

Gejala	Cara memberikan kenyamanan
Penurunan kesadaran (ngantuk)	Keadaan awal yang harus diwaspadai dan segera menghubungi dokter untuk menanyakan instruksi
Menjadi tidak responsive	Banyak pasien masih bisa mendengar setelah mereka tidak lagi dapat berbicara sehingga perawat harus berbicara seolah-olah pasien dapat mendengar

Kebingungan tentang waktu tempat dan orang terkasih	Bicaralah dengan tenang untuk membantu mengembalikan orientasi pasien. Perlahan mengingatkan pasien tentang tanggal, waktu dan orang yang bersama mereka
Hilangnya nafsu makan penurunan kebutuhan pangan dan cairan	Biarkan pasien memilih apakah dan kapan harus makan atau minum. Sediakan es, air atau juice dapat menyegarkan jika pasien masih bisa menelan. Jaga mulut pasien agar tetap lembab dengan produk seperti swab gliserin atau lip balm
Kehilangan control kandung kemih atau usus	Jaga agar pasien agar bersih kering dan nyaman mungkin. Pasien dapat menggunakan kateter atau popok
Akral dingin	Hangatkan pasien dengan menggunakan selimut tapi hindari selimut listrik atau alat pemanas yang dapat menyebabkan luka bakar
Rasa nyeri meningkat atau tidak berkurang dengan pemberian terapi sebelumnya	Identifikasi nyeri dan tentukan derajat nyerinya. Segera hubungi dokter yang merawat untuk segera memberi instruksi untuk mengurangi rasa nyeri
Nafas sesak tidak teratur dangkal atau bising nafas	Pernafasan mungkin lebih mudah jika tubuh pasien dibaringkan kesamping dan bantal diletakkan dibawah kepala dan dibelakang punggung

2. Kualitas meninggal

- Nyeri dan gejala lain terkontrol dengan baik
- Ditempat yang diinginkan pasien, berada di tengah keluarga, sesuai dengan kultur yang dianut dan sempat membuat WASIAT
- Hubungan sosial yang baik dan rekonsiliasi, tidak ada masalah belum selesai.
- Secara spiritual siap : didoakan, tenang, telah dimaafkan dan memaafkan, percaya dan siap memasuki kehidupan yang akan
- Memiliki kesempatan untuk menyampaikan selamat tinggal
- Keluarga mendapatkan dukungan yang diperlukan

3. Intervensi:

- Lepas semua alat medis yang masih terpasang
- Perlakukan jenazah sesuai agama dan kultur yang dianut

- c. Berikan waktu privat untuk keluarga
- d. Persiapkan bila ada wasiat untuk donor organ
- e. Siapkan Surat kematian dan dokumen lain yang diperlukan untuk pemakaman
- f. Tawarkan panduan untuk proses masa duka cita yang normal
- g. Dukungan masa dukacita: menyampaikan dukacita secara formal melalui lisan atau kartu
- h. Siapkan atau menghadiri pertemuan keluarga setelah kematian untuk debriefing
- i. Identifikasi anggota keluarga yang memiliki masalah selama masa bereavement dan berikan dukungan yang diberikan

4. Dukungan petugas kesehatan

- a. Diskusi tentang masalah pribadi yang mempengaruhi dalam memberikan perawatan bagi pasien
- b. Ciptakan suasana aman dalam mendiskusikan kematian pasien
- c. Beri kesempatan untuk refleksi diri dan mengenang pasien
- d. Mereview melalui catatan medis masalah medis yang berhubungan dengan kematian
- e. Diskusikan kualitas perawatan
- f. Diskusikan respons keluarga terhadap kematian
- g. Diskusikan respon petugas terhadap kematian
- h. Lakukan ritual masa duka untuk petugas
- i. Identifikasi petugas yang memiliki resiko terhadap masa duka cita bermasalah

K. PERAWATAN SETELAH PASIEN MENINGGAL

1. Hubungan dengan pasien yang telah meninggal dapat mempengaruhi kemampuan keluarga untuk beradaptasi terhadap kondisi yang ada. Hubungan yang baik dan dekat dapat menimbulkan rasa kehilangan, kesepian dan tidak berguna. Pada kondisi ini, pendekatan yang diperlukan adalah :
 - a. Membantu agar merasa memiliki harga diri, percaya diri, rasa aman.
 - b. Konseling pribadi atau dukungan dari support group akan bermanfaat dalam mengatasi hal tersebut.
2. Jika hubungan dengan pasien yang telah meninggal tidak baik, masalah dapat timbul pada masa dukacita, misalnya munculnya rasa penyesalan, sedih, rasa

bersalah dan depresi yang berkepanjangan. Dukungan pada kondisi seperti ini sangat diperlukan misalnya dengan :

- a. Mengatakan bahwa mengetahui dan dapat memahami apa yang dirasakan.
 - b. Dorongan untuk dapat memaafkan dan kembali bersosialisasi melalui dukungan dari keluarga yang lain, teman atau support group diperlukan.
3. Satu atau dua minggu setelah pemakaman, follow up kepada keluarga yang berdukacita perlu dilakukan untuk melakukan penilaian terhadap kemampuan mengatasi rasa kehilangan dan kemampuan beradaptasi terhadap situasi baru, yaitu kehidupan tanpa pasien yang telah meninggal. Follow up bisa sebaiknya dilakukan dengan kunjungan rumah, namun bila tidak memungkinkan bisa dilakukan melalui telpon. Tujuan dukungan masa berkabung adalah :
- a. Membantu agar keluarga bisa menerima kenyataan bahwa pasien telah meninggal dan tidak akan kembali
 - b. Membantu agar keluarga mampu beradaptasi dengan situasi dan kondisi baru
 - c. Membantu merubah lingkungan yang memungkinkan keluarga dapat melanjutkan hidup tanpa pasien yang meninggal
 - d. Membantu keluarga agar mendapatkan kembali rasa percaya diri untuk melanjutkan hidup

A. PENATALAKSANAAN PERAWATAN TAHAP TERMINAL PADA ANAK

1. Prinsip Tata laksana Gejala pada Anak

- a. Tatalaksana gejala harus direncanakan sebelumnya.
- b. Dibutuhkan pendekatan yang menyeluruh, tidak hanya masalah pengobatan saja.
- c. Orangtua dan anak harus dipersiapkan untuk menghadapi situasi yang ada. Mereka harus tahu apa yang diharapkan, bagaimana cara menghadapinya, dan kepada siapa mereka dapat meminta bantuan.
- d. Penilaian harus meliputi : penggunaan instrumen bila tersedia, gejala distress yang tidak terkontrol merupakan keadaan darurat yang harus ditangani secara agresif.

2. Komunikasi dengan anak dan orang tua

Komunikasi sangat penting dan menyangkut semua aspek yaitu melakukan komunikasi kepada anak tentang pemahaman anak akan penyakitnya, prognosis, perasaan anak dan keluarga. Prinsip penting dari komunikasi yang baik adalah memberikan informasi dan bersikap empati kepada pasien dan keluarga.

Berbicara dengan anak mengenai kondisinya sangat sulit bagi orang tua khususnya mengenai kematian. Anak diberikan informasi tentang penyakitnya dengan mempertimbangkan usia anak tersebut. Sehubungan dengan hal tersebut, maka anak harus diberikan kesempatan untuk mendapatkan informasi, adapun caranya tergantung dari usia anak.

- a. Mengetahui kondisi mereka yang sebenarnya.
- b. Mengetahui apa yang mungkin akan terjadi
- c. Berbicara mengenai perasaan mereka dan apa yang mereka khawatirkan
- d. Menjelaskan tentang pilihan perawatan yang akan diberikan
- e. Membantu memutuskan tentang pilihan perawatan kesehatan ketika mereka mampu. Komunikasi disesuaikan usia anak :

1) Bayi-3 tahun

- Konsep kematian tidak tahu
- Bisa merasakan apa yang terjadi
- Komunikasi lebih pada sentuhan

2) Usia 3-6 tahun

- Konsep kematian tidak tahu
- Kematian adalah sesuatu yang bisa kembali (contoh: ibu meninggal, tetapi anak beranggapan bahwa ibunya sedang pergi dan akan kembali lagi)
- Perilaku bisa mundur lagi (normal karena ini mekanisme anak)

3) Usia 6-9 tahun

- Mulai mengenal konsep kematian adalah sesuatu yang bisa kembali
- Kematian adalah sesuatu yang bisa menular
- Merasa terpisah dengan teman-teman sekolah
- Cara yang baik : menerangkan kematian dengan hal-hal yang indah
- Kematian adalah hal-hal yang menakutkan dan ibunya dianggap sebagai monster

4) Usia 9-13 Tahun

- Secara Emosi / kognitif kematian adalah waktu akhir
- Sangat sensitif sekali
- Hubungan teman sekolah menjadi penting

5) Usia 13-18 tahun

- Sibuk dengan citra diri
- Otonomi pada pengenalan diri
- Menerima pesan yang bertentangan :
- Diharapkan untuk berperilaku seperti orang dewasa, kadang-kadang diperlakukan sebagai anak-anak
- Dapat memahami apa yang terjadi, tetapi kurangnya kemampuan untuk dapat mengatasi emosi

Biasanya menjelang akhir kehidupannya, anak akan mengungkapkan perasaan dan emosi mereka seperti :

- a. Rasa marah kepada penyakitnya dan mengapa dia mendapatkan penyakit ini
- b. Rasa kecewa kepada orang tua karena mereka tidak dapat menghilangkan penyakitnya
- c. Rasa takut akan kehilangan fungsi tubuh seperti berjalan dan bermain
- d. Rasa bersalah karena kondisinya membuat keluarga bersedih
- e. Rasa malu atas kondisi fisiknya
- f. Rasa takut akan munculnya rasa nyeri

Saran untuk orang tua dalam menghadapi munculnya perasaan atau emosi tersebut

- a. Jujur kepada anak
- b. Luangkan waktu untuk bersama anak
- c. Mempersiapkan diri untuk dapat menerima perasaan dan emosi anak
- d. Dapat mengupayakan kualitas hidup anak yang baik
- e. Dapat menjaga harapan, yaitu bukan harapan akan kesembuhan tetapi harapan akan hidup yang berkualitas dan kematian yang baik.
- f. Menjaga kebiasaan keluarga atau menjelaskan kepada anak apabila kebiasaan itu berubah. Seperti nonton TV bersama atau makan malam bersama di meja makan.
- g. Menghormati hal-hal yang pribadi; bagi anak remaja mereka tetap mempunyai hal-hal yang harus orang tua sadari; seperti adanya pacar atau teman dekat

B. PENGENDALIAN MUTU

1. Evaluasi internal berupa kegiatan monitoring dan evaluasi mutu pelayanan di rumah sakit termasuk pelayanan di ruang intensif

2. Evaluasi eksternal dengan mengikuti akreditasi rumah sakit yang diselenggarakan oleh KARS
3. Evaluasi panduan dan SPO terkait pelayanan tahap terminal secara berkala sesuai kebutuhan

BAB IV

DOKUMENTASI

Dalam pelaksanaan Panduan Pelayanan Pasien Tahap Terminal dilakukan dokumentasi dengan pencatatan dan pelaporan.

1. Pencatatan dilakukan dalam Berkas Rekam Medis pasien dengan menggunakan formulir :
 - a. Formulir Asesmen Tahap Terminal
 - b. Formulir Persetujuan Tindakan Kedokteran/ informed consent
 - c. Formulir Penolakan Tindakan Kedokteran
 - d. Formulir Pernyataan Pemberian Informasi Kondisi Terminal/ Komunikasi Informasi Edukasi (KIE)
 - e. Formulir Do Not Resuscitation (DNR)
 - f. Formulir perintah jangan lakukan resusitasi DNR
 - g. Asuhan keperawatan tahap terminal
2. Kegiatan pelaporan pelayanan pasien tahap terminal dilakukan secara berkala kepada pimpinan rumah sakit sekurang-kurangnya meliputi :
 1. Jumlah pasien dewasa maupun anak
 2. Adanya kasus emergensi pada pelayanan tahap terminal
 3. Adanya komplikasi
 4. Jumlah home care dan home visite yang dilaksanakan terhadap pasien perawatan paliatif

Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 12 April 2023
DIREKTUR,


 **Dharma Nugraha**
Hospital

dr. Agung Darmanto, Sp A