

KEPERAWATAN PALIATIF

**Lisa Rizky Amalia
Mochamad Robby Fajar Cahya
Nandar Wirawan
Yofa Anggriani Utama
Alfi Rusdianti
Fany Lairin Djala
Ika Purnamasari
Arif Hidayatullah
Natalia Ratna Yulianti
Nonok Karlina
Herniyatun**



GET PRESS INDONESIA

KEPERAWATAN PALIATIF

Penulis :

Lisa Rizky Amalia
Mochamad Robby Fajar Cahya
Nandar Wirawan
Yofa Anggriani Utama
Alfi Rusdianti
Fany Lairin Djala
Ika Purnamasari
Arif Hidayatullah
Natalia Ratna Yulianti
Nonok Karlina
Herniyatun

ISBN :

Editor : Dr. Neila Sulung, S.Pd., Ns., M.Kes.

Penyunting : Ilda Melisa, Amd.Kep

Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd

Penerbit : GET PRESS INDONESIA

Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :

Jln. Palarik Air Pacah No 26 Kel. Air Pacah
Kec. Koto Tangah Kota Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Desember 2023

Hak cipta dilindungi undang-undang
Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan
dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit.

KATA PENGANTAR

Segala Puji dan syukur atas kehadiran Allah SWT dalam segala kesempatan. Sholawat beriring salam dan doa kita sampaikan kepada Nabi Muhammad SAW. Alhamdulillah atas Rahmat dan Karunia-Nya penulis telah menyelesaikan Buku Keperawatan Paliatif ini.

Buku ini membahas Pengantar Keperawatan Paliatif, Tim Keperawatan Palliatif, Evaluasi Kualitas Hidup, Pengelolaan Nyeri, Komunikasi yang Sensitif, Pemahaman Keputusan Pasien, Perawatan Spiritual, Perawatan di Rumah, Perawatan bagi Pasien Anak-Anak, Perawatan pada Akhir Hidup, Pentingnya Perencanaan Awal Perawatan.

Proses penulisan buku ini berhasil diselesaikan atas kerjasama tim penulis. Demi kualitas yang lebih baik dan kepuasan para pembaca, saran dan masukan yang membangun dari pembaca sangat kami harapkan.

Penulis ucapkan terima kasih kepada semua pihak yang telah mendukung dalam penyelesaian buku ini. Terutama pihak yang telah membantu terbitnya buku ini dan telah mempercayakan mendorong, dan menginisiasi terbitnya buku ini. Semoga buku ini dapat bermanfaat bagi masyarakat Indonesia.

Padang, Desember 2023

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI	ii
DAFTAR GAMBAR	
DAFTAR TABEL	
BAB 1 PENGANTAR KEPERAWATAN PALIATIF.....	1
1.1 Pengertian.....	1
1.2 Tujuan Perawatan Paliatif.....	2
1.3 Komponen Perawatan Paliatif.....	3
1.4 Prinsip Perawatan Paliatif	5
1.5 Pola Dasar Perawatan Paliatif.....	6
1.5 Hak-Hak Pasien.....	8
1.6 Model/ Tempat Perawatan Paliatif.....	9
1.7 Peran Fungsi Perawat pada Asuhan Keperawatan Paliatif	10
1.8 Prinsip Etik Perawatan Paliatif	11
DAFTAR PUSTAKA.....	14
BAB 2 TIM KEPERAWATAN PALIATIF.....	15
2.1 Pendahuluan	15
2.2 Tim Perawatan Palliatif.....	16
2.3 Tanggung Jawab Tim Perawatan Palliatif.....	18
2.4 Contoh Kasus Perawatan Palliatif.....	19
2.5 Kesimpulan	20
DAFTAR PUSTAKA.....	22
BAB 3 EVALUASI KUALITAS HIDUP	23
3.1 Pendahuluan	23
3.1.1 Pengertian dan tujuan evaluasi kualitas hidup pada <i>palliative care</i>	23
3.1.2 Manfaat dan tantangan evaluasi kualitas hidup pada <i>palliative care</i>	26
3.1.3 Metodologi dan instrumen evaluasi kualitas hidup pada <i>palliative care</i>	28
3.2 Dimensi Kualitas hidup Pada Palliative Care	30
3.2.1 Dimensi fisik (nyeri, mual, sesak napas, dll).....	31
3.2.2 Dimensi psikologis (depresi, kecemasan, harapan, dll)	33

3.2.3 Dimensi sosial (dukungan keluarga, teman, masyarakat dll).....	35
3.2.4 Dimensi spiritual (keyakinan, makna hidup, kematian dll).....	37
3.3 Strategi dan Intervensi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup pada Palliative Care.....	39
3.3.1 Strategi komunikasi dan pembuatan keputusan bersama pasien dan keluarga.....	39
3.3.2 Strategi manajemen gejala fisik dan psikologis.....	41
3.3.3 Strategi pemberian dukungan sosial dan spiritual	43
3.3.4 Strategi pemberdayaan pasien dan keluarga	45
3.4 Evaluasi hasil dan Dampak Kualitas Hidup pada Palliative Care.....	47
3.4.1 Indikator dan ukuran hasil evaluasi kualitas hidup pada <i>palliative care</i>	47
3.4.2 Metode dan teknik analisis data evaluasi kualitas hidup pada palliative care	49
3.4.3 Interpretasi dan implikasi hasil evaluasi kualitas hidup pada <i>palliative care</i>	51
3.5 Kesimpulan	53
DAFTAR PUSTAKA.....	56
BAB 4 PENGELOLAAN NYERI	59
4.1 Pengetian nyeri	59
4.2 Fisiologi Nyeri	59
4.3 Patofisiologi Nyeri.....	60
4.4 Neurofisiologi Nyeri.....	61
4.5 Penyebab Nyeri.....	62
4.6 Tanda dan Gejala Nyeri	62
4.7 Faktor - factor yang mempengaruhi nyeri.....	63
DAFTAR PUSTAKA.....	79
BAB 5 KOMUNIKASI YANG SENSITIF	81
5.1 Pendahuluan	81
5.2 Protokol SPIKES.....	82
5.2.1 Setting.....	82
5.2.2 Perception	84
5.2.3 Invitation.....	84

5.2.4 Knowledge	85
5.2.5 Emotion and Emphathic.....	86
5.2.6 Strategy and Summary	86
DAFTAR PUSTAKA.....	89
BAB 6 PEMAHAMAN KEPUTUSAN PASIEN	91
6.1 Pendahuluan	91
6.2 Konsep Keputusan Pasien	92
6.3 Pemahaman Keputusan Pasien	97
DAFTAR PUSTAKA.....	100
BAB 7 PERAWATAN SPIRITUAL	103
7.1 Pendahuluan	103
7.2 Konsep Spiritual.....	104
7.2.1 Definisi Spiritual, Spiritualitas, Keyakina dan Agama	104
7.2.2 Dimensi Spiritual.....	105
7.2.3 Faktor yang mempengaruhi spiritual.....	107
7.2.4 Perkembangan spiritualitas berdasar tingakt usia	108
7.2.5 Kesehatan Spiritual	110
7.3 Proses Perawatan Spiritual.....	112
7.2.1 Pengkajian.....	112
7.2.2 Diagnosis keperawatan.....	114
7.2.3 Intervensi.....	116
7.2.4 Implementasi.....	120
7.4 <i>Evidence Based</i> Perawatan Spiritual.....	121
DAFTAR PUSTAKA.....	123
BAB 8 PERAWATAN DI RUMAH	125
81 Pendahuluan	125
8.2 Konsep Perawatan <i>Palliative Home Care</i>	126
8.2.1 Pengertian perawatan <i>palliative home care</i>	126
8.2.2 Tujuan perawatan <i>palliative home care</i>	127
8.2.3 Manfaat perawatan <i>palliative home care</i>	127
8.2.4 Prinsip perawatan <i>palliative home care</i>	128
8.2.5 Ruang lingkup perawatan <i>palliative home care</i>	129
8.3 Sumber Daya Manusia Perawatan <i>Palliative Homecare</i>	130

8.4 Pengembangan dan Peningkatan Mutu <i>Palliative Homecare</i>	130
8.4.1 Struktur dan proses perawatan.....	131
8.4.2 Aspek fisik perawatan.....	132
8.4.3 Aspek perawatan psikologi dan psikiatri.....	132
8.4.4 Aspek perawatan sosial.....	133
8.4.5 Aspek perawatan spiritual dan religi.....	133
8.4.6 Aspek perawatan budaya	133
8.4.7 Aspek perawatan mendekati <i>end of life</i>	134
8.4.8 Aspek etika dan hukum dalam perawatan	134
DAFTAR PUSTAKA.....	135
BAB 9 PERAWATAN BAGI PASIEN ANAK-ANAK	137
9.1 Pendahuluan	137
9.2 Konsep Perawatan Paliatif pada Anak.....	138
9.2.1 Perbedaan perawatan paliatif dewasa dan anak ..	138
9.2.3 Klasifikasi kondisi anak yang memerlukan perawatan paliatif.....	142
9.3 Orang tua dengan anak yang menjalani perawatan paliatif.....	145
9.3.1 Koping orang tua.....	145
9.3.2 Kebutuhan orang tua	148
9.3.3 Peran perawat untuk orang tua.....	148
9.4 Perawatan paliatif pada anak.....	149
9.4.1 Pengalaman anak selama perawatan paliatif	149
9.4.2 Gejala yang dialami pasien anak dan penanganannya	150
DAFTAR PUSTAKA.....	153
BAB 10 PERAWATAN PADA AKHIR HIDUP	156
10.1 Pendahuluan	156
10.2 Perawatan Pada Akhir Hidup.....	157
10.2.1 Pengertian.....	157
10.2.2 Tujuan Perawatan pada Akhir Hidup.....	158
10.2.3 Tim Perawatan Pada Akhir Hidup.....	158
10.2.4 Prinsip Perawatan Akhir Hidup.....	160
10.2.5 Etika Perawatan pada Akhir Hidup.....	161
10.2 Teori Keperawatan Perawatan pada Akhir Hidup.....	162
10.3 Pelaksanaan Perawatan Pada Akhir Hidup	163

10.4 Peran Perawat pada Perawatan Akhir Hidup.....	165
DAFTAR PUSTAKA.....	166
BAB 11 PENTINGNYA PERENCANAAN AWAL	
PERAWATAN	168
11.1 Pendahuluan.....	168
11.2 Komponen Perencanaan Perawatan Awal.....	170
11.3 Paradigma POLST	172
11.4 Siapa yang Memerlukan Perencanaan Perawatan Awal	173
11.5 Perencanaan Perawatan Awal: Masalah Khusus.....	174
DAFTAR PUSTAKA.....	177
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 4.1. Skala Intensitas Nyeri	66
Gambar 7.1. Dimensi Spiritual.....	106
Gambar 7.2. Model Konseptual Kesehatan Spiritual	112

DAFTAR TABEL

Tabel 4.1. Penilaian nyeri menggunakan <i>Behabior pain scale</i> (BPS)	65
Tabel 4.2. Penilaian nyeri <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> berdasarkan ekspresi wajah ..	67
Tabel 4.3. Penilaian nyeri <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> berdasarkan Gerakkan tubuh.	67
Tabel 4.4. Penilaian nyeri <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> berdasarkan kepatuhan terhadap Pemasangan ventilator	68
Tabel 4.5. Penilaian nyeri <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> berdasarkan vokalisasi (pasien yang tidak terpasang ventilator)	68
Tabel 4.6. Penilaian nyeri <i>Critical Care Pain Observation Tool</i> berdasarkan ketegangan Otot	69
Tabel 4.7. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi	69
Tabel 8.1. <i>Domains of Quality Palliative Care</i>	131
Tabel 9.1. Perbedaan perawatan paliatif dewasa dan anak.....	138
Tabel 9.2. Klasifikasi Kondisi Anak yang Memerlukan Perawatan Paliatif	143
Tabel 9.3. Empat Kelompok Kondisi yang Membatasi Kehidupan dan Mengancam Nyawa	144

BAB 1

PENGANTAR KEPERAWATAN PALIATIF

Oleh Lisa Rizky Amalia

1.1 Pengertian

Perawatan paliatif berasal dari kata asing, yaitu kata *palliate* (Inggris) yang berarti paliatif dan "*Palliare*" (bahasa Latin yang berarti "penutup" – penj). Perawatan paliatif merupakan suatu jenis pelayanan medis yang bertujuan untuk meringankan gejala yang dialami klien, bukan menyembuhkan penyakitnya. Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pertolongan, menghilangkan penderitaan, identifikasi dan penilaian dini, serta pengobatan nyeri dan masalah lainnya secara teratur. diantaranya saling berhubungan. fisik, psikososial, dan spiritual (Campbell, 2013).

Perawatan paliatif merupakan upaya yang dilakukan meringankan beban penderita penyakit terminal terutama yang tidak mungkin disembuhkan dan tidak mempunyai harapan untuk sembuh, meskipun telah ditunjang oleh tindakan kuratif (meredakan nyeri dan gejala lain juga menunjang kualitas psikologis, sosial, dan spiritual) (Combs *et.al*, 2014).

Perawatan paliatif ialah tindakan yang berguna meringankan beban penderita, terutama yang memiliki harapan kecil untuk sembuh. Tindakan yang diberikan bertujuan untuk meredakan nyeri dan keluhan lain, serta mengoptimalkan rehabilitasi aspek psikologis, sosial, dan spiritual (Rosalie & Rumbold, 2019). Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa, melalui

pencegahan dan pengobatan komprehensif masalah lain, nyeri fisik, psikososial dan spiritual (Chover et .al, 2017).

1.2 Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan perawatan paliatif adalah memberikan perawatan yang holistik dan berfokus pada kualitas hidup kepada pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal. Tujuan utama perawatan paliatif adalah memberikan perawatan yang penuh perhatian, empati, dan menghormati martabat pasien sehingga mereka dapat menjalani hari-hari mereka dengan nyaman dan bermakna, terlepas dari penyakit serius yang mereka hadapi, diantaranya sebagai berikut (Combs *et.al*, 2014).

1. Meningkatkan kualitas hidup

Tujuan terpenting dalam perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup pasien. Ini mencakup mengurangi penderitaan, mengelola gejala, dan memberikan dukungan emosional sehingga pasien dapat menjalani hidup dengan nyaman dan bermakna.

2. Pengelolaan gejala

Perawatan paliatif bertujuan untuk mengelola gejala yang mungkin dialami pasien, seperti nyeri, mual, muntah, sesak napas, kelemahan, dan gejala lainnya. Pengelolaan gejala ini dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Keputusan perawatan yang informatif

Perawatan paliatif memberikan informasi yang memadai kepada pasien dan keluarganya sehingga mereka dapat membuat keputusan perawatan yang terinformasi sesuai dengan nilai-nilai, preferensi, dan keinginan pasien.

4. Dukungan psikososial

Perawatan paliatif memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarganya. Ini mencakup membantu pasien dalam menghadapi perasaan stres, depresi, dan kecemasan yang mungkin muncul.

5. Perawatan akhir hidup yang terhormat

Perawatan paliatif membantu pasien merencanakan perawatan akhir hidup yang sesuai dengan keinginan

mereka, termasuk keputusan tentang perawatan hidup akhir dan resusitasi.

6. Perawatan di rumah

Jika dimungkinkan dan sesuai dengan keinginan pasien, perawatan paliatif dapat memberikan perawatan di rumah. Ini membantu pasien untuk tetap berada dalam lingkungan yang nyaman.

7. Pemberian dukungan kepada keluarga

Perawatan paliatif memberikan dukungan kepada keluarga pasien, membantu mereka dalam menghadapi perasaan stres dan kesulitan selama penyakit pasien.

8. Penghargaan terhadap martabat pasien

Perawatan paliatif menghormati martabat pasien dan hak mereka untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri. Ini juga menghormati nilai-nilai, kepercayaan, dan budaya pasien.

9. Pemberian dukungan spiritual

Perawatan paliatif mencakup dukungan spiritual sesuai dengan kebutuhan dan keyakinan pasien. Ini mencakup memberikan dukungan kepada pasien yang mungkin mencari makna dalam pengalaman akhir hidup mereka.

10. Pendampingan dalam berduka

Setelah kematian pasien, perawatan paliatif memberikan dukungan kepada keluarga pasien dalam proses berduka dan adaptasi.

1.3 Komponen Perawatan Paliatif

Komponen perawatan paliatif dibagi menjadi beberapa poin yaitu sebagai berikut (Rosalie & Rumbold, 2019).

1. Meredakan nyeri, rasa sakit, dan gejala menyedihkan lainnya

Tujuan utama perawatan paliatif adalah untuk mengurangi penderitaan pasien. Rasa sakit yang tidak terkontrol dan gejala fisik lainnya merupakan sumber penderitaan bagi pasien dan keluarganya. Dalam perawatan paliatif, nyeri tergolong darurat yang memerlukan penanganan segera. Jika tidak, nyeri akan menimbulkan

atau memperburuk gejala fisik lainnya seperti mual/muntah, sulit tidur, kehilangan nafsu makan, serta gangguan gerak dan fungsi, yang pada akhirnya menurunkan kualitas hidup pasien dan menambah beban keluarga. Sebaliknya, nyeri akan bertambah jika gejala lain tidak terkontrol dengan baik. Penyebab nyeri atau gejala lain pada pasien kanker mungkin disebabkan oleh kanker itu sendiri, diagnosis atau pengobatannya, tirah baring, dan penyakit penyerta.

2. Meningkatkan kualitas hidup dan tidak mempercepat atau menunda kematian.

Perawatan paliatif bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien dan meningkatkan kualitas hidup mereka, bukan untuk mempercepat atau menunda kematian. Ini adalah prinsip dasar dari perawatan paliatif. Perawatan paliatif mendekati perawatan pasien dengan pendekatan holistik yang menghormati keinginan pasien dan membantu mereka menjalani hidup yang nyaman dan bermakna selama mungkin. Ini mencakup pengelolaan gejala, dukungan psikososial, dukungan spiritual, dan kualitas perawatan medis yang berfokus pada mengendalikan gejala dan mencegah penderitaan yang tidak perlu. Perawatan paliatif tidak melibatkan tindakan yang ditujukan untuk mempercepat kematian (*euthanasia* atau bunuh diri bantuan) atau menunda kematian (tindakan medis yang bersifat kuratif). Tujuan utamanya adalah memberikan dukungan yang berkualitas dan menghormati martabat pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal.

3. Mengintegrasikan aspek-aspek psikologis dan spiritual perawatan pasien.

Perawatan paliatif merupakan upaya meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengintegrasikan kebutuhan manusia yaitu aspek fisik, psikologis, sosial, spiritual. Semua aspek tersebut saling berhubungan dan mempengaruhi satu sama lain. Gejala fisik tidak dapat dikendalikan dengan baik

tanpa perhatian dan pengendalian gangguan psikologis, kesulitan sosial dan masalah mental. Oleh karena itu, seluruh aspek di atas harus diperhatikan dan dikelola secara terpadu untuk mencapai tujuan perawatan paliatif, yaitu tercapainya kualitas hidup dan kematian yang bermartabat.

4. Menawarkan sistem pendukung untuk membantu keluarga menghadapi penyakit pasien dan kehilangan mereka

Kualitas kematian merupakan salah satu karakteristik dan tujuan perawatan paliatif. Namun, kematian masih sering dianggap sebagai kegagalan baik bagi staf medis maupun keluarga. Kematian seolah dianggap sebagai musuh yang harus dicegah. Seringkali keluarga memandang memberikan tindakan maksimal sebagai hal terbaik yang harus dilakukan saat menghadapi kematian. Selain itu, sebagian besar dokter terus memastikan bahwa pasiennya tidak meninggal dan oleh karena itu memberikan apa pun yang dapat menghentikan proses kematian tersebut. Perawatan paliatif berguna untuk mengurangi tindakan yang sia-sia dan meningkatkan kualitas kematian secara alami.

1.4 Prinsip Perawatan Paliatif

Adapun prinsip-prinsip dalam perawatan paliatif adalah sebagai berikut (Prompahakul, 2018).

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 yang dicintainya.
4. Peduli terhadap otoritas pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien.
5. Menerapkan komunikasi terbuka antara pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (Cohen and Deliens, 2012).

6. Perawatan paliatif menghormati kehidupan dan memandang kematian sebagai bagian dari kehidupan. Oleh karena itu, pasien dengan kondisi medis apa pun, berapa pun usianya, akan mendapat perawatan yang baik. Perawatan paliatif mengajak pasien untuk mengapresiasi kehidupan dan menggunakan waktu yang tersisa secara konstruktif, seperti dengan memecahkan masalah yang ada dan mewujudkan harapan yang masih ingin mereka wujudkan.
7. Tidak mempercepat atau menunda kematian, menghargai keinginan pasien dalam mengambil keputusan, menghilangkan nyeri dan keluhan lain yang mengganggu,
8. 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.

1.5 Pola Dasar Perawatan Paliatif

Pola dasar perawatan paliatif mencakup sejumlah prinsip dan pendekatan yang ditujukan untuk memberikan perawatan yang berkualitas kepada pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal (Rome *et al*, 2018; Prompahakul, 2018). Berikut adalah pola dasar perawatan paliatif:

1. **Perhatian holistik:** Perawatan paliatif mendekati pasien secara holistik, mengakui bahwa aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari kesejahteraan pasien saling terkait. Tim perawatan berupaya memahami dan merespons kebutuhan pasien dalam semua dimensi ini.
2. **Merujuk pada tim multidisiplin:** Perawatan paliatif melibatkan tim kesehatan multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, konselor, ahli gizi, pekerja sosial, dan spesialis lainnya. Kolaborasi antara anggota tim ini penting untuk menyediakan perawatan yang komprehensif.
3. **Pengelolaan gejala:** Pasien mungkin mengalami berbagai gejala seperti nyeri, mual, muntah, kelemahan, dan sesak napas. Perawatan paliatif bertujuan untuk meredakan gejala

ini dengan menggunakan obat-obatan dan intervensi yang sesuai.

4. **Komunikasi terbuka:** Komunikasi yang jujur, terbuka, dan sensitif adalah kunci dalam perawatan paliatif. Ini termasuk mendiskusikan prognosis, opsi perawatan, serta keinginan dan preferensi pasien. Komunikasi juga melibatkan keluarga dan orang-orang yang dekat dengan pasien.
5. **Perencanaan perawatan:** Pasien diberikan kesempatan untuk merencanakan perawatan mereka sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi mereka. Ini mungkin mencakup keputusan terkait dengan perawatan hidup akhir dan resusitasi.
6. **Perhatian terhadap kualitas hidup:** Perawatan paliatif berfokus pada meningkatkan kualitas hidup pasien dan membantu mereka menjalani hari-hari mereka dengan nyaman dan bermakna.
7. **Dukungan psikososial:** Pasien dan keluarganya mungkin mengalami stres, depresi, dan kecemasan. Perawatan paliatif mencakup dukungan psikososial melalui konseling, dukungan emosional, dan dukungan spiritual.
8. **Merawat keluarga:** Keluarga pasien juga menerima perhatian dan dukungan, termasuk pendidikan tentang perawatan dan penanganan gejala, serta dukungan dalam mengatasi stres dan kesulitan yang mungkin muncul.
9. **Perawatan pada akhir hidup:** Perawatan paliatif memperhitungkan perawatan pada akhir hidup dan mencakup penghormatan terhadap keinginan pasien untuk mengakhiri hidup mereka dengan damai.
10. **Berduka dan pengasuhan paska kematian:** Setelah kematian pasien, perawatan paliatif memberikan dukungan dalam berduka dan pengasuhan keluarga, membantu mereka dalam proses berduka dan adaptasi.

Perawatan paliatif bertujuan untuk memberikan dukungan dan kenyamanan kepada pasien yang menghadapi penyakit serius, serta membantu mereka menjalani hidup dengan penuh martabat

dan bermakna. Pendekatan ini memahami bahwa kualitas hidup tetap penting, bahkan dalam situasi yang sulit.

1.5 Hak-Hak Pasien

Adapun hak-hak yang harus di dapatkan pasien paliatif ialah sebagai berikut (Rosalie & Rumbold, 2019).

1. Tahu status kesehatannya
Pasien memiliki hak untuk mengetahui status kesehatannya.
2. Ikut serta merencanakan perawatan
Pasien memiliki hak untuk mendapatkan penjelasan terkait tindakan dan dilibatkan dalam menentukan perawatan yang akan didapatkan.
3. Dapat informasi tindakan invasif
Pasien berhak menerima informasi terkait tindakan invasif yang akan didapatkan sebelum penandatanganan *informed consent*.
4. Pelayanan tanpa diskriminasi
Semua pasien berhak mendapat pelayanan yang sama dan tidak dibeda-bedakan (diskriminatif).
5. Dirahasiakan penyakitnya
Pasien memiliki hak untuk memutuskan pihak siapa saja yang bisa mengetahui tentang penyakitnya.
6. Dapat bekerja dan dapat produktif
Pasien memiliki hak untuk tetap bekerja dan produktif selama masa perawatannya selama tidak mengganggu status kesehatannya.
7. Berkeluarga
Pasien memiliki hak untuk membangun keluarga meskipun dengan status kesehatan yang rendah.
8. Perlindungan asuransi
Pasien memiliki hak untuk mendapat perlindungan asuransi sebagai jaminan kesehatan.
9. Pendidikan yang layak
Pasien paliatif berhak mendapatkan pendidikan yang layak terlepas dari status kesehatannya.

1.6 Model/ Tempat Perawatan Paliatif

Beberapa tempat yang memungkinkan untuk dilakukan perawatan paliatif adalah rumah sakit, puskesmas, rumah singgah (panti/hospis), dan rumah pasien. Pasien dapat memilih tempat dilakukannya perawatan (Dass dan Haseena, 2015), yaitu sebagai berikut.

1. **Rumah:** Banyak pasien paliatif memilih untuk menerima perawatan di rumah mereka sendiri. Ini disebut perawatan paliatif di rumah. Perawat, dokter, dan tim perawatan berkunjung ke rumah pasien untuk memberikan perawatan dan dukungan.
2. **Unit Perawatan Paliatif:** Fasilitas perawatan paliatif khusus yang ada di rumah sakit atau lembaga medis. Mereka menyediakan perawatan yang lebih intensif dan pengelolaan gejala yang cermat.
3. **Hospis:** Hospis adalah program perawatan paliatif yang menyediakan perawatan bagi pasien dengan prognosis yang terbatas. Pasien hospis biasanya menerima perawatan di rumah mereka, tetapi ada juga fasilitas hospis yang menyediakan perawatan paliatif berbasis inap.
4. **Unit Rawat Intensif Paliatif:** Di beberapa rumah sakit, terdapat unit rawat intensif khusus untuk pasien paliatif yang memerlukan perawatan intensif, tetapi dengan pendekatan perawatan paliatif.
5. **Panti jompo dan fasilitas perawatan khusus:** Beberapa panti jompo dan fasilitas perawatan khusus lainnya menyediakan perawatan paliatif untuk pasien yang membutuhkan perawatan jangka panjang.
6. **Perawatan di Pusat Perawatan Kanker:** Pasien dengan kanker yang memerlukan perawatan paliatif mungkin menerima perawatan di pusat perawatan kanker yang menyediakan dukungan khusus untuk pasien dengan kanker.

Pilihan tempat perawatan paliatif harus disesuaikan dengan kebutuhan dan preferensi pasien dan keluarganya. Tim perawatan paliatif akan bekerja sama dengan pasien dan keluarganya untuk menentukan tempat yang paling sesuai dengan kondisi medis dan

keinginan pasien. Tujuan utama perawatan paliatif adalah memberikan perawatan yang komprehensif, kenyamanan, dan dukungan emosional kepada pasien serta keluarganya.

1.7 Peran Fungsi Perawat pada Asuhan Keperawatan Paliatif

Peran dan fungsi perawat dalam asuhan keperawatan paliatif sangat penting untuk memberikan perawatan yang berkualitas dan empati kepada pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal. Berikut adalah beberapa peran dan fungsi perawat dalam perawatan paliatif (Dass dan Haseena, 2015; Margaret, 2013; Combs, *et al.*, 2014), yaitu sebagai berikut.

1. **Pengkajian Komprehensif:** Perawat paliatif melakukan pengkajian komprehensif terhadap pasien yang mencakup evaluasi gejala, kebutuhan fisik, psikososial, dan spiritual. Ini membantu dalam merencanakan perawatan yang sesuai.
2. **Merencanakan perawatan:** Perawat berperan dalam merencanakan perawatan paliatif yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien. Ini mencakup perencanaan manajemen gejala dan dukungan emosional.
3. **Pengelolaan gejala:** Perawat bertanggung jawab untuk mengelola gejala pasien, termasuk pengelolaan nyeri, mual, muntah, sesak napas, dan gejala lainnya. Mereka bekerja sama dengan dokter dalam meresepkan obat-obatan dan intervensi yang sesuai.
4. **Dukungan psikososial:** Perawat memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarganya. Mereka mendengarkan dan memberikan ruang bagi pasien untuk berbicara tentang perasaan dan kekhawatiran mereka.
5. **Komunikasi:** Perawat berperan dalam menjaga komunikasi yang jujur dan terbuka antara tim perawatan, pasien, dan keluarganya. Mereka membantu mendiskusikan keputusan perawatan dan merespons pertanyaan dan kekhawatiran pasien.
6. **Pendidikan pasien dan keluarga:** Perawat memberikan pendidikan kepada pasien dan keluarganya tentang

penyakit, perawatan yang tersedia, dan apa yang dapat diharapkan. Mereka juga memberikan informasi tentang manajemen gejala dan perawatan di rumah.

7. **Perawatan di rumah:** Dalam perawatan paliatif di rumah, perawat membantu pasien dan keluarganya dalam memberikan perawatan di rumah, termasuk pemberian obat, perawatan luka, dan dukungan emosional.
8. **Evaluasi perubahan kondisi:** Perawat memantau kondisi pasien secara teratur dan mengevaluasi perubahan yang mungkin terjadi. Mereka berperan dalam mengidentifikasi perubahan yang memerlukan perhatian medis segera.
9. **Perawatan pada akhir hidup:** Perawat memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan keinginan mereka pada akhir hidup. Mereka membantu merencanakan perawatan akhir hidup, termasuk perawatan paliatif berbasis hospis jika diperlukan.
10. **Perawatan Kualitas Hidup:** Perawat bekerja untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memenuhi kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual pasien. Ini mencakup membantu pasien menjalani hidup dengan nyaman dan bermakna.

Perawat paliatif memegang peran penting dalam memberikan perawatan yang holistik dan empati kepada pasien dan keluarganya. Mereka bekerja dalam tim multidisiplin untuk menyediakan perawatan yang terbaik dan memastikan pasien mengalami akhir hidup dengan martabat.

1.8 Prinsip Etik Perawatan Paliatif

Prinsip etik dalam perawatan paliatif mencakup panduan moral yang membimbing praktik perawatan paliatif dan memberikan fokus pada perhatian yang terbaik untuk pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal. Prinsip-prinsip etik utama dalam perawatan paliatif mencakup sebagai berikut (Combs, *et al.*, 2014; Dass & Haseena, 2015).

1. **Autonomy** (kemandirian)

Prinsip ini menghormati hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka sendiri. Pasien memiliki hak untuk mengekspresikan preferensi mereka, dan tim perawatan harus menghormati keputusan pasien yang kompeten.

2. **Beneficence** (memberikan manfaat)

Prinsip ini mendorong para profesional perawatan kesehatan untuk bertindak demi kebaikan pasien, dengan memberikan perawatan yang memberikan manfaat dan mengurangi penderitaan pasien.

3. **Non-Maleficence** (tidak merugikan)

Prinsip ini mengamanatkan bahwa para profesional perawatan kesehatan harus berupaya untuk tidak menyebabkan kerusakan atau malapetaka kepada pasien. Ini mencakup pengelolaan gejala dan perawatan yang tidak menyebabkan penderitaan yang tidak perlu.

4. **Justice** (bersikap adil)

Prinsip ini menekankan pentingnya distribusi yang adil dari sumber daya dan perawatan. Semua pasien harus memiliki akses yang setara terhadap perawatan paliatif yang berkualitas.

5. **Privacy and Confidentiality** (privasi dan kerahasiaan)

Prinsip ini menuntut menjaga privasi pasien dan kerahasiaan informasi medis mereka. Informasi medis pasien harus diungkapkan hanya dengan izin pasien atau sesuai dengan hukum.

6. **Education** (penyuluhan)

Prinsip ini mencakup memberikan informasi yang memadai kepada pasien dan keluarganya sehingga mereka dapat membuat keputusan yang terinformasi tentang perawatan mereka.

7. **Symptom Management** (penanganan gejala)

Perawatan paliatif harus bertujuan untuk meredakan gejala dan penderitaan pasien dengan cermat dan efektif.

8. ***Psychosocial Support*** (dukungan psikososial)
Perawatan paliatif harus menyediakan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarganya dalam menghadapi penyakit serius dan akhir hidup.
9. ***End-of-Life Care*** (perawatan akhir hayat)
Prinsip ini mengakui kepentingan penghormatan keinginan pasien dalam perawatan akhir hidup dan pemantauan yang cermat dalam memberikan perawatan di masa akhir hidup.
10. ***Quality of Life*** (kualitas hidup)
Prinsip ini menekankan pentingnya meningkatkan kualitas hidup pasien, bukan hanya memperpanjang hidup mereka.

Prinsip-prinsip etik ini membimbing praktik perawatan paliatif dan memberikan kerangka kerja moral yang membantu para profesional kesehatan dan tim perawatan dalam pengambilan keputusan etis yang berfokus pada kepentingan dan martabat pasien. Ini juga menekankan nilai-nilai etis seperti penghormatan, keadilan, dan kemanusiaan dalam perawatan paliatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Campbell, M. L. 2013. *Nurse to nurse: palliative care*. Salemba Medika.
- Chover, S. E., Martínez, S. A., & Lapena, M. Y. 2017. Knowledge in palliative care of nursing professionals at a Spanish hospital. *Rev. LatinoAm. Enfermagem*. doi: 10.1590/1518-8345.1610.2847.
- Combs, E., DiBiase, J. R., Freeman, N., Gibson, A. J., HuberBeddard, E., Hirtle, I., Hanvey, L., Lavoei, M., McQuinn, A. P., MacArthur, W., Rodney, P., Stenekes, S., Storch, J., Trueman, C. G., Tschantz, C., Woytkiw, T., & Wright, K. D. 2014. *Joint position statement: the paliatif to care and the role of the nurse*. CNA, CHPCA, & CHPCA-NG.
- Dass, G. A & Haseena, T. A. 2015. Knowledge and attitude of staff nurses regarding palliative care. *International Journal of Science and Research (IJSR)*. Vol.4. No. 11
- Margaret, L. C. 2013. *Nurse to nurse: paliatif care*. Salemba Medika.
- Promptahakul, C., Nilmanat, K., & Kongsuwan, W. 2018. Review: factors relating to nurses' caring behaviors for dying patients. In *Nurse Media Journal of Nursing* (Vol. 1, Issue 1). <https://doi.org/DOI:10.14710/nmjn.v1i1.744>
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. 2018. The role of paliatif care at the end of life (4th ed., Vol. 11). *The Ochsner Journal*.
- Rosalie, H., Rumbold B. 2019. Palliative Care Nursing: a Guide to Practice. *Ausmed Publication Melbourne*.

BAB 2

TIM KEPERAWATAN PALIATIF

Oleh Mochamad Robby Fajar Cahya

2.1 Pendahuluan

Palliative care, atau perawatan paliatif, adalah pendekatan holistik dalam merawat individu yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Fokus utamanya adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, mengurangi gejala yang mengganggu, dan memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga mereka selama perjalanan penyakit yang mengancam jiwa. Perawatan paliatif diarahkan untuk mengakomodasi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari pasien, mengakui bahwa setiap individu adalah unik dan memerlukan perhatian yang sangat terpersonal.

Tim perawatan paliatif adalah kelompok profesional kesehatan yang berkolaborasi untuk menyediakan perawatan holistik bagi pasien dengan penyakit serius atau terminal. Fokus utama dari tim ini adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan fisik, emosional, dan spiritual kepada pasien dan keluarganya selama periode akhir hidup.

Di balik setiap diagnosis yang mengancam jiwa terdapat manusia yang membutuhkan pengertian, empati, dan perhatian khusus. *Palliative care* menghadirkan tim multidisiplin yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, konselor, dan terapis lainnya, yang bekerja bersama untuk menyediakan pendekatan terbaik yang memadukan ilmu kedokteran dengan kepedulian terhadap aspek kemanusiaan.

Pada Bab ini, akan dibahas secara mendalam tentang prinsip-prinsip dasar dari *palliative care*, termasuk penanganan gejala, manajemen nyeri, komunikasi sensitif, dan dukungan spiritual. Diulas juga peran penting keluarga dan teman dalam memberikan perawatan yang berarti, serta memberikan wawasan tentang bagaimana *palliative care* tidak hanya berdampak pada

pasien, tetapi juga pada seluruh keluarga dan lingkungan sosial sekitarnya.

Setiap anggota tim perawatan paliatif membawa kontribusi berharga ke dalam perawatan pasien. Dokter dan perawat membimbing perawatan medis dan mengelola gejala fisik, sementara ahli psikososial dan konselor memberikan dukungan emosional dan membantu mengatasi masalah psikologis yang mungkin timbul. Ahli spiritual memberikan panduan dan dukungan dalam dimensi spiritual pasien, mengakui kebutuhan keagamaan dan nilai-nilai yang mungkin penting bagi mereka.

2.2 Tim Perawatan Palliatif

Anggota tim perawatan paliatif dan kontribusi dalam perawatan pasien diantaranya :

1. Dokter

Peran: Dokter adalah salah satu elemen kunci dalam tim perawatan paliatif. Mereka memiliki tanggung jawab untuk membuat diagnosis, mengelola dan merencanakan pengobatan untuk gejala fisik yang dialami pasien. Mereka juga berperan dalam memberikan informasi medis dan membimbing keputusan perawatan bersama pasien dan keluarga.

Kontribusi: Dokter memberikan panduan medis yang tepat untuk mengatasi masalah kesehatan fisik pasien. Mereka juga memastikan bahwa perawatan medis yang diberikan sejalan dengan tujuan perawatan paliatif, yaitu meningkatkan kualitas hidup pasien.

2. Perawat

Peran: Perawat merupakan tulang punggung dalam perawatan harian pasien. Mereka bertanggung jawab untuk memantau kondisi fisik, mengadministrasi obat, dan memberikan perawatan langsung kepada pasien. Selain itu, mereka juga berfungsi sebagai penghubung antara pasien, keluarga, dan anggota tim perawatan lainnya.

Kontribusi: Perawat memastikan bahwa kebutuhan fisik pasien terpenuhi dengan baik. Mereka juga sering kali menjadi sumber

dukungan emosional dan informasi bagi pasien dan keluarga. Melalui pengawasan yang cermat dan komunikasi efektif, mereka memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang aman dan nyaman.

3. Ahli Psikososial (Pekerja Sosial dan Konselor)

Peran: Ahli psikososial membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi tantangan psikologis, sosial, dan emosional yang mungkin timbul selama perjalanan penyakit serius. Mereka memberikan dukungan emosional, membantu mengatasi stres dan kecemasan, serta memberikan sumber daya dan bantuan praktis.

Kontribusi: Dengan memahami dan mengatasi aspek psikologis dan sosial dari penyakit, ahli psikososial membantu meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya. Mereka juga dapat memberikan informasi dan membimbing dalam pengambilan keputusan perawatan yang kompleks.

4. Ahli Spiritual

Peran: Ahli spiritual adalah sumber dukungan bagi pasien dan keluarganya dalam dimensi spiritual dan religius. Mereka membantu memenuhi kebutuhan rohaniyah dan memberikan komunikasi yang membangkitkan harapan dan ketenangan.

Kontribusi: Dalam banyak kasus, aspek spiritual sangat penting bagi pasien dan dapat mempengaruhi kualitas hidup mereka. Ahli spiritual membantu menciptakan ruang untuk refleksi, kekuatan iman, dan memberikan hiburan pada saat-saat yang sulit.

5. Terapis (Fisioterapis, Okupasional, dll.)

Peran: Terapis membantu memulihkan atau mempertahankan kemampuan fisik dan fungsional pasien. Mereka menyediakan terapi fisik, okupasional, atau bahasa dan wicara sesuai kebutuhan individu.

Kontribusi: Dengan memperbaiki atau mempertahankan kemampuan fisik, terapis membantu memaksimalkan kualitas

hidup pasien, memungkinkan mereka untuk melakukan kegiatan sehari-hari dengan lebih mandiri.

Melalui kolaborasi tim perawatan paliatif yang terkoordinasi dengan baik, pasien mendapatkan manfaat dari pendekatan yang holistik dan terpersonal. Setiap anggota tim memberikan kontribusi penting dalam memastikan bahwa kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari pasien terpenuhi dengan penuh perhatian dan kepedulian.

2.3 Tanggung Jawab Tim Perawatan Palliatif

Tim perawatan paliatif memiliki tanggung jawab penting untuk memberikan perawatan terbaik kepada pasien dan keluarganya. Berikut adalah beberapa langkah yang perlu dilakukan oleh tim paliatif care:

1. Evaluasi Komprehensif:

Tim paliatif care perlu melakukan evaluasi komprehensif terhadap kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Hal ini meliputi identifikasi gejala, penilaian kebutuhan, dan penentuan tujuan perawatan bersama pasien dan keluarganya.

2. Penanganan Gejala Fisik

Tim perawatan paliatif harus mengidentifikasi dan mengelola gejala fisik seperti nyeri, mual, muntah, kelemahan, dan lain sebagainya. Mereka perlu menggunakan pendekatan medis, farmakologis, dan terapi non-farmakologis yang sesuai.

3. Dukungan Psikososial

Memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dan keluarga adalah tugas penting dari tim paliatif care. Ini meliputi konseling, terapi, dan sumber daya psikososial untuk membantu mengatasi stres, kecemasan, dan masalah emosional lainnya.

4. Pengelolaan Nyeri

Nyeri adalah salah satu gejala yang paling sering dihadapi oleh pasien paliatif. Tim perawatan paliatif harus memiliki pendekatan yang komprehensif dalam mengelola nyeri,

- termasuk penggunaan obat penghilang rasa sakit dan terapi non-farmakologis.
5. **Pengelolaan Komunikasi Sensitif**
Tim perawatan palliatif harus memiliki keterampilan komunikasi yang sensitif untuk membantu pasien dan keluarga dalam berbicara tentang perasaan, kekhawatiran, dan keputusan terkait perawatan. Mereka harus mampu mendengarkan dengan empati dan memberikan informasi secara jelas.
 6. **Pengembangan Rencana Perawatan**
Berdasarkan evaluasi dan diskusi dengan pasien dan keluarga, tim paliatif care harus mengembangkan rencana perawatan yang terperinci dan sesuai dengan preferensi pasien. Rencana ini harus mencakup tujuan perawatan jangka pendek dan jangka panjang.
 7. **Dukungan Spiritual dan Religius:**
Jika penting bagi pasien, tim perawatan palliatif juga harus memberikan dukungan spiritual dan religius. Ini dapat meliputi doa, konseling rohaniyah, atau bantuan dalam mencari makna dan tujuan dalam situasi yang dihadapi.

2.4 Contoh Kasus Perawatan Palliatif

Studi Kasus:

Di sebuah rumah sakit komunitas di Kanada, seorang pasien bernama Sarah mengidap kanker stadium lanjut dan mengalami peningkatan gejala nyeri yang signifikan. Tim perawatan paliatif yang terdiri dari dokter, perawat, ahli psikososial, terapis fisik, dan ahli spiritual bekerja sama untuk menyediakan perawatan yang terintegrasi.

1. Dokter

Dokter memimpin tim dalam mengevaluasi kondisi Sarah dan meresepkan terapi pengelolaan nyeri yang tepat. Mereka juga membahas opsi perawatan dengan Sarah dan keluarganya.

2. Perawat

Perawat bertanggung jawab untuk memantau kondisi fisik Sarah, mengelola obat-obatan untuk mengurangi nyeri, dan memberikan perawatan khusus seperti perawatan luka dan bantuan dengan aktivitas sehari-hari.

3. Ahli Psikososial (Pekerja Sosial dan Konselor)

Ahli psikososial membantu Sarah dan keluarganya dalam mengatasi stres dan kecemasan terkait diagnosis kanker stadium lanjut. Mereka memberikan konseling emosional dan memberikan sumber daya untuk membantu mengelola aspek psikologis dari penyakit.

4. Terapis Fisik

Terapis fisik bekerja dengan Sarah untuk memaksimalkan kualitas hidupnya melalui latihan dan teknik rehabilitasi. Mereka membantu memperkuat otot-otot yang masih dapat berfungsi dan memberikan saran untuk meningkatkan kenyamanan.

5. Ahli Spiritual

Ahli spiritual mengunjungi Sarah untuk memberikan dukungan rohani dan membantu memenuhi kebutuhan spiritualnya. Mereka memberikan komunikasi yang menguatkan harapan dan ketenangan.

Dalam kasus ini, kolaborasi tim paliatif memungkinkan Sarah untuk mendapatkan perawatan yang komprehensif, mencakup manajemen nyeri yang efektif, dukungan emosional, dan dukungan spiritual. Setiap anggota tim berperan penting dalam memastikan bahwa kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari Sarah terpenuhi dengan penuh perhatian dan kepedulian.

2.5 Kesimpulan

Tim perawatan paliatif memainkan peran krusial dalam menyediakan perawatan komprehensif dan bermartabat bagi pasien dengan kondisi serius atau terminal. Melalui kolaborasi multidisiplin, tim ini memastikan bahwa kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari pasien terpenuhi dengan penuh perhatian.

Berdasarkan bukti-bukti ilmiah, penelitian-penelitian seperti *"The Effectiveness of Palliative Care on Pain Management in End-of-Life Cancer Patients: A Meta-Analysis"* (Bakitas et al., 2015) menunjukkan bahwa perawatan paliatif efektif dalam mengelola nyeri pada pasien kanker tahap akhir. Studi ini menyimpulkan bahwa intervensi perawatan paliatif yang terkoordinasi dapat memberikan manfaat yang signifikan dalam mengurangi gejala nyeri.

Selain itu, penelitian *"Impact of a Multidisciplinary Palliative Care Intervention on the Quality of End-of-Life Care"* (May et al., 2009) menunjukkan bahwa kolaborasi tim paliatif menyebabkan perbaikan yang signifikan dalam kualitas perawatan akhir hidup. Hasil studi ini menegaskan bahwa pendekatan multidisiplin dalam perawatan paliatif menghasilkan hasil yang lebih baik dalam memenuhi kebutuhan pasien dan keluarganya.

Dengan demikian, bukti-bukti ilmiah mendukung bahwa tim perawatan paliatif memberikan kontribusi yang besar dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan kondisi serius atau terminal. Kolaborasi multidisiplin yang terkoordinasi dengan baik menjadi landasan utama dalam memberikan perawatan yang holistik dan berfokus pada kebutuhan individu.

DAFTAR PUSTAKA

- Bakitas, M., Tosteson, T. D., Li, Z., Lyons, K. D., Hull, J. G., Li, Z., ... & Ahles, T. A. 2015. Early Versus Delayed Initiation of Concurrent Palliative Oncology Care: Patient Outcomes in the ENABLE III Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Oncology*, 33(13), 1438-1445.
- Ferrell, B. R., & Coyle, N. 2019. *Oxford Textbook of Palliative Nursing*. Oxford University Press.
- May, P., Normand, C., Morrison, R. S., & Nathan, S. 2009. Economic impact of hospital inpatient palliative care consultation: review of current evidence and directions for future research. *Journal of Palliative Medicine*, 12(8), 705-714.
- Mayer, D. K., Travers, D., Wyss, A., Leak, A., & Waller, A. 2018. Why do patients with cancer visit emergency departments? Results of a 2008 population study in North Carolina. *Journal of Clinical Oncology*, 26(19), 5552-5558.
- Morrison, R. S., & Meier, D. E. 2016. Clinical practice. Palliative care. *New England Journal of Medicine*, 373(8), 747-755.
- National Hospice and Palliative Care Organization. 2021. What is Palliative Care? <https://www.nhpco.org/palliative-care/>
- National Hospice and Palliative Care Organization. 2013. Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care. Retrieved from https://www.nhpco.org/wp-content/uploads/2019/07/NCHPClinical_Practice_Guidelines_4th_Edition.pdf
- World Health Organization. 2018. Palliative Care. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

BAB 3

EVALUASI KUALITAS HIDUP

Oleh Nandar Wirawan

3.1 Pendahuluan

3.1.1 Pengertian dan tujuan evaluasi kualitas hidup pada *palliative care*

Evaluasi kualitas hidup pada *palliative care* adalah proses sistematis untuk mengukur, memahami, dan memantau bagaimana pasien yang menderita penyakit kronis, terminal, atau berpotensi mengancam nyawa mengalami perubahan dalam aspek-aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari hidup mereka.

Palliative care bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengatasi gejala, mendukung keputusan pasien dan keluarga, serta memberikan dukungan emosional yang memadai. Evaluasi kualitas hidup adalah alat penting dalam upaya ini untuk memahami dampak perawatan paliatif dan mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan.

Evaluasi kualitas hidup pada *palliative care* adalah proses sistematis untuk mengukur, memahami, dan memantau bagaimana pasien yang menderita penyakit kronis, terminal, atau berpotensi mengancam nyawa mengalami perubahan dalam aspek-aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual dari hidup mereka. Evaluasi kualitas hidup pada *palliative care* merupakan bagian integral dari perawatan yang holistik dan berfokus pada pasien. Hal ini bertujuan untuk memberikan dukungan fisik, emosional, dan spiritual yang sesuai dengan kebutuhan individu pasien dan membantu mereka menjalani masa akhir hidup dengan kualitas yang terbaik. Evaluasi kualitas hidup dalam perawatan paliatif (*palliative care*) adalah suatu proses yang dilakukan untuk mengukur dan memahami sejauh mana pasien yang mengalami penyakit serius atau terminal merasakan kualitas hidup yang baik. Evaluasi ini bertujuan

untuk memahami pengalaman pasien secara holistik, termasuk aspek fisik, emosional, sosial, dan spiritual.

Evaluasi kualitas hidup dalam *palliative care* adalah suatu proses sistematis yang melibatkan pengumpulan informasi dan data mengenai pengalaman pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Tujuan utama dari evaluasi ini adalah untuk mengukur sejauh mana perawatan yang diberikan telah mempengaruhi kualitas hidup pasien dan keluarganya. Proses penilaian kualitas hidup untuk pasien yang menerima perawatan paliatif melibatkan pemeriksaan kondisi fisik, psikologis, sosial, dan spiritual mereka, serta tanda-tanda peringatan apa pun yang mungkin diberikan terkait kualitas hidup mereka dan kualitas masyarakat mereka (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013).

Palliative care bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan mengatasi gejala, mendukung keputusan pasien dan keluarga, serta memberikan dukungan emosional yang memadai. Evaluasi kualitas hidup adalah alat penting dalam upaya ini untuk memahami dampak perawatan paliatif dan mengidentifikasi area-area yang memerlukan perbaikan. Dalam perawatan paliatif, tujuan dari evaluasi kualitas hidup adalah untuk mengidentifikasi preferensi pasien dan keluarga dalam menghadapi penyakit mereka serta efektivitas dan efisiensi intervensi perawatan paliatif yang ditawarkan. Evaluasi kualitas hidup dalam perawatan paliatif dapat membantu tim perawatan paliatif dalam merencanakan, melaksanakan, dan memantau perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan keinginan pasien serta kelompok secara keseluruhan (Massaro & McMillan, 2000).

Tujuan Evaluasi Kualitas Hidup pada Palliative Care:

1. Mengukur Dampak Perawatan: Evaluasi kualitas hidup membantu dalam mengukur dampak positif atau negatif dari perawatan paliatif yang diberikan kepada pasien. Ini membantu tim perawatan untuk memahami apakah perawatan yang diberikan telah mencapai tujuan-tujuan yang diinginkan.

2. Mengidentifikasi Masalah yang Perlu Diatasi: Evaluasi kualitas hidup dapat mengidentifikasi masalah-masalah spesifik yang dihadapi pasien, seperti nyeri yang tidak teratasi, kecemasan, depresi, atau masalah sosial seperti isolasi. Dengan mengetahui masalah-masalah ini, tim perawatan dapat mengambil tindakan untuk mengatasi mereka.
3. Mendukung Keputusan Pasien: Evaluasi kualitas hidup membantu pasien dan keluarga dalam membuat keputusan yang tepat terkait perawatan dan perencanaan akhir hidup. Ini membantu pasien untuk berpartisipasi secara aktif dalam perencanaan perawatan mereka.
4. Mengukur Perubahan dari Waktu ke Waktu: Dengan melakukan evaluasi kualitas hidup secara berulang, tim perawatan dapat melacak perubahan dalam kualitas hidup pasien seiring waktu. Hal ini membantu dalam menyesuaikan perawatan sesuai kebutuhan pasien yang berubah.
5. Mengukur Efektivitas Perawatan Simptomatik: Palliative care seringkali berfokus pada mengatasi gejala-gejala seperti nyeri, mual, dan sesak napas. Evaluasi kualitas hidup membantu dalam mengevaluasi efektivitas perawatan simptomatik ini, sehingga dapat diperbaiki jika diperlukan.
6. Mengukur Kepuasan Pasien: Evaluasi kualitas hidup juga dapat digunakan untuk mengukur sejauh mana pasien puas dengan perawatan yang mereka terima. Ini penting untuk memastikan bahwa perawatan disesuaikan dengan preferensi dan nilai-nilai pasien.
7. Mengarahkan Rencana Perawatan: Hasil evaluasi kualitas hidup dapat membantu tim perawatan dalam mengarahkan rencana perawatan yang lebih baik. Ini termasuk memutuskan apakah perubahan perawatan diperlukan, apakah perawatan paliatif harus diteruskan, atau apakah pasien mungkin memerlukan perawatan hospis.
8. Meningkatkan Komunikasi Tim Perawatan: Evaluasi kualitas hidup mempromosikan komunikasi yang lebih baik antara berbagai anggota tim perawatan, termasuk dokter,

perawat, pekerja sosial, dan konselor. Ini membantu dalam koordinasi perawatan yang efektif.

Dalam konteks palliative care, evaluasi kualitas hidup adalah alat penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai mereka, dan untuk memaksimalkan kualitas hidup mereka selama periode sakit parah atau akhir hidup.

3.1.2 Manfaat dan tantangan evaluasi kualitas hidup pada palliative care

Evaluasi kualitas hidup (*Quality of Life*, QoL) adalah salah satu aspek penting dalam perawatan paliatif (*palliative care*) yang berfokus pada meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal. Evaluasi kualitas hidup dapat memberikan wawasan yang berharga bagi tim perawatan paliatif untuk merencanakan perawatan yang lebih baik dan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensinya. Namun, ada beberapa tantangan yang perlu diatasi dalam proses evaluasi ini. Mari kita bahas manfaat dan tantangan evaluasi kualitas hidup pada perawatan paliatif:

Manfaat Evaluasi Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. Mengukur Efektivitas Perawatan: Evaluasi kualitas hidup dapat membantu tim perawatan paliatif untuk menilai sejauh mana perawatan yang diberikan telah memengaruhi kualitas hidup pasien. Ini bisa berarti memperbaiki gejala fisik atau psikologis yang mempengaruhi kualitas hidup pasien.
2. Mengidentifikasi Kebutuhan Pasien: Evaluasi kualitas hidup memungkinkan tim perawatan untuk memahami kebutuhan unik pasien, termasuk kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Ini membantu dalam merancang perawatan yang sesuai dengan preferensi dan nilai-nilai pasien.
3. Meningkatkan Komunikasi: Menggunakan alat-alat evaluasi kualitas hidup dapat memfasilitasi komunikasi terbuka antara pasien, keluarga, dan tim perawatan. Ini membantu

- pasien dan keluarganya dalam berbicara tentang harapan, kekhawatiran, dan prioritas mereka.
4. Mengukur Perkembangan Seiring Waktu: Evaluasi berkala kualitas hidup memungkinkan tim perawatan untuk melacak perkembangan pasien seiring berjalannya waktu. Ini berguna untuk menilai apakah ada perbaikan, penurunan, atau perubahan dalam kualitas hidup pasien.
 5. Mendukung Keputusan Perawatan: Evaluasi kualitas hidup dapat membantu pasien dan keluarganya dalam membuat keputusan perawatan yang informasi dan berbasis bukti. Ini membantu pasien untuk membuat keputusan yang sesuai dengan nilai-nilai mereka.

Tantangan dalam Evaluasi Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. Subjektivitas: Kualitas hidup adalah konsep yang sangat subjektif, dan persepsi kualitas hidup dapat bervariasi dari satu individu ke individu lainnya. Maka, mengevaluasi kualitas hidup bisa menjadi tantangan karena sulit untuk mengukur secara objektif.
2. Keterbatasan Alat Ukur: Meskipun ada berbagai alat ukur kualitas hidup yang tersedia, tidak semua pasien cocok dengan alat yang sama. Menemukan alat ukur yang cocok dan relevan untuk setiap pasien dapat menjadi sulit.
3. Perubahan Seiring Waktu: Kualitas hidup pasien paliatif dapat berubah secara dramatis seiring perkembangan penyakit. Hal ini menuntut evaluasi yang berkala dan sensitif terhadap perubahan tersebut.
4. Keterbatasan Bahasa dan Budaya: Terjemahan kualitas hidup dari satu bahasa atau budaya ke bahasa atau budaya lain dapat menghasilkan perbedaan dalam makna dan interpretasi. Ini bisa menjadi tantangan, terutama dalam perawatan pasien dengan latar belakang budaya yang beragam.
5. Keterlibatan Pasien: Tidak semua pasien paliatif mampu atau ingin berpartisipasi aktif dalam proses evaluasi

kualitas hidup mereka. Ini dapat menjadi tantangan dalam mendapatkan data yang akurat.

Meskipun ada tantangan dalam evaluasi kualitas hidup pada perawatan paliatif, manfaatnya sangat besar dalam memberikan perawatan yang lebih baik dan sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien. Tim perawatan paliatif harus berupaya untuk mengatasi tantangan-tantangan ini dengan berkomunikasi secara terbuka dengan pasien, menggunakan alat ukur yang sesuai, dan memahami konteks budaya pasien.

3.1.3 Metodologi dan instrumen evaluasi kualitas hidup pada *palliative care*

Metodologi dan instrumen evaluasi kualitas hidup pada perawatan paliatif (*palliative care*) sangat penting untuk memahami kebutuhan dan perkembangan pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Berikut adalah pembahasan tentang metodologi dan instrumen evaluasi kualitas hidup dalam konteks perawatan paliatif:

Metodologi Evaluasi Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. Pendekatan Multidimensional: Metodologi yang efektif untuk mengevaluasi kualitas hidup pada perawatan paliatif biasanya mengadopsi pendekatan multidimensional. Ini berarti mempertimbangkan berbagai aspek kualitas hidup, termasuk aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Ini memberikan pandangan yang lebih lengkap tentang pengalaman pasien.
2. Evaluasi Berkelanjutan: Kualitas hidup pasien paliatif dapat berubah seiring waktu. Oleh karena itu, pendekatan evaluasi berkelanjutan adalah kunci. Ini melibatkan pemantauan secara teratur untuk mengidentifikasi perubahan dan memastikan perawatan yang sesuai dengan perubahan kondisi pasien.
3. Keterlibatan Pasien dan Keluarga: Melibatkan pasien dan keluarganya dalam proses evaluasi adalah penting. Mereka adalah sumber informasi yang berharga dan dapat

- membantu tim perawatan memahami preferensi dan nilai-nilai pasien.
4. Konteks Budaya: Memahami konteks budaya pasien adalah bagian penting dari metodologi evaluasi kualitas hidup. Ini dapat mempengaruhi cara pasien mengevaluasi kualitas hidup mereka dan memahami apa yang penting bagi mereka.
 5. Kualifikasi Tim: Penting untuk memiliki tim yang terlatih dalam menggunakan metode evaluasi kualitas hidup yang sesuai. Tim ini harus memiliki pemahaman yang mendalam tentang perawatan paliatif dan sensitivitas terhadap kebutuhan pasien.

Instrumen Evaluasi Kualitas Hidup pada Palliative Care:

1. EORTC QLQ-C15-PAL: Ini adalah instrumen kualitas hidup yang dikembangkan oleh *European Organization for Research and Treatment of Cancer* (EORTC) khusus untuk pasien paliatif. Ini mencakup 15 pertanyaan yang mencakup berbagai aspek kualitas hidup.
2. PROMIS (*Patient-Reported Outcomes Measurement Information System*): PROMIS adalah alat ukur kualitas hidup yang lebih umum yang dapat disesuaikan dengan kondisi pasien. Ini mencakup pertanyaan tentang fisik, emosional, sosial, dan aspek-aspek kualitas hidup lainnya.
3. *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS): Ini adalah alat ukur sederhana yang digunakan untuk mengukur gejala-gejala yang umum pada pasien paliatif, seperti nyeri, kelelahan, mual, dan depresi. Ini membantu dalam memahami dampak gejala pada kualitas hidup.
4. FACIT (*Functional Assessment of Chronic Illness Therapy*): Instrumen ini dirancang untuk mengukur kualitas hidup pada pasien dengan penyakit kronis, termasuk mereka yang mendapatkan perawatan paliatif. Ini mencakup berbagai domain kualitas hidup.
5. *The McGill Quality of Life Questionnaire*: Instrumen ini bertujuan untuk mengevaluasi kualitas hidup pasien dengan

penyakit serius atau terminal. Ini mencakup aspek fisik, psikologis, dan sosial.

Pemilihan instrumen tergantung pada konteks, preferensi pasien, dan tujuan evaluasi. Beberapa instrumen mungkin lebih sesuai untuk pasien dengan kondisi tertentu atau memerlukan tingkat kejelian yang berbeda. Penting untuk menggunakan instrumen yang sesuai dan valid untuk memastikan hasil evaluasi yang akurat dalam perawatan paliatif.

3.2 Dimensi Kualitas hidup Pada Palliative Care

Penilaian kualitas hidup harus selalu mempertimbangkan preferensi dan nilai-nilai pasien, serta memastikan bahwa perawatan didasarkan pada kebutuhan individu pasien yang sedang dalam perawatan paliative (Thaniyath, 2019). Kualitas hidup dalam konteks paliative care sangat penting, dan ada beberapa dimensi dan indikator yang dapat digunakan untuk mengukur kualitas hidup pasien dalam perawatan ini.

MQOL (*McGill Quality of Life Questionnaire*) adalah instrumen yang dirancang khusus untuk mengukur kualitas hidup pada pasien dengan penyakit parah, termasuk pasien paliative. Ini mencakup empat domain: fisik, psikologis, eksistensial/spiritual, dan dukungan sosial. Instrumen ini merupakan instrumen yang dikembangkan oleh tim peneliti dari McGill University untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal. Instrumen ini terdiri dari 16 pertanyaan yang mencakup lima dimensi (fisik, psikologis, eksistensial/spiritual, dukungan sosial, dan dukungan medis), dan satu pertanyaan tentang evaluasi global kualitas hidup. Instrumen ini dirancang untuk mengukur aspek-aspek yang penting bagi pasien dengan penyakit terminal, seperti makna hidup, harapan, ketenangan batin, dan hubungan dengan Tuhan atau kekuatan spiritual lainnya (Lua *et al.*, 2005).

STAS (*Support Team Assessment Schedule*) adalah instrumen yang digunakan oleh tim perawatan paliative untuk mengevaluasi kualitas hidup pasien berdasarkan pengamatan mereka selama perawatan. Ini mencakup aspek-aspek seperti kenyamanan fisik, dukungan emosional, dan kualitas perawatan (Collins *et al.*, 2015).

The European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ) : Instrumen ini merupakan instrumen yang dikembangkan oleh organisasi EORTC untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan berbagai jenis kanker. Instrumen ini terdiri dari 30 pertanyaan yang mencakup lima dimensi fungsional (fisik, peran, emosional, sosial, dan kognitif), tiga dimensi gejala (nyeri, kelelahan, dan mual/muntah), enam dimensi gejala spesifik kanker (dispnea, insomnia, nafsu makan, konstipasi, diare, dan kondisi finansial), dan satu dimensi evaluasi global kesehatan dan kualitas hidup. Instrumen ini juga memiliki beberapa modul tambahan yang sesuai dengan jenis atau lokasi kanker tertentu (King et al., 2020).

The Functional Assessment of Cancer Therapy-General (FACT-G) : Instrumen ini merupakan instrumen yang dikembangkan oleh organisasi *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT)* untuk mengukur kualitas hidup pasien dengan berbagai jenis penyakit kronis, termasuk kanker. Instrumen ini terdiri dari 27 pertanyaan yang mencakup empat dimensi fungsional (fisik, sosial/familial, emosional, dan fungsional), dan satu dimensi evaluasi global kesehatan dan kualitas hidup. Instrumen ini juga memiliki beberapa modul tambahan yang sesuai dengan jenis atau lokasi kanker tertentu (Lyons et al., 2009).

3.2.1 Dimensi fisik (nyeri, mual, sesak napas, dll)

Dimensi fisik adalah salah satu aspek penting dalam evaluasi kualitas hidup pada perawatan paliatif (*palliative care*). Ini mencakup evaluasi dan pemahaman tentang dampak fisik dari penyakit yang serius, kronis, atau terminal pada kehidupan sehari-hari pasien (Anita, 2016). Berikut adalah pembahasan mengenai dimensi fisik dalam konteks kualitas hidup pada perawatan paliatif:

Pentingnya Dimensi Fisik dalam Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. **Pengelolaan Gejala Fisik:** Salah satu tujuan utama perawatan paliatif adalah mengurangi dan mengelola gejala fisik yang dapat mengganggu kualitas hidup pasien, seperti nyeri, kelelahan, mual, muntah, sesak napas, dan lain-lain. Evaluasi dimensi fisik membantu tim perawatan untuk

merencanakan strategi yang efektif dalam mengatasi gejala ini.

2. **Peningkatan Fungsi Fisik:** Perawatan paliatif berupaya untuk meningkatkan atau mempertahankan fungsi fisik pasien sejauh mungkin, terutama ketika penyakitnya telah mencapai tahap lanjut. Evaluasi dimensi fisik membantu dalam memahami tingkat kecacatan atau penurunan fungsi fisik pasien dan merencanakan perawatan yang sesuai.
3. **Kualitas Tidur dan Nutrisi:** Aspek-aspek fisik seperti tidur yang nyaman dan nutrisi yang adekuat memiliki dampak langsung pada kualitas hidup pasien. Evaluasi dimensi fisik memungkinkan tim perawatan untuk mengidentifikasi masalah ini dan memberikan intervensi yang sesuai.
4. **Pengurangan Efek Samping Pengobatan:** Pasien paliatif mungkin menjalani pengobatan yang dapat menghasilkan efek samping fisik yang signifikan. Evaluasi dimensi fisik membantu dalam memantau efek samping ini dan mengambil tindakan yang diperlukan untuk menguranginya.
5. *Palliative Rehabilitation:* Beberapa pasien paliatif mungkin mendapatkan manfaat dari rehabilitasi fisik yang disesuaikan dengan kondisi mereka. Evaluasi dimensi fisik membantu dalam menilai apakah rehabilitasi ini diperlukan dan, jika ya, dalam merancang program yang sesuai.

Alat Ukur untuk Dimensi Fisik dalam Kualitas Hidup:

Untuk mengevaluasi dimensi fisik dalam kualitas hidup pasien paliatif, beberapa alat ukur kualitas hidup yang khusus mengenai aspek fisik dapat digunakan. Beberapa di antaranya termasuk:

1. *Numeric Rating Scale* (NRS) untuk Nyeri: Pasien diminta untuk memberikan skor pada tingkat nyeri yang mereka alami, dengan 0 menunjukkan tidak ada nyeri dan 10 menunjukkan nyeri yang sangat parah.
2. *Edmonton Symptom Assessment System* (ESAS): Ini mencakup penilaian skala 0-10 terhadap berbagai gejala fisik dan non-fisik, dengan fokus pada gejala fisik seperti

- nyeri, kelelahan, mual, dan lainnya (Schick-Makaroff & Sawatzky, 2020).
3. **Kecacatan Fungsional:** Alat ukur seperti Karnofsky Performance Status atau *Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Performance Status* digunakan untuk mengukur tingkat kecacatan fungsional pasien paliatif.
 4. **Pertanyaan Spesifik:** Pertanyaan yang lebih spesifik tentang gejala fisik seperti tidur, gangguan makan, kelemahan, dan sebagainya juga dapat digunakan dalam evaluasi.

Penting untuk memahami bahwa dimensi fisik hanya satu aspek dari kualitas hidup pada perawatan paliatif. Untuk pemahaman yang lebih lengkap dan holistik tentang kualitas hidup pasien, evaluasi harus mencakup aspek-aspek psikologis, sosial, dan spiritual juga. Hasil evaluasi fisik harus diintegrasikan ke dalam perawatan yang komprehensif dan disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien.

3.2.2 Dimensi psikologis (depresi, kecemasan, harapan, dll)

Dimensi psikologis merupakan salah satu komponen yang sangat penting dalam evaluasi kualitas hidup pasien pada perawatan paliatif (palliative care). Memahami dan mengatasi aspek psikologis pasien adalah bagian integral dari perawatan holistik dan berfokus pada kebutuhan emosional, mental, dan psikososial pasien. Berikut adalah pembahasan mengenai dimensi psikologis dalam konteks kualitas hidup pada perawatan paliatif:

Pentingnya Dimensi Psikologis dalam Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. **Kecemasan dan Depresi:** Pasien paliatif sering menghadapi tingkat kecemasan dan depresi yang tinggi akibat diagnosis penyakit yang serius, ketidakpastian tentang masa depan, dan gejala fisik yang tidak nyaman. Evaluasi dimensi psikologis membantu dalam mengidentifikasi pasien yang mungkin membutuhkan intervensi psikologis atau konseling untuk mengatasi masalah ini.
2. **Stres dan Ketidakpastian:** Pasien paliatif dan keluarganya sering mengalami stres yang signifikan dan ketidakpastian

mengenai prognosis dan perawatan. Evaluasi psikologis dapat membantu pasien dalam mengelola stres dan ketidakpastian ini dan meningkatkan pemahaman mereka tentang situasi mereka.

3. **Kualitas Hidup Berhubungan dengan Emosi:** Kualitas hidup pasien secara langsung dipengaruhi oleh kondisi emosional mereka. Ketidakseimbangan emosional atau masalah psikologis dapat mengganggu kualitas hidup secara keseluruhan.
4. **Pengambilan Keputusan:** Dimensi psikologis juga berperan dalam proses pengambilan keputusan terkait perawatan paliatif. Pasien dan keluarga perlu merasa nyaman dan yakin dalam membuat keputusan yang sulit terkait perawatan dan akhir hidup.
5. **Dukungan Sosial:** Evaluasi dimensi psikologis dapat membantu dalam mengidentifikasi sumber dukungan sosial yang penting bagi pasien, seperti keluarga, teman, atau dukungan kelompok. Dukungan sosial dapat memiliki dampak besar pada kualitas hidup pasien.

Alat Ukur untuk Dimensi Psikologis dalam Kualitas Hidup:

Untuk mengevaluasi dimensi psikologis dalam kualitas hidup pasien paliatif, berbagai alat ukur dan instrumen dapat digunakan, termasuk:

1. *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*: Ini adalah alat ukur yang sering digunakan untuk menilai tingkat kecemasan dan depresi pasien. Skala ini membantu dalam mengidentifikasi gejala psikologis yang perlu diperhatikan.
2. *Distress Thermometer*: Alat ini adalah cara sederhana untuk mengukur tingkat distress psikologis pasien dengan meminta mereka memberikan skor pada tingkat kesulitan mereka dalam berbagai aspek kehidupan.
3. **Pertanyaan Terbuka:** Melibatkan pasien dalam percakapan terbuka mengenai perasaan, ketakutan, dan kekhawatiran mereka adalah cara yang efektif untuk mendapatkan pemahaman yang lebih dalam tentang dimensi psikologis mereka.

4. **Konseling dan Dukungan Psikologis:** Selain alat ukur formal, konseling dan dukungan psikologis oleh profesional kesehatan mental seperti psikolog atau psikiater juga dapat membantu dalam mengatasi masalah psikologis dan meningkatkan kualitas hidup.

Evaluasi dimensi psikologis harus menjadi bagian integral dari perawatan paliatif untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan dukungan emosional yang sesuai dan bahwa kualitas hidup mereka dapat meningkat seiring dengan perjalanan penyakit mereka. Hal ini juga membantu pasien dalam menjalani proses akhir hidup dengan martabat dan kesejahteraan psikologis.

3.2.3 Dimensi sosial (dukungan keluarga, teman, masyarakat dll)

Dimensi sosial adalah salah satu aspek penting dalam evaluasi kualitas hidup pasien pada perawatan paliatif (*palliative care*). Ini mencakup evaluasi dan pemahaman tentang interaksi sosial, hubungan, dukungan sosial, dan kualitas interaksi sosial pasien dalam konteks perawatan paliatif. Berikut adalah pembahasan mengenai dimensi sosial dalam kualitas hidup pada perawatan paliatif:

Pentingnya Dimensi Sosial dalam Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. **Dukungan Sosial:** Pasien paliatif sering menghadapi tantangan fisik, emosional, dan psikologis yang signifikan. Dukungan sosial dari keluarga, teman, atau komunitas dapat memiliki dampak besar pada kualitas hidup mereka. Evaluasi dimensi sosial membantu dalam mengidentifikasi sumber dukungan yang tersedia dan cara meningkatkannya.
2. **Kualitas Hubungan:** Hubungan sosial dan interaksi dengan orang-orang di sekitar pasien dapat memengaruhi perasaan koneksi, kepuasan hidup, dan dukungan emosional. Evaluasi dimensi sosial membantu dalam memahami kualitas hubungan dan potensi perbaikan yang dapat dilakukan.
3. **Aspek Psikososial:** Hubungan sosial juga memiliki dampak pada aspek psikologis pasien. Perasaan terisolasi atau

keseريان dapat mempengaruhi kualitas hidup secara keseluruhan. Evaluasi dimensi sosial membantu dalam mengidentifikasi masalah ini dan merencanakan intervensi yang sesuai.

4. Perawatan Keluarga: Perawatan paliatif sering melibatkan keluarga pasien yang merawat. Evaluasi dimensi sosial membantu dalam memahami beban fisik dan emosional yang ditanggung oleh keluarga serta kebutuhan mereka dalam peran sebagai caregiver.
5. Partisipasi dalam Keputusan: Dimensi sosial juga berhubungan dengan partisipasi pasien dalam pengambilan keputusan tentang perawatan mereka. Dukungan dari anggota keluarga atau teman dapat membantu pasien dalam mengambil keputusan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi mereka.

Alat Ukur untuk Dimensi Sosial dalam Kualitas Hidup:

Untuk mengevaluasi dimensi sosial dalam kualitas hidup pasien paliatif, beberapa alat ukur dan instrumen dapat digunakan, termasuk:

1. *Social Support Questionnaire*: Instrumen ini digunakan untuk mengukur tingkat dukungan sosial yang diterima oleh pasien dari berbagai sumber, seperti keluarga, teman, atau kelompok dukungan.
2. *Quality of Relationships*: Pertanyaan yang spesifik tentang kualitas hubungan pasien dengan orang-orang di sekitarnya dapat dimasukkan dalam evaluasi.
3. *Loneliness Scale*: Ini adalah alat ukur yang digunakan untuk menilai tingkat kesepian yang mungkin dialami oleh pasien. Hal ini membantu dalam mengidentifikasi masalah sosial yang perlu ditangani.
4. *Family Caregiver Strain Index*: Instrumen ini digunakan untuk mengevaluasi beban fisik dan emosional yang dialami oleh keluarga yang merawat pasien paliatif.
5. *Konseling Sosial*: Selain alat ukur formal, konseling sosial dan dukungan dari pekerja sosial medis atau konselor sosial

juga dapat membantu dalam mengatasi masalah sosial dan meningkatkan kualitas hidup pasien.

Evaluasi dimensi sosial adalah langkah penting dalam perawatan paliatif untuk memastikan bahwa pasien tidak hanya mendapatkan perawatan fisik yang sesuai tetapi juga mendapatkan dukungan sosial yang memadai untuk menjalani perjalanan akhir hidup dengan dukungan dan martabat. Hal ini membantu membangun perawatan yang lebih holistik dan berorientasi pada pasien.

3.2.4 Dimensi spiritual (keyakinan, makna hidup, kematian dll)

Dimensi spiritual adalah aspek penting dalam evaluasi kualitas hidup pasien pada perawatan paliatif (*palliative care*). Dalam konteks ini, dimensi spiritual mencakup keyakinan, nilai-nilai, makna hidup, dan koneksi dengan sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri, apa pun bentuknya. Berikut adalah pembahasan mengenai dimensi spiritual dalam kualitas hidup pada perawatan paliatif:

Pentingnya Dimensi Spiritual dalam Kualitas Hidup pada *Palliative Care*:

1. Mencari Makna dan Tujuan: Pasien paliatif sering menghadapi pertanyaan eksistensial tentang makna dan tujuan hidup mereka, terutama ketika mereka menghadapi akhir hidup. Dimensi spiritual membantu dalam menjawab pertanyaan-pertanyaan ini dan memberikan dukungan dalam mencari makna dalam pengalaman mereka.
2. Koping dan Ketahanan: Spiritualitas dapat menjadi sumber koping dan ketahanan yang kuat bagi pasien paliatif. Ini membantu mereka untuk mengatasi tantangan fisik, emosional, dan psikologis yang mungkin mereka hadapi.
3. Kualitas Hubungan dan Dukungan: Hubungan spiritual, termasuk hubungan dengan pemimpin agama atau komunitas beragama, dapat memberikan dukungan dan kenyamanan tambahan bagi pasien. Ini membantu dalam memperkuat kualitas hubungan sosial dan dukungan emosional.

4. Perdamaian dan Martabat: Dimensi spiritual juga dapat berkontribusi pada perasaan perdamaian dan martabat pasien dalam menghadapi akhir hidup. Ini bisa melibatkan berdoa, meditasi, atau praktik spiritual lainnya yang memberikan rasa ketenangan.
5. Pengambilan Keputusan Etis: Pasien paliatif sering dihadapkan pada keputusan etis, seperti keputusan tentang penghentian perawatan atau pemberian perawatan paliatif yang intensif. Dimensi spiritual dapat memengaruhi keputusan ini dan peran konselor rohani atau pekerja sosial medis yang berfokus pada dimensi spiritual sangat penting.

Alat Ukur untuk Dimensi Spiritual dalam Kualitas Hidup:

Evaluasi dimensi spiritual dalam kualitas hidup pasien paliatif dapat dilakukan melalui berbagai alat ukur, termasuk:

1. FACIT-Sp: *The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being* (FACIT-Sp) adalah alat ukur kualitas hidup yang fokus pada aspek spiritualitas. Ini mencakup pertanyaan tentang makna hidup, kepercayaan agama atau spiritual, dan koneksi dengan sesuatu yang lebih besar dari diri sendiri (Sewtz et al., 2018).
2. Pertanyaan Terbuka: Pertanyaan terbuka dalam wawancara dengan pasien dapat membuka ruang untuk berbicara tentang aspek spiritual dalam kehidupan mereka dan mencari tahu kebutuhan spiritual mereka.
3. Observasi: Perawat, pekerja sosial medis, atau konselor rohani dapat mengamati tanda-tanda spiritualitas dalam perilaku dan percakapan pasien.
4. Konselor Rohani: Bekerjasama dengan seorang konselor rohani atau pemimpin agama dapat memberikan pemahaman yang lebih mendalam tentang dimensi spiritual pasien dan membantu mereka dalam menjalani perawatan paliatif.

Evaluasi dimensi spiritual penting dalam perawatan paliatif untuk memberikan perawatan yang holistik dan sesuai dengan nilai-nilai dan keyakinan pasien. Hal ini membantu pasien untuk

mencapai perasaan kedamaian dan menjalani akhir hidup dengan martabat sesuai dengan pandangan dan nilai-nilai spiritual mereka.

3.3 Strategi dan Intervensi untuk Meningkatkan Kualitas Hidup pada Palliative Care

3.3.1 Strategi komunikasi dan pembuatan keputusan bersama pasien dan keluarga

Strategi komunikasi dan pembuatan keputusan bersama pasien dan keluarga sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pada palliative care. Berikut adalah pembahasan mengenai strategi ini:

1. Komunikasi Terbuka dan Empati:
 - a. Dalam palliative care, komunikasi yang jujur, terbuka, dan empatik sangat penting. Tim perawatan harus mendengarkan dengan baik kepada pasien dan keluarganya untuk memahami kebutuhan, nilai, dan preferensi mereka.
 - b. Dokter dan tim perawatan harus menghindari menggunakan bahasa medis yang sulit dimengerti dan sebaliknya menggunakan bahasa yang lebih sederhana untuk menjelaskan diagnosis, perawatan, dan prognosis kepada pasien dan keluarga.
2. Pembuatan Keputusan Bersama:
 - a. Pasien dan keluarganya harus diajak untuk berpartisipasi dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Ini dapat mencakup memilih jenis perawatan, mengevaluasi manfaat dan risiko, dan merencanakan perawatan berdasarkan nilai-nilai pasien.
 - b. Dokter dan tim perawatan harus memberikan informasi yang cukup kepada pasien dan keluarganya sehingga mereka dapat membuat keputusan yang terinformasi.
3. Tim Perawatan Multidisiplin:
 - a. *Palliative care* sering melibatkan tim perawatan yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja sosial, ahli gizi, dan konselor. Kolaborasi tim ini dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik.

- b. Tim perawatan harus memiliki koordinasi yang baik untuk memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang komprehensif dan sesuai dengan kebutuhan mereka.
4. Pembinaan Dukungan Psikososial:
- a. Pasien dan keluarganya sering menghadapi stres emosional yang signifikan dalam situasi palliative care. Konseling dan dukungan psikososial harus tersedia untuk membantu mereka mengatasi ketidakpastian dan stres ini.
 - b. Keluarga juga perlu didukung dalam peran merawat mereka dan memahami perubahan yang terjadi pada pasien.
5. Perencanaan Perawatan Berkelanjutan:
- a. Perencanaan perawatan palliative yang efektif mencakup merencanakan perawatan berkelanjutan sesuai perkembangan penyakit. Ini melibatkan revisi perencanaan perawatan secara berkala sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien.
 - b. Perawatan paliatif harus mencakup perawatan paliatif sedini mungkin dalam perjalanan penyakit, bukan hanya sebagai tindakan terakhir.
6. Pendidikan Pasien dan Keluarga:
- a. Pasien dan keluarganya harus diberikan edukasi yang cukup tentang penyakit, perawatan yang tersedia, dan bagaimana mengelola gejala. Ini memungkinkan mereka untuk merasa lebih terlibat dalam perawatan dan pengambilan keputusan.
7. Penghargaan terhadap Nilai dan Preferensi Budaya:
- a. *Palliative care* harus menghormati nilai-nilai dan preferensi budaya pasien dan keluarganya. Ini termasuk kepercayaan agama, tradisi, dan kebiasaan budaya yang dapat memengaruhi perawatan dan pengambilan keputusan.

Strategi komunikasi dan pembuatan keputusan bersama pasien dan keluarga adalah elemen penting dalam palliative care

yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi kondisi medis serius. Dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam proses perawatan, tim perawatan dapat memberikan perawatan yang lebih holistik, memenuhi kebutuhan individu, dan menghormati nilai-nilai dan preferensi mereka.

3.3.2 Strategi manajemen gejala fisik dan psikologis

Strategi manajemen gejala fisik dan psikologis adalah bagian integral dari perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Meningkatkan kualitas hidup dalam konteks ini melibatkan pengurangan gejala fisik yang mengganggu dan penanganan masalah psikologis yang mungkin muncul. Berikut adalah pembahasan mengenai strategi ini:

1. Manajemen Gejala Fisik:
 - a. Pengelolaan Nyeri: Nyeri adalah gejala yang sering muncul pada pasien paliatif. Pengelolaan nyeri yang efektif termasuk pemberian obat penghilang rasa sakit sesuai dengan tingkat keparahan nyeri, seperti opioid, non-opioid, dan terapi lainnya seperti fisioterapi.
 - b. Manajemen Gejala Pernapasan: Pasien dengan penyakit yang memengaruhi pernapasan seperti Kanker Paru-paru mungkin memerlukan bantuan oksigen, terapi fisik, atau obat untuk mengurangi sesak napas.
 - c. Manajemen Mual dan Muntah: Penggunaan obat antiemetik dapat membantu mengurangi mual dan muntah yang sering terjadi sebagai efek samping dari perawatan.
 - d. Manajemen Gejala Gastrointestinal: Gejala seperti konstipasi atau diare dapat mempengaruhi kualitas hidup. Manajemen diet, obat-obatan, dan perawatan suportif dapat membantu mengatasi masalah ini.
 - e. Manajemen Kelemahan dan Kebingungan: Kebingungan dan kelemahan adalah gejala umum pada pasien paliatif. Terapi fisik dan intervensi psikososial dapat membantu mengurangi dampaknya pada kualitas hidup.

2. Manajemen Gejala Psikologis:

- a. Dukungan Psikososial: Pasien dan keluarga perlu mendapatkan dukungan emosional dan psikososial untuk mengatasi perasaan cemas, depresi, dan stres yang sering muncul. Ini bisa melalui konseling, dukungan kelompok, atau terapis yang terlatih dalam palliative care.
- b. Manajemen Kecemasan dan Depresi: Terapi psikologis dan penggunaan obat-obatan (jika diperlukan) dapat membantu mengelola kecemasan dan depresi yang seringkali dialami oleh pasien paliatif.
- c. Perencanaan Dukungan Psikososial: Penting untuk merencanakan dukungan psikososial yang berkelanjutan untuk pasien dan keluarga, karena gejala psikologis bisa berubah seiring waktu.
- d. Edukasi dan Konseling: Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang gejala psikologis yang mungkin muncul dan cara mengatasi mereka dapat membantu mengurangi ketidakpastian dan meningkatkan kontrol mereka atas situasi.

3. Pendekatan Terintegrasi:

- a. Tim Perawatan Multidisiplin: Kolaborasi antara dokter, perawat, pekerja sosial, ahli gizi, konselor, dan spesialis lainnya sangat penting dalam manajemen gejala fisik dan psikologis. Ini memastikan bahwa semua aspek perawatan pasien terkoordinasi dengan baik.
- b. Evaluasi Teratur: Gejala fisik dan psikologis harus dievaluasi secara teratur untuk menyesuaikan rencana perawatan seiring perubahan dalam kondisi pasien.
- c. Kepatuhan Pasien: Penting untuk memastikan bahwa pasien memahami dan patuh terhadap perawatan yang diresepkan dan menerapkan strategi manajemen gejala yang telah disepakati bersama.

Manajemen gejala fisik dan psikologis yang efektif adalah elemen penting dalam perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien. Dengan pendekatan yang

terintegrasi, dukungan psikososial yang kuat, dan perawatan yang disesuaikan dengan kebutuhan individu, pasien palliatif dapat merasa lebih nyaman dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik selama sisa hidup mereka.

3.3.3 Strategi pemberian dukungan sosial dan spiritual

Pemberian dukungan sosial dan spiritual adalah komponen penting dari perawatan palliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Dukungan ini membantu pasien dan keluarganya mengatasi perasaan isolasi, kecemasan, depresi, dan mencari makna dalam pengalaman mereka. Berikut adalah pembahasan mengenai strategi pemberian dukungan sosial dan spiritual dalam konteks perawatan palliatif:

1. Dukungan Sosial:
 - a. Keluarga dan Teman-Teman: Keluarga dan teman-teman berperan penting dalam memberikan dukungan sosial kepada pasien. Mereka dapat memberikan kehadiran fisik, mendengarkan, dan membantu dalam aktivitas sehari-hari.
 - b. Dukungan Kelompok: Kelompok dukungan khusus untuk pasien dan keluarganya, yang dapat diadakan oleh rumah sakit, organisasi non-profit, atau lembaga lain, memberikan ruang aman untuk berbicara tentang pengalaman dan perasaan mereka.
 - c. Pekerja Sosial: Pekerja sosial dalam tim perawatan palliatif dapat membantu mengidentifikasi sumber dukungan sosial, memberikan saran tentang sumber daya komunitas, dan memberikan konseling dalam mengatasi masalah sosial yang mungkin timbul.
2. Dukungan Spiritual:
 - a. Konselor Spiritual: Konselor spiritual atau pendeta dapat membantu pasien dan keluarganya menjalani perawatan dengan pendekatan yang lebih spiritual. Mereka dapat memberikan dukungan emosional, doa, dan ritual keagamaan sesuai dengan kepercayaan pasien.

- b. Pertemuan Spiritual: Mengatur pertemuan spiritual dengan pendeta atau pemimpin agama tertentu di rumah sakit atau tempat tinggal pasien dapat memberikan kesempatan untuk refleksi, berdoa, atau menerima sakramen sesuai dengan kepercayaan agama mereka.
 - c. Penghargaan Terhadap Kepercayaan Individu: Penting untuk menghormati kepercayaan spiritual atau agama pasien, bahkan jika itu berbeda dari anggota tim perawatan. Ini dapat mencakup menyesuaikan perawatan atau keputusan medis dengan nilai-nilai agama pasien.
3. Integrasi Dukungan Sosial dan Spiritual:
- a. Tim Perawatan Multidisiplin: Kolaborasi antara dokter, perawat, pekerja sosial, dan konselor spiritual sangat penting. Mereka harus bekerja bersama untuk memastikan pasien mendapatkan dukungan holistik yang mencakup aspek sosial, emosional, dan spiritual.
 - b. Pendekatan Terpadu: Perawatan palliatif harus melibatkan semua aspek kesejahteraan pasien, termasuk aspek sosial dan spiritual, dalam perencanaan perawatan.
4. Pendidikan dan Sumber Daya:
- a. Pendidikan Pasien dan Keluarga: Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarganya tentang dukungan sosial dan spiritual yang tersedia dapat membantu mereka mengakses sumber daya ini dengan lebih baik.
 - b. Referensi ke Layanan Sosial dan Spiritual: Tim perawatan harus memiliki pengetahuan tentang sumber daya sosial dan spiritual yang tersedia di komunitas dan dapat merujuk pasien ke sumber-sumber ini sesuai kebutuhan.

Pemberian dukungan sosial dan spiritual yang tepat adalah bagian penting dari perawatan palliatif yang berfokus pada kualitas hidup pasien. Ini membantu pasien dan keluarganya mengatasi tantangan emosional dan mencari makna dalam pengalaman

mereka selama masa sulit ini. Dengan pendekatan yang holistik dan integrasi dukungan sosial dan spiritual dalam perawatan, pasien paliatif dapat merasa lebih didukung dan memiliki kualitas hidup yang lebih baik.

3.3.4 Strategi pemberdayaan pasien dan keluarga

Pemberdayaan pasien dan keluarga adalah elemen kunci dalam perawatan paliatif yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal. Ini melibatkan memberikan pasien dan keluarganya pengetahuan, keterampilan, dan kontrol yang lebih besar dalam pengambilan keputusan dan manajemen perawatan mereka. Berikut adalah pembahasan mengenai strategi pemberdayaan pasien dan keluarga dalam konteks perawatan paliatif:

1. Pendidikan dan Informasi:
 - a. Edukasi Pasien: Pasien dan keluarganya perlu diberikan informasi yang komprehensif tentang diagnosis, prognosis, perawatan yang tersedia, dan manajemen gejala. Ini membantu mereka memahami situasi dengan lebih baik dan membuat keputusan yang lebih terinformasi.
 - b. Ketersediaan Informasi yang Mudah Dipahami: Informasi harus disampaikan dalam bahasa yang mudah dipahami tanpa istilah medis yang rumit. Dokter dan tim perawatan harus siap untuk menjawab pertanyaan pasien dan keluarga.
2. Pengambilan Keputusan Bersama:
 - a. Partisipasi Pasien dalam Pengambilan Keputusan: Pasien harus diundang untuk berpartisipasi aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan mereka. Mereka harus diberi kesempatan untuk menyuarakan preferensi mereka dan mendiskusikan tujuan perawatan.
 - b. Konseling Keputusan: Tim perawatan dapat membantu pasien dan keluarga dalam proses pengambilan keputusan dengan memberikan informasi yang objektif,

mendukung refleksi pasien, dan membantu mereka memahami konsekuensi dari berbagai pilihan.

3. Perencanaan Perawatan Bersama:

- a. Rencana Perawatan yang Dapat Dikustomisasi: Pasien dan keluarga harus diberi kesempatan untuk merencanakan perawatan mereka sesuai dengan nilai-nilai, preferensi, dan tujuan mereka sendiri. Ini mencakup menentukan jenis perawatan yang diinginkan dan menetapkan prioritas.
- b. Revisi Berkala: Rencana perawatan harus direvisi secara berkala sesuai dengan perubahan dalam kondisi pasien atau perubahan dalam preferensi mereka. Ini memungkinkan adaptasi yang sesuai seiring berjalannya waktu.

4. Dukungan Emosional:

- a. Konseling dan Dukungan Psikososial: Pasien dan keluarga perlu mendapatkan dukungan emosional untuk mengatasi perasaan cemas, depresi, dan stres yang sering muncul dalam situasi paliatif. Ini dapat mencakup konseling individu atau kelompok.
- b. Pendampingan Spiritual: Bagi mereka yang menghargai dimensi spiritual, dukungan spiritual dari pendeta atau konselor spiritual dapat membantu pasien dan keluarga dalam mencari makna dan ketenangan.

5. Pemberdayaan Keluarga:

- a. Pelatihan Perawatan di Rumah: Keluarga dapat diberi pelatihan untuk merawat pasien di rumah. Ini mencakup merawat gejala, administrasi obat, dan perawatan harian lainnya.
- b. Dukungan *Respite Care*: Keluarga yang merawat pasien dapat membutuhkan istirahat sesekali. Dukungan *respite care* dapat membantu dengan merawat pasien sementara sehingga keluarga dapat beristirahat.

6. Penggunaan Teknologi:

- a. Aplikasi dan Sumber Daya Online: Teknologi dapat memberikan akses ke sumber daya online, aplikasi perawatan kesehatan, dan platform yang membantu

pasien dan keluarga dalam mengelola perawatan dan memantau gejala.

Pemberdayaan pasien dan keluarga dalam perawatan paliatif membantu mereka merasa lebih terlibat dalam proses perawatan, memahami opsi mereka, dan merasa lebih berdaya dalam menghadapi situasi yang sulit. Ini pada gilirannya dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memungkinkan mereka untuk menjalani sisa hidup mereka dengan kontrol yang lebih besar atas keputusan mereka sendiri.

3.4 Evaluasi hasil dan Dampak Kualitas Hidup pada Palliative Care

3.4.1 Indikator dan ukuran hasil evaluasi kualitas hidup pada *palliative care*

Evaluasi kualitas hidup pada palliative care adalah bagian penting dalam memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang sesuai dengan kebutuhan mereka dan mencapai tingkat kenyamanan serta kepuasan yang diharapkan. Untuk mengukur hasil dan dampak kualitas hidup dalam konteks palliative care, ada beberapa indikator dan ukuran yang dapat digunakan:

1. Penilaian Gejala dan Kualitas Hidup:
 - a. Skala Nyeri: Penggunaan skala nyeri seperti *Numerical Rating Scale* (NRS) atau *Visual Analog Scale* (VAS) untuk mengukur tingkat nyeri pasien.
 - b. Skala Kualitas Hidup: Penggunaan instrumen seperti *European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ-C30) atau *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy* (FACIT) untuk menilai kualitas hidup pasien.
 - c. Penilaian Gejala: Memantau gejala seperti mual, muntah, kelelahan, dan sesak napas dengan menggunakan skala penilaian.
2. Pengukuran Fungsi Fisik:
 - a. Skala Karnofsky atau ECOG-PS: Mengukur tingkat fungsi fisik pasien untuk menentukan sejauh mana penyakit

dan perawatan memengaruhi kemampuan mereka untuk menjalani aktivitas sehari-hari.

3. Keputusan Bersama dan Kepuasan Pasien:
 - a. Rasio Keputusan Bersama: Menilai sejauh mana pasien dan keluarga terlibat dalam pengambilan keputusan terkait perawatan.
 - b. Survei Kepuasan Pasien: Menilai kepuasan pasien terhadap perawatan palliatif yang mereka terima.
4. Dukungan Psikososial:
 - a. Kemampuan Mengatasi Distres Psikososial: Mengukur kemampuan pasien dalam mengatasi perasaan cemas, depresi, dan stres.
 - b. Partisipasi dalam Konseling: Menilai sejauh mana pasien dan keluarga terlibat dalam konseling psikososial atau dukungan emosional.
5. Dukungan Sosial dan Spiritual:
 - a. Dukungan Sosial Terpercaya: Mengukur tingkat dukungan sosial yang diterima oleh pasien dari keluarga, teman, dan komunitas.
 - b. Partisipasi dalam Dukungan Spiritual: Menilai partisipasi pasien dalam kegiatan spiritual atau agama yang sesuai dengan kepercayaan mereka.
6. Perubahan dalam Kualitas Hidup Seiring Waktu:
 - a. Perubahan Gejala: Memantau perubahan gejala fisik dan psikologis pasien seiring berjalannya waktu dan sejauh mana perawatan berhasil mengatasi gejala tersebut.
 - b. Perubahan Fungsi Fisik: Mengukur perubahan dalam kemampuan fisik pasien seiring waktu.
 - c. Perubahan Kepuasan dan Kualitas Hidup: Memantau perubahan dalam kepuasan dan kualitas hidup pasien dan keluarga seiring berjalannya perawatan.
7. Penggunaan Pelayanan Tambahan:
 - a. Penggunaan Pelayanan Rumah Sakit Darurat: Mengukur sejauh mana pasien menghindari kunjungan ke unit gawat darurat yang tidak diinginkan.
 - b. Penggunaan Pelayanan Hospis: Memantau sejauh mana pasien memanfaatkan layanan hospis saat dibutuhkan.

Evaluasi hasil dan dampak kualitas hidup pada palliative care sebaiknya dilakukan secara berkala dengan melibatkan pasien dan keluarga dalam prosesnya. Data yang diperoleh dari indikator dan ukuran ini dapat membantu tim perawatan untuk menyesuaikan perawatan, mengidentifikasi masalah yang muncul, dan memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang optimal sesuai dengan preferensi dan nilai-nilai mereka. Evaluasi yang cermat dan berkelanjutan akan membantu meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif selama perjalanan mereka dengan penyakit serius atau terminal.

3.4.2 Metode dan teknik analisis data evaluasi kualitas hidup pada palliative care

Evaluasi hasil dan dampak kualitas hidup dalam perawatan paliatif (*palliative care*) sangat penting untuk memastikan bahwa pasien mendapatkan perawatan yang sesuai dan terbaik untuk meningkatkan kualitas hidup mereka selama sisa waktu hidup yang mereka miliki. Berikut adalah pembahasan mengenai metode dan teknik analisis data evaluasi kualitas hidup pada palliative care dengan fokus pada evaluasi hasil dan dampak:

1. Pengumpulan Data:
 - a. Pengumpulan data merupakan langkah awal dalam evaluasi hasil dan dampak kualitas hidup pada palliative care. Data dapat diperoleh melalui berbagai sumber, termasuk wawancara, kuesioner, observasi, dan catatan medis.
 - b. Kuesioner yang mengukur kualitas hidup, seperti EQ-5D (Xia et al., 2005), EORTC QLQ-C30, atau FACIT-Sp, sering digunakan untuk mendapatkan data yang lebih terstruktur.
2. Pengukuran Awal Kualitas Hidup:
 - a. Pada awal perawatan paliatif, penting untuk mengukur kualitas hidup pasien sebagai baseline. Ini dilakukan dengan menganalisis data yang dikumpulkan sebelum perawatan dimulai.

- b. Ini membantu dalam memahami kondisi awal pasien dan memberikan titik awal untuk mengukur perubahan selama perawatan.
- 3. Identifikasi Indikator Kualitas Hidup:
 - a. Indikator kualitas hidup adalah variabel-variabel tertentu yang mencerminkan kualitas hidup pasien, seperti tingkat nyeri, tingkat kelelahan, atau aspek-aspek psikososial.
 - b. Metode analisis data melibatkan pemilihan indikator kualitas hidup yang relevan dengan populasi pasien dan tujuan penelitian.
- 4. Pengukuran Perubahan Kualitas Hidup:
 - a. Analisis data mencakup pengukuran perubahan dalam indikator kualitas hidup selama perawatan paliatif.
 - b. Ini dapat melibatkan perhitungan skor rata-rata atau total untuk masing-masing indikator kualitas hidup dan perbandingan dengan skor awal.
- 5. Analisis Kualitatif:
 - a. Selain analisis kuantitatif, analisis kualitatif juga dapat digunakan untuk menggali wawasan lebih dalam tentang pengalaman pasien selama perawatan paliatif.
 - b. Ini melibatkan pemahaman tentang perasaan, harapan, dan pengalaman pasien melalui wawancara atau analisis konten dari catatan medis.
- 6. Analisis Subkelompok:
 - a. Kadang-kadang, analisis data perlu dilakukan pada subkelompok pasien, seperti berdasarkan jenis penyakit, usia, atau jenis perawatan yang diterima.
 - b. Ini dapat membantu dalam mengidentifikasi apakah dampak perawatan berbeda antara kelompok-kelompok ini.
- 7. Interpretasi Hasil:
 - a. Hasil analisis data perlu diinterpretasikan dengan hati-hati untuk memahami dampak kualitatif dan klinis dari perawatan terhadap kualitas hidup pasien.

8. Pelaporan Hasil:

- a. Hasil evaluasi harus dilaporkan dengan jelas kepada tim perawatan paliatif dan pasien. Ini dapat membantu dalam pengambilan keputusan yang lebih baik tentang perawatan selanjutnya.

9. Pengembangan Perbaikan Perawatan:

- a. Hasil analisis data dapat membantu tim perawatan paliatif dalam mengidentifikasi area perbaikan dan mengembangkan strategi perawatan yang lebih baik untuk pasien-pasien di masa depan.

Penggunaan metode dan teknik analisis data yang komprehensif dan berorientasi pada hasil dan dampak adalah kunci dalam memastikan bahwa pasien yang menerima perawatan paliatif mendapatkan perawatan yang sesuai dan berkualitas untuk meningkatkan kualitas hidup mereka selama periode perawatan tersebut.

3.4.3 Interpretasi dan implikasi hasil evaluasi kualitas hidup pada *palliative care*

Interpretasi dan implikasi hasil evaluasi kualitas hidup pada *palliative care* sangat penting untuk memahami dampak perawatan yang diberikan kepada pasien dan merencanakan perbaikan lebih lanjut dalam penyediaan perawatan paliatif. Berikut adalah pembahasan mengenai interpretasi dan implikasi hasil evaluasi kualitas hidup dalam konteks evaluasi hasil dan dampak kualitas hidup pada *palliative care*:

Interpretasi Hasil:

1. Perubahan Kualitas Hidup: Hasil evaluasi harus dimulai dengan menganalisis perubahan kualitas hidup pasien sebelum dan sesudah perawatan paliatif. Ini mencakup perbandingan skor kualitas hidup awal dengan skor selama perawatan. Jika ada peningkatan yang signifikan, ini bisa dianggap sebagai tanda perbaikan dalam kualitas hidup pasien.
2. Identifikasi Perubahan Signifikan: Penting untuk menilai apakah perubahan yang teramati dalam kualitas hidup

pasien memiliki signifikansi klinis. Tidak semua perubahan mungkin memiliki dampak klinis yang signifikan, jadi penilaian ini harus berdasarkan pada literatur medis dan panduan klinis.

3. Analisis Subkelompok: Jika ada analisis data yang dilakukan pada subkelompok pasien (misalnya, berdasarkan jenis penyakit atau jenis perawatan), hasil harus diinterpretasikan secara terpisah untuk setiap kelompok ini. Hal ini dapat membantu dalam memahami dampak perawatan pada kelompok-kelompok yang berbeda.
4. Kualitas Hidup Sehubungan dengan Gejala atau Aspek Kesehatan Lainnya: Hasil evaluasi juga harus diinterpretasikan dalam konteks gejala spesifik atau aspek kesehatan lain yang diukur. Ini membantu dalam memahami apakah perbaikan kualitas hidup berkaitan dengan pengurangan gejala tertentu atau aspek kesehatan yang relevan.

Implikasi Hasil:

1. Perencanaan Perawatan Lebih Lanjut: Hasil evaluasi kualitas hidup dapat memberikan informasi berharga kepada tim perawatan paliatif dalam merencanakan perawatan lebih lanjut untuk pasien. Jika ada perbaikan yang signifikan, ini dapat menjadi panduan untuk melanjutkan atau memodifikasi perawatan yang ada.
2. Konseling Pasien dan Keluarga: Hasil evaluasi juga dapat digunakan dalam konseling pasien dan keluarga. Jika ada peningkatan dalam kualitas hidup, ini dapat memberikan harapan dan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarga mereka.
3. Pengambilan Keputusan Bersama: Hasil evaluasi dapat membantu dalam pengambilan keputusan bersama antara pasien, keluarga, dan tim perawatan. Informasi ini dapat membantu semua pihak memahami manfaat dan risiko dari perawatan yang tersedia.
4. Perbaikan Perawatan: Jika hasil evaluasi menunjukkan bahwa ada area perbaikan dalam kualitas hidup pasien, ini

- dapat digunakan sebagai dasar untuk mengembangkan strategi perbaikan dalam penyediaan perawatan paliatif. Tim perawatan dapat bekerja untuk meningkatkan perawatan dalam hal pengelolaan gejala, dukungan psikososial, atau perawatan holistik lainnya.
5. Penelitian Lanjutan: Hasil evaluasi dapat menginspirasi penelitian lanjutan dalam bidang palliative care. Studi lebih lanjut dapat dilakukan untuk memahami faktor-faktor apa yang berkontribusi terhadap perbaikan kualitas hidup pada pasien paliatif.
 6. Pengembangan Panduan Klinis: Hasil evaluasi yang kuat dapat digunakan dalam pengembangan panduan klinis untuk memberikan pedoman kepada penyedia layanan kesehatan tentang praktik terbaik dalam merawat pasien paliatif.

Penting untuk diingat bahwa interpretasi dan implikasi hasil evaluasi kualitas hidup pada palliative care harus dilakukan dengan hati-hati dan berfokus pada kepentingan terbaik pasien. Setiap perubahan dalam kualitas hidup pasien harus dianggap dengan cermat dalam konteks perawatan paliatif yang holistik dan tujuan perawatan yang telah ditetapkan bersama dengan pasien dan keluarganya.

3.5 Kesimpulan

Evaluasi kualitas hidup pada palliative care adalah langkah krusial dalam memastikan bahwa pasien yang menghadapi penyakit serius atau terminal menerima perawatan yang berkualitas dan sesuai dengan kebutuhan mereka. Dalam pembahasan ini, kita telah menjelaskan berbagai aspek terkait metode dan teknik analisis data evaluasi kualitas hidup serta interpretasi dan implikasi hasilnya dalam konteks palliative care. Berikut adalah kesimpulan dari pembahasan tersebut:

1. Pentingnya Evaluasi Kualitas Hidup: Evaluasi kualitas hidup pada palliative care adalah alat penting dalam memahami dampak perawatan terhadap pasien. Ini membantu

penyedia layanan kesehatan untuk memahami pengalaman pasien secara holistik.

2. Metode dan Teknik Analisis Data: Ada berbagai metode dan teknik yang dapat digunakan dalam mengumpulkan, menganalisis, dan menginterpretasi data kualitas hidup pada pasien paliatif. Penggunaan alat-alat yang sesuai sangat penting untuk memastikan hasil yang akurat dan bermakna.
3. Interpretasi yang Komprehensif: Interpretasi hasil evaluasi kualitas hidup harus dilakukan dengan hati-hati, termasuk pemahaman perubahan kualitas hidup, identifikasi dampak klinis, dan analisis perubahan pada aspek-aspek kesehatan yang relevan.
4. Implikasi Terhadap Perawatan: Hasil evaluasi kualitas hidup memiliki implikasi penting terhadap perawatan pasien paliatif. Informasi ini dapat digunakan untuk merencanakan perawatan lebih lanjut, memberikan dukungan psikologis kepada pasien dan keluarganya, serta mengidentifikasi area perbaikan dalam penyediaan perawatan.
5. Pengembangan Pengetahuan dan Panduan Klinis: Hasil evaluasi dapat memberikan kontribusi besar terhadap pengembangan pengetahuan dalam bidang palliative care dan membantu dalam pengembangan panduan klinis yang lebih baik untuk memberikan pedoman praktik terbaik kepada penyedia layanan kesehatan.
6. Pentingnya Pendekatan Holistik: Dalam palliative care, penting untuk mengambil pendekatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual dari kualitas hidup pasien. Evaluasi kualitas hidup harus mencerminkan pendekatan ini.
7. Kolaborasi dan Komunikasi: Hasil evaluasi kualitas hidup juga memfasilitasi kolaborasi dan komunikasi yang kuat antara tim perawatan, pasien, dan keluarga. Ini membantu dalam pengambilan keputusan bersama yang berfokus pada kepentingan pasien.

Dengan demikian, evaluasi kualitas hidup pada palliative care bukan hanya alat untuk mengukur perubahan klinis, tetapi juga merupakan elemen penting dalam merawat pasien secara holistik dan meningkatkan pengalaman hidup mereka selama fase perawatan akhir mereka. Itu memungkinkan penyedia layanan kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih baik, lebih terarah, dan lebih manusiawi kepada pasien paliatif.

DAFTAR PUSTAKA

- Anita, A. 2016. Perawatan Paliatif dan Kualitas Hidup Penderita Kanker. *Jurnal Kesehatan*, 7(3), 508. <https://doi.org/10.26630/jk.v7i3.237>
- Collins, E. S., Witt, J., Bausewein, C., Daveson, B. A., Higginson, I. J., & Murtagh, F. E. M. 2015. A Systematic Review of the Use of the Palliative Care Outcome Scale and the Support Team Assessment Schedule in Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50(6), 842-853.e19. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2015.07.015>
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. 2013. *Pedoman Teknis Pelayanan Paliatif Kanker*.
- King, M. T., Agar, M., Currow, D. C., Hardy, J., Fazekas, B., & McCaffrey, N. 2020. Assessing quality of life in palliative care settings: head-to-head comparison of four patient-reported outcome measures (EORTC QLQ-C15-PAL, FACT-Pal, FACT-Pal-14, FACT-G7). *Supportive Care in Cancer*, 28(1), 141–153. <https://doi.org/10.1007/S00520-019-04754-9/METRICS>
- Lua, P. L., Salek, S., Finlay, I., & Lloyd-Richards, C. 2005. The feasibility, reliability and validity of the McGill Quality of Life Questionnaire-Cardiff Short Form (MQOL-CSF) in palliative care population. *Quality of Life Research* 2005 14:7, 14(7), 1669–1681. <https://doi.org/10.1007/S11136-005-2817-8>
- Lyons, K. D., Bakitas, M., Hegel, M. T., Hanscom, B., Hull, J., & Ahles, T. A. 2009. Reliability and validity of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Palliative care (FACIT-Pal) scale. *Journal of Pain and Symptom Management*, 37(1), 23–32. <https://doi.org/10.1016/J.JPAINSYMMAN.2007.12.015>
- Massaro, T., & McMillan, S. C. 2000. Instruments for assessing quality of life in palliative care settings. *International Journal of Palliative Nursing*, 6(9), 429–433. <https://doi.org/10.12968/IJPN.2000.6.9.9054>

- Schick-Makaroff, K., & Sawatzky, R. 2020. Divergent Perspectives on the Use of the Edmonton Symptom Assessment System (Revised) in Palliative Care. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN: The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 22(1), 75–81. <https://doi.org/10.1097/NJH.00000000000000617>
- Sewtz, C., Muscheites, W., Kriesen, U., Grosse-Thie, C., Kragl, B., Panse, J., Aoun, S., Cella, D., & Junghanss, C. 2018. Questionnaires measuring quality of life and satisfaction of patients and their relatives in a palliative care setting-German translation of FAMCARE-2 and the palliative care subscale of FACIT-Pal. *Annals of Palliative Medicine*, 7(4), 420–426. <https://doi.org/10.21037/APM.2018.03.17>
- Thaniyath, T. A., & Thaniyath, T. A. 2019. The Quality of Life of the Patients Under Palliative Care: The Features of Appropriate Assessment Tools and the Impact of Early Integration of Palliative Care. *Palliative Care*. <https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.85161>
- Xia, Q., Hwang, S. S., Chang, V. T., Osenenko, P., Alejandro, Y., Yan, H., Toomey, K., & Srinivas, S. 2005. Validity, reliability and responsiveness of Euroqol (EQ5D) in patients (Pts) receiving palliative care (PC). *https://doi.org/10.1200/Jco.2005.23.16_suppl.8082*, 23(16_suppl), 8082–8082. https://doi.org/10.1200/JCO.2005.23.16_SUPPL.8082

BAB 4

PENGELOLAAN NYERI

Oleh Yofa Anggriani Utama

4.1 Pengetian nyeri

Nyeri adalah pengalaman indarwi dan emosional yang tidak menyenangkan terkait dengan kerusakan jaringan actual maupun potensial, nyeri merupakan pengalaman subyektif, pribadi, dan tidak menyenangkan, nyeri yang tidak ditangani dengan baik dapat mengakibatkan efek yang tidak diinginkan.

Nyeri juga didefinisikan sebagai pengalaman sensorik atau emosional yang tidak menyenangkan berhubungan atau menyerupai keterkaitan dengan kerusakan jaringan actual atau potensial.

Nyeri adalah pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan akibat kerusakan jaringan, baik actual maupun potensial atau yang digambarkan dalam bentuk kerusakan tersebut. Nyeri merupakan suatu pengalaman sensorik yang multidimensional, fenomena ini dapat berbeda dalam intensitas (ringan, sedang, berat) kualitas (tumpul seperti terbakar tajam), durasi (transien, intermiten, persisten) dan penyebaran (superfisial atau dalam terlokalisir atau difus), meskipun nyeri adalah suatu sensasi, nyeri memiliki komponen kognitif dan emosional yang digambarkan dalam suatu bentuk penderitaan nyeri juga berkaitan dengan refleks menghindar dan perubahan output otonom.

4.2 Fisiologi Nyeri

Proses fisiologi terkait nyeri disebut nosisepsi. Proses tersebut terdiri atas empat fase yaitu :

1. Transduksi

Pada fase transduksi, stimulasi atau rangsangan yang membahayakan (misalnya bahan kimia, suhu, listrik atau mekanis) memicu pelepasan mediator biokimia (misalnya

prostaglandin, bradikinin, histamin, substansi P) yang mensensitisasi nosiseptor.

2. Transmisi

Proses transmisi merupakan proses perpindahan impuls melalui saraf dan sensoris menyusul proses transduksi yang disalurkan melalui serabut A- delta dan serabut C ke medulla spinalis. Proses perpindahan impuls listrik dari neuron pertama ke neuron kedua, terjadi di kornu posterior dimana naik melalui tractus spinothalamikus dan otak Tengah kemudian dari thalamus mengirim pesan nosiseptik ke korteks somatosensorik dan system limbik. Tractus spinothalamikus yaitu tractus yang berasal dari medulla spinalis sampai di thalamus kemudian bergantian neuron menuju korteks serebri pada somatosensorik dimana nyeri sensoriknya dirasakan berupa lokalisasi, intensitas dan lamanya sedangkan tractus spinoretikularis sebelum tiba di thalamus bergantian neuron dibatang otak retikularis kemudian menuju limbik dimana nyeri emosional dirasakan merupakan cemas, ketakutan, berteriak atau menangis.

3. Modulasi

Fase ini disebut juga system desenden. Pada fase ini, neuron di batang otak mengirimkan sinyal – sinyal Kembali ke medulla spinalis. Serabut desenden tersebut. Melepaskan substansi seperti opioid, serotonin, dan norepinefrin yang akan menghambat impuls ascenden yang membahayakan dibagian dorsal medulla spinalis.

4. Persepsi

Pada fase ini, individu mulai menyadari adanya nyeri, tampaknya persepsi nyeri tersebut terjadinya di struktur korteks sehingga memungkinkan munculnya berbagai strategi perilaku kognitif untuk mengurungi komponen sensorik dan efektif nyeri

4.3 Patofisiologi Nyeri

Rangsangan nyeri diterima oleh nociceptors pada kulit bisa intensitas tinggi maupun rendah seperti perenggangan dan suhu serta oleh lesi jaringan, sel yang mengalami nekrotik akan merilis K+

dan protein intraseluler. Peningkatan kadar K^+ ekstraseluler akan menyebabkan depolarisasi nociceptor sedangkan protein pada beberapa keadaan akan menginfiltrasi mikroorganisme sehingga menyebabkan peradangan atau inflamasi. Akibatnya mediator nyeri dilepaskan seperti leukotriene, prostaglandin E₂, dan histamin yang akan merangsang nosiseptor sehingga rangsangan bahaya dan tidak bahaya dapat menyebabkan nyeri (hyperalgesia atau allodynia). Selain itu juga mengaktifkan factor pembekuan darah sehingga bradykinin dan serotonin akan terstimulasi dan merangsang nosiseptor, jika terjadi oklusi pembuluh darah maka akan terjadi iskemia yang akan menyebabkan akumulasi K^+ ekstraseluler dan H^+ yang selanjutnya mengaktifkan nosiseptor. Histamin, bradykinin dan prostaglandin E₂ memiliki efek vasodilator dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah. Hal ini menyebabkan edema local, tekanan jaringan meningkat dan juga terjadi rangsangan nosiseptor. Bila nosiseptor terangsang maka mereka akan melepaskan substansi peptide P (SP) dan kalsitonon gen terkait peptide (CGRP) yang akan merangsang proses inflamasi dan juga menghasilkan vasodilatasi dan meningkatkan permeabilitas pembuluh darah vasokonstriksi (oleh serotonin) diikuti oleh vasodilatasi, perangsangan nosiseptor inilah yang menyebabkan nyeri.

4.4 Neurofisiologi Nyeri

Neurotransmitter nyeri meliputi :

1. Prostaglandin
 - a. Dihasilkan dari pemecahan fosfolipid pada membrane sel
 - b. Diduga meningkatkan sensitivitas terhadap nyeri
2. Bradikinin
 - a. Dilepas dari plasma yang bocor dari pembuluh darah disekitar area cedera jaringan
 - b. Berikatan dengan reseptor – reseptor pada saraf perifer, meningkatkan stimulus nyeri .
 - c. Berikatan dengan sel- sel yang menyebabkan reaksi berantai dalam produksi prostaglandin.

3. Substansi P
 - a. Ditemukan dalam neuron – neuron nyeri pada kornu darsalis
 - b. Diperlukan untuk mentransmisikan impuls nyeri dari area perifer ke pusat – pusat otak yang lebih tinggi
 - c. Menyebabkan vasodilatasi dan edema.
4. Histamin
5. Serotonin
6. Neuromodulator (Inhibitor)

4.5 Penyebab Nyeri

Ada banyak hal yang dapat menyebabkan timbulnya nyeri, penyebab nyeri dapat dikelompokkan menjadi dua golongan yaitu : penyebab yang berhubungan dengan fisik dan berhubungan dengan psikis. Nyeri yang disebabkan oleh factor psikologis merupakan nyeri yang dirasakan bukan karena penyebab fisik, melainkan akibat trauma psikologis dan pengaruhnya terhadap fisik, sedangkan nyeri secara fisik disebabkan akibat trauma baik trauma mekanik, termal maupun kimia.

Pada nyeri akut, terdapat tiga penyebab utama yaitu :

1. Agen pencedera fisiologis yaitu inflamasi, iskemia, neoplasma.
2. Agen pencedera kimiawi yaitu terbakar, bahan kimia dan iritan
3. Agen pencedera fisik yaitu abses, amputasi, terbakar terpotong, mengangkat berat, prosedur operasi, trauma Latihan fisik yang berlebihan.

4.6 Tanda dan Gejala Nyeri

Ada berbagai tanda dan gejala nyeri yang tercermin dalam perilaku pasien. Pada umumnya orang yang mengalami nyeri memiliki respon psikologis berupa :

1. Suara : menangis, merintih, menarik atau menghembuskan nafas.
2. Ekspresi wajah : meringis
3. Menggigit lidah, mengatupkan gigi, dahi berkerut, tertutup rapat/ membuka mata atau mulut, menggigit bibir.

4. Pergerakan tubuh : kegelisahan, mondar – mandir, gerakan menggosok atau berirama, bergerak melindungi bagian tubuh, immobilisasi, otot tegang.
5. Interaksi sosial: menghindari percakapan dan kontak sosial, berfokus aktivitas untuk mengurangi nyeri, disorientasi waktu.

4.7 Faktor - factor yang mempengaruhi nyeri

Tidak semua orang yang terpajan terhadap stimulus yang sama mengalami intensitas nyeri yang sama, suatu stimulus yang dapat mengakibatkan nyeri pada suatu waktu, tetapi tidak pada waktu lain. Adapun factor – factor yang dapat meningkatkan atau menurunkan sensitivitas komponen yang berbeda dari system nosiseptif, hal – hal yang dapat mempengaruhi respon dan persepsi nyeri adalah sebagai berikut :

1. Usia
Pada anak yang masih kecil mempunyai kesulitan memahami prosedur tindakan yang menyebabkan nyeri. Anak kecil yang belum dapat mengucapkan kata – kata juga mengalami kesulitan untuk secara verbal dan mengekspresikan nyeri kepada orang tua atau petugas Kesehatan. Secara kognitif anak usia toddler dan prasekolah tidak mampu mengingat penjelasan tentang nyeri atau mengasosiasikan nyeri sebagai pengalaman yang dapat terjadi di berbagai situasi. Pada lansia memiliki kemampuan untuk menginterpretasikan nyeri dan dapat mengalami komplikasi dengan keberadaan berbagai penyakit disertai gejala samar yang mungkin mengenai bagian tubuh yang sama.
2. Jenis Kelamin
Secara umum, pria dan Wanita tidak berbeda secara bermakna dalam respon terhadap nyeri. Toleransi terhadap nyeri dipengaruhi factor – factor biokimia dan merupakan hal yang unik pada individu tanpa memperhatikan jenis kelamin.
3. Kebudayaan

Beberapa kebudayaan yakin bahwa memperhatikan nyeri adalah suatu yang alamiah. Kebudayaan yang lain cenderung untuk melatih perilaku tertutup, sosialisasi budaya menentukan perilaku psikologi seseorang.

4. Makna nyeri

Makna seseorang yang dilakukan dengan nyeri mempengaruhi pengalaman nyeri dan cara seseorang beradaptasi terhadap nyeri, individu akan mempersepsikan nyeri dengan cara yang berbeda – beda apabila nyeri tersebut memberikan kesan ancaman, suatu kehilangan, hukuman dan tantangan, derajat kualitas nyeri yang dipersepsikan seseorang berhubungan dengan makna nyeri.

5. Perhatian

Tingkat seorang memfokuskan perhatiannya pada nyeri dapat mempengaruhi persepsi nyeri, perhatian yang meningkat dihubungkan dengan nyeri yang meningkat, sedangkan Upaya pengalihan dihubungkan dengan respon nyeri yang menurunkan.

6. Kecemasan

Hubungan antara nyeri dengan kecemasan bersifat kompleks kecemasan sering kali meningkatkan persepsi nyeri, tetapi nyeri juga dapat menimbulkan suatu perasaan kecemasan.

7. Keletihan

Keletihan meningkatkan persepsi nyeri rasa kelelahan menyebabkan sensasi nyeri semakin intensif dan menurunkan kemampuan coping hal ini dapat menjadikan masalah umum pada setiap individu yang menderita penyakit dalam waktu yang lama.

8. Pengalaman sebelumnya

Setiap individu belajar dari pengalaman nyeri sebelumnya tidak selalu berate bahwa individu tersebut akan menerima nyeri dengan lebih mudah pada masa yang akan datang. Apabila individu sejak lama sering mengalami serangkaian episode nyeri tanpa pernah sembuh atau menderita yang berat, kecemasan atau rasa takut dapat muncul. Apabila

individu tidak pernah merasakan nyeri, persepsi pertama nyeri dapat mengganggu koping terhadap nyeri.

9. Mekanisme koping

Individu yang memiliki focus kendali internal mempersepsikan diri mereka sebagai individu yang dapat mengendalikan lingkungan mereka dan hasil akhir dari suatu peristiwa seperti nyeri. Sebaliknya individu yang memiliki focus kendali eksternal mempersepsikan factor – faktor lain didalam lingkungan mereka.

Klasifikasi nyeri yaitu :

Behabior Pain Scale (BPS)

Behabior pain scale (BPS) merupakan penilaian nyeri yang biasa dilakukan pada pasien yang tidak sadar, atau pada prosedur tindakan yang menyakitkan atau pada pasien kritis. Penilaian meliputi bagian wajah, anggota badan dan vokalisasi dalam skor penilaian 1-4 seperti table berikut ini :

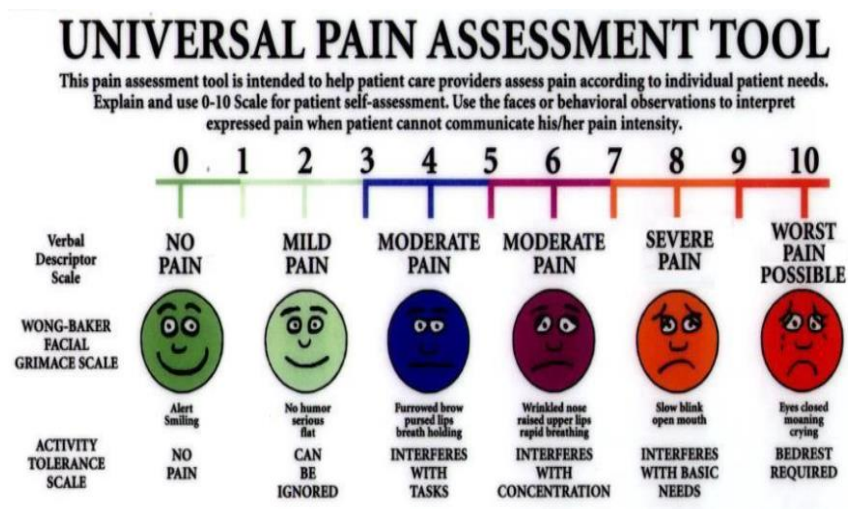
Tabel 4.1. Penilaian nyeri menggunakan *Behabior pain scale* (BPS)

Indikator	Kriteria	Skor
Wajah	Tenang / Rileks	1
	Mengerutkan alis	2
	Kelopak mata tertutup	3
	Meringis	4
Anggota Badan	Tidak ada pergerakan	1
	Sebagian ditekuk	2
	Sepenuhnya ditekuk dengan jari – jari	3
	Retraksi permanen	4
Vakalisasi	Kurangnya vokalisasi	1
	Mendengus kecil, sering	2
	Mendengus seringa tau memperpanjang	3
	Berteriak atau keluhan lisan	4

1. Berdasarkan intensitas
 - a. Skala numeric ranting scale (NRS) : nilai antara 1-10
 - b. Penilaian Skala Wong Baker pain

Skor	Deskripsi
0	Tidak merasa nyeri
1	Sedikit rasa nyeri
2	Nyeri ringan
3	Nyeri sedang
4	Nyeri berat
5	Nyeri sangat berat

- c. *Critical Care Pain Observation Tool* (CPOT) : NILAI 0-8



Gambar 4.1. Skala Intensitas Nyeri

Critical Care Pain Observation Tool

Penilaian nyeri dilakukan pada pasien dengan penurunan kesadaran yang tidak mampu melaporkan nyeri secara verbal. Penilaian dalam skor 0-2, indicator penilaian meliputi ekspresi wajah, gerakan tubuh, kepatuhan terhadap pemasangan ventilator (pasien dengan terpasang intubasi) maupun vokalisasi (pasien yang tidak terpasang ventilator) serta ketegangan otot.

Tabel 4.2. Penilaian nyeri *Critical Care Pain Observation Tool* berdasarkan ekspresi wajah

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
ekspresi wajah	Santai, Netral	0	Tidak ada ketegangan otot
	Tegang	1	Merengut, alis menurun, orbit menegang dan terdapat kerutan atau perubahan lainnya misalnya membuka mata atau menangis selama prosedur invasive
	Meringis	2	Semua gerakan mata skor 1 ditambah kelopak tertutup rapat (pasien dapat mengalami mulut terbuka atau menggigit endotrakeal tube).

Tabel 4.3. Penilaian nyeri *Critical Care Pain Observation Tool* berdasarkan Gerakan tubuh

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
Gerakkan Tubuh	Tidak ada gerakan atau posisi normal	0	Tidak ada gerakan sama sekali (tidak berate adanya rasa sakit) atau posisi normal (gerakan tidak dilakukan terhadap bagian yang terasa nyeri atau tidak dilakukan untuk tujuan perlindungan)
	Ada pergerakan perlindungan	1	Gerakkan lambat, gerakan hati - hati, meyentuh atau menggosok bagian yang nyeri (mencari perhatian melalui nyeri)
	Kegelisahan	2	Menarik - narik tube,

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
	atau agitasi		mencoba untuk duduk, menggerakkan tungkai/ meronta – ronta, tidak mengikuti perintah, mencoba turun dari tempat tidur.

Tabel 4.4. Penilaian nyeri Critical Care Pain Observation Tool berdasarkan kepatuhan terhadap Pemasangan ventilator

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
kepatuhan terhadap Pemasangan ventilator	Toleransi terhadap ventilator atau gerakkan	0	Alarm tidak aktif/ tidak bunyi, ventilasi mudah
	Batuk tapi masih toleransi	1	Batuk, alarm aktif/bunyi tapi berhenti secara spontan
	Melawan ventilator	2	Tidak sinkron, ventilasi tertahan alarm sering berbunyi

Tabel 4.5. Penilaian nyeri Critical Care Pain Observation Tool berdasarkan vokalisasi (pasien yang tidak terpasang ventilator)

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
Vokalisasi (pasien yang tidak terpasang ventilator)	Berbicara dalam nada normal atau tidak ada suara	0	Berbicara dalam suara normal atau tidak sama sekali
	Menghela napas, merintih	1	Menghela napas, merintih
	Menagis terisak – isak	2	Menagis terisak – isak

Tabel 4.6. Penilaian nyeri Critical Care Pain Observation Tool berdasarkan ketegangan Otot

Indikator	Kriteria	Skor	Deskripsi
ketegangan Otot	Santai	0	Tidak ada perlawanan pada gerakan pasif
	Tegang kaku	1	Ada perlawanan pada gerakan pasif
	Sanagt tegang atau sangat kaku	2	Perlawanan kuat pada gerakan pasif atau tidak biasa dilakukan gerakan pasif

Tabel 4.7. Klasifikasi Nyeri Berdasarkan Lokasi

Lokasi	Karakteristik	Contoh Penyebab
Superfisial atau Kutaneus Nyeri ditimbulkan dari stimulasi pada kulit	Nyeri berdurasi pendek dan terlokalisasi biasanya berupa senssasi nyeri yang tajam	Tertusuk jarum, irisan kecil atau luka lecet
Dalam atau Viseral Nyeri ditimbulkan dari stimulasi organ – organ dalam	Nyeri membaur dan menyebar beberapa arah. Durasi nyeri bervariasi, tetapi biasanya berlangsung lebih lama dari nyeri superfisial nyeri bersifat tajam, tumpul, atau unik sesuai dengan organ yang terganggu	Sensasi seperti diremas – remas misalnya pada angina pektoris, sensasi seperti terbakar misalnya pada ulkus lambung
Nyeri Alih Sering pada nyeri	Nyeri diidentifikasi pada bagian tubuh	Infrak miokard menyebabkan

Lokasi	Karakteristik	Contoh Penyebab
visceral karena banyak organ dalam itu sendiri yang tidak memiliki reseptor – reseptor nyeri (tempat masuknya neuron – neuron sensorik dari organ – organ yang mengalami gangguan kedalam segmen medulla spinalis yang sama dengan neuron – neuron yang berasal dari area dimana individu mengalami nyeri menyebabkan persepsi nyeri pada area – area lain yang tidak mengalami gangguan)	yang berbeda dari sumber nyeri dan memiliki beragam karakteristik.	nyeri alih kedaerah rahang, lengan kiri dan bahu kiri, batu ginjal mengalihkan nyeri ke daerah selangkangan
Nyeri yang menyebab/ Menjalar (radiasi) Sensasi nyeri meluas dari titik utama cedera ke bagian tubuh lain	Nyeri dirasakan seperti menjalar kebawah atau sepanjang bagian tubuh tertentu biasanya bersifat intermiten atau kontan.	Nyeri pada punggung bawah akibat robeknya diskusi intervertebral disertai nyeri yang menjalar ke tungkai bawah akibat iritasi nervus isiadikus

2. Berdasarkan durasi nyeri
 - a. Nyeri akut
Nyeri kurang dari 3 bulan, mendadak akibat trauma atau inflamasi, tanda respon simpatis, penderita ansietas, sedangkan keluarga suportif.
 - b. Nyeri kronik
Nyeri lebih dari 3 bulan, hilang timbul atau terus menerus, tanda respon parasimpatis, penderita depresi sedangkan keluarga lelah
3. Berdasarkan etiologic
 - a. Nyeri nosiseptik (nyeri fisiologi), nyeri yang timbul pada kondisi – kondisi fisiologi misalnya nyeri kontraksi persalinan.
 - b. Nyeri neuropatik, nyeri yang timbul oleh lesi atau gangguan primer pada susunan saraf misalnya: neuralgia trigeminal, neuropati diabetik dll
 - c. Nyeri inflamatorik, nyeri yang timbul pada proses – proses inflamasi misalnya osteoarthritis,
 - d. Nyeri fungsional, nyeri yang timbul akibat gangguan fungsi jaringan misalnya fibromyalgia
4. Berdasarkan Lokasi
 - a. Nyeri superficial yaitu : nyeri pada kulit, subkutan, bersifat tajam, terlokasi.
 - b. Nyeri somatic dalam yaitu berasal dari otot, tendon, bersifat tumpul, kurang terlokalisasi.
 - c. Nyeri visceral yaitu nyeri yang berasal dari organ internal atau organ pembungkusnya seperti nyeri kolik gastrointestinal, dan kolik uterus.
 - d. Nyeri alih/ referred yaitu masukan dari organ dalam pada tingkat spinal
 - e. Nyeri proyeksi yaitu kerusakan saraf menyebabkan nyeri yang dialihkan ke sepanjang bagian tubuh yang diinervasi oleh saraf yang rusak tersebut misalnya pada penderita herpes zoster.

- f. Nyeri phantom yaitu persepsi nyeri yang dihubungkan dengan bagian tubuh yang hilang seperti amputasi ekstremitas.

Pemeriksaan Penunjang

1. Membantu mencari penyebab nyeri akut atau kronik pasien
2. Mengidentifikasi area persarafan / cedera otot fokal atau disfusi yang terkena
3. Mengidentifikasi atau menyingkirkan kemungkinan yang berhubungan dengan rehabilitasi, injeksi, pembedahan atau terapi obat.
4. Membantu menegaskan diagnosis
5. Pemeriksaan serial membantu pemantauan pemulihan pasien dan respon terhadap terapi.
6. Indikasi: kecurigaan saraf terjepit, mono/ poli neuropati, radikulopati.

Pemeriksaan sensorik kuantitatif

1. Pemeriksaan sensorik mekanik (tidak nyeri) getaran.
2. Pemeriksaan sensorik mekanik (nyeri) : tusuk jarum, tekanan
3. Pemeriksaan sensasi suhu (dingin, hangat, panas)
4. Pemeriksaan sensasi persepsi.

Pemeriksaan Radiologi

1. Indikasi
 - a. Pasien nyeri dengan kecurigaan penyakit degenerative tulang belakang.
 - b. Pasien dengan kecurigaan adanya neoplasma, infeksi tulang belakang, penyakit inflamatorik dan penyakit vascular.
 - c. Pasien dengan deficit neurologis, motoric, kolon, kandung kemih atau ereksi'.
 - d. Pasien dengan Riwayat pembedahan tulang belakang
 - e. Gejala nyeri yang menetap > 4 minggu.

2. Pemilihan pemeriksaan radiologi : bergantung pada lokasi dan karakteristik nyeri.
 - a. Foto polos : untuk skrining inisial pada tulang belakang (fraktur, ketidaksegarisan, vertebra spondilolistesis, spondilolisis, neoplasma).
 - b. MRI : gold standar dalam mengevaluasi tulang belakang (herniasa diskus, stenosis spinal osteomyelitis, infeksi ruang diskus, keganasan, kompresi tulang belakang infeksi)
 - c. CT- Scan : evaluasi trauma tulang belakang, herniasi diskus, stenosis spinal.
 - d. Radionuklida bone scan : sangat bagus dalam mendeteksi perubahan metabolisme tulang (mendeteksi osteomyelitis dini, fraktur kompresi yang kecil, keganasan primer dan metastasis tulang).

Assemen Psikologis

1. Nilai mood pasien, apakah dalam kondisi cemas, ketakutan depresi.
2. Nilai adanya gangguan tidur, masalah terkait pekerjaan
3. Nilai adanya dukungan sosial, interaksi sosial

Pengkajian nyeri

Pengkajian nyeri meliputi ekspresi nyeri, skala peringkat nyeri, dan deskripsi nyeri dapat dikaji dengan pedoman singkat **COLDSPA** *Chacacter* (karakter) *Onset* (awitan) *location* (lokasi) *Duration* (durasi) *severity* (keparahan) *pattern* (pola) *Associated factor or related occurrences* (factor terkait atau kejadian terkait)

Penatalaksanaan Nyeri

Adapun penatalaksanaan nyeri terdiri dari 2 jenis yaitu :

1. Farmakologi : yaitu manajemen kalaborasi antara dokter dengan perawat yang menekankan pada pemberian obat yang mampu menghilangkan sensasi nyeri
2. Non Farmakologi : manajemen untuk menghilangkan nyeri dengan menggunakan Teknik manajemen nyeri meliputi stimulus dan masase kutaneus, terapi es dan panas

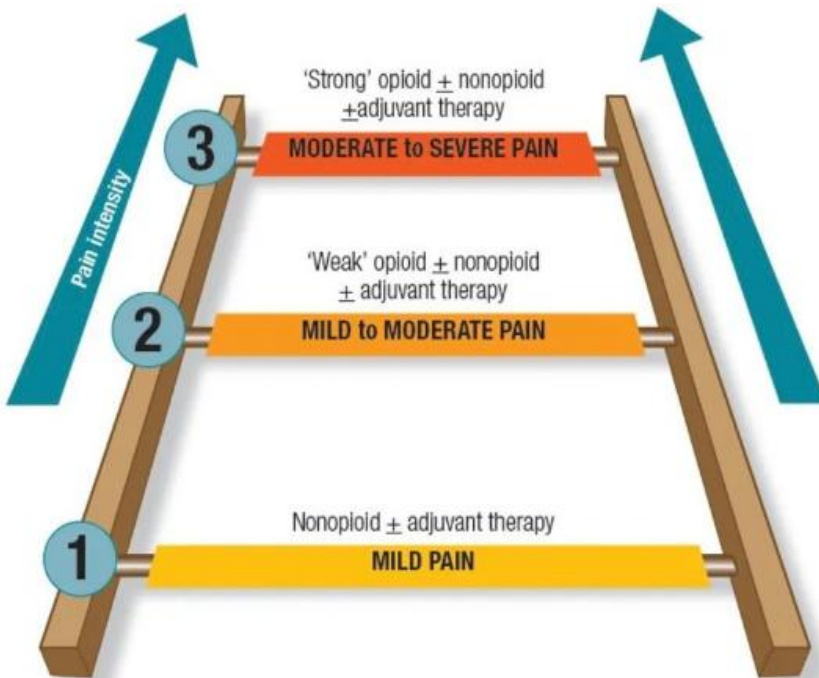
(pemberian kompres dingin dan panas) stimulus saraf elektrik transkutan, distraksi, imajinasi terbimbing, hipnotis dan Teknik relaksasi. (Nugroho, 2014)

Modalitas Tata Laksana Nyeri

Berbagai modalitas pengobatan nyeri pada dasarnya dapat digolongkan dalam :

1. Modalitas fisik pada unit rehabilitas medik
2. Modalitas kognitif behavioral pada pendekatan psikososial
3. Modalitas invasive melalui pendekatan preoperative dan radioterapi.
4. Modalitas Psikoterapi
5. Modalitas Farmakoterapi

Menurut WHO ada tiga Langkah tangga analgesic untuk pengobatan nyeri terdiri dari :



1. Tahap pertama dengan menggunakan obat analgetic non opiate seperti NSAID atau COX2 *spesifis inhibitors*
2. Tahap kedua diberikan obat – obatan seperti pada tahap 1 ditambah opiate lemah misalnya kodein
3. Tahap ketiga dengan memberikan obat pada tahap 2 ditambah opiate yang lebih kuat.

Contoh manajemen nyeri multimodalitas

1. Pra Operasi
Acetaminophen (parasetamol) 1.000 IV sebelum operasi
Ketorolac 800 mg IV sebelum operasi
2. Intra Operatif
Infiltrasi luka liposomal bupivacaine 266 mg
3. Pasca Operasi
Acetaminophen (paracetamol) 1.000 mg IV setiap 6 jam sampai minum obat oral ibuprofen 800 mg IV setiap 8 jam sampai pasien minum obat oral.
PCA (Morfin atau Dilaudid) untuk nyeri hebat (skla 6-10) sampai pasien meminum obat Oxycodone 10 mg PO setiap 4 jam untuk nyeri sedang saat minum obat oral.

Pengelolaan Nyeri

1. Pengelolaan Nyeri Akut
 - a. Nyeri akut merupakan nyeri yang terjadi < 6 minggu
 - b. Lakukan asesmen nyeri : mulai dari anamnesis hingga pemeriksaan pemeriksaan penunjang
 - c. Tentukan mekanisme nyeri
 - 1) Nyeri somatic
 - a) Diakibatkan adanya kerusakan jaringan yang menyebabkan pelepasan zat kimia dari sel yang cedera dan memediasi inflamasi dan nyeri melalui nosiseptor kulit.
 - b) Karakteristik : onset cepat, terlokalisasi dengan baik dan nyeri bersifat tajam, menusuk atau seperti ditikam
 - c) Contoh nyeri akibat laserasi, fraktur, dislokasi

2) Nyeri Viseral

- a) Nosiseptor visceral lebih sedikit dibandingkan somatic sehingga jika stimulasi akan menimbulkan nyeri yang kurang bisa dilakolisasi bersifat difusi, tumpul seperti tertekan badan berat.
- b) Penyebab : iskemi/ nekrosis, inflamasi peregangan ligament, spasme otot polos, distensi organ berongga/lumen.
- c) Biasanya disertai dengan gejala otonom seperti mual, muntah, hipotensi, bradikardia, berkeringat

3) Nyeri Neuropatik

- a) Berasal dari cedera jaringan saraf
- b) Sifat nyeri : rasa terbakar, nyeri menjalar, kesemutan, alodinia (nyeri saat disentuh) hyperalgesia.
- c) Gejala nyeri biasanya dialami pada bagian distal dari tempat cederra (nyeri nosiseprif, nyeri dialami pada tempat cederanya)
- d) Tatalaksana sesuai mekaniems nyeri

d. Tata laksana sesuai mekanisme nyeri

1) Farmakologi : gunakan step ladder WHO

- a) OAINS Efektif Untuk Nyeri ringan – sedang, opioid efektif untuk nyeri sedang – berat.
- b) Mulailah dengan pemberiann OAINS/ Opioid lemah (Langkah 1 dan 2) dengan pemberian intermiten opioid kuat yang disesuaikan dengan kebutuhan pasien
- c) Jika Langkah 1 dan 2 kurang efektif / nyeri menjadi sedang – berat, dapat ditingkatkan menjadi Langkah 3 (ganti dengan opioid kuat dan analgesic dalam kurun waktu 24 jam setelah Langkah 1.
- d) Penggunaan opioid harus dititrasi opioid standar yang sering digunakan adalah morfin, kodein.
- e) Jika pasien memiliki kontraindikasi absolut OAINS dapat diberikan opioid ringan.

- f) Jika fase nyeri akut pasien telah terlewat, lakukan pengurangan dosis secara bertahap.
 - I. Intravena : antikonvulsan, ketamine, OAINS, opioid
 - II. Oral : antikonvulsan, antidepresan, antihistamin, anxiolytic, kortikosteroid, anestesi lokal, OAINS opioid, tramadol
 - III. Rektal (supositoria)
 - IV. Topical : lidokain
 - V. Subcutan: opioid, anestesi local.

2) Non Farmakologi

- a) Olahraga
- b) Imobilisasi
- c) Pijat
- d) Relaksasi
- e) Stimulasi saraf

2. Pengelolaan Nyeri Kronik

a. Lakukan pengkajian nyeri:

- 1) Anamnesis dan pemeriksaan fisik (karakteristik nyeri, Riwayat manajemen nyeri sebelumnya)
- 2) Pemeriksaan penunjang radiologi
- 3) Asesmen fungsional:
 - a) Nilai aktivitas hidup dasar (ADL) identifikasi kecacatan
 - b) Buatlah tujuan fungsional spesifik dan rencana perawatan pasien.
 - c) Nilai efektifitas rencana perawatan dan manajemen pengobatan

c. Tentukan mekanisme nyeri

- 1) Manajemen bergantung pada jenis / klasifikasi nyerinya
- 2) Pasien sering mengalami > 1 jenis nyeri.

d. Manajemen nyeri kronik

1) Prinsip level 1

- a) Buatlah rencana perawatan tertulis secara komprehensif
- b) OAINS dapat digunakan untuk nyeri ringan – sedang atau non neuropatik
- c) Intervensi injeksi spinal, blok saraf, stimulator spinal, infus intratekal, injeksi intra sendi, injeksi epidural

2) Manajemen level 2

- a) Meliputi rujukan ke tim multidisiplin dalam manajemen nyeri dan rehabilitasinya atau pembedahan
- b) Indikasi pasien nyeri kronik yang gagal terapi konservatif/ manajemen level 1
- c) Biasanya rujukan dilakukan setelah 4-8 minggu tidak ada perbaikan dengan manajemen level 1

DAFTAR PUSTAKA

- Bahrudin, M. 2018. Patofisiologi Nyeri (Pain). *Saintika Medika*, 13(1), 7. <https://doi.org/10.22219/sm.v13i1.5449>
- Dewi Nurhanifah & Rohni Taufika Sari. 2022. *Manajemen Nyeri Non Farmakologi* (1st ed.). Urban Green Central Media.
- Jamal, F., Andika, T. D., & Adhiany, E. 2022. Penilaian dan Modalitas Tatalaksana Nyeri. *Ked. N. Med*, 5(3), 66–73.
- Lumape, A. A., Gobel, I., & Gansalangi, F. 2018. Gambaran Tindakan Keperawatan Penatalaksanaan Nyeri Berdasarkan Persepsi Pasien Di Ruang Perawatan Blud Rsu Liun Kendage Tahuna. *Jurnal Ilmiah Sesebanua*, 2(1), 8–13.
- Moordiani, & Nurhikmah. 2020. Penggunaan Analgesik Dalam Manajemen Nyeri Pasien Pasca Bedah Ortopedi Di Kamar Operasi Rumah Sakit X Di Jakarta Selatan Periode Februari-Maret 2020. *Jurnal Ilmu Kefarmasian Indonesia*.
- Ni Wayan Rahayu Ningtyas, Notesya A. Amanupunnya, Iyam Manueke, Yusni Ainurrahmah, D. P. 2023. *Manajemen Nyeri* (1st ed.). PT Media Pustaka Indo.
- Nugroho, C. 2014. Hubungan Pengetahuan Lansia Tentang Arthritis Rheumatoid Dengan Upaya Penatalaksanaannya. *Jurnal AKP*, 7(1), 23–29.
- Potter Perry. 2020. *Dasar - Dasar Keperawatan* (2nd ed.). Elsevier.
- Purwanto, A. 2023. *Manajemen Nyeri* (1st ed.). Global Eksekutif Teknologi.
- Sari, E. K., Hany, A., & Ariningpraja, R. T. 2021. Pelatihan Pengkajian Nyeri sebagai Upaya Mengoptimalkan Manajemen Nyeri di Rumah Sakit Universitas Brawijaya. *J-Dinamika: Jurnal Pengabdian Masyarakat*, 6(1), 141–147. <https://doi.org/10.25047/j-dinamika.v6i1.2356>
- Wesiana Heris Santy & Yuni Sufyanti Arief. 2023. *Behavior Intervention berbasis FCE Menurunkan Kecemasan dan Nyeri Invasif Pada Toddler* (I Dewa Gede Ugrasena (ed.); 1st ed.). Airlaga University Press.

BAB 5

KOMUNIKASI YANG SENSITIF

Oleh Alfi Rusdianti

5.1 Pendahuluan

Pada pasien dengan kondisi paliatif akan sangat besar peluangnya untuk terjadinya perubahan kondisi bahkan informasi tentang status kesehatan pasien. Perubahan status kesehatan pada pasien paliatif biasanya tentang perburukan kondisi atau mungkin juga kondisi menjelang ajal. Penyampaian informasi mengenai perubahan tersebut tentunya diperlukan pendekatan yang sistematis dan logis. Salah satu pendekatan yang bisa dilakukan untuk memberikan informasi berkaitan dengan perubahan status dan informasi kesehatan pasien yaitu dengan protokol SPIKES (Baile *et al.*, 2000; Meitar and Karnieli-Miller, 2022).

Protokol SPIKES bisa dijadikan sebagai acuan dalam berkomunikasi khususnya penyampaian berita buruk pada pasien paliatif dan menjelang ajal. Penyampaian berita buruk dapat dilakukan dengan metode yang dikenal dengan jembatan keledai dari SPIKES oleh Baile *et al.*, (2000) yang terdiri dari *Setting Up*, mengatur tempat dan waktu untuk penyampaian informasi. *Perception*, mengkaji persepsi pasien. *Invitation*, mendapatkan ajakan pasien. *Knowledge*, memberikan pengetahuan dan informasi kepada pasien. *Emotions*, mampu menangani emosi pasien dengan respon empati. *Summary* menentukan strategi dan kesimpulan (Nurbaiduri *et al.*, 2023).

5.2 Protokol SPIKES

5.2.1 Setting

Setting yang dimaksud adalah kondisi atau konteks fisik saat menyampaikan berita atau informasi kepada pasien. Terdapat 5 komponen mayor berkaitan dengan setting yaitu menyediakan ruang yang optimal, bahasa tubuh, kontak mata, sentuhan dan introduksi (Meitar and Karnieli-Miller, 2022).

1. Menyediakan ruang yang optimal

Pada saat penyampaian informasi terutama berita buruk, maka pastikan untuk menjaga privasi pasien dan keluarga dengan menyediakan ruang yang optimal. Bila berada di Rumah Sakit dengan kondisi pasien yang memungkinkan, bisa kita sampaikan di ruang perawatan. Akan tetapi apabila kondisi pasien tidak memungkinkan maka penyampaian informasi bisa dilakukan dengan keluarga pasien di ruang tersendiri yang terjamin privasinya. Pastikan kita mengatur ruangan sedemikian rupa agar tenang dan nyaman. Upayakan menghindari hal-hal yang sekiranya akan menjadi distraksi atau penghambat saat melakukan penyampaian informasi, seperti mematikan televisi atau radio, menutup pintu dan upayakan tetap berada diposisi dekat dengan pasien atau keluarga serta tidak terhalang oleh meja ataupun benda lain yang sekiranya dapat menghambat penyampaian informasi yang ada.

Persiapkan apa saja yang sekiranya ingin disampaikan, bila menyangkut informasi kondisi pasien pastikan untuk menghafalnya terlebih dahulu, hindari memberi informasi dengan membaca langsung catatan medis pasien. Perhatikan posisi saat penyampaian informasi kepada pasien ataupun keluarga, usahakan pandangan mata perawat selaras dengan mata pasien atau keluarga. Informasi tersebut akan dengan mudah diterima oleh pasien ataupun keluarga saat kita memperhatikan posisi tersebut. Jika pasien atau keluarga tidak puas atau kecewa dengan informasi yang diberikan maka posisi terbaik adalah merubah posisi duduk lebih rendah dari pasien karena hal tersebut secara psikologis dapat menurunkan tingkat emosi

- pasien. Selain itu, saat berkomunikasi dengan pasien usahakan ada keluarga untuk mendampingi pasien.
2. Bahasa tubuh
Bahasa tubuh merupakan salah satu hal yang perlu diperhatikan saat menyampaikan sebuah informasi kepada pasien ataupun keluarga. Dalam penyampaian informasi usahakan untuk tidak berbicara dan bergerak terburu-buru agar suasana lebih kondusif. Posisikan duduk dengan nyaman dengan posisi kaki menapak seluruhnya dilantai. Posisikan bahu rendah dan kedua tangan pada lutut. Posisi demikian secara psikologis menunjukkan posisi yang netral.
 3. Kontak Mata
Selama penyampaian informasi, pertahankan kontak mata dengan pasien ataupun keluarga. Jika percakapan sudah mulai intens atau terjadi perubahan emosi, alihkan sejenak kontak mata ketitik lain. Perubahan emosi dapat berupa pasien marah, denial, ataupun menangis. Pengalihan kontak mata sejenak, dapat membantu merubah emosi pasien ataupun keluarga.
 4. Sentuhan
Proses penyampaian informasi akan bisa diterima dengan baik apabila kita melibatkan sentuhan. Sentuhan dapat digunakan dalam kondisi tertentu, misal saat pasien atau keluarga merasakan kesedihan. Perawat menggunakan sentuhan dengan tujuan untuk menenangkan pasien. Akan tetapi apabila saat perawat melakukan sentuhan dan dirasa pasien atau keluarga tidak nyaman, maka hentikan segera agar tidak menimbulkan persepsi yang negatif.
 5. Introduksi
Saat penyampaian informasi tentu saja perawat ataupun tenaga medis yang lain tidak akan langsung menyampaikan informasi tersebut kepada pasien ataupun keluarga. Diperlukan langkah awal sebelum melakukan penyampaian informasi tersebut. Introduksi atau sering dikenal dengan proses pengenalan merupakan tahapan yang perlu dilakukan. Seringkali dilakukan dengan metode berjabat tangan ataupun dengan ucapan salam. Setelah itu

dilanjutkan dengan pengenalan diri dengan tujuan penyampaian informasi dapat diterima dengan baik oleh pasien maupun keluarga. Metode pengenalan ini mencerminkan kegiatan yang resmi dan profesional.

5.2.2 Perception

Langkah kedua dalam penyampaian berita buruk yaitu menanyakan terlebih dahulu apa yang telah dipahami oleh pasien ataupun keluarga pasien. Sebelum mendiskusikan lebih lanjut informasi yang akan disampaikan oleh perawat, akan lebih diterima apabila menanyakan apa yang telah diketahui oleh pasien. Bentuk pertanyaan terbuka, sehingga diharapkan pasien dapat menjelaskan apa yang telah diketahui dalam hal ini dengan konteks informasi kesehatan pasien. Metode ini sering disebut dengan apersepsi (Nurbaiduri *et al.*, 2023a).

Proses ini penting dilakukan untuk mempelajari dan memahami persepsi pasien ataupun keluarga mengenai kondisi medis pasien, dengan tujuan mengidentifikasi kesenjangan yang mungkin didapatkan saat melakukan menggali persepsi. Melalui identifikasi persepsi kesenjangan, tenaga kesehatan dapat menyesuaikan kualitas dan kuantitas yang akan disampaikan, baik nada, kata-kata yang dipilih, kecepatan dan bahasa tubuh (Meitar and Karnieli-Miller, 2022).

5.2.3 Invitation

Invitation adalah bagaimana pasien dan keluarga mengungkapkan seberapa besar keingintahuan informasi yang ingin didapatkan kebenarannya. Mayoritas pasien dan keluarga akan memberikan pertanyaan-pertanyaan yang ingin mereka ketahui. Keingintahuan mengenai informasi tentang diagnosis, prognosis dan rinciannya terkait dengan yang dialami pasien. Ketika tenaga kesehatan mendengarkan atau mengetahui pengungkapan pasien dan keluarga secara eksplisit berkaitan dengan informasi apa yang ingin diketahui maka secara tidak langsung akan mengurangi kecemasan pasien dan keluarga, termasuk informasi yang berkaitan dengan berita buruk (Meitar and Karnieli-Miller, 2022)

Contoh pertanyaan yang bisa diajukan untuk menggali apakah yang ingin diketahui pasien dan keluarga yaitu

"Apakah Anda ingin saya memberi semua informasi atau membuat bagan hasil dan mendiskusikan rencana perawatan?"

"Apakah Anda berkenan untuk mengetahui informasi apapun yang akan saya sampaikan?"

5.2.4 Knowledge

Menurut, knowledge merupakan suatu proses bagaimana informasi medis atau berita buruk dapat disampaikan dengan baik. Menurut Buku (Keperawatan, 2019) terdapat 2 langkah yang dilakukan untuk menyampaikan informasi tersebut. Langkah pertama yaitu Keselarasan (Aligning) dan mendidik (Educating).

1. Keselarasan

Tenaga kesehatan harus mendengarkan seberapa besar pengetahuan pasien terhadap situasi yang sedang dihadapi dan harus belajar menggunakan kata-kata yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarga. Proses ini dapat diawali dengan penyampaian informasi kepada pasien ataupun keluarga, setelah itu berikan kalimat penguatan pada bagian yang telah dipahami dengan baik. Menggunakan istilah atau bahasa yang mudah dimengerti oleh pasien dan keluarga akan sangat membantu proses penyampaian informasi tersebut. Dengan demikian, diharapkan pasien dan keluarga dapat meningkatkan kepercayaan diri terhadap situasi yang sedang terjadi. Proses ini dinamakan dengan keselarasan.

2. Mendidik

Proses keselarasan harus dimulai terlebih dahulu untuk dapat selanjutnya kedalam tahap mendidik (Educating). Ketika pasien dan keluarga sudah memahami informasi yang disampaikan oleh tenaga kesehatan, proses selanjutnya adalah untuk meningkatkan pengetahuan pasien dan keluarga dengan kondisi atau situasi yang sebenarnya terjadi. Namun proses ini tidak serta merta langsung dilaksanakan karena tiap individu memiliki waktu untuk memahami informasi yang disampaikan sebelumnya. Tahapan yang tepat untuk meningkatkan pengetahuan

pasien dan keluarga yaitu dengan memberikan informasi porsi kecil dahulu, kemudian menggunakan bahasa yang mudah dipahami, memastikan penerimaan informasi secara berulang-ulang, memberikan penguatan atas pemahamannya, menyampaikan informasi dalam setiap tindakan, mendengarkan pertanyaan dari pasien, dan menyiapkan point penting.

5.2.5 Emotion and Emphathic

Menerima informasi terkait kondisi medis pasien atau bahkan berita buruk dapat menyebabkan guncangan emosional bagi pasien ataupun keluarga. Tingkat emosi dan ekspresi mereka tentu saja akan berbeda beda. Tekanan emosional yang dialami pasien akan berpengaruh negatif dalam kemampuan untuk memahami informasi apapun yang diberikan. Emosi harus diidentifikasi, dieksplorasi dan ditangani secara aktif selama proses pemberian informasi berlangsung sebagai bagian dari membangun hubungan kepercayaan, keterbukaan dan rasa hormat (Meitar and Karnieli-Miller, 2022).

Penyampaian informasi tentang kondisi pasien atau bahkan kemungkinan berita buruk kepada pasien, sebagai tenaga kesehatan harus berkomunikasi dengan sikap empati. Sikap ini diharapkan mampu menjadikan pasien ataupun keluarga lebih merasa diterima untuk berkonsultasi bahkan dapat menunjukkan sikap kepedulian yang tinggi pada pasien (Asmara and Triwardhani, 2023).

5.2.6 Strategy and Summary

Strategy and Summary merupakan tahap terakhir dalam suatu penyampaian informasi medis bahkan penyampaian berita buruk. Pada tahap ini tenaga kesehatan berusaha untuk menyimpulkan dari seluruh percakapan yang dilakukan mulai tahap awal hingga akhir. Hasil kesimpulan tersebut dapat digunakan untuk merancang tindak lanjut yang akan dilakukan (Meitar and Karnieli-Miller, 2022).

Sebelum merencanakan tindak lanjut, kita harus mengklarifikasi terlebih dahulu apakah pasien siap untuk melanjutkan diskusi pengobatan pilihan atau tunda diskusi kesesi

lain untuk sementara waktu. Misalnya memberikan waktu kepada pasien untuk mengatasi emosinya, atau bahkan bisa dengan cara menghadirkan keluarga lain untuk diajak berdiskusi (Meitar and Karnieli-Miller, 2022; Nurbaiduri *et al.*, 2023b)

Kalimat yang dapat disampaikan kepada pasien sebagai berikut:

"Apakah Anda ingin mengetahui pilihan pengobatan saat ini atau menunda disesi berikutnya?"

Pertanyaan tersebut menggambarkan bahwa kita tidak memaksakan untuk memberikan informasi kepada pasien tentang alternatif tindakan.

Tindak lanjut atau rencana selanjutnya harus disampaikan kepada pasien dan keluarga untuk menghadapi atau memecahkan masalah yang mungkin muncul berikutnya. Strategi apapun harus disampaikan, meskipun kemungkinan kecil strategi tersebut tidak dapat dilakukan. Memberikan rencana tindak lanjut kepada pasien dalam bentuk apapun mencerminkan sikap bahwa tenaga kesehatan sangat peduli dengan apa yang sedang dialami pasien dan keluarga (Keperawatan, 2019).

Pernyataan yang dapat disampaikan kepada pasien mengenai tindak lanjut sebagai berikut:

"Apabila kondisi pasien tidak kunjung membaik, maka kita harus persiapan agar pasien meninggal dalam keadaan tenang"

"Apabila pasien tidak mengalami perubahan kondisi dan kemungkinan jika ada perubahan kondisi tetapi mengarah ke buruk, maka mohon maaf keluarga harap untuk ikhlas menghadapi kondisi terburuk"

Setelah pemberian informasi dirasa cukup untuk dipahami pasien maupun keluarga maka tahap selanjutnya yaitu membuat kesimpulan dari percakapan baik dari sisi pasien ataupun tenaga kesehatan. Kesimpulan hendaknya ringkas, singkat dan tidak bertele-tele. Sebelum menyimpulkan, tenaga kesehatan harus memberikan penegasan informasi yang sudah disampaikan dan bahkan penegasan mengenai apakah ada hal yang perlu ditanyakan kembali atau hal yang masih menjadi beban.

Pernyataan yang dapat disampaikan yaitu:

"Baiklah, apakah masih ada yang akan ditanyakan kepada kami?"

"Apakah Anda masih memiliki pertanyaan yang perlu disampaikan?"

Setelah itu buatlah suatu simpulan, bisa dijabarkan demikian:

"Baiklah, Bapak/ Ibu, setelah kita membicarakan dari awal hingga kini, kesimpulannya adalah kondisi pasien saat ini sudah menjelang ajal, maka dengan demikian marilah kita memberikan kesan terakhir yang paling baik bagi pasien."

Dalam sesi penutup, tenaga kesehatan dapat menyampaikan kontrak waktu selanjutnya.

"bapak, insyaallah kita akan bertemu setelah proses persiapan selesai ya pak."

DAFTAR PUSTAKA

- Asmara, A. and Triwardhani, I.J. 2023. 'Preferensi Pasien Kanker Payudara Mengenai Komunikasi Interpersonal Dokter dalam Menyampaikan Berita Buruk', *WACANA: Jurnal Ilmiah Ilmu Komunikasi*, 22(1), pp. 82–92. Available at: <https://doi.org/10.32509/wacana.v22i1.2628>.
- Baile, W.F. *et al.* 2000. 'SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer', *The Oncologist*, 5(4), pp. 302–311. Available at: <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>.
- Keperawatan, F. (no date) *MODUL KEPERAWATAN PALIATIF DAN MENJELANG AJAL*.
- Meitar, D. and Karnieli-Miller, O. 2022. 'Twelve tips to manage a breaking bad news process: Using S-P-w-ICE-S-A revised version of the SPIKES protocol', *Medical Teacher*, 44(10), pp. 1087–1091. Available at: <https://doi.org/10.1080/0142159X.2021.1928618>.
- Nurbaiduri, I. *et al.* 2023a. *PENYAMPAIAN DAN PENERIMAAN BERITA BURUK PADA PASIEN DEWASA DENGAN KONDISI TERMINAL: LITERATURE REVIEW BASED ON CASE*, *Jurnal Riset Ilmiah*.
- Nurbaiduri, I. *et al.* 2023b. *PENYAMPAIAN DAN PENERIMAAN BERITA BURUK PADA PASIEN DEWASA DENGAN KONDISI TERMINAL: LITERATURE REVIEW BASED ON CASE*, *Jurnal Riset Ilmiah*.
- PENERBIT CV.EUREKA MEDIA AKSARA (2019).

BAB 6

PEMAHAMAN KEPUTUSAN PASIEN

Oleh Fany Lairin Djala

6.1 Pendahuluan

Seorang Pasien yang terdiagnosis oleh dokter menderita suatu penyakit dengan kondisi stadium lanjut sampai pada kondisi terminal sebagian besar akan mengalami masalah yang akhirnya akan mengarah pada keadaan yang memburuk. Stadium lanjut merupakan suatu tahapan penyakit yang jika dilakukan pengobatan tujuannya adalah hanya untuk memperpanjang harapan hidup bukan untuk penyembuhan penyakit. Sedangkan kondisi terminal adalah tahapan penyakit pada kondisi stadium lanjut namun tidak merespons terhadap pengobatan dan tidak menunjukkan progress terhadap pengobatan yang diberikan tersebut. (Kemenkes RI, 2015).

Komunikasi yang baik dan efektif sangat dibutuhkan ketika tim medis akan menyampaikan informasi kepada pasien dan keluarga berkaitan dengan kondisi yang dialami pasien. Yodang, (2018) menyatakan bahwa komunikasi yang baik dan efektif yaitu proses membagi informasi dan pemahaman kepada orang lain secara individu, kelompok maupun massa (Yodang, 2018). Sedangkan komunikasi yang efektif merupakan komunikasi yang terjadi secara dua arah antara komunikator dan komunikan yang menciptakan respons yang sesuai dengan harapan kedua pelaku komunikasi tersebut (Cahyono, 2019). Dalam memberikan pelayanan kepada pasien, komunikasi yang baik dan efektif sangat dibutuhkan dalam rangka memfasilitasi pasien dalam pengambilan keputusan dan mengkoordinasi pelayanan kepada pasien, keluarga dan penyedia layanan kesehatan. (Kemenkes, 2015).

Perawat merupakan salah satu pemberi layanan kesehatan. Pengambilan keputusan klinis khususnya dalam kondisi paliatif, perawat harus melibatkan pasien karena ini

merupakan hak dari pasien tersebut dan dalam hal ini sangat dibutuhkan pemahaman dari perawat terkait dengan keputusan yang diambil oleh klien maupun keluarganya.

6.2 Konsep Keputusan Pasien

1. Definisi keputusan Pasien

Keputusan merupakan bentuk dari pemecahan masalah oleh individu maupun kelompok sebagai proses lanjutan setelah memilih satu dari berbagai alternatif yang dibuat. Pengambilan keputusan merupakan tindakan pengambilan alternatif yang dianggap paling baik dari berbagai alternatif secara sistematis yang akan diberi tindak lanjut sebagai bagian dari pemecahan suatu masalah. (Riofita, 2015).

Menurut Kurniadin dan Machali, (2016) menyatakan bahwa keputusan merupakan hasil dari proses pemecahan masalah secara tegas yang dihadapi oleh individu (Kurniadin & Machali, 2016).

Pengambilan keputusan merupakan proses yang bertujuan untuk memilih suatu tindakan yang dianggap terbaik dari sejumlah alternatif pilihan yang tersedia. pengambilan keputusan berperan penting dan menjadi hal yang harus menjadi perhatian karena memiliki berbagai risiko dari segala keputusan yang diambil. (Janis & Mann, 1997).

Keputusan Pasien diberi arti sebagai pengambilan keputusan di antara berbagai alternatif yang berkaitan dengan upaya pemecahan masalah kesehatan yang dialami oleh individu atau dengan kata lain keputusan pasien dikaitkan dengan keputusan yang dibuat oleh pasien berkaitan dengan tindakan kesehatan yang dianggap terbaik untuk dirinya.

Keputusan Pasien Paliatif merupakan keputusan yang diambil oleh klien yang menderita penyakit dengan stadium lanjut maupun stadium terminal berkaitan dengan tindakan medis dan perawatan yang akan dilakukan terhadap dirinya. McCaffrey, et al menyatakan bahwa terdapat 8 aspek kualitas hidup ditinjau dari pandangan paliatif *care*

salah satu diantaranya yaitu aspek otonomi personal yaitu pasien memiliki kemampuan untuk menentukan pilihan dan memiliki kontrol terhadap dirinya sendiri.

2. Faktor-Faktor yang mempengaruhi Keputusan Pasien
Menurut teori (Kotler, 2010), terdapat beberapa Faktor yang mempengaruhi keputusan pasien yaitu sebagai berikut:

a. Faktor Kebudayaan

Kebudayaan merupakan salah satu faktor yang berperan dalam mempengaruhi keinginan dan perilaku dari seseorang. Tingkah laku dari seorang pasien dapat dipengaruhi oleh budaya yang dianutnya. Budaya berperan di dalam memperlengkapi seseorang akan perilaku melalui identitas dan pengertian sehingga dapat diterima oleh masyarakat.

Faktor budaya merupakan akumulasi dari makna-makna dalam masyarakat, ritual, norma dan tradisi yang terdapat pada para anggota organisasi atau masyarakat (Nitisusastro, 2012). Budaya dapat mempengaruhi semua bentuk alasan, dapat menjadi perantara keputusan, maupun sebagai penghalang keputusan (Ferrinadewi et al., 2004).

b. Faktor Sosial

Tingkatan sosial dimiliki oleh semua masyarakat yang terbentuk dari interaksi masyarakat yang kemudian membentuk perilaku seseorang dalam hal memberikan tanggapan atau reaksi pada berbagai hal.

c. Faktor Pribadi

Faktor internal atau disebut sebagai faktor pribadi yang terdiri dari berbagai faktor antara lain persepsi, keluarga, motivasi, pengetahuan, sikap, usia, gaya hidup memiliki peranan penting dalam pengambilan keputusan seseorang.

Persepsi merupakan proses yang dialami oleh individu dalam memperoleh, mengolah dan menginterpretasikan suatu informasi. Persepsi tentang informasi oleh

individu yang satu akan berbeda dengan individu yang lainnya. Hal ini dipengaruhi oleh pengetahuan, pendidikan, minat dan perhatian.

Faktor keluarga juga ikut mempengaruhi pengambilan keputusan seseorang. Di dalam suatu keluarga yang menciptakan komunikasi memiliki peran yang sangat besar dalam pengambilan keputusan antara lain berkaitan dengan kesehatan anggota keluarganya.

Faktor motivasi juga memainkan peranan penting dalam pengambilan keputusan. Motivasi timbul disebabkan karena adanya kebutuhan dari individu yang kemudian akan mendorongnya melakukan sesuatu dengan tujuan untuk memenuhi kebutuhan tersebut.

Pengetahuan dan sikap juga merupakan faktor yang berhubungan dengan pengambilan keputusan seseorang. Sikap positif yang dimiliki oleh individu akan mempengaruhi setiap informasi atau pengetahuan yang dimilikinya karena tindakan yang dilakukan individu cenderung dipengaruhi oleh pengetahuan dan pengalaman yang dimilikinya (Sahrudi & Anam, 2021).

Faktor Usia merupakan salah satu faktor yang juga mempengaruhi seseorang dalam pengambilan keputusan. Perbedaan terdapat pada proses pengambilan keputusan antara anak dan orang tua. Anak-anak dalam mengambil keputusan cenderung cepat dan tidak banyak pertimbangan sedangkan orang tua sebaliknya. Cenderung rasional dan banyak banyak yang dipertimbangkan.

d. Faktor situasional

Faktor situasional didasarkan pada situasi yang dialami oleh individu yang diantaranya terdiri dari faktor lingkungan yang kemudian akan menciptakan suatu kegiatan dari individu yang terjadi pada suatu tempat dan waktu tertentu. Pengaruh situasional dikaitkan dengan keadaan dimana individu akan akan memutuskan sesuatu terhadap dirinya. Faktor

lingkungan berkaitan dengan faktor-faktor yang terjadi di luar individu tersebut.

3. Tahap Pengambilan Keputusan Klinis

Dalam proses pengambilan keputusan individu, memiliki berbagai tahapan yaitu sebagai berikut (Sangadji & Sopiah, 2013) :

a. Tahap Pengenalan Masalah

Tahap ini merupakan tahap pertama atau tahap awal dalam pengambilan keputusan. Pada tahap ini individu wajib menemukan masalah apa yang muncul, disebabkan oleh apa dan bagaimana masalah tersebut bisa muncul.

Menurut (Campbell, 2013), permasalahan yang sering muncul pada pasien paliatif yaitu masalah psikologi, masalah sosial (interaksi sosial), masalah dukungan keluarga, konsep diri dan permasalahan pada segi spiritual.

b. Tahap Pencarian Informasi

Tahap ini merupakan tahap pengambilan keputusan dimana individu akan mencari berbagai informasi melalui berbagai sumber antara lain : keluarga, teman, media massa, dan pengalaman dari individu itu sendiri. Sumber informasi inilah yang akan membantu perawat dan pasien dalam pengambilan keputusan klinis selanjutnya.

Pada penelitian yang dilakukan oleh (Wulan Krisnandari D & Sri Rahyanti, 2022) menemukan adanya pengetahuan perawat yang masih kurang berkaitan dengan perawatan paliatif. Hal ini disebabkan karena kurangnya sumber informasi yang diperoleh berkaitan dengan perawatan paliatif.

c. Evaluasi berbagai alternatif

Pada tahap ini individu akan mengevaluasi berbagai sumber informasi sebagai alternatif alternatif yang akan menjadi pilihan sebagai suatu keputusan.

d. Keputusan Pemakaian

Tahap ini merupakan tahap dalam proses pengambilan keputusan dimana individu akan memutuskan untuk menggunakan alternatif yang telah dipilihnya. Dalam pelayanan kesehatan pasien akan memutuskan tindakan pelayanan kesehatan yang akan dilakukan untuk dirinya.

e. Keputusan Pasca Pemakaian

Keputusan Pasca pemakaian merupakan tahap dimana individu akan memutuskan tahap selanjutnya sebagai lanjutan dari keputusan sebelumnya yang didasarkan atas tingkat kepuasan dan ketidakpuasan atas hasil pemakaian produk. Berfokus pada pelayanan kesehatan, keputusan ini akan berfokus pada hasil pelayanan kesehatan yang telah diterima oleh klien sebelumnya.

4. Peran Perawat dalam pengambilan keputusan Klinis Pasien

Dalam perannya sebagai pemberi layanan kesehatan, perawat memiliki berbagai tugas dan fungsi. Salah satu diantaranya adalah berperan dalam pengambilan keputusan klinis. Membuat keputusan klinis merupakan inti dalam praktik pelayanan keperawatan. Dalam rangka memberikan perawatan yang efektif perawat wajib menggunakan kemampuannya dalam berpikir kritis melalui proses keperawatan. Tindakan awal yang dilakukan oleh perawat adalah menyusun rencana tindakan dengan menerapkan pendekatan yang terbaik bagi klien. Langkah awal ini dilakukan sebelum perawat melakukan proses pengkajian, pemberian perawatan dan evaluasi hasil tindakan. Perawat akan membuat keputusan sendiri ataupun melakukan kolaborasi dengan pasien dan keluarganya. (Keeling & Ramos, 1995).

Perawat dalam membuat keputusan akan berkolaborasi dengan klien dan keluarga. Keputusan yang diambil

oleh perawat diperoleh melalui konsultasi dengan pemberi perawatan kesehatan profesional lainnya. Secara umum, *Palliative care* merupakan bagian dari pelayanan kesehatan yang sangat penting yang tidak dapat dipisahkan dari praktik Klinis. Sebagai pemberi layanan keperawatan, perawat bertanggung jawab dalam *palliative care*. Perawat berperan penting dalam perawatan paliatif Karena pasien akan menghabiskan lebih banyak waktu bersama perawat dibandingkan dengan tenaga kesehatan yang lainnya sehingga perkembangan terbaru tentang pasien akan lebih banyak diketahui oleh perawat. (Djamdin et al., 2023).

6.3 Pemahaman Keputusan Pasien

Perawatan akhir hidup atau yang disebut sebagai perawatan yang ditujukan pada pasien paliatif merupakan perawatan yang memiliki tujuan untuk peningkatan kualitas hidup dari pasien maupun keluarganya dengan cara membantu mengatasi masalah seperti penderitaan fisik maupun psikologi, interaksi sosial dan spiritual dari pasien yang dinilai tidak mampu memberi respons terhadap pengobatan secara kuratif. (WHO, 2000). Kualitas hidup pasien merupakan suatu keadaan yang dialami oleh pasien yang dipersepsikan sesuai konteks budaya dan nilai yang dianut pasien, yang didalamnya mencakup tujuan hidup, harapan, dan niat pasien.

Dalam perawatan paliatif, terdapat 5 aspek yang harus diperhatikan antara lain sebagai berikut (Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, 2016):

1. Manajemen Nyeri dan gejala
2. Pertimbangan tindakan yang sia-sia (*futile care*), misalnya intubasi dan resusitasi jantung paru pada pasien kanker paru stadium akhir
3. Pertimbangan Keinginan Pasien
4. Biaya
5. Hubungan dokter dan pasien; dokter dan keluarga

Selain berfokus pada perawatan fisik, perawatan paliatif juga harus berfokus pada perawatan psikis pasien antara lain yaitu

terkait pengambilan keputusan tentang terapi atau pengobatan yang akan atau sedang dilakukan serta penanganan pasien dengan stadium lanjut yang tidak memberikan respons terhadap terapi atau pengobatan yang diberikan (Kemenkes RI, 2015). Sebagai seorang perawat dalam hal melaksanakan peran dan fungsi *palliative care*, harus menghargai hak-hak dari pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien sehingga pasien merasa memiliki martabat. Hal ini sesuai dengan yang sudah ditetapkan dalam rencana asuhan keperawatan.

Diskusi *End Of Life* (EOL) yang dilakukan bersama dengan pasien perlu dilakukan dengan tujuan yaitu untuk mengetahui pilihan dari pasien berkaitan dengan perawatan untuk mempertahankan hidup seperti : resusitasi jantung paru (RJP) dan ventilasi mekanis, kontrol nyeri, lokasi kematian, dan donasi organ. Terdapat salah satu isu kontroversial yang harus dipertimbangkan yaitu keinginan pasien untuk *do not resuscitate* . Dalam tahap pengambilan keputusan pasien dapat menunjuk wakil yang dipercaya untuk mengambil keputusan bagi dirinya jika pasien sudah dinilai tidak lagi kompeten. Dalam proses pengambilan keputusan pada perawatan akhir hidup, seorang perawat wajib membimbing dan mengarahkan anggota keluarga pasien dalam mengambil keputusan berkaitan dengan perawatan pasien.

Dalam merawat pasien menjelang ajal, seorang perawat akan menghadapi tantangan yang membutuhkan tanggung jawab. Selain itu tingkat kenyamanan yang dirasakan oleh setiap perawat dalam merawat pasien menjelang ajal ditemukan berbeda-beda. Sebagian besar perawat yang telah memilih tugas antara lain yang bekerja pada unit onkologi, hospice, perawatan intensif, kedaruratan, atau area lain pada tempat kematian pasien masih merasa gagal dalam melaksanakan tugas ketika pasien yang ditanganinya meninggal. Dalam menghadapi kematian pasien, seorang perawat membutuhkan waktu untuk menganalisis perasaan mereka sendiri mengenai kematian sebelum mereka dapat secara efektif membantu orang lain yang mengalami penyakit terminal. Perawat yang tidak nyaman dengan keadaan pasien yang sekarat cenderung akan menghambat upaya pasien untuk mendiskusikan kematian menjelang ajal (Kozier et al., 2010).

Pada penelitian yang dilakukan oleh Putri & Suryanto, (2020) dengan metode wawancara dan pengamatan langsung menemukan hasil bahwa pengambilan keputusan selama menjalani proses pengobatan, kemauan pasien dan keluarga pasien untuk mau berobat, serta kesiapan pasien dan keluarga pasien untuk menerima penyakitnya tidak terlepas dari keberhasilan layanan psikososial dan spiritual yang diberikan oleh tim paliatif (Putri & Suryanto, 2020).

Dalam rangka pemenuhan aspek psikososial dan spiritual dari pasien, pendampingan keluarga yang memfasilitasi tim medis sangat dibutuhkan. Memberikan kesempatan kepada keluarga untuk selalu berada pada samping pasien dapat membantu dalam proses pengambilan keputusan, mengurangi kecemasan pasien dan ketegangan yang dirasakan (Khair *et al.*, 2021).

DAFTAR PUSTAKA

- Cahyono, A. 2019. *Unggul Berkomunikasi*. Uwais Inspirasi Indonesia.
- Campbell, M. . 2013. *Nurse to Nurse Perawatan Paliatif*. Salemba Medika.
- Djamdin, V., Masi, G., & Meo, M. L. 2023. Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di Siloam Hospitals Manado. *Mapalus Nursing Sains Journal*, 1, 23–31.
- Ferrinadewi, Erna, & Darmawan, D. 2004. *Perilaku konsumen: Analisis Model Keputusan*. Penerbitan Universitas Atma Jaya.
- Janis, I., & Mann, L. 1997. *Decision Making: Psychological Analysis of Conflict, Choice and commitment*. The Free Press.
- Keeling, A. W., & Ramos, M. C. 1995. *Nurs Health Care: Perspectives on Community. The Role of Nursing History in Preparing Nursing for the Future*. University of Virginia.
- Kemenkes, R. 2015. *Pusat Data dan Informasi Kementrian Kesehatan RI tahun 2015*.
- Khair, A., Emaliyawati, E., & Pahria, T. 2021. Pengalaman keluarga menyertai pasien selama proses akhir kehidupan di IGD rumah sakit pemerintah di Jawa Barat. *Jurnal Keperawatan Indonesia Timur*, 1, 99–109.
- Kotler, P. 2010. *Manajemen Pemasaran* (13th ed.). Erlangga.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & J.Snyder, S. 2010. *Buku Ajar Fundamental Keperawatan*. EGC.
- Kurniadin, & Machali, I. 2016. *Manajemen Pendidikan Konsep dan Prinsip Pengelolaan Pendidikan* (pp. 322–323). PT.Ar-Ruzz Media.
- Nitisusastro, M. 2012. *Perilaku Konsumen Dalam Perspektif Kewirausahaan*. Alfabeta.
- Putri, A., & Suryanto. 2020. Model layanan psikososial (psychosocial care) dalam perawatan paliatif pada pasien kanker payudara. *Prosiding Seminar Nasional Milleneial 5.0 Fakultas Psikologi Umby*.
- RI, K. 2015. *Pedoman Nasional Pelayanan Paliatif Kanker*.
- Riofita, H. 2015. *Perilaku Organisasi* (pp. 36–37). Cv Mutiara Pesisir.

- Sahrudi, & Anam, A. 2021. Pengetahuan dan Sikap Perawat terhadap Tindakan Triase di Instalasi Gawat Darurat. *Jurnal Keperawatan*, 17.
- Sangadji, & Sopiah. 2013. *Perilaku Konsumen : Pendekatan Praktis Disertai: Himpunan Jurnal Penelitian*. Penerbit Andi.
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, Shankar-Hari M, Annane D, . Bauer M. 2016. The third international consensus definitions for sepsis and septic shock (sepsis-3). *JAMA - J Am Med Assoc*, 801–810.
- WHO. 2000. *Definition of palliative care*. Definition of palliative care
- Wulan Krisnandari D, A. A. I., & Sri Rahyanti, N. M. 2022. Hubungan Pengetahuan Dengan Kemampuan Perawat Dalam Memberikan Perawatan Paliatif. *Jurnal Keperawatan Sriwijaya*, 9(2), 46–53. <https://doi.org/10.32539/jks.v9i2.157>
- Yodang. 2018. *Buku ajar keperawatan paliatif berdasarkan kurikulum AIPNI 2015*. CV Trans Info Media.

BAB 7

PERAWATAN SPIRITUAL

Oleh Ika Purnamasari

7.1 Pendahuluan

Manusia adalah makhluk holistik yang terdiri atas komponen biologi, psikologi, sosial, kultural dan spiritual (BPSKS). Keseluruhan komponen tersebut berfungsi baik saat seseorang dalam keadaan sehat, akan tetapi berbeda apabila salah satu komponen mengalami disfungsi, maka niscaya akan terjadi ketidakseimbangan dalam diri manusia tersebut yang dapat berakibat pada kondisi sakit. Spiritual merupakan segala sesuatu yang berhubungan dengan spirit, semangat untuk mendapatkan keyakinan, harapan dan makna hidup. Sedangkan spiritualitas adalah suatu kecenderungan untuk membuat makna hidup melalui hubungan intrapersonal (hubungan dalam diri manusia itu sendiri), hubungan interpersonal (hubungan antara satu manusia dengan manusia lainnya) dan hubungan transpersonal dalam menghadapi berbagai masalah kehidupan (Yusuf *et al.*, 2016). Dalam perawatan holistik, dimensi spiritual tidak dapat dipisahkan dari dimensi fisik dan dimensi lainnya.

Perubahan kondisi kesehatan seseorang akan menyebabkan perubahan pada semua komponen, apalagi jika kondisi tidak sehat yang membutuhkan perawatan jangka lama atau dalam istilah medis adalah sakit kronis. Pasien dengan penyakit kronis dan penyakit yang sudah tidak bisa disembuhkan membutuhkan perawatan sepanjang perjalanan penyakit atau perawatan paliatif. Menurut WHO (2016) Perawatan paliatif merupakan sebuah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien (dewasa dan anak-anak) dan keluarga dalam menghadapi penyakit yang mengancam jiwa dengan cara meringankan penderita dari rasa sakit melalui identifikasi dini, pengkajian yang sempurna dan pentalaksanaan nyeri serta masalah lainnya baik fisik, psikologis, sosial atau spiritual. Perawatan spiritual diharapkan

mampu menjadi bagian dari perawatan paliatif yang mampu mendorong dan memotivasi pasien-pasien yang berada dalam keputusan.

7.2 Konsep Spiritual

7.2.1 Definisi Spiritual, Spiritualitas, Keyakinan dan Agama

Istilah spiritual, spiritualitas, keyakinan dan agama merupakan beberapa istilah yang sering disamakan maknanya dan terkadang rancu pula dalam penggunaannya. Menurut Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) Spiritual merupakan sifat yang diartikan sebagai sesuatu yang berhubungan dengan atau bersifat kejiwaan. Sedangkan Spiritualitas bermakna sumber motivasi dan emosi pencarian individu yang berkenaan dengan hubungan seseorang dengan Tuhan. Keyakinan adalah bagian dari agama atau religi dan Agama sendiri dimaknai sebagai ajaran, sistem yang mengatur tata keimanan (kepercayaan) dan peribadatan kepada Tuhan Yang Maha Kuasa serta tata kaidah yang berhubungan dengan pergaulan manusia dan manusia serta manusia dan lingkungannya. Dalam konteks kehidupan sehari-hari menurut (Hamid, 2008) Spiritualitas didefinisikan sebagai keyakinan hubungannya dengan Yang Maha Kuasa dan Maha Pencipta. Spiritualitas dikaitkan dengan hubungan manusia dengan kekuatan non material dan yang memiliki kekuatan lebih tinggi. Sedangkan orang lain ada yang menggambarkan spiritualitas dalam arti mengetahui, mencintai dan melayani tuhan bahkan orang yang lain mengatakan bahwa spiritualitas adalah melampaui batas tubuhnya dan alam semesta.

Elemen yang masuk dalam spiritualitas ada 5 (lima) yaitu:

1. Spiritualitas dialami sebagai kekuatan pemersatu, prinsip hidup, dan esensi keberadaan.
2. Spiritualitas diungkapkan dan dialami melalui konektivitas dengan alam, bumi, lingkungan hidup dan kosmos.
3. Orang mengekspresikan dan mengalami spiritualitas melalui hubungannya dengan orang lain. Spiritualitas membentuk pembentukan diri dan tercermin di dalam keberadaan, pengetahuan, dan perbuatan seseorang.
4. Spiritualitas masuk dalam kehidupan; memberikan tujuan, makna, kekuatan, dan bimbingan; dan membentuk

perjalanan (Burghardt & Nagai-Jacobson, 1997 dalam (Taylor, Carol R. Lillis Carol, 2011).

Keyakinan (*faith*) secara umum merujuk pada kepercayaan pada seseorang yang tidak dapat dibuktikan secara material keberadaannya, termasuk di dalamnya keyakinan kepada seseorang atau ide atau sesuatu yang biasanya akan diikuti oleh tindakan mempercayai keyakinan tersebut. Sebagai contoh saat kita yakin pada saran, nasehat perawat atau resep dokter untuk membantu kesembuhan penyakit, maka kita akan melaksanakannya dengan taat dan tertib.

Agama (*religion*) mencakup spiritualitas dan keyakinan, yang mana merujuk pada sistem kepercayaan yang terorganisir tentang kekuatan yang lebih tinggi yang dicirikan oleh bentuk-bentuk ibadah, praktik spiritual, dan kode etik tertentu. Perawat akan memberikan pelayanan keperawatannya kepada semua pasien yang mempunyai agama bermacam-macam, termasuk yang berbeda agama dengan dirinya. Meskipun merupakan hal yang imposibel bagi perawat untuk mengetahui semua agama, namun secara rasional perawat yang memiliki agama dan keyakinan yang sama dengan pasien akan memudahkan perawat dalam memberikan support dan pendekatan perawatannya. Hal ini akan memberikan pengaruh secara langsung pada respon pasien terhadap sakitnya maupun terhadap praktik spiritualnya seperti dalam hal praktik beribadah, makanan pantangan, ritual kelahiran dan kematian dan lain sebagainya, demikian pula sebaliknya, pasien akan lebih mudah menerima intervensi dari perawat.

7.2.2 Dimensi Spiritual

Dimensi *spirit* atau jiwa atau ruh manusia pertama kali dikenalakan dari budaya kuno. Pada saat itu seorang tabib dan pemuka agama kadang melakukan hal yang berhubungan dengan agama dan Kesehatan. Para pemuka agama baik kyai atau pendeta diminta untuk mengobati sakit yang berhubungan permasalahan Kesehatan jiwa. Selama bertahun-tahun perkembangan keduanya terjadi secara terpisah, sampai pada akhirnya manusia dipandang sebagai integrasi menyeluruh antara tubuh, pikiran dan jiwa.

Selanjutnya praktisi kesehatan meneliti hubungan antara kesehatan fisik, psikologi, sosial dan kesehatan spiritual menjadi satu perawatan holistic. Terdapat dua model yang digunakan untuk menggambarkan hubungan keempat aspek kesehatan tersebut, yaitu *Integrated approach model* dan *Unifying approach model*. Pada *Integrated approach model*, aspek fisio-psiko-sosio-spiritual memiliki dimensi yang seimbang, dimana masing-masing saling mempengaruhi. Sedangkan pada *Unifying approach model* menjelaskan bahwa dimensi spiritual menjadi dasar bagi dimensi fisik, psikologi, sosial dan spiritual. Gambaran kedua model pendekatan dimensi spiritual, dapat dilihat pada gambar di bawah ini.

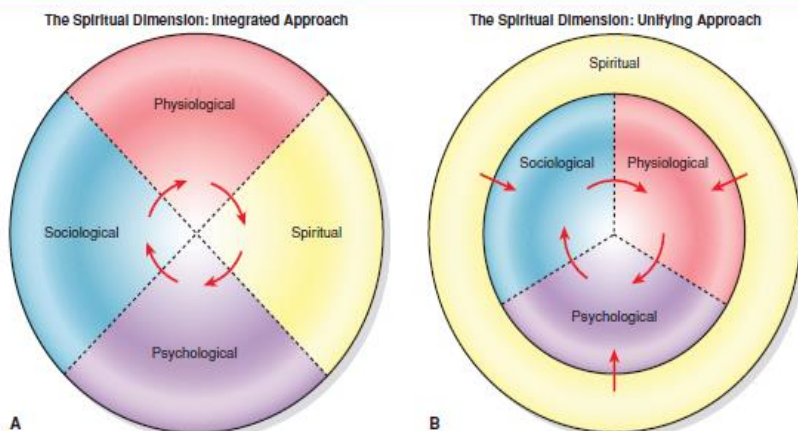


FIGURE 46-1. Spiritual dimensions. No consensus exists about the role of the spiritual dimension in health. (A) The *integrated approach* views each of the four dimensions as equal and influencing one another. (B) The *unifying model* grounds the physiological, psychological, and social dimensions in the spiritual dimension. (Redrawn from Farran, C. J., Fitchett, G., Quiring-Emblen, C. J., & Burk, J. R. [1989]. Development of a model for spiritual assessment and intervention. *Journal of Religion and Health*, 28[3], 185.)

Gambar 7.1. Dimensi Spiritual (Sumber: Fundamental of nursing, 2011)

Menurut Shally dan Fish (1988) dalam (Taylor, Carol R. Lillis Carol, 2011) terdapat 3 (tiga) kebutuhan spiritual yang mendasari tradisi semua agama bagi semua orang yaitu:

1. Kebutuhan terhadap makna dan tujuan
2. Kebutuhan terhadap cinta dan hubungan
3. Kebutuhan terhadap pemaafan

Kebutuhan spiritual menurut (Berman, Geralyn_Sinder and Frandsen, 2016) juga dimaknai sebagai kebutuhan mencari arti dan tujuan hidup, kebutuhan untuk mencintai dan dicintai serta kebutuhan untuk memberikan dan mendapatkan maaf. Dalam pelayanan keperawatan, meskipun perawat mungkin berbeda dalam agama dan keyakinan mereka dengan pasien, dan berbeda juga tentang bagaimana caranya mereka harus terlibat dalam memenuhi kebutuhan spiritualitas pasien, akan tetapi tidak mungkin bagi perawat merawat individu dengan baik tetapi mengabaikan dimensi spiritual dari kesehatan. Perawat dapat membantu pasien untuk memenuhi kebutuhan spiritual dengan menawarkan kasih sayang, kehadiran; membantu menemukan makna dan tujuan dalam menghadapi penderitaan, penyakit, dan kematian; membina hubungan (dengan makhluk/manusia yang lebih tinggi) dan memfasilitasi ekspresi keagamaan atau keyakinan serta praktik spiritual. Pasien akan merasa termotivasi dengan intervensi yang dilakukan oleh perawat.

7.2.3 Faktor yang mempengaruhi spiritual

Faktor yang mempengaruhi spiritualitas seseorang menurut (Taylor, Carol R. Lillis Carol, 2011), yaitu:

1. **Pertimbangan Tahap perkembangan**
Setiap tahap perkembangan manusia akan mempunyai cara meyakini dan memaknai kepercayaan terhadap Tuhannya, anak yang lebih kecil memiliki persepsi yang berbeda dengan anak yang memasuki usia remaja, sehingga hal ini berpengaruh terhadap upaya pemenuhan kebutuhan spiritual masing-masing.
2. **Keluarga**
Keluarga merupakan satu unit terkecil dalam masyarakat yang memiliki ikatan emosional yang sangat erat antar anggotanya, sehingga keluarga memiliki peran yang sangat penting dalam membentuk spiritualitas anggota keluarga termasuk dalam hal praktik-praktik spiritualnya.
3. **Latar Belakang etnis dan budaya**
Manusia memiliki latar belakang ras / etnis dan budaya yang berbeda-beda, hal ini mempengaruhi setiap orang dalam

memenuhi kebutuhan spiritualnya sesuai dengan keyakinan yang dianutnya yang berhubungan dengan latar belakang budayanya.

4. Agama yang dianut

Setiap agama memiliki sistem kepercayaan, peribadahan dan ritual yang berbeda-beda yang akan mempengaruhi penganut agama tersebut dalam memenuhi kebutuhan spiritualnya. Misalnya seorang muslim akan merasa terpenuhi kebutuhan spiritualnya saat mampu melakukan ritual ibadah yang bersifat wajib dan bertambah tingkat spiritualitasnya saat mampu melakukan hal – hal yang bersifat sunnah demi mencari keridloan Allah SWT.

5. Pengalaman terhadap kegiatan keagamaan

Kegiatan keagamaan yang pernah dialami oleh seseorang menjadi sarana untuk selalu mendekatkan diri pada tuhan, dan mengingatkan manusia akan keberadaan tuhannya.

7.2.4 Perkembangan spiritualitas berdasar tingkat usia

Menurut (Hamid, 2008) setiap tahap perkembangan anak akan memiliki kemampuan dalam mempersepsikan aspek spiritualitas, dan hal ini dipengaruhi juga oleh perkembangan kognitif anak.

Tahap Bayi dan Todler

Perkembangan spiritual pada bayi dan todler dimulai dari adanya rasa percaya kepada pengasuh atau orang tuanya yang berlanjut kepada rasa aman dalam membina hubungan interpersonal dan dengan lingkungannya. Bayi dan todler belum memiliki makna benar ataupun salah seta belum memiliki keyakinan spiritual. Orang tua atau pengasuh memiliki peranan penting dalam menciptakan perkembangan awal ini, memberikan pakaian dan aseosris yang

berhubungan dengan agama kadang dilakukan oleh orang tuanya seperti mengenakan jilbab bagi bayi perempuan untuk memberikan identitas agamanya.

Tahap Pra Sekolah

Pada tahap usia ini perkembangan spiritual anak terjadi pada tahap meniru apa yang dia lihat bukan yang dikatakan kepada mereka, meniru ritual kegiatan ibadah yang dilakukan oleh orang tuanya. Masalah yang dapat muncul apabila ada ketidaksesuaian antara apa yang dilihat dan yang dikatakan kepada mereka. Perkembangan kognitif anak belum bisa berfikir abstrak, sehingga seringkali anak meyakini Tuhan seperti orang tuanya. Menurut (Berman, Shirlee J and Frandsen, 2012) pendidikan spiritual yang paling tepat pada tahap perkembangan usia ini adalah memberikan indoktrinasi dan memberikan kesempatan kepada mereka untuk memilih.

Tahap Usia Sekolah

Usia sekolah merupakan tahap dimana perkembangan kognitif terjadi secara pesat. Anak sudah mulai berfikir rasional. Terkait dengan spiritualitas, anak mengharapkan Tuhan harus selalu menjawab do'a dan keinginannya, sehingga jika belum dikabulkan anakpun akan merasa sedih dan kecewa. Pada tahap ini juga, anak mulai belajar mengambil keputusan termasuk dengan agamanya, apakah anak akan meneruskan atau tidak dengan agama yang dianutnya selama ini karena ketergantungannya dengan orang tua. Pada masa remaja, anak akan membandingkan orang tua mereka dengan orang tua yang lain, dan akan mengambil poin mana yang dia akan integrasikan dengan perilaku dirinya. Anak yang memiliki orang tua berbeda agama, akan memilih salah satu agama dari orang tuanya atau bahkan kadangkala malah tidak memilih salah satunya.

Tahap Dewasa

Pada kelompok usia dewasa, mereka seringkali dihadapkan pada situasi dimana anaknya akan menanyakan hal-hal yang berhubungan dengan agama. Mereka biasanya akan menggunakan pengalamannya saat berusia anak atau remaja dan menggunakannya untuk menjawab pertanyaan-pertanyaan anaknya.

Tahap Pertengahan

Usia pertengahan diawali dari dari masa dewasa lanjut dan lansia, pada masa ini mereka sudah memiliki waktu yang lebih banyak untuk melakukan aktifitas keagamaan. Masa pensiun dan tidak aktif lagi serta mendengar berita kematian kerabat, teman atau saudaranya seringkali membuat lansia menjadi merasa kehilangan, kesepian dan mawas diri. Perkembangan filosofis agama pada masa ini, dirasakan sudah lebih matang dan lebih siap dalam menghadapi kenyataan serta kesiapan menghadapi kematian adalah sebuah keniscayaan yang tidak bisa dihindarkan.

7.2.5 Kesehatan Spiritual

Menurut WHO, sehat adalah keadaan fisik, jasmani mental dan sosial yang utuh dan tidak hanya keadaan yang terbebas dari penyakit, kecacatan dan kelemahan. Sedangkan sehat menurut undang-undang kesehatan No. 17 tahun 2023 mendefinisikan kesehatan adalah keadaan sehat baik secara fisik, mental, spiritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif. Kondisi sehat ini termasuk sehat spiritual. Menurut (Taylor, Carol R. Lillis Carol, 2011) kesehatan spiritual diartikan sebagai kondisi terpenuhinya tiga kebutuhan spiritual yaitu makna dan tujuan hidup, cinta mencintai dan kebutuhan saling memaafkan. Kesejahteraan spiritual merupakan rasa keharmonisan, saling kedekatan antara diri dengan orang lain, alam dan dengan kehidupan yang tertinggi dan keharmonisan ini dicapai saat seseorang menemukan keseimbangan antara nilai, tujuan dan sistem keyakinan mereka dengan hubungan mereka di dalam diri mereka sendiri dan dengan orang lain (Murtiningsih, 2022).

Kepercayaan spiritual sangat erat hubungannya dengan kesehatan, dan merupakan hal penting bagi perawat karena dalam beberapa situasi kepercayaan spiritual dapat mempengaruhi tingkat kesehatan pasien dan perilaku perawatan diri pasien. Peran kepercayaan atau keyakinan spiritual dalam kehidupan sehari-hari terkait masalah kesehatan diantaranya yaitu:

1. Petunjuk kehidupan sehari-hari

Praktik-praktik tertentu yang umumnya terkait dengan perawatan kesehatan mungkin saja mempunyai makna

religius bagi pasien. Misalnya saja banyak agama memiliki persyaratan dan batasan makanan, seperti halal dan haram, praktik pengendalian kelahiran (Keluarga Berencana /KB) dan beberapa jenis perawatan medis lainnya.

2. Sumber dukungan

Banyak orang mencari dukungan dari keyakinan agamanya saat dalam kondisi stress. Dukungan ini seringkali menjadi penting untuk penerimaan terhadap sakit atau penyakit, terutama sakit yang membutuhkan perawatan jangka panjang (kronis). Berdo'a, berdzikir, meditasi dan praktik keagamaan lainnya sering kali bermanfaat bagi seseorang secara spiritual dibandingkan dengan melakukan latihan perlindungan bagi tubuh secara fisik.

3. Sumber kekuatan dan penyembuhan

Nilai-nilai yang berasal dari keyakinan agama tidak dapat disebutkan atau dievaluasi dengan mudah. Namun, dampak yang ditimbulkan terus-menerus menjadi bukti bagi petugas kesehatan. Orang-orang diketahui mampu menghadapi tekanan fisik yang ekstrem karena iman yang kuat.

4. Sumber Konflik

Kadangkala keyakinan agama yang dianut bertentangan dengan praktik pelayanan kesehatan yang lazim. Misalnya ada agama (Jehovah) yang melarang pemberian tranfusi darah, dalam Agama Islam, sakit dianggap sebagai takdir dari Allah SWT dan manusia harus menerima, ada agama lain juga yang melakukan upacara ritual tertentu untuk menyembuhkan suatu penyakit seperti TBC, serta terdapat keyakinan agama juga yang menganggap bahwa penyakit dipandang sebagai suatu hukuman atau dosa sehingga tidak bisa dihindari. Tenaga kesehatan dapat mengurangi sumber konflik tersebut dengan cara memahami bagaimana pengaruh latar budaya agama tertentu mempengaruhi pemikiran seseorang.

Model konseptual kesehatan spiritual pada suatu penyakit menurut O' Brien mengidentifikasi tiga referensi empiris dari kesejahteraan atau kesehatan spiritual, yaitu keyakinan pribadi,

kepuasan spiritual, dan praktik keagamaan. Model konseptual tersebut digambarkan pada gambar-7.2 di bawah ini.

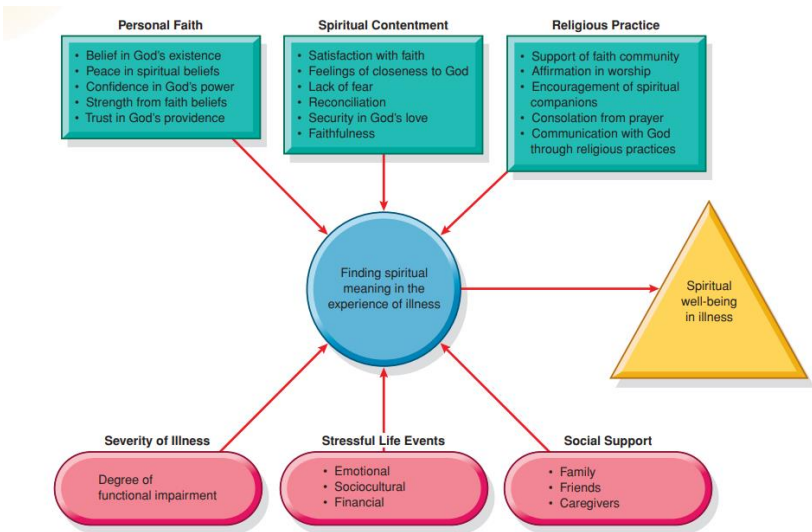


FIGURE 46-3. A conceptual model of spiritual well-being in illness. (Redrawn from O'Brien, M. E. [2003]. *Parish nursing: Healthcare ministry within the church* [p. 109]. Boston: Jones and Bartlett.)

Gambar 7.2. Model Konseptual Kesehatan Spiritual
(Sumber: Fundamental of Nursing, 2011)

7.3 Proses Perawatan Spiritual

Pemenuhan kebutuhan spiritual pasien menjadi bagian dari pelayanan keperawatan yang diberikan melalui asuhan keperawatan. Asuhan keperawatan pada pasien dilakukan dengan lima langkah proses keperawatan mulai dari pengkajian, perumusan diagnosis keperawatan, perencanaan hingga implementasi dan evaluasi. Berikut akan dijelaskan langkah-langkah tersebut dalam pemenuhan kebutuhan spiritual.

7.2.1 Pengkajian

Pengkajian kebutuhan spiritual pasien dapat dilakukan dengan melakukan anamnesis, observasi dan juga pemeriksaan fisik. Karena spiritualitas dan keyakinan agama seseorang berpotensi tinggi mempengaruhi semua aspek kehidupan, maka pengkajian spiritual pasien meliputi keyakinan dan praktiknya, efek dari keyakinan tersebut dalam kehidupan sehari-hari, distress

spiritual dan pemenuhan tiga kebutuhan spiritual harus selalu disertakan pada pengkajian riwayat keperawatan. Ada berbagai cara untuk melakukan pengkajian spiritual, salah satunya dengan menggunakan akroonim HOPE, yaitu :

1. H : *Source of Hope* (sumber harapan), makna hidup, kenyamanan, kekuatan, kedamaian, cinta dan hubungan intrapersonal, interpersonal dan transpersonal
2. O : *Organized religion* (Agama yang terorganisir)
3. P : *Personal spirituality and practice* (Spiritualitas personal dan praktik spiritual)
4. E : *Effects on medical care and end of life issue* (dampak pada perawatan medis dan masalah kematian)

Tools yang dapat digunakan untuk melakukan pengkajian kebutuhan spiritual diantaranya dengan pertanyaan-pertanyaan sebagai berikut (De Laune and Ladner, 2011) :

Dimensi	Pertanyaan
Makna dan Tujuan Hidup	1. Apa yang membuat hidup Anda bermakna? 2. Apakah Anda mempunyai tujuan dalam hidup Anda? 3. Seberapa besar harapan Anda untuk mencapainya agar lebih baik?
Kekuatan Internal	1. Apa yang memberi Anda kedamaian dan kegembiraan? 2. Apa yang Anda sukai dari diri Anda? 3. Apa tujuan hidup Anda? 4. Apa yang Anda percaya?
Hubungan (<i>Interconnectedness</i>)	1. Siapa saja orang-orang penting dalam hidup Anda? 2. Apakah Anda tergabung dalam kelompok tertentu? 3. Bisakah Anda meminta bantuan orang lain kapan saja Anda membutuhkannya?

Dimensi	Pertanyaan
	4. Apakah Anda berpartisipasi dalam kegiatan agama? 5. Apakah Anda percaya pada Tuhan yang memiliki kekuatan lebih tinggi?

Pengkajian merupakan langkah awal yang sangat penting untuk dapat menentukan langkah langkah berikutnya. Kemampuan perawat dalam membina hubungan terapeutik menjadi dasar dalam berkomunikasi dan menggali kebutuhan spiritual pasien pada saat melakukan pengkajian.

7.2.2 Diagnosis keperawatan

Penyusunan diagnosis keperawatan merupakan langkah kedua dari proses keperawatan. Langkah ini dilakukan berdasarkan analisis data hasil pengkajian sekaligus menjadi dasar bagi perawat untuk menyiapkan perencanaan. Diagnosis keperawatan pada pemenuhan kebutuhan spiritual diantaranya yaitu :

Berdasarkan Buku NANDA-I (Herdman, 2018), beberapa diagnosis keperawatan yang berhubungan dengan kebutuhan spiritual adalah

1. *Readiness for Enhanced Hope*: Kesiapan meningkatkan harapan
2. *Hopelessness*: Keputusasaan
3. *Readiness for Enhanced Spiritual well-being*: Kesiapan meningkatkan Kesehatan spiritual
4. *Impaired religiosity / Risk for*: Kerusakan atau Risiko Kerusakan religiusitas
5. *Readiness for Enhanced Religiosity*: Kesiapan meningkatkan religiusitas
6. *Spiritual Distress (Spiritual pain, Alienation, Anxiety, Guilt, Anger, Loss and Despair)*: Distress spiritual (Nyeri spiritual, keterasingan, kecemasan, perasaan bersalah, marah, kehilangan dan putus asa).

Berdasarkan Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia (PPNI, 2017), diagnosis keperawatan terkait kebutuhan spiritual diantaranya yaitu :

1. Distres Spiritual / Risiko

Definisi: Gangguan pada keyakinan atau system nilai berupa kesulitan merasakan makna dan tujuan hidup melalui hubungan dengan diri, orang lain, lingkungan atau tuhan

Penyebab:

- a. Menjelang ajal
- b. Kondisi penyakit kronis
- c. Kematian orang terdekat
- d. Perubahan pola hidup
- e. Kesepian
- f. Pengasingan diri
- g. Pengasingan sosial
- h. Gangguan sosio-kultural
- i. Peningkatan ketergantungan kepada orang lain
- j. Kejadian hidup yang tidak diharapkan

Gejala dan Tanda Mayor:

- a. Mempertanyakan makna atau tujuan hidup
- b. Menyatakan hidupnya terasa tidak atau kurang bermakna
- c. Merasa menderita atau tidak berdaya
- d. Tidak mampu beribadah
- e. Marah pada tuhan

2. Keputusanasaan

Definisi: Kondisi individu yang memandang adanya keterbatasan atau tidak tersedianya alternatif pemecahan pada masalah yang dihadapi.

Penyebab:

- a. Stress jangka Panjang
- b. Penurunan kondisi fisiologis
- c. Kehilangan kepercayaan pada kekuatan spiritual
- d. Kehilangan kepercayaan pada nilai- nilai penting
- e. Pembatasan aktifitas jangka Panjang
- f. Pengasingan

Gejala dan Tanda mayor:

- a. Mengungkapkan keputus asaan
- b. Berperilaku pasif

3. Ketidakberdayaan / Risiko

Definisi: Perspesi bahwa tindakan seseorang tidak akan mempengaruhi hasil secara signifikan; persepsi kurang control pada situasi saat ini atau yang akan datang.

Penyebab:

- a. Program perawatan atau pengobatan yang kompleks atau jangka Panjang
- b. Lingkungan tidak mendukung perawatan atau pengobatan
- c. Interaksi interpersonal tidak memuaskan

Gejala dan Tanda Mayor:

- a. Menyatakan frustasi atau tidak mampu melaksanakan aktifitas sebelumnya
- b. Bergantung pada orang lain

7.2.3 Intervensi

Intervensi merupakan langkah ketiga dari proses keperawatan yang mencakup penentuan tujuan dan kriteria keberhasilan serta perencanaan tindakan keperawatan yang akan dilakukan untuk mengatasi masalah yang telah ditetapkan pada langkah kedua. Pada pemenuhan kebutuhan spiritual intervensi yang disusun diantaranya menurut *Nursing Outcome Classification* (NOC) dan *Nursing Intervention Classification* (NIC) yaitu : (Johnson, et al., 2018)

1. Tujuan /Outcome:

- a. Mengidentifikasi keyakinan spiritual yang memenuhi kebutuhan untuk memperoleh arti dan tujuan, mencintai dan keterkaitan serta pengampunan
- b. Menggunakan kekuatan keyakinan, harapan dan rasa nyaman ketika menghadapi tantangan berupa penyakit, cidera atau krisis kehidupan lain
- c. Mengembangkan praktik spiritual yang memelihara hubungan diri dengan tuhan dan dg dunia

- d. Mengekspresikan kepuasan dengan kesesuaian kepercayaan spiritual dan kehidupan sehari-hari.
2. Rencana tindakan : ***Adressing Spiritual Distress***
 - a. Eksplorasi kepercayaan dan praktik spiritual pasien
 - b. Identifikasi faktor dalam kehidupan yang menantang kepercayaan spiritual
 - c. Eksplorasi respon yg terjadi thd tantangan tsb
 - d. Identifikasi support spiritual
 - e. Laporkan atau demonstrasikan penurunan distress spiritual setelah keberhasilan intervensi

Menurut SLKI (Standar Luaran Keperawatan Indonesia) (PPNI, 2019) dan SIKI (Standar Intervensi Keperawatan Indonesia) (PPNI, 2018), luaran dan intervensi untuk pemenuhan kebutuhan spiritual yaitu

1. *Distress Spiritual*

Luaran utama: Status spiritual

Ekspektasi: membaik

Kriteris Hasil:

- a. Verbalisasi makna dan tujuan hidup meningkat
- b. Verbalisasi terhadap makna hidup meningkat
- c. Verbalisasi perasaan keberdayaan meningkat
- d. Perilaku marah pada tuhan menurun
- e. Kemampuan ibadah membaik

Rencana tindakan / Intervensi Utama: Dukungan Spiritual

- a. Identifikasi perasaan khawatir, kesepian dan ketidakberdayaan
- b. Identifikasi pandangan tentang hubungan antara spiritual dan Kesehatan
- c. Identifikasi harapan dan kekuatan pasien
- d. Identifikasi ketaatan dalam beragama
- e. Berikan kesempatan untuk mengekspresikan perasaan tentang penyakit dan kematian
- f. Berikan kesempatan untuk mengekspresikan dan meredakan marah secara tepat

- g. Yakinkan bahwa perawat bersedia mendukung selama masa ketidakberdayaan
- h. Sediakan privasi dan waktu tenang untuk aktifitas spiritual
- i. Diskusikan keyakinan tentang makna dan tujuan hidup (jika perlu)
- j. Fasilitasi melakukan kegiatan ibadah
- k. Anjurkan berinteraksi dengan keluarga, teman, dan atau orang lain
- l. Anjurkan berpartisipasi dalam kelompok pendukung
- m. Ajarkan metode relaksasi, meditasi dan imajinasi terbimbing
- n. Atur kunjungan dengan rohaniawan (Ustadz, pendeta, kyai, biksu dll)

2. Keputusan

Luaran Utama: Harapan

Ekspektasi: Meningkatkan

Kriteria Hasil:

- a. Verbalisasi keputusan menurun
- b. Perilaku pasif menurun
- c. Keterlibatan dalam aktifitas perawatan meningkat
- d. Selera makan meningkat
- e. Inisiatif meningkat
- f. Pola tidur membaik

Rencana tindakan / intervensi utama: Promosi Harapan

- a. Identifikasi harapan pasien dan keluarga dalam pencapaian hidup
- b. Sadarkan bahwa kondisi yang dialami memiliki nilai penting
- c. Pandu mengingat Kembali kenangan yang menyenangkan
- d. Libatkan secara aktif dalam perawatan
- e. Kembangkan rencana perawatan yang melibatkan tingkat pencapaian tujuan sederhana sampai dengan kompleks

- f. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga terlibat dengan dukungan kelompok
- g. Ciptakan lingkungan yang memudahkan mempraktikkan kebutuhan spiritual
- h. Anjurkan mengungkapkan perasaan terhadap kondisi realistis
- i. Anjurkan mempertahankan hubungan dengan orang yang dicintai
- j. Anjurkan mempertahankan hubungan terapeutik dengan orang lain
- k. Latih Menyusun tujuan yang sesuai dengan harapan
- l. Latih cara mengembangkan spiritual diri
- m. Latih cara mengenang dan menikmati masa lalu (prestasi dan pengalaman)

3. Ketidakberdayaan

Luaran utama: Keberdayaan

Ekaspektasi: Meningkat

Kriteria Hasil:

- a. Perasaan mampu melaksanakan aktifitas meningkat
- b. Perasaan frustrasi menurun
- c. Ketergantungan pada orang lain menurun

Rencana tindakan / Intervensi utama: promosi coping

- a. Identifikasi kegiatan jangka pendek dan Panjang sesuai tujuan
- b. Identifikasi kemampuan yang dimiliki
- c. Identifikasi sumber daya yang tersedia untuk memenuhi tujuan
- d. Identifikasi pemahaman proses penyakit
- e. Diskusikan perubahan peran yang dialami
- f. Gunakan pendekatan yang tenang dan meyakinkan
- g. Diskusikan alasan mengkritik diri sendiri
- h. Anjurkan menjalin hubungan yang memiliki kepentingan dan tujuan sama
- i. Anjurkan penggunaan sumber spiritual
- j. Latih mengembangkan penilaian obyektif

- k. Ajarkan cara memecahkan masalah secara konstruktif
- l. Anjurkan membuat tujuan yang lebih spesifik

7.2.4 Implementasi

Pada tahap implementasi, perawat menerapkan rencana intervensi dengan melakukan prinsip-prinsip kegiatan asuhan keperawatan sebagai berikut:

1. Periksa keyakinan spiritual pribadi perawat
2. Fokuskan perhatian pada persepsi klien terhadap kebutuhan spiritual
3. Jangan mengasumsi klien tidak mempunyai kebutuhan spiritual
4. Mengetahui pesan non verbal tentang kebutuhan spiritual
5. Mendengarkan secara aktif dan menunjukkan empati yang berarti menghayati masalah klien.
6. Meningkatkan kesadaran dengan kepekaan pada ucapan atau pesan verbal klien
7. Membantu memfasilitasi klien agar dapat memenuhi kewajiban agamanya
8. Memberitahu pelayanan spiritual yang tersedia dirumah sakit.
9. Intervensi keperawatan perlu disesuaikan dengan tahap perkembangan.

7.2.5 Evaluasi

Tujuan keperawatan tercapai apabila secara umum klien

1. Mampu beristirahat dengan tenang
2. Mengekspresikan rasa damai berhubungan dengan Tuhan
3. Menunjukkan hubungan yang hangat dengan pemuka agama
4. Menunjukkan afek positif tanpa perasaan marah, rasa bersalah dan ansietas
5. Menunjukkan perilaku lebih positif
6. Mengekspresikan arti positif terhadap situasi dan keberadaanya.

7.4 Evidence Based Perawatan Spiritual

Penelitian pada aspek perawatan spiritual pasien saat ini sudah cukup banyak dilakukan, walaupun sebelumnya aspek spiritual seringkali diposisikan pada aspek yang tidak prioritas karena lebih terfokus pada masalah – masalah fisik yang dialami oleh pasien. Pada perawatan holistik, aspek spiritual menjadi bagian yang sama pentingnya dengan aspek-aspek lainnya dari dalam diri pasien. Bahkan pada pasien dengan penyakit-penyakit kronis yang membutuhkan perawatan jangka panjang dan penyakit yang mengancam jiwa, aspek spiritual ini menjadi suatu bagian yang sangat bermakna bagi pasien. Beberapa penelitian terkait perawatan spiritual telah menunjukkan pentingnya pemenuhan kebutuhan spiritual dan implementasi perawatan spiritual dalam upaya peningkatan kualitas hidup pasien baik pada penyakit fisik maupun mental dan akut maupun kronis.

Penelitian oleh (Muslim & Arofiati, 2019) menunjukkan bahwa terapi latihan nafas dalam dan terapi spiritual telah berpengaruh signifikan pada perubahan parameter kardiovaskuler tekanan darah (sistolik dan diastolik) dan denyut jantung pada pasien hipertensi. Efektifitas metode konseling spiritual juga telah terbukti meningkatkan motivasi pasien kanker dalam menjalani kemoterapi dibandingkan dengan kelompok yang tidak mendapatkan konseling spiritual, dimana pasien yang menerima konseling spiritual diajak untuk kembali kepada fitrahnya sebagai makhluk yang beragama dan meyakini nilai-nilai dan praktik ibadah sesuai dengan agama yang dianutnya sebagai bagian dari upaya pengobatan dari penyakit yang dideritanya (Sitepu & Lufthiani, 2019). Penelitian lain oleh (Lismayanti & Sari, 2019) diperoleh hasil bahwa *Spiritual Emotional Freedom Therapy* (SEFT) efektif dalam menurunkan tekanan darah pada pasien lansia yang mengalami hipertensi.

Hasil-hasil penelitian lainnya dilakukan oleh (Elmaghfuroh, et al., 2023) yang melakukan perawatan paliatif dengan pendekatan spiritual pada pasien lansia yang mengalami gangguan kognitif dan didapatkan bahwa ada peningkatan kemampuan kognitif yang signifikan pada lansia tersebut setelah diberikan tindakan perawatan paliatif dengan pendekatan spiritual. Penelitian tentang

efek perawatan spiritual dan agama oleh (Keivan, et al., 2019) membuktikan bahwa terjadi penurunan intensitas nyeri pada pasien luka bakar saat dilakukan penggantian balutan (perawatan luka) dan mengalami peningkatan kepuasan dalam mengontrol nyeri yang dialaminya. Banyaknya penelitian terkait perawatan spiritual yang telah membuktikan bahwa perawatan ini telah mampu meningkatkan kualitas hidup dan penurunan kesakitan bagi pasien dan sudah terukur secara psikologis dan fisiologis, maka sudah menjadi kewajiban bagi tenaga kesehatan khususnya perawat untuk mengaplikasikannya dalam perawatan pasien baik dengan sakit akut maupun kronis.

DAFTAR PUSTAKA

- Berman, A., GERALYN_Sinder, S. and Frandsen, G. 2016. *Kozier & Erb ' s Fundamentals of Nursing: Concept, Process and Practice*. 10th edn. Edited by K. Wilson. England: Julie Levin Alexande.
- Berman, A., Shirlee J, S. and Frandsen, G. 2012. *Kozier and Erb's Fundamentals of Nursing: Concepts, Process and Practice*, Pearson Education. Edited by K. Wilson. doi: 10.1016/j.nepr.2011.09.002.
- Elmaghfuroh, D. R., Haryanti, D. Y., Aditya, A. F. B. & Afkarina, I., 2023. Pengaruh Implementasi Palliative Care dengan Pendekatan Spiritual Therapy terhadap Kemampuan Kognitif Lansia di PSTW Jember. *The Indonesian Journal of Health Science*, 15(No.1), pp. 46-53.
- Hamid, A. Y. 2008. *Bunga Rampai Asuhan Keperawatan Kesehatan Jiwa*. Edited by M. Ester and O. Anastasia Tampubolon. Jakarta: EGC.
- De Laune, S. and Ladner, P. K. 2011. *Fundamentals of Nursing Standards & Practice*. fourth. Edited by D. Garza. New York, USA: Cengage Learning.
- Herdman, T. H., 2018. *NANDA-I Diagnosis Keperawatan Definisi dan Klasifikasi 2018-2020*. 17 ed. Jakarta: EGC.
- Johnson, M., Maas, M., Moorhead , S. & Swanson, E., 2018. *Nursing outcomes classification (NOC): Measurement of Health Outcomes*. 6 ed. Iowa City: Elsevier.
- Keivan, N., Daryabeigi, R. & Alimohammadi, N., 2019. Effects of religious and spiritual care on burn patients' pain intensity and satisfaction with pain control during dressing changes. *Burns*, 45(7), pp. 1605-1613.
- Lismayanti, L. & Sari, N. P., 2019. *Efektifitas Spiritual Emotional Freedom Therapy (Seft) dalam Menurunkan Tekanan Darah pada Lansia di atas 65 tahun yang mengalami Hipertensi*. Tasikmalaya, STIKES Bhakti Tunas Husada.
- Murtiningsih. 2022. *Keperawatan Spiritual Islam*. Yogyakarta: Deepublish.

- Muslim, A. & Arofiati, F., 2019. Efektifitas Kombinasi Latihan Pernafasan Dalam dan Terapi Spiritual terhadap Perubahan Parameter Kardiovaskuler pada Pasien Hipertensi Di Desa Darungan Kabupaten Kediri. *Nursing of Journal STIKES Insan Cendekia Medika Jombang*, 17(No. 1), pp. 30-39.
- PPNI, 2017. *Standar Diagnosis Keperawatan Indonesia Definisi dan Indikator Diagnostik*. 1 ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, 2018. *Standar Intervensi Keperawatan Indonesia Definisi dan Tindakan Keperawatan*. 1 ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- PPNI, 2019. *Standar Luaran Keperawatan Indonesia Definisi dan Kriteria Hasil Keperawatan*. 1 ed. Jakarta: Dewan Pengurus Pusat PPNI.
- Sitepu, N. F. & Lufthiani, A., 2019. Efektifitas Metode Konseling terhadap Motivasi Pasien Kanker dalam Menjalani Kemoterapi. *Jurnal Perawat Indonesia*, 3(No 3), pp. 167-174.
- Taylor, Carol R. Lillis Carol, L. P. 2011. *Fundamentals of Nursing, The Art and Science of Nursing Care*. seventh. Philadelphia, Baltimore, New York, London, Buenos Aires, Hongkong, Sydney, Tokyo: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins.
- Yusuf, A. *et al.* 2016 'Kebutuhan Spiritual Konsep dan Aplikasi dalam', in. Mitra Wacana Media.

BAB 8

PERAWATAN DI RUMAH

Oleh Arif Hidayatullah

81 Pendahuluan

Pelayanan kesehatan pada kondisi sekarang ini berkembang sangat pesat. Perkembangan era globalisasi dan modernisasi diiringi dengan dengan majunya ilmu pengetahuan dan teknologi di dunia kesehatan menjadi pemicu hadirnya berbagai jenis pelayanan kesehatan di masyarakat. Adanya pandemi Covid-19 sejak Tahun 2020 menjadi sejarah baru dimana masyarakat takut untuk datang berobat ke fasilitas kesehatan. Masyarakat salah satunya pasien paliatif yang menderita penyakit terminal lebih memilih bertahan tetap di rumah dari pada datang untuk memeriksa kesehatannya ke fasilitas kesehatan. Kondisi ini memberikan tantangan inovasi baru semua fasilitas kesehatan, salah satunya rumah sakit agar tetap bertahan exist dalam persaingan industri rumah sakit. Penawaran yang diberikan fasilitas kesehatan dan dapat dilakukan di rumah pasien meliputi; peminjaman alat kesehatan, pemeriksaan laboratorium, pengantaran obat secara gratis, pemeriksaan pasien, serta penyiapan jasa pelayanan keperawatan 24 jam.

Banyaknya fasilitas kesehatan yang melayani jasa perawatan di rumah mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) sampai dengan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL) menuntut perlunya inovasi dari penyedia layanan dalam berbagai hal. Salah satu inovasi yang diterapkan adalah penggunaan aplikasi *smartphone* dalam pemesanan layanan kesehatan. Adanya aplikasi layanan *home care* ini memberikan kemudahan masyarakat dalam melakukan akses layanan kesehatan karena hanya melalui genggam tangan tanpa harus datang ke rumah sakit, klinik kesehatan, ataupun praktek mandiri perawat karena perawat yang akan datang ke rumah pasien (Sukasana, 2020). Perkembangan pelayanan kesehatan tersebut tidak menjadi perhatian penting bagi masyarakat, namun dalam

kondisi mereka atau ada anggota keluarga mereka yang sakit yang terpenting adalah bagaimana agar mereka dapat memperoleh kesembuhan dengan cepat (Kausar, 2019). Pada pasien paliatif yang menderita penyakit terminal banyak diantaranya yang sudah jenuh dalam mencari pelayanan kesehatan untuk mencapai kesembuhan. Kondisi lemah akibat sakit yang diderita menyebabkan tingginya ketergantungan pasien dalam perawatan. Pelayanan perawatan yang diharapkan pasien adalah pelayanan perawatan yang dapat dilakukan di tempat tinggal mereka, sehingga pasien selalu merasa dekat dengan keluarganya. Pelayanan perawatan ini yang kemudian disebut dengan pelayanan *home care*.

8.2 Konsep Perawatan *Palliative Home Care*

Home care merupakan bagian pelayanan yang diberikan perawat di rumah pasien melalui praktek mandiri perawat atau dapat juga melanjutkan perawatan klien dari rumah sakit atau pelayanan kesehatan lainnya yang mungkin tidak ada indikasi medis masuk rumah sakit sehingga hanya membutuhkan perawatan di rumah. Bentuk pelayanan kesehatan saat ini yang diminati dan mampu menjawab kebutuhan masyarakat adalah pelayanan *home care* (Parellangi et al., 2012).

8.2.1 Pengertian perawatan *palliative home care*

Palliative care adalah pelayanan yang diberikan pada pasien dengan masalah yang berkaitan mengancam jiwa untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melalui upaya identifikasi dan penilaian dini, manajemen nyeri serta masalah lainnya, meliputi fisik, psikologis, sosial dan spiritual (WHO, 2017). Menurut Radbruch L, et al (2020) bahwa *palliative home care* adalah perawatan holistik yang dilakukan di rumah pasien dan diberikan kepada pasien dengan segala usia yang mengalami penderitaan serius terkait kesehatan akibat penyakit parah dan terutama bagi mereka yang mendekati akhir kehidupan dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga. Berdasarkan Kepmenkes RI No. 812 Tahun 2007 bahwa *palliative home care* merupakan pelayanan perawatan paliatif yang dilakukan di rumah pasien oleh tenaga paliatif kompeten dan atau keluarga atas bimbingan dan pengawasan tenaga paliatif. Perawatan *palliative*

home care berarti mengoptimalkan perawatan pasien pada semua usia yang mengalami penyakit terminal dan akhir kehidupan yang dilakukan di rumah pasien dalam upaya meningkatkan kualitas hidupnya dengan memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif mulai dari pengkajian pasien, analisa data, menegakkan diagnose keperawatan, menentukan intervensi, implementasi dan evaluasi.

8.2.2 Tujuan perawatan *palliative home care*

Menurut Parellangi *et al.*, (2018) bahwa pelayanan *home care* pada pasien *palliative* bertujuan untuk meningkatkan kesehatan, mempertahankan kondisi pasien yang sudah baik, memaksimalkan kemandirian, dan mengurangi dampak akibat penyakit untuk mencapai derajat kesehatan optimal, komprehensif dan berkesinambungan. Perawatan *palliative home care* juga bertujuan *meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan support kepada keluarga serta mengajarkan keluarga agar mandiri dalam menyelesaikan masalah yang dihadapi pasien melalui upaya preventif dan mengurangi penderitaan* (Fadila E, 2021).

Peningkatan kualitas hidup pada pasien palliative sangat perlu dilakukan. Kualitas hidup (*quality of life*) merupakan persepsi seseorang dalam mengukur berbagai aspek hidup mereka yang berkaitan dengan reaksi emosional seseorang terhadap kejadian kehidupan, disposisi, kepuasan pemenuhan kehidupan, kepuasan dalam bekerja dan hubungan pribadi (Theofilou, 2013). Jika pasien *palliative* memiliki fungsi sosial dan manajemen diri yang baik maka kualitas hidupnya juga baik dan sebaliknya jika fungsi sosial dan manajemen dirinya buruk maka akan menjadi beban yang sangat berat bagi pasien serta akan mempengaruhi kehidupannya dalam keluarga maupun masyarakat.

8.2.3 Manfaat perawatan *palliative home care*

Menurut Henrianto *et al.*, (2022) ada beberapa manfaat *home care* pada pasien *palliative*, antara lain :

1. Pelayanan kesehatan diberikan secara holistik dan komprehensif dengan pendekatan yang baik dan sempurna
2. Asuhan keperawatan yang diberikan lebih *professional*

3. Pelayanan keperawatan diberikan secara mandiri oleh perawat yang memiliki lisensi praktek mandiri
4. Pasien *palliative* akan dipenuhi kebutuhannya sehingga pasien dapat lebih nyaman dan puas terhadap pelayanan yang diberikan.

8.2.4 Prinsip perawatan *palliative home care*

Menurut Malloy P et al., (2014) bahwa prinsip perawatan *palliative home care* adalah menghormati dan menghargai harkat martabat pasien/keluarga serta menjalin komunikasi yang efektif dengan tim *palliative home care*. *Palliative home care* secara umum menurut penulis merupakan bagian yang tidak dapat dipisahkan dari praktek klinis dengan mengikuti prinsip, antara lain :

1. Perawatan pasien berpusat pada peningkatan kualitas hidup
2. Menggunakan pendekatan personal dengan memperhatikan riwayat penyakit masa lalu dan riwayat penyakit sekarang
3. Memiliki kepedulian yang tinggi terhadap seseorang dengan penyakit terminal termasuk keluarga dan orang terdekatnya
4. Menghargai *autonomy* pasien dan pilihan yang diambil pasien dalam rencana perawatan lanjutan, eksplorasi harapan dan keinginan pasien
5. Pengelolaan *palliative home care* dilakukan oleh perawat/tim sesuai kompetensi keahliannya
6. Mengaplikasikan konsep ilmu sebagai dasar dalam mengambil keputusan praktik
7. Mendokumentasikan data secara sistematis, akurat dan komprehensif secara terus menerus
8. Menerapkan *Nursing As Therapy* dalam asuhan keperawatan pasien
9. Mengembangkan rencana keperawatan berdasarkan diagnosa keperawatan
10. Memberikan pelayanan keperawatan dengan menjaga kenyamanan, penyembuhan dan pencegahan komplikasi
11. Mengevaluasi respons pasien dan keluarga secara berkelanjutan terhadap intervensi keperawatan

12. Bertanggung jawab dalam penjaminan mutu pelayanan yang diberikan melalui manajemen asuhan, *discharge planning* dan koordinasi dengan sumber di komunitas
13. Menjaga hubungan baik dan saling mendukung antara anggota tim
14. Mengembangkan *professionalisme* dan berkontribusi dalam inovasi pelayanan keperawatan
15. Berpartisipasi dalam kegiatan penelitian keperawatan untuk mengembangkan pengetahuan pelayanan keperawatan *palliative home care*
16. Menerapkan asuhan keperawatan berdasarkan kode etik keperawatan.

8.2.5 Ruang lingkup perawatan *palliative home care*

Menurut Parellangi *et al.*, (2018) bahwa perawatan *palliative home care* memiliki batasan ruang lingkup dalam meningkatkan kualitas hidup pasien, antara lain:

1. Penatalaksanaan gejala
Perawatan *palliative home care* meliputi perawatan yang diberikan untuk mengurangi keluhan dan gejala yang dialami pasien baik gejala fisik, mental, dan spiritual. Tim perawatan *palliative home care* akan melakukan penatalaksanaan dari semua keluhan pasien, sehingga pasien dapat merasa lebih baik. Penatalaksanaan bertujuan untuk mengurangi keluhan, misalnya: mual, lemah, rasa sakit dan nyeri, cemas, sulit tidur, tidak nafsu makan, sesak nafas, dan keluhan lainnya. Penatalaksanaan keperawatan diberikan dalam intervensi keperawatan, baik intervensi mandiri maupun intervensi kolaborasi.
2. Pemberian edukasi dan advokasi
Perawatan *palliative home care* diberikan untuk membantu pasien dan keluarga dalam mengatasi kondisi penyakit yang dialami, termasuk pengaruh kondisi tersebut pada masa yang akan datang. Tim perawatan *palliative home care* juga akan membantu pasien dalam memilih dan mempertimbangkan perawatan yang tepat. Banyaknya

informasi yang diterima oleh pasien dan keluarga akan memudahkan dalam pengambilan keputusan.

3. Memberikan dukungan secara spiritual

Konsep dasar dalam perawatan *palliative home care* adalah pemberian dukungan spiritual. Pasien *palliative* merupakan pasien yang berada dalam kondisi terminal yang sangat membutuhkan intervensi spiritual. Keyakinan dan intervensi spiritual yang diberikan dapat mempengaruhi pasien dan mengurangi keluhan rasa sakit dan nyeri yang dialami sehingga dapat meningkatkan kualitas hidup pasien.

4. Memberikan dukungan psikologis

Tim perawatan *palliative home care* akan membantu pasien dan keluarga dalam memberikan dukungan psikologis, seperti: belajar mengalihkan rasa marah, emosi dan meningkatkan perasaan positif selama menghadapi penyakit yang diderita.

8.3 Sumber Daya Manusia Perawatan *Palliative Homecare*

Dalam pelaksanaan *palliative home care*, tindakan keperawatan dapat dilakukan secara mandiri ataupun kolaborasi. Optimalisasi pelayanan *palliative home care* sangat dipengaruhi oleh kerjasama tim yang terdiri dari multidisiplin ilmu. Tim *palliative home care* menurut Johnson *et al.*, (2018) antara lain:

1. Dokter
2. Perawat
3. *Care Worker*
4. Terapis
5. Konselor
6. Relawan yang dilatih.

8.4 Pengembangan dan Peningkatan Mutu *Palliative Homecare*

Dalam pengembangan dan peningkatan mutu perawatan *palliative home care* diperlukan sarana, prasarana, alat kesehatan dan tenaga *palliative* terlatih. Menurut Kepmenkes RI No. 812 Tahun

2007 bahwa tenaga palliative harus memperhatikan keselamatan pasien (*patient safety*). Ada 8 domain pedoman praktek klinis perawat *palliative* dalam meningkatkan kualitas pelayanan berdasarkan *National Consensus Project For Quality Palliative Care* (2019), yaitu:

Tabel 8.1. *Domains of Quality Palliative Care*

<i>Domains</i>	<i>Quality Palliative Care</i>
<i>Domain 1</i>	<i>Structure and processes of care</i>
<i>Domain 2</i>	<i>Physical aspect of care</i>
<i>Domain 3</i>	<i>Psychological and psychiatric aspect of care</i>
<i>Domain 4</i>	<i>Social aspect of care</i>
<i>Domain 5</i>	<i>Spiritual, religious, and existential aspect of care</i>
<i>Domain 6</i>	<i>Cultural aspect of care</i>
<i>Domain 7</i>	<i>Care of the imminently dying patient</i>
<i>Domain 8</i>	<i>Ethical and legal aspects of care</i>

Sumber: Wittenberg-Lyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., Ragan, S. L. (2012)

8.4.1 Struktur dan proses perawatan

Struktur dan proses perawatan adalah teknik penyelenggaraan pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif dalam memberikan perawatan yang berkelanjutan pada pasien dan keluarga (Ferrel B, 2019). Panduan perawat paliatif dalam domain ini, meliputi:

1. Setiap perawat diharuskan menerima materi pendidikan tentang *palliative care* dasar baik itu tingkat akademik sarjana, magister dan doktoral
2. Setiap perawat diharuskan menjalani pendidikan lanjut *palliative care* primer
3. Setiap perawat diharuskan menerima orientasi *palliative care* primer, meliputi: *skill, knowledge, attitude*. Orientasi ini termasuk didalamnya pengetahuan dasar *palliative care*, keterampilan komunikasi efektif dan sikap
4. Setiap perawat diharuskan dapat bekerja secara tim berdasarkan multidisplin ilmu
5. Setiap perawat *palliative* harus memiliki sertifikasi kompetensi pelayanan *palliative care*

6. Perawatan optimal berpusat pada pasien dan keluarga
7. Perawatan paliatif dimulai dengan penilaian komprehensif dan menekankan keterlibatan pasien dan keluarga, komunikasi, koordinasi perawatan, dan kesinambungan perawatan di seluruh rangkaian layanan kesehatan.

8.4.2 Aspek fisik perawatan

Perawatan fisik yang diberikan kepada pasien paliatif diawali dengan pemahaman tentang tujuan pasien dari sudut pandang fungsional, kesejahteraan fisik, emosional, dan spiritual (Fitrina *et al.*, 2022). Penilaian dan rencana perawatan berpusat pada upaya mengatasi gejala dan meningkatkan status fungsional dan kualitas hidup pasien. Penatalaksanaan gejala yang dialami pasien, meliputi: pemberian terapi farmakologis, non farmakologis, intervensi keperawatan, dan terapi komplementer. Perawatan fisik, penatalaksanaan gejala akut dan kronis pada semua asuhan keperawatan dicapai dengan penerapan komunikasi yang efektif, kolaborasi, dan koordinasi antara semua profesional yang terlibat dalam perawatan pasien paliatif termasuk penyedia layanan primer dan khusus.

8.4.3 Aspek perawatan psikologi dan psikiatri

Perawatan paliatif oleh tim interdisiplin secara sistematis berfokus pada aspek perawatan psikologi dan psikiatri dalam konteks penyakit terminal. Tim interdisiplin *palliative care* melakukan pemeriksaan status mental komprehensif terhadap perkembangan dan budaya pasien terminal. Pekerja sosial akan memfasilitasi penilaian dan pengobatan kesehatan mental pada semua rangkaian perawatan baik secara langsung melalui konsultasi atau melalui rujukan ke perawatan psikologis dan/atau psikiatri. Tim interdisiplin *palliative care* mengkomunikasikan kepada pasien dan keluarga mengenai implikasi aspek psikologis dan psikiatrik dari perawatan dalam menetapkan tujuan perawatan dan mengembangkan rencana pengobatan, mengatasi konflik keluarga, memberikan dukungan dan sumber daya mulai dari diagnosis sampai dengan evaluasi.

8.4.4 Aspek perawatan sosial

Faktor penting dalam pelayanan kesehatan adalah faktor sosial karena memiliki pengaruh yang besar terhadap pasien dengan penyakit terminal. Perawatan paliatif menangani faktor lingkungan dan sosial yang mempengaruhi fungsi dan kualitas hidup pasien serta keluarga. Tim interdisiplin *palliative care* bersama pasien dan keluarga akan mengidentifikasi dan mendukung kekuatan mereka dalam menangani aspek yang membutuhkan. Tim interdisiplin *palliative care* mencakup pekerja sosial profesional untuk memaksimalkan kapasitas fungsional pasien dan mencapai tujuan pasien dan keluarga.

8.4.5 Aspek perawatan spiritual dan religi

Aspek dasar dari perawatan paliatif adalah aspek spiritual penuh kasih sayang berfokus pada pasien dan keluarga. Aspek ini meliputi aspek kemanusiaan yang dinamis dan intrinsik yang berkaitan dengan individu dalam mencari makna, tujuan, dan transendensi serta mengalami hubungan dengan diri sendiri, keluarga, orang lain, komunitas, masyarakat, dan hal-hal penting atau sakral. Aspek spiritual digambarkan dengan keyakinan, nilai, tradisi, dan praktik. Tim interdisiplin *palliative care* melayani semua pasien dan keluarga dengan cara menghormati keyakinan dan praktik spiritual dan menghormati juga ketika pasien dan keluarga menolak untuk menerima dukungan spiritual.

8.4.6 Aspek perawatan budaya

Langkah pertama dalam menyediakan perawatan paliatif yang peka budaya adalah menghormati nilai, kepercayaan, dan tradisi yang dianut keluarga berkaitan dengan kesehatan pasien, penyakit, peran pengasuh keluarga dan pengambilan keputusan. Data pasien yang didapatkan dari penilaian komprehensif digunakan untuk mengembangkan rencana perawatan dengan menggabungkan sumber daya dan strategi peka budaya untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga. Menghargai dan memberikan dukungan yang sensitif secara budaya terhadap kondisi pasien dan keluarga yang berduka juga diberikan.

8.4.7 Aspek perawatan mendekati *end of life*

Aspek ini lebih melihat perawatan pasien dan keluarga dalam menjelang akhir hidupnya. Penilaian yang cepat dan komprehensif serta penatalaksanaan nyeri dan gejala fisik lainnya, serta aspek sosial, spiritual, psikologis, dan budaya dalam perawatan sangatlah penting ketika pasien mendekati kematian (Simbola G, 2023). Tim interdisiplin *palliative care* akan memastikan akses dan perhatian yang dapat diandalkan pada hari-hari sebelum kematian dan memberikan pendidikan yang sesuai dengan perkembangan pasien, keluarga, dan/atau pengasuh lainnya tentang apa yang diharapkan menjelang kematian pasien.

8.4.8 Aspek etika dan hukum dalam perawatan

Tim interdisiplin *palliative care* menerapkan prinsip etika dalam perawatan pasien dengan penyakit serius, termasuk menghormati preferensi pasien serta keputusan yang dibuat oleh kuasa hukum atau pengambil keputusan. Pada semua kasus pasien kita memiliki kewajiban mewakili preferensi atau kepentingan terbaik pasien. Pemahaman dengan peraturan setempat diperlukan sehubungan dengan perencanaan awal perawatan, keputusan mengenai perawatan yang menunjang kehidupan, dan perkembangan perawatan yang memiliki konsekuensi hukum terutama ketika merawat pasien dalam populasi khusus, seperti: anak di bawah umur, narapidana, atau mereka yang menderita penyakit menular seksual, cacat perkembangan atau penyakit kejiwaan.

DAFTAR PUSTAKA

- Fadila, E. 2021. Efektifitas Pelayanan Home Care Pada Perawatan Paliatif Penderita Penyakit Kronis: Kanker. *NURSING UPDATE: Jurnal Ilmiah Ilmu Keperawatan P-ISSN: 2085-5931 e-ISSN: 2623-2871*, 12(4), 93-106.
- Ferrell B. National Consensus Project Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative Care: Implications for Oncology Nursing. *Asia Pac J Oncol Nurs*. 2019. *Apr-Jun*;6(2):151-153. doi: 10.4103/apjon.apjon_75_18. PMID: 30931359; PMCID: PMC6371670.
- Fitrina, Yossi & Albyn, Devanda & Martini, Made & Hamu, Antonia & Safitri, Yenny & Purqoti, Dewi & Bebok, Christin & Swarjana, I & Ulfa, Miftakhul & Making, Maria & Israfil, & Siregar, Henrianto & Ningsih, Neneng & Bina, Maria & Badi'ah, Atik & Munandar, Arif. 2022. *Paliatif Care Dan Home Care*. Bandung; Cv. Media Sains Indonesia.
- Johnson S, Bacsu J, Abeykoon H, McIntosh T, Jeffery B, Novik N. No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada. *Can J Aging*. 2018. *Dec*;37(4):400-419. doi: 10.1017/S0714980818000375. Epub 2018 Sep 4. PMID: 30176954.
- Kausar, L. I. E. 2019. Pemanfaatan Teknologi Informasi Berbasis Internet Terhadap Perkembangan Home Care Di Indonesia. *Dinamika Kesehatan: Jurnal Kebidanan Dan Keperawatan*, 10(1), 212-223.
- Keputusan Menteri kesehatan Republik Indonesia Nomor 812. 2007. *Kebijakan Perawatan Paliatif*.
- Malloy P, Paice J, Coyle N, Coyne P, Smith T, Ferrell B. Promoting palliative care worldwide through international nursing education. *J Transcult Nurs*. 2014. *Oct*;25(4):410-7. doi: 10.1177/1043659614523993. Epub 2014 Mar 4. PMID: 24595165.
- Parellangi, A. 2012. Peningkatan Kemandirian Keluarga Setelah Intervensi Pelayanan Home Care. *Husada Mahakam: Jurnal Kesehatan*, 3(3), 114-122.

- Parellangi, A. 2018. *Home Care Nursing: Aplikasi Praktik Berbasis Evidence-Base*. Penerbit Andi.
- Radbruch L, De Lima L, Knaul F, Wenk R, Ali Z, Bhatnagar S, Blanchard C, Bruera E, Buitrago R, Burla C, Callaway M, Munyoro EC, Centeno C, Cleary J, Connor S, Davaasuren O, Downing J, Foley K, Goh C, Gomez-Garcia W, Harding R, Khan QT, Larkin P, Leng M, Luyirika E, Marston J, Moine S, Osman H, Pettus K, Puchalski C, Rajagopal MR, Spence D, Spruijt O, Venkateswaran C, Wee B, Woodruff R, Yong J, Pastrana T. Redefining Palliative Care-A New Consensus-Based Definition. *J Pain Symptom Manage*. 2020. Oct;60(4):754-764. doi: 10.1016/j.jpainsymman. 2020. 04.027. Epub 2020 May 6. PMID: 32387576; PMCID: PMC8096724.
- Simbola G. Soins infirmiers et fin de vie à domicile en période de crise sanitaire [Nursing and end-of-life care at home in a health crisis]. *Rev Infirm*. 2023. Jan;72(287):38-39. French. doi: 10.1016/j.revinf.2023.01.011. Epub 2023 Jan 12. PMID: 36801060.
- Sukasana, K. P. O. 2020. *Home Care Aplikasi Layanan Kesehatan Berbasis Mobile* (Doctoral Dissertation, Universitas Pendidikan Ganesha).
- Theofilou, P. 2013. Quality of Life: Definition and Measurement. *Europes Journal of Psychology*, 9(1), 150-162.
- WittenbergLyles, E., Goldsmith, J., Ferrell, B., Ragan, S. L. 2012. *Communication in Palliative Nursing*. Britania Raya: Oxford University Press.
- World Health Organization. 2015. *Paliatif Care*.

BAB 9

PERAWATAN BAGI PASIEN ANAK-ANAK

Oleh Natalia Ratna Yulianti

9.1 Pendahuluan

Sebelum tahun 1970-an disebut sebagai masa pengabaian terhadap anak yang menderita penyakit terminal. Sebelum abad ke-20, banyak anak meninggal sebelum usia 16 tahun. Setelah tahun 1970-an, penderitaan anak menjadi perhatian. Pada periode ini, banyak tulisan tentang penderitaan pada anak dengan penyakit serius yang mendorong diperhatikannya penderitaan psikologis, tantangan-tantangan sosial, praktik-praktik terbaik untuk menciptakan perawatan kompleks, dan kerjasama multidisipliner. Pada era ini mulai berkembang pengakuan terhadap kebutuhan untuk mengidentifikasi domain-domain penderitaan secara serentak.

Pada tahun 1980, textbook ilmu kesehatan anak mulai menambahkan bagian yang membahas tentang perawatan anak menjelang ajal. Pada tahun 1982, di Inggris, seorang suster Anglikan Bernama sister Frances Dominica menyadari bahwa ada beberapa kondisi dimana pasien anak tidak dapat dirawat di rumah, sehingga didirikan rumah hospis pertama untuk anak.

Pada tahun 1996, Oxford Textbook of Palliative Medicine menambahkan bagian tentang perawatan paliatif untuk anak yang menekankan bahwa ini adalah bidang yang sah dari ilmu paliatif, namun berbeda dengan perawatan paliatif dewasa. Pada tahun yang sama, Journal of Palliative Care mempublikasikan issue tematik khusus pada perawatan paliatif anak yang memberikan referensi penting untuk perkembangan disiplin ilmu. Pada tahun 2001, kurikulum awal untuk perawatan paliatif anak dikembangkan, yang disebut Initiative for Pediatric Palliative Care dan diselenggarakan End-of-Life Nursing Education Consortium Pediatric Palliative Care

pada tahun 2004. Tidak lama setelah itu, pada tahun 2006, pengobatan paliatif dan hospis menjadi subspesialis informal dan diakui secara formal pada tahun 2008. Sejak itu, perawatan paliatif anak berkembang pada praktik klinik, pendidikan dan penelitian. Pada tahun 2013, 69% rumah sakit anak disurvei telah memiliki team perawatan paliatif (Sisk *et al.*, 2020).

9.2 Konsep Perawatan Paliatif pada Anak

9.2.1 Perbedaan perawatan paliatif dewasa dan anak

Meskipun perawatan paliatif dewasa dan anak memiliki kesamaan, yaitu keduanya berfokus pada mengontrol gejala dan membebaskan rasa nyeri dan penderitaan lainnya selain memberikan tindakan kuratif, namun keduanya memiliki perbedaan. Perbedaan tersebut diantaranya digambarkan pada Tabel 9.1 (Anesth *et al.*, 2023):

Tabel 9.1. Perbedaan perawatan paliatif dewasa dan anak

Hal	Pasien dewasa	Pasien anak
Pengambilan keputusan	Dapat mengambil keputusan sendiri, jika tidak sadarkan diri, ahli waris, pengganti yang ditunjuk atau pengacara dapat mengambil keputusan.	Keluarga berperan aktif mengambil keputusan. Keterlibatan anak tergantung pada usia anak.
Rujukan ke program paliatif care	a. Dilakukan ketika sudah mengalami stadium akhir. b. Spesialis paliatif hanya akan dilibatkan ketika pasien sekarat atau dengan harapan hidup kurang dari 6	a. Dilakukan sejak dini. b. melibatkan dokter anak dan spesialis lain bersamaan dengan pengobatan aktif

Hal	Pasien dewasa	Pasien anak
	bulan atau ketika pengobatan telah dihentikan atau ditolak oleh pasien.	

Sumber: Anesth, J. *et al.* (2023) 'The adult and pediatric palliative care : differences and shared issues', *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, pp. 1–8. doi: 10.1186/s44158-023-00085-8.

Sementara itu, WHO menekankan perbedaan yang menonjol antara perawatan paliatif anak dengan dewasa, yaitu (World Health Organization, 2018):

1. Melalui tahap perkembangan yang berbeda
Anak akan melewati proses kecepatan yang berbeda satu dengan yang lainnya sesuai dengan tahap perkembangannya, maka pemberi perawatan paliatif menjadi ahli dalam melakukan pengkajian sesuai dengan tahap perkembangan anak
2. Kebutuhan komunikasi
Komunikasi pada anak disesuaikan dengan tahap perkembangan anak dengan tetap mempertimbangkan latar belakang bahasa, budaya, dan penyakit anak. Misalnya, pengkajian skala nyeri anak menggunakan Skala Nyeri Anak atau pengambilan keputusan dilakukan oleh orang tua apabila anak masih dibawah usia. Kadang keputusan yang diambil oleh orang tua tidak sesuai dengan kehendak anak.
3. Tergantung pada orang yang lebih tua
Anak akan tergantung kepada orang tua dengan rentang ketergantungan berbeda dari mulai bayi sampai dengan remaja. Namun demikian, kadang remaja pun masih ingin diperlakukan seperti anak-anak yang lebih muda ketika mereka sakit.
4. Dampak pada keluarga
Keluarga akan terdampak selama anak menjalani perawatan paliatif baik secara ekonomi, sosial, dan psikologis. Kesulitan ekonomi dapat mengakibatkan putusnya

pendidikan pada saudara kandung. Distres orang tua mendorong mereka untuk mencari terapi apapun untuk kesembuhan anak.

5. Tipe kondisi kesehatan

Begitu luasnya/beragamnya jenis penyakit anak, membuat pemberi pelayanan paliatif anak mengalami kesulitan dalam memenuhi kebutuhan anak

6. Formulasi dan dosis pengobatan esensial

Bentuk obat cair atau yang diencerkan akan lebih mudah dihitung dari pada obat oral sehingga obat IV lebih akurat ketimbang obat oral. Selain itu masih sedikit penelitian tentang kemanaan dan keefektifan pengobatan farmakologis pada anak.

7. Tingkat kesulitan pengambilan keputusan

Orang tua akan lebih sulit mengambil keputusan akan tindakan yang tidak atau akan dilakukan pada anak yang sakit parah dibandingkan dengan mengambil keputusan bagi anggota keluarga dewasa yang sakit. Selain hal tersebut, pengambilan keputusan pada kasus yang sama akan berbeda antara satu keluarga dengan keluarga lainnya karena masing-masing memiliki budaya yang berbeda. Oleh karena itu, sangat penting untuk mendapatkan perspektif dari pasien anak itu sendiri.

8. Lingkungan klinik

Ruang perawatan anak harus ramah anak dan membuat anak nyaman. Kenyamanan dapat diberikan dengan mengijinkan salah satu anggota keluarga untuk menemani anak. Ruang rawat yang ramah anak diwujudkan dengan menambahkan gambar-gambar dengan warna beragam, suara yang lembut, dan alunan musik yang menenangkan.

Perawatan paliatif pada anak memberikan perhatian pada fenomena fisik, perkembangan, psikologis, etis, spiritual dan relational yang unik pada setiap anaknya (World Health Organization, 2018) sebagai berikut:

1. Prognosis, harapan hidup dan hasil fungsional sering kurang jelas.

2. Kebutuhan mengintegrasikan perawatan paliatif dengan tindakan modifikasi penyakit intensif atau mempertahankan kehidupan menjadi lebih sering dikarenakan prognosis yang kurang jelas.
3. Perawatan sering memerlukan fokus ganda pada pertumbuhan/perkembangan dan potensi kematian.
4. Beban emosi anggota keluarga dan pemberi perawatan lebih besar karena penyakit serius dan penyakit yang mengancam nyawa secara umum tidak dianggap sebagai kondisi normal pada anak.
5. Pasien menjalani perubahan perkembangan secara terus menerus: secara fisik, hormona, kognitif, ekspresi, dan emosi.
6. Pasien memiliki kebutuhan akan informasi, kebutuhan rekreasi dan edukasi serta bentuk coping yang berubah-ubah. Oleh karena itu, spesialis kehidupan anak (*Child Life Specialist*), spesialis bermain dan perilaku sangat bisa meningkatkan perawatan paliatif pada anak.
7. Pasien mungkin juga memiliki kelainan kongenital kondisi genetik langka atau dengan tipe yang tidak menentu.
8. Beberapa kondisi genetic mungkin mempengaruhi banyak anak di sebuah keluarga dan menciptakan perasaan bersalah pada orang tua.
9. Ahli dibutuhkan untuk mengamati perkembangan emosi dan kognitif anak dan berkomunikasi sesuai dengan perkembangan emosi dan kognitif anak: untuk menyediakan informasi dengan jumlah dan jenis yang paling sesuai tentang penyakit dan memperoleh pilihan perawatan untuk anak.

9.2.2 Hal-hal mendasar perawatan paliatif anak

International Standar for Pediatric Palliative Care melalui proyek *Global Overview-PPC Standards* (GO-PPaCS) memaparkan hal-hal fundamental tentang perawatan paliatif pada anak (Benini *et al.*, 2022).

1. Perawatan paliatif anak adalah hak semua anak dengan penyakit yang mengancam nyawa atau penyakit yang membatasi hidup beserta keluarganya.
2. Semua anak dengan keterbatasan hidup, penyakit yang mengancam nyawa atau penyakit terminal memenuhi syarat untuk mendapatkan perawatan paliatif anak.
3. Perawatan paliatif anak harus meningkatkan kualitas hidup dan ditujukan pada kebutuhan, pilihan, dan harapan anak dan keluarga.
4. Perawatan paliatif anak tidak terbatas pada perawatan akhir hidup namun dikenalkan sejak awal anak didiagnosis dengan penyakit yang membatasi kehidupan dan mengancam nyawa, atau sebelum diagnosis yang memberikan tantangan tersendiri seperti biaya tes diagnostic, kondisi yang langka, dan penyakit lanjut.
5. Tingkat perawatan paliatif yang diberikan berdasarkan pada kebutuhan khusus anak dan keluarga dan mungkin dapat berubah seiring berjalannya waktu.
6. Perbedaan tingkat perawatan paliatif (pendekatan oleh penyedia layanan perawatan, pemberi perawatan paliatif umum, dan pemberi perawatan paliatif spesialis) ditentukan oleh pemberi perawatan paliatif profesional yang telah mengikuti pelatihan.
7. Semua definisi yang telah disebutkan bersifat umum dan mewakili tujuan praktik perawatan paliatif anak. Kondisi dan sumber-sumber lokal harus dipertimbangkan.

9.2.3 Klasifikasi kondisi anak yang memerlukan perawatan paliatif

International Standar for Pediatric Palliative Care melalui proyek *Global Overview-PPC Standards* (GO-PPaCS) mengklasifikasikan kondisi anak yang memerlukan perawatan paliatif (Benini *et al.*, 2022) seperti pada Tabel 9.2.

Tabel 9.2. Klasifikasi Kondisi Anak yang Memerlukan Perawatan Paliatif

Kategori	Deskripsi
Kondisi yang mengancam nyawa	Suatu kondisi yang menggambarkan probabilitas tinggi terhadap kematian dini karena sakit yang parah, namun juga suatu kesempatan bertahan yang lama bagi orang dewasa Sebagai contoh: anak yang menerima tindakan mengatasi kanker; anak dengan kerusakan neurologis yang parah, anak yang berada di perawatan intensif karena suatu cedera akut, anak dengan ketergantungan teknologi
Kondisi yang membatasi kehidupan	Suatu kondisi dimana tidak ada harapan untuk sembuh: diperkirakan akan terjadi kematian dini. Sebagai contoh: distropi otot Duchenne, Penyakit Tay Sachs, Trisomy 13, Trisomy 18
Penyakit terminal	Suatu kondisi dimana kematian menjadi tidak terhindarkan pada anak dengan penyakit yang mengancam nyawa dan membatasi kehidupan.

Sumber: Benini, F. *et al.* (2022) 'International Standards for Pediatric Palliative Care : From IMPaCCT to GO-PPaCS', 63(5), pp. 529–543. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031.

Sementara itu, Chambers, (2018) menjabarkan klasifikasi kondisi yang membatasi kehidupan dan mengancam nyawa (Tabel 9.3).

Tabel 9.3. Empat Kelompok Kondisi yang Membatasi Kehidupan dan Mengancam Nyawa

Kategori 1	Kondisi yang mengancam nyawa adalah kondisi yang mendapatkan tindakan kuratif, namun tindakan tersebut mungkin dapat gagal, dimana perawatan paliatif mungkin diperlukan, terlepas dari lamanya durasi ancaman terhadap kehidupan. Ketika mencapai remisi jangka Panjang atau tindakan kuratif berhasil, maka tidak lagi diperlukan perawatan paliatif. Contoh: kanker, gagal organ, seperti jantung, hati, dan ginjal, transplantasi, atau anak dengan ventilator jangka panjang.
Kategori 2	Kadaan dimana kematian dini tidak dapat dihindarkan yang mungkin melibatkan perawatan langsung intensif jangka Panjang yang bertujuan untuk memperpanjang kehidupan dan memberikan kesempatan pasien untuk beraktifitas secara normal. Pasien dalam kategori ini mungkin secara signifikan menunjukkan ketidakmampuan namun memiliki kondisi yang sehat dalam periode yang lama. Contoh: Cystic fibrosis, Duchunne muscular dsystrophy, dan SMA Tipe 1
Kategori 3	Kondisi progresif tanpa pilihan tindakan kuratif, dimana tindakan yang diberikan adalah hanya bersifat paliatif dan biasanya diperpanjang sampai bertahun-tahun. Contoh: Batten disease, mucopolysaccharidoses and kondisi metabolic yang parah lainnya
Kategori 4	Kondisi irefersibel, tetapi tidak progresif yang menyebabkan disabilitas yang parah (kecacatan) yang rentan terhadap komplikasi kesehatan dan kematian dini. Perawatan paliatif dapat dimulai pada tahap manapun dan kemungkinan episode perawatan periodik dan tidak dapat diduga. Contoh: Cerebral palcy yang parah, disabilitas kompleks seperti cedera tulang belakang atau otak.

Sumber: *A Guide to Children's Palliative Care: Supporting Babies, Children and Young People with Life- Limiting and Life- Threatening Conditions and their Families, Fourth edition* (2018). England, UK: Together for Short Lives. <https://www.togetherforshortlives.org.uk/wp-content/uploads/2018/03/TfSL-A-Guide-to-Children%E2%80%99s-Palliative-Care-Fourth-Edition-5.pdf>

9.3 Orang tua dengan anak yang menjalani perawatan paliatif

9.3.1 Koping orang tua

Ketika anak mendapatkan diagnosis penyakit yang mengancam nyawa, respon orang tua beragam. Mereka merasa bingung, kuatir, takut, terbebani, sedih, bahkan sampai menangis, bosan, stress, kesepian, dan ingin bunuh diri. Selain itu, orang tua merasa bersalah. Orang tua mengatakan bahwa penyakit ini adalah kesalahan mereka di masa lalu atau karena ibu sewaktu hamil belum divaksin (Watch *et al.*, 2023; Taib, Beng and Chan, 2021). Selama menjalani perawatan paliatif, orang tua mengalami distress tingkat sedang dan parah. Keadaan tersebut berkaitan dengan kesulitan ekonomi dan gejala yang dialami anak (Boyden *et al.*, 2022).

Koping orang tua adalah berpikir positif, menangis, berusaha kuat, menerima keadaan, menurunkan harapan, dan fokus bekerja (Taib, Beng and Chan, 2021). Bentuk koping lainnya diidentifikasi oleh Darlington *et al.*, (2020) dalam penelitian kualitatifnya sebagai berikut:

1. Pengalihan perhatian ke hal lain, yaitu ke keluarga.

Hal ini dilakukan dengan cara:

- a. Melihat bayi kecilnya sebagai penyemangat hidupnya. Orang tua akan memberikan yang terbaik untuk anaknya dan dia akan bertahan demi anaknya.
- b. Menyelaraskan pemenuhan kebutuhan bagi saudara kandung anak yang sakit.
- c. Memikirkan perasaan anggota keluarga yang lain, seperti: Apakah pasangannya baik-baik saja? Apakah anak perempuannya baik-baik saja? Apakah ibunya baik-baik saja?
- d. Berusaha kuat
- e. Bermain dengan hewan peliharaan
- f. Menormalisasi kegiatan

2. Pengalihan perhatian ke hal lain, yaitu ke diri sendiri

a. Bercanda/humor

Orang tua menceritakan bahwa dengan bercanda dan tertawa dengan *black humour* membantu mereka melewati

masa sulit dan menemukan sisi yang lebih ringan dalam hidup mereka.

b. Berpikir positif

Orang tua senantiasa berpikir positif dan meyakini bahwa hari ini pasti akan lebih baik.

c. Beristirahat sejenak

Kelelahan yang amat sangat dari segi mental dan fisik sering banyak dialami oleh orang tua sehingga mereka memerlukan istirahat sejenak untuk mendapatkan pengganti dalam merawat anak mereka, pergi bekerja, pergi keluar rumah, pergi makan, atau pergi ke pub.

d. Mengerjakan yang harus dikerjakan

Orang tua merasa seperti tidak punya pilihan. Mereka melakukan perawatan ini semua karena ini adalah tugas mereka

e. Menghindari pikiran-pikiran dan perasaan-perasaan.

Orang tua memiliki optimisme buta, menyembunyikan pikiran-pikiran yang mengganggu dan tidak memikirkan secara berlebihan.

f. Fokus menyempit

Orang tua mengesampingkan hal-hal lain selain kepentingan anak mereka.

g. Membandingkan dengan orang lain

Orang tua membandingkan diri mereka dengan orang lain dan berpikir bahwa ada orang-orang yang lebih buruk dari mereka.

3. Pendekatan kepada diri sendiri

a. Mengungkapkan perasaan

Orang tua merasa terbantu dengan mengungkapkan perasaan, kehancuran mereka kepada orang lain serta mengungkapkan semua dengan menangis dan berteriak.

b. Menyalahkan diri sendiri dan orang lain

c. Mempercayai tenaga kesehatan

Mempercayai bahwa tenaga kesehatan mengetahui yang terbaik buat anak mereka sangat membantu mereka berkoping.

- d. Anak adalah special
Dengan menganggap anak mereka special, orang tua mendapatkan makna atas apa yang terjadi.
 - e. Bersiap diri
Orang tua mempersiapkan diri untuk hal yang tidak menjadi lebih baik atau sebaliknya yang memungkinkan mereka mampu mengendalikan situasi yang akan mereka hadapi nantinya.
 - f. Iman
Iman menjadi kekuatan bagi orang tua dan memberikan makna dan sebuah komunitas dukungan.
 - g. Hope
Orang tua menyampaikna pentngnya untuk senantiasa berharap dan tidak menyerah dalam menghadapi perasaan dan pemikiran-pemikiran dalam waktu yang bersamaan.
4. Pendekatan kepada keluarga
- a. Menjalani kehidupan yang penuh
Orang tua bertekad untuk menjalani kehidupan yang penuh supaya anak mereka memiliki banyak pengalaman dan berusaha untuk mewujudkan keinginan anak dan anggota keluarga yang lain. Orang tua juga berusaha menciptakan memori yang indah, seperti pergi ke konser atau ke taman rekreasi.
 - b. Donasi organ
Dengan mendonasikan organ anak, mereka menemukan maksud dari situasi ini sehingga memberikan makna tersendiri bagi mereka. Mereka juga merasakan kedamaian ketika organ anak mereka hidup pada tubuh anak lain.
 - c. Dukungan sosial
Orang tua menyebutkan beberapa sumber dukungan, yaitu dari teman yang “hadir”, teman-teman Facebook dan kelompok, anggota keluarga, orang tua mereka, komunitas mereka (dimana mereka tinggal atau komunitas gereja).

d. Terlibat

Orang tua merasakan kuat dengan terlibat penuh pada perawatan anak

e. Koping lain.

Orang tua mengatakan bahwa setiap orang tua memiliki koping sendiri sehingga tidak ada satu cara baku untuk menghadapi situasi yang sama.

9.3.2 Kebutuhan orang tua

Sebuah penelitian mengeksplorasi kebutuhan orang tua akan dukungan yang dibedakan dalam dua jenis penyakit yang diderita anak, yaitu kelompok orang tua dengan anak non-kanker dan orang tua dengan anak kanker (Aoun *et al.*, 2020). Hasil penelitian pada kelompok orang tua dengan anak non kanker menunjukkan bahwa sebanyak 85% memerlukan bantuan praktis di rumah, 85% memiliki waktu untuk diri sendiri setiap harinya, 80% mengetahui siapa yang dapat dihubungi, 70% memelihara kesehatan diri sendiri, 65% perlengkapan untuk perawatan, 60% dapat beristirahat setelah merawat di malam hari, dan 50% menyediakan perawatan diri. Sementara itu, pada kelompok orang tua dengan anak kanker didapati beberapa kebutuhan yang tidak terpenuhi, yaitu membahas dengan anak tentang penyakit anak (63%), merawat anggota keluarga yang lain di rumah (63%), dan hubungan dengan pasangan (50%). Kebutuhan lainnya disebutkan pada buku Panduan Paliatif Care, yaitu tersedianya informasi yang akurat dan relevan, anak dapat dirawat di tempat sesuai pilihan keluarga, dan mendapatkan dukungan praktik dan sosial (Chambers, 2018).

9.3.3 Peran perawat untuk orang tua

Dalam telaah literturnya, Brimble, Anstey and Davies (2019), menunjukkan sebuah penelitian oleh Woolley et al (1991), Rodriguez and King (2014) and Davies et al (2017) bahwa orang tua sangat menghargai pemberi perawatan profesional yang meluangkan waktu untuk mereka, mengenal mereka, berbicara dan mendengarkan cerita mereka.

Masih dalam telaah literatur yang sama, Clarke and Quin (2007), Konrad (2008), Korzeniewska-Eksterowicz et al (2010) and Buder and Fringer (2016) menyebutkan peran perawat dalam membangun kepercayaan. Pada pembahasan sebelumnya, salah satu koping orang tua selama perawatan paliatif pada anak adalah dengan mempercayai perawat. Untuk mendapatkan kepercayaan dari orang tua, maka pemberi pelayanan kesehatan, termasuk perawat perlu memiliki komunikasi yang baik, kejujuran dan keaslian dalam membangun hubungan dengan orang tua selama memberikan perawatan paliatif (Brimble, Anstey and Davies, 2019). Telaah literatur tersebut menyimpulkan bahwa hubungan yang dekat, lama/awet, dan terapeutik antara pemberi pelayanan kesehatan dan orang tua dalam perawatan paliatif anak menjadi sumber dukungan emosional penting bagi keluarga. Sementara bagi perawat sendiri, hubungan terapeutik tersebut mampu memberikan kepuasan kerja walaupun mengelola beban emosi masih menjadi tantangan tersendiri.

Pelayanan perawatan tidak hanya diberikan saat anak hidup, namun setelah anak meninggal, perawat perlu memberikan dukungan emosional dan kedukaan secara holistic dalam melewati masa berduka mereka (Chambers, 2018).

9.4 Perawatan paliatif pada anak

9.4.1 Pengalaman anak selama perawatan paliatif

Mendapatkan gambaran tentang perawatan paliatif dari sudut pandang pasien anak akan membantu pemberi perawatan memahami anak. Ghirotto *et al.* (2018) dalam penelitian kualitatifnya merangkum beberapa perspektif pasien anak terhadap perawatan paliatif, yaitu 1) adanya hubungan dengan pemberi perawatan profesional, yang meliputi komunikasi dengan dokter, hubungan dengan pekerja yang memberi dukungan pada keluarga, perawat keluarga, petugas pelayanan 'short break' (yang menggantikan keluarga merawat pasien untuk sementara waktu), dan petugas hospis; 2) Rasa nyeri dan manajemen nyeri, yang meliputi dampak terhadap gambaran diri, kelemahan, strategi, dan diskriminasi nyeri; 3) Hidup melampaui rasa sakit, yang melingkupi kegiatan olah raga dan aktivitas bermain individu, video game, dan

permainan kelompok dan aktivitas yang menimbulkan kesenangan; 4) Hubungan dengan keluarga, yang terdiri dari sumber dukungan, perubahan hubungan, peningkatan ketergantungan; 5) Tindakan, yaitu tentang pemahaman; 6) Evaluasi terhadap ketersediaan pelayanan, yang meliputi instrument perencanaan perawatan di masa mendatang dan keseluruhan pelayanan; 7) Kematian dan konsekuensi keputusan akhir hidup, yang mencakup “memiliki waktu yang terbatas” dan konsekuensi-konsekuensi; 8) Hubungan dengan teman sebaya, yang meliputi komunikasi dengan teman sebaya dan merasa dipahami/didiskriminasi.

Sebuah scoping review menambahkan tentang pemenuhan kebutuhan anak dari sudut pandang orang tua, yaitu terdapat dua kebutuhan dasar anak yang tidak terpenuhi selama perawatan paliatif, yaitu manajemen nyeri dan peningkatan keterampilan komunikasi anak (Constantinou, Garcia and Cook, 2019). Hal senada dinyatakan pada prinsip perawatan paliatif anak bahwa anak seharusnya mendapatkan kesempatan untuk mengakses pendidikan dan pekerjaan (Chambers, 2018).

9.4.2 Gejala yang dialami pasien anak dan penanganannya

Pasien yang menjalani perawatan paliatif memiliki gejala yang hampir sama. Sebuah penelitian tentang pemetaan gejala pada pasien anak yang menjalani perawatan paliatif mengidentifikasi tanda dan gejala yang sering muncul adalah nyeri, lemah, sensitif, dan napas pendek, namun pada kondisi progresif, gejala yang paling sering muncul adalah agitasi, masalah makan, dan kesulitan tidur (Feudtner *et al.*, 2021).

Dengan beragamnya gejala yang muncul, maka pasien akan mengalami *polysymptomatology*, seperti yang ditemukan pada penelitian yang sama, yaitu sebagian besar pasien memiliki *polysymptomatology*. Temuan ini mendorong para praktisi untuk melakukan pengkajian yang lebih akurat, menentukan prioritas manajemen gejala, dan menggunakan pengobatan farmakologis yang lebih sedikit untuk meminimalkan risiko dari penggunaan pengobatan beragam yang kompleks. Oleh karena itu, terapi komplementer sangat disarankan. Apabila terapi komplementer berhasil untuk mengatasi gejala, maka pengobatan farmakologis

disarankan tidak dilakukan (Feudtner *et al.*, 2021). Sebuah telaah literatur atas hasil-hasil penelitian menyimpulkan bahwa ganja dapat dijadikan sebagai terapi komplementer untuk manajemen nyeri, mual, dan gejala-gejala spesifik yang lainnya pada praktik perawatan paliatif anak dan dewasa (Herbert and Hardy, 2021).

Salah satu terapi komplementer yang sudah dilakukan adalah terapi pijat dan Reiki. Berdasarkan hasil penelitian di Brazil, terapi tersebut efektif untuk mengatasi kelompok gejala nyeri-cemas-kuatir-dispnea padan pasien anak dan remaja yang menjalani perawatan paliatif (Lopes-júnior, Isabel and Carvalho, 2021). Terapi lain adalah pengobatan herbal dengan ganja. Sebuah literature atas hasil-hasil penelitian menyimpulkan bahwa ganja dapat dijadikan sebagai terapi komplementer untuk manajemen nyeri, mual, dan gejala-gejala spesifik yang lainnya pada praktik perawatan paliatif ana dan dewasa (Herbert and Hardy, 2021). Sebuah studi kasus di Italia menggunakan tanaman ganja yang diekstrasi dan dititrasi dan diberikan kepada 6 pasien anak yang memiliki gejala nyeri dan mengalami kejang di Italia. Hasil penelitian tersebut menunjukkan bahwa ekstrak ganja tersebut mampu mengontrol gejala nyeri dan kejang pada pasien (Divisic *et al.*, 2021). Namun demikian, di Indonesia penggunaan ganja untuk pengobatan belum dilegalkan karena masih tingginya risiko penyalahgunaan (Marainaya and Mangesti, 2023).

Sementara itu di Cina, penggunaan berbagai terapi komplementer untuk perawatan paliatif anak telah dilakukan. Sebuah penelitian mengidentifikasi jenis terapi komplementer yang digunakan oleh orang tua untuk mengontrol gejala yang muncul pada anak mereka. Terapi tersebut meliputi pengobatan herbal Cina dan terapi pijat/TuiNa, dan akupunture. Pengobatan herbal Cina dan terapi pijat/TuiNa adalah yang paling umum digunakan. Akupunture dan terapi pijat. Terapi-terapi tersebut berhasil mengatasi mual, muntah dan gejala gangguan sistem pencernaan. Sebagian orang tua menyatakan bahwa ketidaktahuan mereka tentang terapi komplementer adalah alasan tidak menerapkannya pada anak-anak mereka (Lam *et al.*, 2022).

DAFTAR PUSTAKA

- Anesth, J. *et al.* 2023. 'The adult and pediatric palliative care : differences and shared issues', *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, pp. 1–8. doi: 10.1186/s44158-023-00085-8.
- Aoun, S. M. *et al.* 2020. 'The profile and support needs of parents in paediatric palliative care : comparing cancer and non-cancer groups', pp. 1–14. doi: 10.1177/2632352420958000.
- Benini, F. *et al.* 2022. 'International Standards for Pediatric Palliative Care : From IMPaCCT to GO-PPaCS', 63(5), pp. 529–543. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2021.12.031.
- Boyden, J. Y. *et al.* 2022. 'Pediatric Palliative Care Parents ' Distress , Financial Dif fi culty , and Child Symptoms', 63(2), pp. 271–282.
- Brimble, M. J., Anstey, S. and Davies, J. 2019. Long-term nurse–parent relationships in paediatric palliative care: a narrative literature review', *International Journal of Palliative Nursing*, 25(11), pp. 542–550.
- Chambers, L. 2018. *A Guide to Children ' s Palliative Care: Supporting babies, children and young people with life-limiting and life-threatening conditions and their families*. 4th editio. Edited by A. Goldman. Bristol: Together for Short Lives.
- Constantinou, G., Garcia, R. and Cook, E. 2019. 'Children ' s unmet palliative care needs: a scoping review of parents ' perspectives', *BMJ Supportive and Palliative Care*, 9, pp. 439–450. doi: 10.1136/bmjspcare-2018-001705.
- Darlington, A. *et al.* 2020. : 'Regular Article', *Acta Paediatrica*, 110(2), pp. 673–681. doi: 10.1111/apa.15429.
- Divisic, A. *et al.* 2021. 'The use of medical cannabis in pediatric palliative care : a case series', *Italian Journal of Pediatrics*, 47(229), pp. 1–10. doi: <https://doi.org/10.1186/s13052-021-01179-1>.
- Feudtner, C. *et al.* 2021. 'Polysymptomatology in Pediatric Patients Receiving Palliative Care Based on Parent-Reported Data', *JAMA Network Open*, 4(8), pp. 1–13. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.19730.

- Ghirotto, L. *et al.* 2018. 'Researching children ' s perspectives in pediatric palliative care: A systematic review and meta-summary of qualitative research', *Palliative and Supportive Care*, 17(1), pp. 107–118. doi: 10.1017/S1478951518000172.
- Herbert, A. and Hardy, J. 2021. 'Medicinal cannabis use in palliative care', *Australian Journal of General Practice*, 50(6), pp. 363–368. doi: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.815732866873529>.
- Lam, C. S. *et al.* 2022. 'The use of complementary medicine in Chinese pediatric patients receiving palliative care: a multi-centre study', *Annals of Oncology*, 33(9). doi: 10.1016/j.annonc.2022.10.061.
- Lopes-júnior, L. C., Isabel, S. and Carvalho, P. De. 2021. 'Effectiveness of complementary therapies for the management of symptom clusters in palliative care in pediatric oncology: a systematic review', *Journal of School of Nursing*, 55(e03709), pp. 1–14. doi: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020025103709>.
- Marainaya, R. C. and Mangesti, Y. A. 2023. 'Pengaturan penggunaan ganja sebagai bahan baku produksi obat', *Bureaucracy Journal: Indonesia Journal of Law and Social-Political Governance*, 3(1), pp. 354–364. doi: 10.53363/bureau.v3i1.186.
- Sisk, B. A. *et al.* 2020. 'Response to Suffering of the Seriously Ill Child : A History of Palliative Care for Children', *Pediatrics*, 145(1), pp. 1–10. doi: 10.1542/peds.2019-1741.
- Taib, F., Beng, K. T. and Chan, L. C. 2021. 'The Challenges , Coping Mechanisms , and the Needs of the In- hospital Parents Caring for Children with Life-limiting Neurological Disorders : A Qualitative Study', *Indian Journal of Palliative Care*, 27(4), pp. 483–489. doi: 10.25259/IJPC_3_21.
- Watch, V. *et al.* 2023. 'Children with palliative care needs in Papua New Guinea , and perspectives from their parents and health care workers: a qualitative study', *BMC Palliative Care*, 22(68), pp. 1–8. doi: <https://doi.org/10.1186/s12904-023-01177-6>.

World Health Organization. 2018. *Integrating palliative care and symptom relief into paediatrics: a WHO guide for health care planners, implementers and managers*. Geneva: World Health Organization.

BAB 10

PERAWATAN PADA AKHIR HIDUP

Oleh Nonok Karlina

10.1 Pendahuluan

Perawatan akhir hidup dikembangkan untuk mencegah pemberian perawatan pasien yang dianggap tidak perlu dan untuk mengurangi penderitaan mereka sehingga mereka dapat meninggal dengan tenang dan bermartabat (Kranidiotis *et al*, 2010).

Perawatan kesehatan yang diberikan sebelum kematian seseorang disebut sebagai perawatan akhir hidup. Perawatan akhir hidup dapat diberikan berjam-jam, berhari-hari, atau berbulan-bulan sebelum seseorang meninggal. Ini memerlukan mengurus kebutuhan tubuh seseorang, kebutuhan spiritual, kebutuhan mental dan emosional, dan tugas-tugas praktis.

Tidak dapat dihindari bagi setiap orang akan meninggal. Terlepas dari betapa menantanginya itu, kita semua akan menghadapinya di beberapa titik. Individu yang sekarat dan orang-orang yang dekat dengan mereka mungkin memerlukan cinta, dukungan, dan arahan ekstra selama waktu ini untuk mengelola perasaan mereka dan membuat keputusan penting mengenai perawatan dan kualitas hidup mereka. Memberikan perawatan akhir hidup untuk orang yang dicintai bisa menjadi pengalaman yang menuntut dan melelahkan secara emosional.

Kematian adalah topik yang penting untuk dibicarakan untuk mencapai perawatan akhir hidup yang berpusat pada pasien. Membicarakan kematian dianggap sebagai hal yang menantang secara emosional dan sulit dibicarakan di masyarakat. Orang enggan membicarakan kondisi yang memburuk dan apa yang mereka inginkan ketika hal itu terjadi pada orang yang mereka cintai (Lewis, *etc*. 2019).

Perawatan pada akhir hidup adalah perawatan yang diberikan sebelum, selama, dan setelah penghentian atau penghentian pengobatan yang menopang kehidupan. Perawatan

akhir hidup yang ditujukan untuk pasien dengan penyakit kronis lebih bersifat spiritual. Tujuan perawatan akhir hidup dapat ditentukan dan dicapai ketika tenaga kesehatan secara terbuka mendiskusikan harapan, ketakutan, beban, dan perawatan dengan pasien (Noome, *et al.*, 2016).

Untuk mengobati pasien secara efektif, seseorang harus memiliki tidak hanya pengetahuan medis tentang nyeri dan manajemen gejala, tetapi juga sikap penuh kasih, sensitif, dan sadar. Seorang perawat menghadapi tugas yang lebih sulit dalam menciptakan kualitas perawatan yang menyenangkan bagi orang yang menjelang kematian. Perawatan yang kompleks dan komprehensif, termasuk manajemen nyeri, kenyamanan, makanan, relaksasi, dan faktor penting lainnya, harus diberikan oleh perawat kepada pasien sehingga mereka dapat meninggal dengan tenang. Perawat yang memberikan asuhan akhir hidup harus memahami tanda dan gejala fisik yang dialami pasien. Pasien pada fase akhir kehidupan cenderung lebih takut akan gejala kematian itu sendiri daripada kematian. Pasien perlu merasa nyaman secara fisik sebelum pikiran mereka fokus pada kondisi sosial, psikologis dan spiritual (Noome, *et al.*, 2016).

10.2 Perawatan Pada Akhir Hidup

10.2.1 Pengertian

Perawatan akhir hidup 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).

Perawatan akhir hidup adalah perawatan yang membantu semua orang dengan penyakit lanjut, progresif, dan tidak dapat disembuhkan untuk bertahan hidup sebaik mungkin hingga menghadapi kematian. Perawatan akhir hayat diberikan ketika seseorang telah didiagnosis menderita penyakit lanjut oleh tenaga kesehatan profesional (Sadler, 2015). Tenaga kesehatan yang memberikan perawatan akhir hayat harus memahami tanda dan gejala fisik yang dialami oleh pasien. Pasien pada fase akhir kehidupan cenderung lebih takut terhadap gejala kematian itu sendiri daripada kematian itu sendiri. Pasien perlu merasa nyaman

secara fisik sebelum pikirannya berfokus pada kondisi sosial, psikologis, dan spiritual (Perkins, 2016).

Perawatan akhir hidup mengacu pada perawatan menyeluruh dan khusus yang diberikan kepada pasien yang mendekati akhir hidup mereka (Weissman & Meier, 2011).

10.2.2 Tujuan Perawatan pada Akhir Hidup

Dengan evaluasi dan kenyamanan menyeluruh, perawatan akhir hidup bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien dan keluarga mereka pada tingkat fisik, psikologis, dan spiritual. Diantisipasi bahwa mengurangi penderitaan, seperti rasa sakit, akan meningkatkan kualitas hidup pasien terminal, memungkinkan mereka untuk mendekati kematian dengan tenang. Keluarga akan lebih toleran terhadap kehilangan jika mereka memiliki pengetahuan dan bantuan psikologis yang kuat. Perawatan pada akhir hidup adalah jenis perawatan medis yang membantu pasien yang tidak lagi merespon terapi kuratif mengatasi berbagai masalah yang berkaitan dengan penderitaan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual mereka dalam upaya meningkatkan kualitas hidup bagi diri mereka sendiri dan keluarga mereka (WHO, 2010).

Perawatan pada akhir hidup memberi individu yang sekarat dan orang yang mereka cintai rasa hormat, kenyamanan, dan dukungan. Perawatan akhir kehidupan memiliki empat tujuan utama, yaitu sebagai berikut:

1. Kenyamanan pada tingkat fisik dan kontrol gejala
2. Layanan dukungan emosional dan mental
3. Bantuan spiritual
4. Bantuan realistik

10.2.3 Tim Perawatan Pada Akhir Hidup

Tim perawatan akhir hidup dapat terdiri dari beberapa profesional kesehatan yang bekerja sama untuk memberikan perawatan dan dukungan komprehensif. Berikut adalah beberapa profesional kesehatan yang mungkin menjadi bagian dari tim perawatan akhir hidup :

1. Caregiver

Caregiver/pengasuh biasanya, seorang teman atau anggota keluarga memiliki tugas memberikan perawatan medis dasar orang yang sekarat. Mereka bertugas mengurus diri sendiri, membuat rencana, berinteraksi dengan staf medis, dan menjaga persahabatan dan dukungan emosional.

2. Dokter dan perawat:

Memberikan perhatian medis dan mengendalikan gejala termasuk rasa sakit, mual, dan dyspnea. Dokter dan perawat sangat penting untuk penyediaan perawatan akhir hidup.

3. Staf Perawatan Paliatif atau Rumah Sakit

Ini adalah profesional khusus yang bertugas mencoba mengendalikan gejala dan mengurangi penderitaan yang disebabkan oleh penyakit fatal.

4. Pekerja sosial

Dapat memberikan dukungan emosional dan sosial kepada klien dan anggota keluarga mereka sambil membantu mereka menavigasi kompleksitas penyakit terminal dan perawatan di akhir hayat.

5. Konselor spiritual

Konselor spiritual dapat menawarkan perawatan spiritual dan membimbing individu dalam praktik spiritual mereka. Para profesional ini memberikan dukungan emosional dan memenuhi kebutuhan spiritual dengan membantu individu dan keluarga mereka menemukan kenyamanan dan makna di akhir kehidupan.

6. Pembantu kesehatan di rumah

Pembantu kesehatan di rumah memberikan perawatan pribadi dan bantuan dalam kehidupan sehari-hari, memberi makan, mandi, berpakaian, dan berdandan.

7. Terapis Okupasi

Dapat mendukung orang yang sekarat di akhir hidupnya dengan membantu mereka mempertahankan dan menilai fungsi tubuh, menyediakan peralatan adaptif, memfasilitasi aktivitas yang bermakna, dan memberikan perawatan suportif.

8. Doula akhir hidup

Adalah seorang profesional non-medis yang mengambil pendekatan holistik untuk mendukung individu dan keluarga selama akhir kehidupan. Para profesional ini menghibur, menemani, dan membimbing individu yang sekarat dan orang yang mereka cintai sambil memberikan perawatan emosional, spiritual, dan praktis.

9. Relawan Terlatih

Relawan dapat memberikan pendampingan dan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga mereka, menawarkan telinga yang mendengarkan, kehadiran yang menenangkan, dan dukungan praktis dengan tugas-tugas seperti menyiapkan makanan dan keperluan sehari-hari.

10.2.4 Prinsip Perawatan Akhir Hidup

Noome et al. (2016) mengungkapkan prinsip-prinsip akhir hidup sebagai berikut:

1. Menghormati kehidupan dan perawatan bagi orang mati
Tujuan utama pengobatan adalah untuk mempertahankan hidup; Tetapi, dalam kasus di mana kehidupan tidak dapat dipertahankan, tanggung jawab perawatan adalah untuk mendukung orang lain dalam memberikan pasien yang sekarat dengan kenyamanan dan martabat.
2. Kebebasan untuk memutuskan dan mengetahui
Setiap orang yang memperoleh perawatan medis berhak atas informasi tentang penyakit mereka dan perawatan yang tersedia, serta kebebasan untuk menerima atau menolak terapi yang memperpanjang hidup. Pengasuh diwajibkan oleh hukum dan etika untuk menerima dan mengakui keputusan yang dibuat sesuai dengan aturan.
3. Menahan dan menarik perawatan yang menopang kehidupan
Tujuan dari perawatan akhir hidup yang tepat adalah untuk memberikan perawatan terbaik bagi setiap individu. Ini berarti bahwa tujuan utama perawatan harus memungkinkan kenyamanan dan martabat sehingga, demi kepentingan terbaik pasien yang sekarat, intervensi yang menopang kehidupan dapat ditahan atau dicabut.

4. Pendekatan kolaboratif terhadap perawatan

Keluarga dan tenaga kesehatan memiliki kewajiban untuk bekerja sama dalam mengambil keputusan bagi pasien yang tidak memiliki kemampuan mengambil keputusan, dengan mempertimbangkan keinginan pasien.

5. Akuntabilitas dan transparansi

Prosedur dan hasil pengambilan keputusan harus dikomunikasikan dengan jelas kepada pasien dan didokumentasikan dengan tepat untuk menegakkan kepercayaan dari mereka yang menerima perawatan serta untuk menjamin bahwa keputusan yang tepat telah diambil.

6. Perawatan nondiskriminatif

Keputusan tentang perawatan akhir hidup harus dibuat tanpa memperhatikan ras dan hanya berdasarkan keinginan, nilai, dan status medis pasien.

7. Tugas dan hak tenaga kesehatan

Profesional kesehatan bertanggung jawab untuk memberikan perawatan sesuai dengan standar hukum dan profesional, tetapi mereka tidak diharuskan untuk memberikan perawatan yang tidak masuk akal, terutama jika itu tidak membantu pasien.

8. Perbaikan berkelanjutan

Adalah tugas penyedia layanan kesehatan untuk berupaya meningkatkan kualitas intervensi yang ditawarkan kepada pasien dan keluarga mereka sebagai bagian dari standar perawatan akhir hidup.

10.2.5 Etika Perawatan pada Akhir Hidup

Beberapa prinsip etika perlu ditekankan ketika membuat keputusan tentang masalah akhir kehidupan. Yang pertama adalah nonmaleficence, yaitu melindungi pasien dari bahaya baik secara fisik maupun emosional. Yang kedua adalah beneficence, yaitu melakukan sesuatu yang baik dan bermanfaat bagi pasien, seperti memperhatikan keluhan pasien, memperlakukan pasien seperti manusia seutuhnya, dan menjaga upaya untuk mengurangi beban pasien pada tingkat fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Ketiga, otonomi, yang menyoroti hak privasi, kerahasiaan, dan kemampuan

untuk menolak pengobatan dan memungkinkan pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka melalui informed consent (Lewis, et al, 2019).

Beberapa prinsip etika perlu diikuti ketika membuat keputusan tentang masalah akhir kehidupan. Yang pertama adalah *nonmaleficence*, yang menyatakan bahwa pasien tidak boleh menderita kerusakan fisik atau psikologis. Yang kedua adalah *beneficence*, yang berarti melakukan sesuatu yang baik dan bermanfaat bagi pasien, seperti memperhatikan keluhan mereka, memperlakukan mereka seperti manusia seutuhnya, dan menjaga upaya untuk mengurangi beban fisik, psikologis, sosial, dan spiritual mereka. Hak pasien untuk membuat keputusan tentang perawatan mereka menggunakan informasi yang menyoroti hak mereka atas kerahasiaan, privasi, dan penolakan pengobatan adalah yang ketiga (Zerwekh, 2006; Qualls and Kasl-Godley, 2011).

10.2 Teori Keperawatan Perawatan pada Akhir Hidup

Sistem keluarga (pasien dengan penyakit terminal dan mereka yang dianggap signifikan dalam kehidupan mereka) merupakan bagian integral dari filosofi keperawatan akhir hidup yang dikemukakan oleh Ruland & Moore (1998), yang dimaksudkan untuk mendukung hasil yang menguntungkan dari hal berikut :

1. Kebebasan dari rasa sakit

Aspek penting dari banyak pengalaman akhir hidup adalah bebas dari perasaan menderita atau gejala yang disebabkan oleh rasa sakit. Mengingat bahwa rasa sakit dipandang sebagai pengalaman mental atau sensorik yang tidak menyenangkan yang terkait dengan kerusakan jaringan yang telah terjadi atau mungkin terjadi.

2. Merasa nyaman

Menurut teori Kolkaba, kenyamanan adalah segala sesuatu yang memudahkan atau menikmati hidup, termasuk pengentasan dari ketidaknyamanan dan rasa kemudahan dan ketenangan.

3. Terhormat dan bermartabat

Setiap pasien yang sakit parah berhak diperlakukan dengan bermartabat dan hormat sebagai sesama manusia. Teori ini memadukan sudut pandang individu; Setiap keputusan didasarkan pada prinsip-prinsip etika dan otonom yang berhak dimiliki pasien.

4. Merasa Damai

Kedamaian adalah perasaan tenang, harmonis, puas, bebas dari kecemasan, kekhawatiran dan ketakutan. Pendekatan untuk merasa damai mencakup aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual.

5. Kedekatan Dengan Orang-orang Tersayang

Rasa terhubung dengan orang-orang baik dikenal sebagai kedekatan. Hal ini ditandai dengan ekspresi hubungan fisik atau emosional yang hangat, bersifat pribadi, dan bersentuhan.

10.3 Pelaksanaan Perawatan Pada Akhir Hidup

Pasien yang mendekati akhir hidup mereka termasuk mereka yang telah berada di unit perawatan intensif untuk waktu yang cukup lama tanpa menunjukkan perbaikan apa pun dan yang tidak menanggapi pengobatan; Mereka juga termasuk mereka yang telah mengalami penurunan ireversibel dalam fungsi beberapa organ selama lebih dari 72 jam. Kerusakan hemodinamik biasanya merupakan indikator prognosis yang buruk untuk penyakit ini. (Alligood & Tomey, 2010).

Lima faktor berikut dapat digunakan untuk mengevaluasi pelaksanaan perawatan menjelang akhir hidup: (Engelberg et al., 2010)

1. *Patient-Centered Systems*

Inti perawatan terdiri dari dua domain: komunikasi dan koordinasi lintas tenaga kesehatan, dan kemudahan dan kontinuitas perawatan. Dua subdomain tercakup dalam perawatan dan kenyamanan berkelanjutan: Perawat harus memastikan bahwa pasien menerima perawatan akhir hidup tepat waktu dan bahwa mereka memiliki jaminan bahwa mereka tidak akan ditinggalkan sendirian ketika mereka

meninggal. Tiga subdomain dicakup oleh koordinasi dan komunikasi tim kesehatan: mencegah dokter pengganti memasuki area perawatan, menghormati dan percaya pada pengetahuan perawat dan anggota tim lain, dan membantu pasien dalam menerima informasi yang konsisten dari seluruh tim medis.

2. *Communication Skills*

Ini dibagi menjadi tiga bidang: menghormati keberadaan keluarga, pasien dan pendidikan keluarga, dan kontak dengan keluarga pasien. Dua subdomain komunikasi adalah mendengarkan perspektif keluarga dan memberikan informasi yang jujur dan transparan mengenai prognosis penyakit.

Subdomain pendidikan pasien dan keluarga termasuk menyediakan pasien dengan pengetahuan mendalam tentang penyakit dan perawatannya. Mengenali nilai keluarga dalam perawatan kesehatan melibatkan subdomain yang memberi keluarga waktu untuk berbicara tentang penyakit dan perawatan yang tepat untuk orang yang mereka cintai.

3. *Symptom Skills*

Kompetensi dan manajemen nyeri dan gejala membentuk dua domainnya. Gejala seperti ketidaknyamanan, hemodinamik tidak stabil, hipersekresi, produksi urin dan feses yang menurun, edema, penurunan suhu tubuh dan anggota ekstremitas akral dingin dapat dilihat pada pasien yang mendekati akhir hidup mereka.

4. *Affective Skills*

Mencakup bidang dukungan emosional, empati, dan memperlakukan pasien sebagai individu penuh (bukan hanya mengobati penyakit) yang diberikan perawatan kepada pasien yang mendekati akhir hidup mereka.

5. *Patients-Centered Values*

Ini membahas tiga bidang: mengenali dan menghormati nilai-nilai pasien dan keluarga; menerima masukan; mengatasi kekurangan dalam perawatan yang diberikan; dan menghormati keputusan keluarga selama perawatan medis.

10.4 Peran Perawat pada Perawatan Akhir Hidup

Di antara para profesional medis, perawat adalah orang-orang yang memberikan perawatan akhir kehidupan yang paling sering (Rome et al., 2011 : Campbell, 2013). Perawatan akhir kehidupan disediakan dengan menggunakan berbagai teknik. Perawat membantu pasien merasa lebih baik dengan mengeluarkan berbagai perangkat, termasuk infus dan kateter. Lingkungan yang tenang diciptakan, orang-orang terkasih yang paling dekat dengan pasien hadir, dan perawat membantu pasien merasa nyaman. Tindakan ini diambil untuk memberi pasien rasa martabat dan nilai (Alligood dan Tomey, 2010),

Ketika seorang pasien mendekati akhir hidup mereka, tugas perawat adalah untuk mendukung keluarga pasien dan menawarkan perawatan yang akan meningkatkan kenyamanan pasien. Perilaku memproduksi rasa sakit dapat diminimalkan untuk meningkatkan kenyamanan pasien (Urden, 2010).

DAFTAR PUSTAKA

- Tahir, R., Mediani, H.S., Emaliyawati, E., & Iqra S. 2021. End Of Life Care Di Ruang Intensive Care Unit Rumah Sakit. Faira Aksara; Makasar.
- Alligood, M.R, & Tomey, A.M. 2010. Nursing theories and their work. Mosbey : Elseiver
- Campbell, M.L. 2013. Nurse to Nurse : Palliative Care. Jakarta : Salemba Medika
- Engelberg, R.A., Downey, L., Wenrich, M.D., Carline, J.D., Silvestri, G.A, et. al. 2010. Measuring the Quality of End-of-Life Care. Journal of Pain and Symptom Management. Vol. 39 No. 6 June. doi:10.1016/j.jpainsymman.2009.11.313.
- Kranidiotis, G., Gerovasili, V., Tasoulis, A., Tripodaki, E., Vasileiadis, I., et. al. 2010. End-of-life decisions in Greek intensive care units: a multicenter cohort study. Critical Care, 14:R228.
- Lewis E.T., Harrison R., Hanly L., Psirides A., Zammit A., McFarland K., Dawson A., Hillman K., Barr M., Cardona M. End-of-life priorities of older adults with terminal illness and caregivers: A qualitative consultation. Health Expect. 2019;22:405–414. doi: 10.1111/hex.12860.
- Noome, M., Dijkstra, B. M., & Leeuwen, E. Van. 2016. Exploring family experiences of nursing aspects of end-of-life care in the ICU: A. Intensive & Critical Care Nursing, 33, 56–64. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2015.12.004>
- O'Connor, M.S., Smith, M.L & Gilligan, T. 2019. Ethical Issues in the Cardiac Intensive Care Unit. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-52993-8.00002-3>. Pages 11-26.e3
- Perkins, H.S. 2016. A Guide to Psychosocial and Spiritual Care at the End of Life. Springer New York, New York, NY
- Rome, R. B., Luminais, H. H., Bourgeois, D. A., & Blais, C. M. 2011. The Role of Palliative Care at the End of Life. The Ochsner Journal, 11(4), 348–352.
- Ruland, C.M, & Moore, M. 1998. Theory Construction Based on Standards of Care: A Proposed Theory of the Peaceful End of Life. Nursing Outlook. 46 (4), p.169-75.

- Urden, L.D., Satcy, K.M., Lough, M.E. 2010. Critical Care Nursing : Diagnosis and Management 6th Edition. Mosby, Elsevier.
- Qualls, S.H., Kasl-Godley, J.E. (Eds.), 2011. End-of-life issues, grief, and bereavement: what clinicians need to know, Wiley series in clinical geropsychology. Wiley, Hoboken,N.J
- Weissman, D & Meier DE. 2011. Identifying patients in need of a palliative care assessment in the hospital setting: a consensus report from the Center to Advance Palliative Care. J Palliat Med; 14(1): 17-23.
- Zerwekh, J.V. 2006. Nursing care at the end of life: palliative care for patients and families. F.A. Davis Co, Philadelphia

BAB 11

PENTINGNYA PERENCANAAN AWAL PERAWATAN

Oleh Herniyatun

11.1 Pendahuluan

Perencanaan perawatan awal merupakan bagian integral dari perawatan paliatif dan merupakan salah satu cara untuk memantau perubahan tujuan perawatan seiring dengan perkembangan penyakit (Starks et al., n.d.). Perencanaan perawatan awal menggambarkan keterlibatan pasien dan anggota keluarga dalam mengambil keputusan yang mungkin perlu dibuat mengenai perawatan kesehatan saat ini dan di masa depan. Proses ini sering kali mencakup diskusi mengenai kebutuhan medis saat ini dan yang perlu diantisipasi jika pasien memerlukan perawatan dan peralatan untuk mempertahankan hidup seperti resusitasi jantung paru, ventilasi mekanis jangka panjang, nutrisi dan hidrasi buatan. Keinginan pasien seperti ini dapat dibicarakan dalam bentuk diskusi di awal perawatan. Penyedia layanan paliatif dapat memulai atau membantu dalam perencanaan perawatan terlebih dahulu, khususnya dalam situasi yang kompleks atau konflik (Steinberg & Hadler, 2022).

Perencanaan perawatan awal adalah suatu proses yang bertujuan untuk menginformasikan dan memfasilitasi pengambilan keputusan medis yang mencerminkan preferensi atau keinginan pasien jika pasien tidak dapat mengkomunikasikan keinginannya. Proses ini dicapai dengan banyak cara, termasuk percakapan dengan pasien dan keluarga, penggunaan arahan tertulis yang mendokumentasikan keinginan pasien, dan partisipasi pengambil keputusan pengganti yang dapat mewakili kepentingan, nilai, dan preferensi pasien.

Perencanaan perawatan awal mengacu pada saat pasien berpikir ke depan tentang apa yang pasien inginkan dari layanan kesehatan jika pasien tidak dapat berbicara sendiri kapan pun di masa depan, dan mengomunikasikan keinginan tersebut kepada orang yang pasien cintai dan tim medis pasien. Perencanaan perawatan dini penting bagi orang-orang dari segala usia karena apa pun bisa terjadi pada siapa saja dan kapan saja, seperti kecelakaan atau stroke, dan memiliki rencana dapat membantu memastikan bahwa keinginan perawatan kesehatan pasien dapat diketahui dan dihormati dalam situasi apa pun. Perencanaan perawatan awal adalah hadiah yang pasien berikan kepada orang yang dicintai.

Perencanaan perawatan awal adalah proses yang bertujuan untuk menyelaraskan keputusan medis dengan pasien, nilai dan preferensi jika pasien tidak dapat berkomunikasi. Dalam konteks perawatan paliatif, diskusi perencanaan perawatan awal menawarkan kerangka kerja untuk hal tersebut, mengeksplorasi nilai dan tujuan pasien saat ini, serta bagaimana hal ini dapat berubah seiring berkembangnya penyakit. Untuk memfasilitasi pelaksanaan perencanaan perawatan awal di perawatan paliatif, bab ini membahas pertanyaan-pertanyaan berikut:

1. Pasien manakah yang harus melakukan perencanaan perawatan awal?
2. Apakah pasien dengan gangguan kognitif juga dapat melakukan percakapan ini?
3. Bagaimana kemampuan mengkomunikasikan keinginan pasien?
4. Kapan sebaiknya percakapan dilakukan?
5. Siapa yang harus memulai percakapan?
6. Strategi komunikasi apa yang paling membantu?
7. Bagaimana seharusnya percakapan itu dimulai?
8. Topik apa yang harus dibahas?
9. Strategi apa yang dapat digunakan ketika pasien dan keluarga enggan berdiskusi masalah ini?

Idealnya, perencanaan perawatan awal harus dimulai sejak awal hubungan klinis dan harus ditinjau kembali secara berkala, terutama bila terjadi perubahan status kesehatan atau tujuan perawatan terjadi. Bila memungkinkan, anggota keluarga, khususnya ditunjuk sebagai pengganti pengambilan keputusan harus dilibatkan dalam percakapan ini karena penting bagi mereka untuk menyadari setiap perubahan dalam nilai dan preferensi pasien. Mengeksplorasi alasan di balik perubahan apa pun bisa sangat membantu dalam menyelaraskan pandangan-pandangan yang bertentangan (Starks et al., n.d.).

11.2 Komponen Perencanaan Perawatan Awal

Perencanaan perawatan awal adalah dokumen hukum yang memberikan instruksi tentang keinginan perawatan kesehatan pasien, jika pasien tidak dapat membuat keputusan perawatan kesehatan sendiri.

Ada dua jenis perencanaan perawatan awal di negara bagian Ohio, (1) Surat Kuasa Perawatan Kesehatan dan (2) Surat Wasiat Hidup.

Surat Kuasa Perawatan Kesehatan adalah jenis Petunjuk di awal di mana pasien menunjuk seseorang untuk membuat keputusan perawatan kesehatan dan berbicara mewakili pasien ketika pasien tidak dapat berbicara sendiri, baik secara permanen atau sementara (yaitu, di bawah anestesi umum, di bawah obat penenang, tidak sadarkan diri), dalam keadaan koma atau delirium, dll.). Orang ini dapat berupa anggota keluarga, teman, pasangan, teman yang tinggal serumah atau seseorang yang pasien percaya.

Surat Wasiat Hidup adalah serangkaian instruksi tertulis mengenai keinginan pasien terhadap layanan kesehatan di akhir hidup dan berlaku jika pasien sakit parah dan tidak dapat membuat keputusan sendiri, atau jika pasien tidak sadarkan diri secara permanen.

Perencanaan perawatan awal dapat bervariasi tergantung situasi klinis pasien dan tingkat keterlibatan keluarga serta dinamika komunikasi dalam keluarga. Gillick

telah mengusulkan empat komponen perencanaan perawatan awal:

1. Pemahaman pasien dan keluarga terhadap kondisi medis pasien secara keseluruhan saat ini.
2. Penentuan tujuan perawatan pasien berdasarkan pemahaman tentang kondisi pasien dan tujuan yang dapat dicapai.
3. Identifikasi pengambil keputusan pilihan pasien jika terjadi ketidakmampuan dan penyelesaian arahan di awal yang menyebutkan nama orang tersebut.
4. Pengisian formulir Paradigma POLST untuk pasien yang sakit parah untuk menerjemahkan keinginan pasien ke dalam perintah medis yang dihormati di seluruh sistem layanan kesehatan.

Elemen perencanaan perawatan awal mencakup klarifikasi pemahaman pasien mengenai penyakitnya dan pilihan pengobatan, memahami nilai-nilai, keyakinan, tujuan perawatan, dan mengidentifikasi keinginan pasien. Jika diperlukan pengambil keputusan pengganti perlu disiapkan dari awal (Pace et al., 2022).

Hambatan yang mungkin dalam pengembangan perencanaan perawatan awal diantaranya adalah:

1. Ketersediaan petugas kesehatan terlatih
2. Kompetensi petugas Kesehatan
3. Kepercayaan diri untuk mendiskusikan perawatan awal dan perencanaan dengan pasien
4. Komitmen organisasi dan kebijakan untuk mendukung perencanaan perawatan awal
5. Memastikan bahwa dokter memahami dan mendukung terlebih dahulu perencanaan perawatan awal

Melaksanakan perawatan awal yang efektif perencanaan pada pasien lanjut usia merupakan suatu tantangan, khususnya ketika mereka sakit parah dan dirawat sebentar di rumah sakit sebelum pulang.

Model perencanaan perawatan awal seperti program Respecting Choices telah menunjukkan bahwa pendekatan yang

terkoordinasi, sistematis, dan berpusat pada pasien terhadap perencanaan perawatan awal oleh fasilitator non-medis yang terlatih dapat meningkatkan hasil bagi pasien. Bukti juga menunjukkan perencanaan perawatan awal dan akhir kehidupan diskusi mengurangi stres, kecemasan, dan depresi kerabat yang masih hidup (Azoulay et al., 2005). Hal ini senada dengan hasil penelitian lain bahwa perencanaan perawatan awal meningkatkan akhir kehidupan perawatan dan kepuasan pasien dan keluarga dan mengurangi stres, kecemasan, dan depresi pada kerabat yang masih hidup (Detering et al., 2010).

11.3 Paradigma POLST

POLST adalah sebuah proses dan bentuk. POLST memiliki nama berbeda di berbagai negara. POLST: Portable Medical Orders atau Perintah Medis Portabel, atau disingkat POLST. Portabel artinya pesanan berlaku di luar klinik atau ruang praktik dokter, serupa dengan resep obat.

POLST terdiri dari beberapa hal, diantaranya adalah:

A *process* atau sebuah proses. Bagian dari perencanaan perawatan awal, yang membantu pasien menjalani kehidupan sebaik mungkin.

A *Conversation* atau sebuah percakapan. Pembicaraan yang baik tentang kondisi medis pasien, pilihan pengobatan, dan apa yang pasien inginkan.

A *medical* order form atau Formulir pemesanan medis yang dibawa pasien (disebut formulir POLST).

POLST mengkomunikasikan keinginan pasien sebagai perintah medis. Formulir POLST memberi tahu semua penyedia layanan kesehatan selama keadaan darurat medis tentang apa yang pasien inginkan:

“Bawa aku ke rumah sakit” atau “Aku ingin tinggal di sini”

“Ya, coba CPR” atau “Tidak, jangan coba CPR”

“Ini adalah perawatan medis yang saya inginkan”

“Ini adalah rencana perawatan yang ingin saya ikuti”

POLST diperuntukkan bagi mereka yang sakit parah atau lemah. POLST memberikan arahan yang lebih spesifik kepada orang-

orang yang sakit parah atau lemah mengenai perawatan kesehatan mereka dibandingkan dengan arahan di muka dan lebih banyak pilihan daripada perintah Jangan Resusitasi (DNR) (*Who Needs a POLST, a Portable Medical Order? How Do I Know If POLST Is Right for Me? Why Is POLST Not for Healthy People?*, 2022).

POLST telah diadopsi oleh banyak negara. sebagai tanggapan terhadap kekurangan dalam arahan umum tertulis di awal. Tidak seperti surat wasiat hidup atau dokumen yang menyebutkan nama agen hukum, formulir POLST merupakan perintah dokter yang ditandatangani dan mengarahkan perawatan berdasarkan pilihan pasien. Di beberapa negara bagian, praktisi perawat atau asisten dokter berwenang menandatangani formulir POLST. Formulir POLST terutama cocok untuk pasien yang ahli nefrologinya tidak akan terkejut jika pasien tersebut meninggal pada tahun berikutnya. Formulir POLST telah terbukti efektif dalam menghormati pilihan pengobatan akhir hidup pasien, sebagian karena formulir tersebut memastikan kesinambungan pesanan untuk pasien di seluruh rangkaian pengobatan. Jika tersedia, dokumen-dokumen tersebut khususnya dapat diterapkan pada banyak pasien CKD dan membantu memastikan bahwa pasien menerima pengobatan yang mereka (Moss, 2020).

11.4 Siapa yang Memerlukan Perencanaan Perawatan Awal

Bagaimana perawat tahu siapa saja pasien yang membutuhkan perencanaan perawatan awal?. Dan selanjutnya apakah POLST tepat untuk pasien yang dirawat? POLST diciptakan untuk membantu pasien dengan penyakit serius atau kelemahan parah diantaranya seperti pasien di bawah ini:

1. Beresiko mengalami keadaan darurat medis berdasarkan kondisi medis mereka saat ini.
2. Telah beberapa kali mengunjungi rumah sakit yang tidak direncanakan dalam setahun terakhir.
3. Telah didiagnosis mengidap penyakit serius seperti penyakit jantung berat, kanker metastatik, stadium lanjut

penyakit paru-paru, ginjal atau hati; demensia lanjut, dan kondisi lainnya.

4. Menyadari bahwa kondisi mereka yang semakin parah sangat membatasi kemampuan mereka untuk melakukan aktivitas sehari-hari.

Jika menurut pasien POLST tepat dan diperlukan, bicarakan dengan dokter atau perawat tentang:

1. Kondisi kesehatan saat ini
2. Apa yang terjadi jika diresusitasi: berapa lama kemungkinan akan dirawat di rumah sakit, pemulihan, apa pengaruhnya terhadap perkembangan penyakit.
3. Pilihan pengobatan apa yang tersedia dan apa manfaat serta bebannya bagi pasien secara khusus.

Mengapa POLST tidak diperuntukkan bagi orang sehat? Orang sehat tidak memerlukan formulir POLST untuk mendapatkan semua pilihan perawatan medis yang tersedia bagi mereka selama darurat medis. Pasien sehat jika mengalami sakit bisa mendapat pelayanan segera di Instalasi gawat darurat. Orang yang tidak menderita penyakit serius atau kelemahan tingkat lanjut kemungkinan besar tidak memerlukan perintah medis dari POLST, kecuali dalam keadaan yang tidak biasa. Anda dapat berbicara dengan penyedia layanan kesehatan Anda tentang tujuan perawatan dan pengobatan melengkapi dokumen perencanaan perawatan lainnya (www.Pols.org, 2022).

11.4 Perencanaan Perawatan Awal: Masalah Khusus

Perencanaan perawatan awal merupakan proses berkelanjutan yang harus dimulai saat diagnosis dan berlanjut sepanjang proses penyakit. Mengingat tingginya prevalensi gangguan kognitif di antara pasien dengan penyakit neurodegeneratif, penting untuk menilai kapasitas pengambilan keputusan untuk diskusi perencanaan perawatan awal. Kapasitas pengambilan keputusan dapat ditentukan oleh dokter mana pun dan bersifat spesifik dalam mengambil keputusan. Misalnya, pasien

dengan demensia ringan mungkin memiliki kapasitas untuk menyebutkan nama layanan kesehatan namun mungkin tidak memiliki kapasitas untuk membuat keputusan yang lebih kompleks seperti menjalani resusitasi jantung paru jika terjadi penyakit yang parah.

Diskusi perencanaan perawatan awal harus fokus pada perolehan tujuan dan nilai-nilai pasien. Penting bagi dokter untuk melakukan diskusi terbuka dengan pasien mengenai kemungkinan perjalanan penyakit mereka dan kemungkinan keputusan yang akan diambil. Dalam kasus Amyotrophic Lateral Sclerosis (ALS), misalnya, perjalanan penyakit alami bagi hampir semua pasien adalah kematian akibat gagal napas. Oleh karena itu, diskusi terbuka mengenai trakeostomi dan ventilasi mekanis invasif jangka panjang harus dilakukan sejak dini dengan pasien dan keluarga, jauh sebelum krisis terjadi. Percakapan harus membahas masalah kualitas hidup, harapan dan ketakutan, serta potensi beban keuangan dan pengasuh. Penting untuk menyadari bahwa perencanaan perawatan dini merupakan proses jangka panjang, dan merupakan hal yang normal jika perspektif dan keputusan pasien berubah seiring berjalannya waktu (Lindenberger & Meier, 2012).

Kesadaran prognostik penting karena beberapa alasan: untuk menghormati otonomi pasien; untuk mendapatkan preferensinya mengenai pengobatan dan tujuan perawatan, dan untuk berbagi keputusan pengobatan akhir hayat atau end of life. Selain itu kesadaran prognosis yang memadai telah dilaporkan berhubungan dengan berkurangnya tekanan psikologis dan kualitas hidup yang lebih baik. Komunikasi yang jelas tentang prognosis dan tujuan perawatan juga dianggap sebagai aspek penting untuk menghormati otonomi pasien. Memang benar, ini adalah prinsip bioetika mendasar seperti yang dijelaskan dalam Deklarasi Helsinki, yang memungkinkan partisipasi pasien dalam proses pengambilan keputusan pengobatan End Of Life (Pace et al., 2022).

Berikut adalah salah satu contoh hasil yang diinginkan dari Perencanaan Perawatan Awal pada Pasien CKD:

1. Meningkatkan pemahaman pasien dan keluarga tentang penyakit pasien dan permasalahan akhir hidupnya,

termasuk prognosis dan kemungkinan hasil dari rencana perawatan alternatif

2. Tentukan prioritas utama pasien dalam perawatan di akhir kehidupannya dan kembangkan rencana perawatan yang mengatasi permasalahan ini dan identifikasi tujuan perawatan pasien secara keseluruhan.
3. Meningkatkan otonomi pasien dengan membentuk perawatan klinis di masa depan agar sesuai dengan preferensi dan nilai-nilai pasien
4. Meningkatkan proses pengambilan keputusan layanan kesehatan secara umum, termasuk (1) kepuasan pasien dan keluarga terhadap proses perencanaan perawatan awal; (2) pemahaman penyedia layanan kesehatan tentang perencanaan perawatan awal dan arahan awal; dan (3) kenyamanan penyedia layanan dalam berpartisipasi dalam perencanaan perawatan dini
5. Bantu pasien menemukan harapan dan makna dalam hidup serta mencapai rasa kedamaian spiritual
6. Jelajahi cara untuk meringankan beban emosional dan keuangan yang ditanggung oleh pasien dan keluarga
7. Perkuat hubungan dengan orang yang dicintai
8. Petunjuk tertulis lengkap di muka, terutama yang mengidentifikasi agen resmi, jangan melakukan resusitasi dokumen, dan dokumen POLST jika tersedia
9. Hormati arahan sebelumnya, jangan melakukan resusitasi perintah, dan perintah POLST di akhir masa hidup (Moss, 2020).

DAFTAR PUSTAKA

- Azoulay, E., Pochard, F., Kentish-Barnes, N., Chevret, S., Aboab, J., Adrie, C., Annane, D., Bleichner, G., Bollaert, P. E., Darmon, M., Fassier, T., Galliot, R., Garrouste-Orgeas, M., Goulenok, C., Goldgran-Toledano, D., Hayon, J., Jourdain, M., Kaidomar, M., Laplace, C., ... Schlemmer, B. 2005. Risk of post-traumatic stress symptoms in family members of intensive care unit patients. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 171(9), 987–994. <https://doi.org/10.1164/rccm.200409-12950C>
- Detering, K. M., Hancock, A. D., Reade, M. C., & Silvester, W. 2010. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: Randomised controlled trial. *BMJ (Online)*, 340(7751), 847. <https://doi.org/10.1136/bmj.c1345>
- Lindenberger, E., & Meier, D. E. 2012. What Special Considerations Are Needed for Individuals With Amyotrophic Lateral Sclerosis, Multiple Sclerosis, or Parkinson Disease? *Evidence-Based Practice of Palliative Medicine*, 317–329. <https://doi.org/10.1016/B978-1-4377-3796-7.00056-2>
- Moss, A. H. 2020. Ethical Issues in Chronic Kidney Disease Patients. *Chronic Renal Disease*, 1309–1320. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815876-0.00080-2>
- Pace, A., Tanzilli, A., & Benincasa, D. 2022. Prognostication in brain tumors. *Handbook of Clinical Neurology*, 149–161. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-85029-2.00001-4>
- Starks, H., Vig, E. K., & Robert, A. (n.d.). *Specific Situations and Skill Sets Advance Care Planning*. 19635.
- Steinberg, T. B., & Hadler, R. A. 2022. Role of Palliative Care. *Perioperative Medicine*, 628–638. <https://doi.org/10.1016/B978-0-323-56724-4.00043-5>
- Who Needs a POLST, a Portable Medical Order? How do I know if POLST is right for me? Why is POLST not for healthy people?* 2022. 2022.

BIODATA PENULIS



Lisa Rizky Amalia, S.Kep., Ns., M.Kep.

Dosen Jurusan Keperawatan
Poltekkes Kemenkes Semarang

Saya lahir di Palembang, pada bulan Mei 1997. Saya bekerja di Poltekkes Kemenkes Semarang sebagai seorang dosen di Program Studi D-III Keperawatan Semarang. Saya menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan dan Profesi Ners di Universitas Ngudi Waluyo pada tahun 2020, dan S2 Keperawatan Peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Gadjah Mada pada tahun 2022.

Penulis ingin mengucapkan terima kasih yang tak terhingga kepada Allah SWT, kedua orang tua, dan segala pihak yang telah mendukung. Terima kasih atas doa dan dukungan sehingga penulis bisa menghasilkan karya ini. Semoga membawa manfaat bagi kita semua. Aamiin YRA.

BIODATA PENULIS



Ns. Mochamad Robby Fajar Cahya, S.Kep., MSN.

Dosen Keperawatan Pada Fakultas Keperawatan dan
Kebidanan Universitas Binawan Jakarta dan Dosen
Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan Akademi
Keperawatan Berkala Widya Husada RS Meilia Cibubur

Kegiatan Penulis Saat ini Sebagai Dosen Keperawatan Pada Fakultas Keperawatan dan Kebidanan Universitas Binawan Jakarta dan Dosen Keperawatan Pada Prodi D3 Keperawatan Akademi Keperawatan Berkala Widya Husada RS Meilia Cibubur. Penulis Lulusan dari Akademi Keperawatan Persada Husada Indonesia Jakarta, S1 + Ners di Fakultas Ilmu Universitas Indonesia, S2 Keperawatan dengan peminatan Critical care di Middle East University FZE Uni Emirate Arab, dan Saat ini Sedang melanjutkan Pendidikan S2 Magister Manajemen Kesehatan Keselamatan Kerja dan Lingkungan di Pasca Sarjana Universitas Sahid Jakarta. Pengalaman Kerja 12 tahun terakhir di Ministry of Health Kuwait di Mubarak Alkabeer Hospital (Medcal Ward) dan Sabah Al Ahmad Urology Center (Surgical Oncology Ward). Penulis juga aktif di berbagai Organisasi Profesi dan Organisasi Sosial Kemasyarakatan. Saat ini Penulis menjabat sebagai Wakil Sekretaris Pada Pengurus Pusat Himpunan Perawat Critical Care Indonesia (PP HIPERCCI) Periode 2023–2028. Dan Pada Tahun 2022 juga mendapatkan Penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Tingkat Nasional dari LSP Optimal.

BIODATA PENULIS



Nandar Wirawan, S.Kep.,Ners.,M.Kep

Praktisi Keperawatan RSUD Kabupaten Sumedang

Penulis lahir di Bandung tanggal 28 Nopember 1983. Penulis adalah praktisi keperawatan di RSUD Kabupaten Sumedang. Menyelesaikan pendidikan sarjana keperawatan (S.Kep) di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2008, Program Profesi Ners di STIKes Jendral Achmad Yani Cimahi tahun 2009 dan Magister Keperawatan (M.Kep) peminatan keperawatan kritis di Universitas Padjadjaran tahun 2016. Penulis bekerja sebagai praktisi keperawatan sejak 2010 dengan bidang keahlian Gawat Darurat dan Keperawatan Kritis. Selain itu penulis memiliki pengalaman mengajar di beberapa Universitas pada program studi keperawatan. Penulis memiliki pengalaman sebagai sekretaris pokja Akses Pasien dan Kontinuitas pelayanan pada Akreditasi RS, selain itu penulis pernah menjabat sebagai ketua komite keperawatan sejak 2015 sampai 2024. Beberapa hasil penelitian penulis telah dipublikasikan baik penelitian yang dilakukan secara individu maupun tim.

BIODATA PENULIS



Ns. Yofa Anggriani Utama, S.Kep, M.Kes, M.Kep

Dosen pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada
Palembang

Penulis merupakan dosen pengajar di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Palembang, Jenjang pendidikan akademik pertama kali menempuh Sekolah Perawat Kesehatan Pemda TK II Lahat tahun 2002, melanjutkan Studi Sarjana keperawatan sekaligus profesi Ners di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bina Husada Tahun 2007, Pada tahun 2012 penulis melanjutkan pendidikan S2 Kesehatan Masyarakat, Karena ketertarikan penulis dengan dunia keperawatan sehingga pada tahun 2016. Melanjutkan pendidikan Magister Keperawatan di Universitas Andalas Padang. Penulis mengawali karir sebagai dosen pada tahun 2008 hingga sekarang. Sejak awal menjadi dosen hingga saat ini penulis mengajar pada mata kuliah keperawatan medikal bedah, sebagai seorang dosen penulis juga aktif melaksanakan penelitian.

Email : yofaanggriani@yahoo.co.id

BIODATA PENULIS



Ns Alfi Rusdianti, M. Kep

Penulis lahir di Lebak, 6 Agustus 1993. Menyelesaikan Pendidikan S1 Keperawatan tahun 2015 dan kemudian menempuh pendidikan profesi Ners pada tahun 2016 di Universitas Muhammadiyah Yogyakarta. Pada tahun 2019 menyelesaikan studi untuk jenjang S2 di Program Studi Magister Keperawatan di kampus yang sama yaitu Universitas Muhammadiyah Yogyakarta.

BIODATA PENULIS



Fany Lairin Djala, S.Kep, Ns., M.Biomed

Dosen Program Studi S1 Keperawatan
Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso

Penulis lahir di Poso tanggal 12 Juli 1990. Penulis adalah dosen tetap Program Studi S1 Keperawatan Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Husada Mandiri Poso. Penulis Menyelesaikan Pendidikan S1 pada program Studi S1 Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sam Ratulangi Manado dan Pendidikan S2 pada program Studi Ilmu Biomedik Fakultas Kedokteran Universitas Brawijaya Malang. Penulis menekuni bidang penulisan dan Penelitian. Motto Hidup Penulis adalah “belajar Sepanjang Hayat”.

BIODATA PENULIS



Ns. Ika Purnamasari, M. Kep.

Dosen Program Studi Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan UNSIQ Wonosobo

Penulis lahir di Purbalingga tanggal 14 April 1981. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Sains Al Qur'an Wonosobo. Menyelesaikan pendidikan S1 dan profesi Ners pada PSIK FK UGM dan melanjutkan S2 pada Jurusan yang sama yaitu Magister Keperawatan di Universitas Gadjah Mada Yogyakarta. Beberapa tulisan karya penulias antara lain menulis *Book Chapter* pada Buku Daras Al Qur'an dan Sains Modern, Buku Ajar Keperawatan Anak Sakit Kronis dan Terminal Asosiasi Institusi Pendidikan Ners Indonesia (AIPNI) serta menjadi Editor pada beberapa buku.

BIODATA PENULIS



Ns. Arif Hidayatullah, S.Kep., M.Kep., Sp. KMB., FIHFAA

Dosen Program Studi Ilmu Keperawatan
Fakultas Ilmu Kesehatan

Penulis lahir di Payaraman tanggal 21 Desember 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Ilmu Kesehatan, Universitas Indonesia Maju (UIMA). Menyelesaikan pendidikan S1 Keperawatan di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia pada tahun 2007. Pendidikan profesi Ners di Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Muhammadiyah Jakarta pada tahun 2012. Melanjutkan Pendidikan Magister Keperawatan dan Spesialis Keperawatan Medikal Bedah peminatan Neurologi pada tahun 2020. Penulis dari tahun 2002 sampai Juni 2023 bekerja di Rumah Sakit Haji Jakarta dengan jabatan terakhir sebagai Ketua Komite Keperawatan. Penulis juga aktif sebagai surveyor akreditasi rumah sakit di Lembaga Akreditasi Fasilitas Kesehatan Indonesia (LAFKI). Penulis juga sebagai *CEO* Klinik Mandiri Hidayatullah *Wound Care* dan Komplementer Stroke Depok. Penulis aktif juga sebagai instruktur pelatihan BTCLS di EMT 911 Jakarta dan HIPGABI DKI Jakarta. Aktif juga sebagai pengurus organisasi keperawatan, diantaranya: HIPGABI DKI Jakarta, BAPENA DKI Jakarta, DPD PPNI Jakarta Timur dan DPK PPNI Praktek Mandiri Perawat Depok. Penulis aktif menulis buku dengan harapan dapat memberikan kontribusi positif bagi bangsa dan negara. Motto penulis; Orang Lain Bisa Kita Juga Pasti Bisa.

Email : hidayatullahrief82@gmail.com

BIODATA PENULIS



Natalia Ratna Yulianti, Ns., MAN.

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
STIKes St. Elisabeth Semarang

Penulis lahir di Semarang tanggal 2 Juli 1980. Penulis adalah dosen tetap pada Program Studi Pendidikan Profesi Ners, STIKes St. Elisabeth Semarang, menyelesaikan pendidikan S1 Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners di Program Studi Ilmu Keperawatan, Fakultas Kedokteran, Universitas Diponegoro dan melanjutkan S2 pada jurusan Master of Art in Nursing, Angeles University Foundation, Filipina. Penulis menekuni bidang Keperawatan/Kesehatan Anak dengan mengampu Mata Ajar Keperawatan Anak dan membimbing Praktik Keperawatan Anak di beberapa rumah sakit, melakukan penelitian, inovasi dan pengabdian kepada masyarakat pada anak dan remaja yang juga dipublikasikan di jurnal nasional. Saat ini penulis menjadi Pengurus Ikatan Perawat Anak Indonesia (IPANI) Jawa Tengah.

BIODATA PENULIS



Ns. Nonok Karlina, M.Kep., Sp.Kep.MB.

Dosen Program Studi Keperawatan Dan Profesi Ners
Fakultas Kesehatan Institut Teknologi Dan Kesehatan Mahardika

Penulis adalah dosen tetap di Institut Teknologi Dan Kesehatan Mahardika Cirebon. Menyelesaikan pendidikan S1 pada Jurusan Keperawatan dan melanjutkan S2 pada Jurusan Keperawatan Medikal Bedah. Saat ini aktif melakukan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

BIODATA PENULIS



Dr. Herniyatun, M.Kep. Sp. Mat

Dosen Program Studi Pendidikan Profesi Ners
Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Muhammadiyah Gombong

Penulis lahir di Kebumen, 6 Pebruari 1977. Penulis menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2000. Lulus program Magister keperawatan pada tahun 2008 di perguruan tinggi yang sama, kemudian melanjutkan pendidikan spesialis keperawatan maternitas lulus di tahun 2009 dan Doktoral pada tahun 2020 juga di Universitas Indonesia. Mengawali karir dosen di Akademi Keperawatan Muhammadiyah Gombong tahun 2000 sebagai Dosen Keperawatan. Pada tahun 2006 diamanahi sebagai Ketua Program Studi Diploma III, Ketua Program Studi S1 Keperawatan tahun 2009, Ketua Program Studi Ners tahun 2012, Wakil Ketua I Bidang Akademik Tahun 2015, Ketua STIKES Muhammadiyah Gombong tahun 2016 hingga Tahun 2021, dan saat ini menjabat sebagai Rektor Universitas Muhammadiyah Gombong periode Tahun 2021 - 2025.