

TELEHEALTH DALAM LAYANAN PALIATIF

Mari Esterilita, S.Tr.Sos, Sp.P.S.A
Ns.Mochamad Robby Fajar S.Kep., MSN., MM
Ns. Zakiyah S.Kep., Sp.Kep,J



TELEHEALTH DALAM LAYANAN PALIATIF

Penulis:

Mari Esterilita, S.Tr.Sos, Sp.P.S.A

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

Ns. Zakiyah S.Kep., Sp.Kep,J



GET PRESS INDONESIA

TELEHEALTH DALAM LAYANAN PALIATIF

Penulis : Mari Esterilita, S.Tr.Sos, Sp.P.S.A
Ns.Mochamad Robby Fajar S.Kep., MSN., MM
Ns. Zakiyah S.Kep., Sp.Kep,J

ISBN : 978-623-125-598-3

Editor : Dr. Oktavianis, M.Biomed.
Desain Sampul dan Tata Letak : Atyka Trianisa, S.Pd.

Penerbit : GET PRESS INDONESIA
Anggota IKAPI No. 033/SBA/2022

Redaksi :
Jl. Pasir Sebelah No. 30 RT 002 RW 001
Kelurahan Pasie Nan Tigo Kecamatan Koto Tengah
Padang Sumatera Barat
Website : www.getpress.co.id
Email : adm.getpress@gmail.com

Cetakan pertama, Januari 2025

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

KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena berkat rahmat dan karunia-Nya, buku ini dapat terselesaikan dengan baik. Buku ini, yang berjudul ***“Telehealth dalam Layanan Paliatif”***, hadir sebagai upaya untuk memberikan wawasan dan pemahaman yang lebih mendalam mengenai penerapan teknologi telehealth dalam konteks layanan paliatif.

Di tengah perkembangan teknologi informasi yang pesat, telehealth menjadi salah satu solusi inovatif untuk meningkatkan akses dan kualitas pelayanan kesehatan, terutama bagi pasien dengan kondisi terminal yang memerlukan perawatan paliatif. Melalui buku ini, kami berharap dapat menyajikan berbagai informasi dan strategi yang relevan untuk tenaga medis, pasien, dan keluarga dalam mengoptimalkan layanan paliatif melalui telehealth.

Kami ingin mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya kepada Kementerian Pendidikan, Kebudayaan, Riset, dan Teknologi (Kemendikbudristekdikti) atas dukungan pendanaan dalam Penelitian Dosen Pemula Tahun 2024. Dukungan ini sangat berarti bagi kami dalam melakukan penelitian dan pengembangan di bidang ini. Semoga buku ini dapat memberikan manfaat dan kontribusi yang signifikan bagi perkembangan ilmu pengetahuan serta praktik pelayanan kesehatan khususnya dalam bidang Paliatif di Indonesia.

Akhir kata, kami berharap buku ini dapat menjadi sumber inspirasi dan referensi bagi semua pihak yang terlibat dalam layanan paliatif, serta mendorong penelitian lebih lanjut di bidang telehealth.

Jakarta, Oktober 2024
Hormat kami,

Penulis

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR	i
DAFTAR ISI.....	ii
DAFTAR GAMBAR	iv
BAB 1 PENGANTAR TELEHEALTH	1
1.1 Pendahuluan.....	1
1.2 Konsep Teoritis	1
1.3 Sejarah Perkembangan Telehealth.....	8
BAB 2 TELEHEALTH DALAM LAYANAN PALIATIF.....	12
2.1 Teori yang mendasari telehealth dalam Layanan Paliatif.....	13
2.2 Aplikasi Teori dalam Rawatan paliatif.....	16
2.3 Pentingnya Telehealth dalam Layanan Paliatif	17
BAB 3 KETRAMPILAN DAN KOMPETENSI SUMBER DAYA MANUSIA DALAM LAYANAN TELEHEALTH	19
3.1 Ketrampilan Sumber Daya Manusia dalam Telehealth.....	19
3.2 Panduan Penggunaan Platform Telehealth.....	21
3.3 Peran Tim Interdisplin Paliatif dalam Layanan Telehealth.....	25
BAB 4 EVALUASI DAN PENGUKURAN EFEKTIVITAS DALAM LAYANAN PALIATIF	34
4.1 Metode Evaluasi Telehealth dalam Layanan Paliatif..	35
4.2 Alat Pengukuran Efektivitas Telehealth dalam Layanan Paliatif	37
4.3 Tantangan dalam Evaluasi Telehealth untuk Layanan Paliatif	39

BAB 5 ETIKA DAN PRIVASI DALAM TELEHEALTH	42
5.1 <i>Pertimbangan Etis dan Privasi dalam Telehealth</i>	42
5.2 Perlindungan Data dan Privasi Pasien	43
5.3 Kebijakan penggunaan Telemedicine	46
DAFTAR PUSTAKA	50
BIODATA PENULIS	

DAFTAR GAMBAR

Gambar 3. 1. Pembagian SDM layanan Telehealth.....	21
Gambar 3. 2. Alur layanan tehealth.....	23
Gambar 3. 3. Flow Chat Sistem Informasi ODHIV	24
Gambar 3. 4. Tim Perawatan Paliatif yang Berpusat pada Pasien.....	32

BAB 1

PENGANTAR TELEHEALTH

1.1 Pendahuluan

Kemajuan Teknologi menyebar pesat ke berbagai sektor, salah satunya sektor kesehatan. Menanggapi kemajuan teknologi tersebut mendorong sektor kesehatan agar dapat menyesuaikan dengan kebutuhan kesehatan masyarakat. Penggunaan telehealth gencar dilakukan saat pandemi Covid-19, dan akan sangat diperlukan dalam rangka mencapai SDGS yang ke -3 yaitu *Good Health and Well Being*. Buku ini akan membahas lebih lanjut terkait dengan telehealth serta aplikasinya khususnya dalam layanan paliatif.

1.2 Konsep Teoritis

A. Pengertian Telehealth

Telehealth berasal dari bahasa Yunani yang berarti Jauh, pada suatu jarak *Telehealth* merupakan salah satu pemanfaatan teknologi yang dapat memudahkan manusia dalam hal pelayanan kesehatan yang berkualitas sesuai dengan kebutuhannya (Indah Manurung, 2021). Berdasarkan arti kata tersebut maka telehealth dapat diartikan penggunaan teknologi dalam layanan Kesehatan yang dapat

memudahkan manusia, spesifik terhadap kondisi penyakit yang dialami. Telehealth juga didefinisikan sebagai penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memberikan layanan kesehatan jarak jauh, termasuk perawatan klinis, pendidikan kesehatan, dan administrasi kesehatan publik (*World Health Organization, 2022*). Tidak hanya kaitan dengan layanan klinis atau perawatan Kesehatan jarak jauh, telehealth juga mencakup bagaimana edukasi Kesehatan melalui teknologi yang dapat dilakukan melalui telekonsultasi dengan tenaga Kesehatan. Selain itu, administrasi Kesehatan public juga merupakan bagian dari implementasi telehealth contohnya seperti kegiatan penjadwalan pertemuan dengan tenaga Kesehatan dan memantau kepatuhan perawatan/pengobatan agar sesuai dengan standar.

Berdasarkan definisi di atas dapat disimpulkan bahwa telehealth merupakan suatu layanan Kesehatan yang dilakukan dengan jarak jauh. Telehealth mengacu pada penyampaian layanan yang memanfaatkan teknologi informasi dan komunikasi seperti telepon, video conferencing, pesan elektronik, atau pemantauan digital untuk meningkatkan pelayanan kesehatan. Dengan peningkatan internet dan infrastruktur, konferensi video khususnya telah diperoleh guna meningkatkan keunggulan penyampaian telehealth dalam pelayanan kesehatan (Mataxen & Denise Webb, dalam (Khaeratunnafisah, 2021). Telehealth dalam konteks di Indonesia biasanya dapat diartikan dengan berbagai cara komunikasi seperti penggunaan Telepon menggunakan hotline, berbagi pesan

elektronik misalnya melalui pesan/sms/whatsapp, video conferencing melalui aplikasi Zoom/google meeting atau whatsapp phone dan sebagainya.

Telehealth meningkatkan komunikasi jarak jauh, memfasilitasi kerja tim, dan meningkatkan akses terhadap perawatan. Lokasi klien yang berada jauh dari pusat pelayanan kesehatan bisa tetap berkomunikasi dengan petugas kesehatannya, kemudian tetap mendapatkan perawatan.(Indah Manurung, 2021). Layanan telehealth memberikan keuntungan bagi tenaga Kesehatan maupun pasien. Melalui telehealth tenaga Kesehatan dapat mengefisiensikan waktu layanan, memantau perawatan atau pengobatan lebih optimal. Telehealth juga memfasilitasi pasien untuk dapat berkomunikasi dari jarak jauh dengan tenaga Kesehatan, selain mengurangi biaya yang harus dikeluarkan pasien saat ke Rumah Sakit/Layanan Kesehatan, telehealth dapat mencegah transmisi penyakit yang biasa dapat terjadi melalui pertemuan tatap muka.

Definisi Telemedicine tertuang dalam Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 tentang penyelenggaraan pelayanan telemedicine antar fasilitas pelayanan kesehatan Pasal 1 yang berbunyi bahwa telemedicine adalah “pemberian pelayanan kesehatan jarak jauh oleh profesional kesehatan dengan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi, meliputi pertukaran informasi diagnosis, pengobatan, pencegahan penyakit dan cedera, penelitian dan evaluasi, dan pendidikan berkelanjutan penyedia layanan kesehatan untuk

kepentingan peningkatan kesehatan individu dan Masyarakat”. Berdasarkan kebijakan tersebut dapat disimpulkan bahwa layanan telehealth mencakup berbagai aspek dalam layanan Kesehatan yakni dimulai dari aspek promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitative, serta evaluasi dan Pendidikan berkelanjutan. Hal ini tentunya diharapkan dapat memberikan layanan yang optimal bagi Kesehatan pasien maupun Masyarakat.

B. Teori yang mendasari Telehealth

Telehealth telah menjadi komponen integral dalam sistem perawatan kesehatan modern, terutama setelah pandemi COVID-19. Dasar teoritis telehealth mencakup berbagai disiplin ilmu, termasuk teknologi informasi, kesehatan masyarakat, dan keperawatan. Buku ini akan membahas fondasi teoretis yang mendasari praktik telehealth. Telehealth dalam konteks perawatan paliatif telah menjadi semakin penting, terutama dalam upaya meningkatkan akses dan kualitas perawatan bagi pasien dengan penyakit terminal atau kronis yang membatasi kehidupan. Buku ini akan membahas dasar teoritis yang mendasari penggunaan telehealth dalam pelayanan paliatif.

1. Teori Difusi Inovasi

Teori Difusi Inovasi yang dikembangkan oleh Rogers (1962) dan diperbarui oleh Greenhalgh et al. (2023) menjelaskan bagaimana, mengapa, dan seberapa cepat ide-ide dan teknologi baru menyebar. Teori ini menjelaskan bagaimana suatu inovasi dapat diterima dan disebarkan pada sebuah populasi atau Masyarakat.

Teori ini juga mempelajari bagaimana proses penyebaran informasi dari individu yang awal mengadopsi inovasi atau teknologi ke individu yang lebih luas cakupannya. Dalam konteks telehealth, teori ini membantu memahami adopsi dan penerimaan teknologi telehealth di antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Melalui identifikasi factor yang mempengaruhi keberagaman kecepatan dan cara adopsi yang berbeda dari penyedia layanan Kesehatan dan pasien hal ini akan membantu para pemangku kebijakan, praktisis Kesehatan dan pengembang teknologi untuk bisa merancang strategi yang efektif dalam menyebarkan inovasi baru dalam bidang Kesehatan seperti telehealth.

2. Teori Penerimaan Teknologi (*Technology Acceptance Model - TAM*)

TAM, yang dikembangkan oleh Davis (1989) dan dimodifikasi untuk telehealth oleh Kissi et al. (2022), menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi penerimaan dan penggunaan teknologi. Dalam telehealth, TAM membantu mengidentifikasi variabel-variabel seperti persepsi kegunaan dan kemudahan penggunaan yang mempengaruhi adopsi telehealth. Teori TAM ini juga dapat digunakan dalam melihat persepsi user atau pengguna terhadap teknologi atau aplikasi baru yang dinilai.

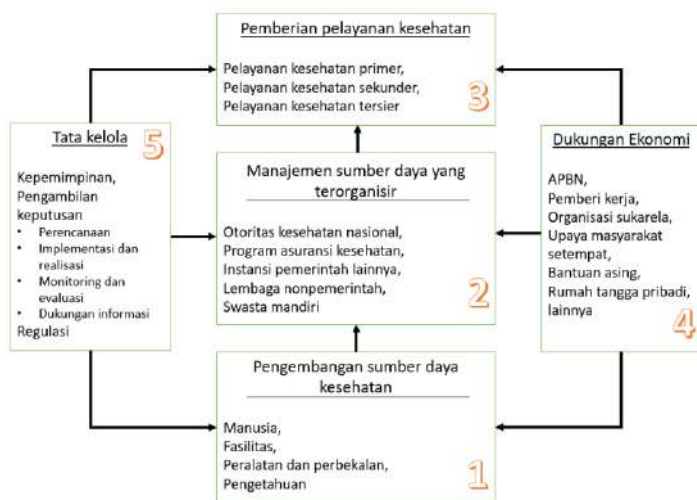
3. Teori Kehadiran Sosial (*Social Presence Theory*)

Teori ini, yang dikemukakan oleh Short et al. (1976) dan diaplikasikan dalam telehealth oleh Tates et al. (2023), menjelaskan bagaimana media komunikasi mempengaruhi interaksi interpersonal. Teori ini menjelaskan bagaimana kualitas dan Tingkat interaksi interpersonal dapat tercipta melalui media komunikasi tertentu, semakin tinggi Tingkat kehadiran social, maka semakin besar perasaan bahwa interaksi tersebut terasa seperti layaknya percakapan langsung. Dalam telehealth, teori ini membantu memahami bagaimana teknologi dapat memfasilitasi atau menghambat komunikasi antara penyedia layanan kesehatan dan pasien. Media komunikasi seperti video call dianggap sebagai media komunikasi yang dapat menciptakan kehadiran social lebih tinggi dibandingkan dengan media komunikasi lainnya seperti email atau pesan teks.

4. Teori Sistem Kesehatan (*Health Systems Theory*)

Teori system Kesehatan adalah sebuah kerangka teori yang digunakan untuk dapat memahami pola interaksi antara komponen-komponen dalam suatu system Kesehatan agar berjalan efektif. Teori Sistem Kesehatan yang dikembangkan oleh WHO (2023) menyediakan kerangka kerja untuk memahami bagaimana telehealth dapat diintegrasikan ke dalam sistem kesehatan yang lebih luas, mempertimbangkan aspek-aspek seperti aksesibilitas, kualitas, dan efisiensi layanan kesehatan. Teori ini memberikan kerangka kerja untuk dapat menganalisis dan merancang system

Kesehatan yang lebih baik, termasuk bagaimana memanfaatkan teknologi telehealth dan integrasinya ke dalam system Kesehatan yang lebih besar. Elemen inti yang perlu diperhatikan dalam teori system Kesehatan yakni pengembangan sumber daya Kesehatan, manajemen sumber daya yang terorganisir, pemberian pelayanan Kesehatan, dukungan ekonomi, dan tata Kelola. Adapun komponen utama infrastruktur system Kesehatan dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 1. 1. Komponen utama infrastruktur system Kesehatan
Sumber : Kleczkowski et al. dalam (Kementerian PPN/Bappenas, 2023)

Berbagai teori yang dijelaskan di atas teori difusi inovasi semakin memperkuat mengenai bagaimana urgensi penggunaan telehealth khususnya di Indonesia dengan

geografis yang sangat luas, penerimaan layanan telehealth masih terbatas pada daerah Perkotaan dan kalangan berpendidikan tinggi. Teori TAM juga biasanya digunakan dalam mengukur penerimaan pengguna atau users dalam layanan atau aplikasi, misalnya mengenai kemudahan layanan. Teori kehadiran social juga dapat menjelaskan bahwa media komunikasi dapat mempengaruhi interaksi interpersonal antara pasien dan tenaga Kesehatan. Telehealth dapat memfasilitasi layanan Kesehatan, namun juga dapat menjadi penghambat apabila tidak digunakan sesuai dengan standar pada umumnya. Selanjutnya, teori system Kesehatan digunakan yang menjadi dasar mengenai bagaimana telehealth dapat diintegrasikan dalam layanan Kesehatan dan memiliki tujuan untuk meningkatkan aksesibilitas, kualitas dan efisiensi layanan terhadap individual atau Masyarakat.

1.3 Sejarah Perkembangan Telehealth

Penggunaan teknologi informasi dalam bidang kesehatan sebenarnya sudah dimulai sejak tahun 1985. Pertama kali teknologi awal telemedika ini digunakan di dunia Pendidikan, yakni adalah telekonferensi antara WHO dengan Universitas di Indonesia (Suksmono et al., 2014). Pada tahun 1997 dilakukan percobaan telemedika berbasis satelit antara Fakultas Kedokteran dan Teknik Universitas Achmad Yani (FK UNJANI) di Bandung sebagai stasiun kontrol Rumah Sakit Harapan Kita di Jakarta (Tedeschi, 2020) dalam (Hensmit, 2024).

Selanjutnya, Laboratorium biomedik Institut Teknologi Bandung (ITB) pada tahun 2004. Tim peneliti membuat sistem telemedika berbasis internet untuk pelayanan kesehatan di pusat kesehatan Masyarakat (Puskesmas) berupa telekonsultasi, telediagnostik, telekordinasi, teleedukasi dan database kesehatan (Suksmono et al., 2014).

Penggunaan teknologi dalam dunia Kesehatan semakin berkembang dengan Telemedika berbasis mobile diciptakan pada tahun 2007 sebagai Upaya pemenuhan layanan medis yang bersifat emergensi atau darurat di daerah terpencil, sedangkan aplikasi telemedika pertama kali diluncurkan pada tahun 2010 sebagai bagian dari Teknik biomedik. Aplikasi e-kesehatan pada perkembangan awal dibuat untuk menghubungkan komunikasi antara dokter umum dengan dokter spesialis pada pusat medis (Shimizu et al., 2010).

World Health Organization (WHO) pada tahun 2010 mengeluarkan publikasi mengenai telemedika sebagai salah satu pilihan layanan kesehatan menggunakan teknologi informasi dan komunikasi dengan tujuan meningkatkan kesehatan individu dan Masyarakat. Komunikasi dalam telemedika dapat memungkinkan terjadinya pertukaran informasi terkait keluhan utama, tindakan diagnostik, terapeutik, pencegahan, pendidikan dan penelitian, bahkan monitoring atau pemantauan mandiri bagi para pasien (Octavius, Hwei dan Rebecca, 2021 dalam (Hensmit, 2024).

Dunia pendidikan dan Lembaga Kesehatan dunia seperti WHO, banyak berkontribusi dalam pengembangan teknologi dalam dunia Kesehatan, tentunya penggunaan teknologi dalam dunia Kesehatan ini tidak cukup, tanpa dukungan dari kebijakan yang dapat melindungi maupun mengatur bagaimana operasional pelaksanaannya. Regulasi dari pemerintah diperlukan sebagai dasar pelaksanaan serta mendukung bagaimana urgensi nya penggunaan teknologi dalam dunia kesehatan.

Mendukung pelayanan kesehatan berbasis telemedika ini, Pemerintah Republik Indonesia sudah memulai meregulasi melalui Peraturan Pemerintah (PP) Nomor 46 Tahun 2014 tentang sistem informasi kesehatan yang memberikan payung hukum agar seluruh data yang didapatkan dan terekam secara elektronik dapat digunakan untuk pembangunan kesehatan berkelanjutan. Pada tahun 2017, dikeluarkan peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No 46 tahun 2017 tentang strategi e-kesehatan nasional. Selanjutnya, pada tahun 2019 melalui Permenkes No 20 Tahun 2019 pemerintah mengatur penyelenggaraan telemedika pada pelayanan kesehatan.

Perkembangan telemedika kemudian semakin berkembang terutama saat terjadi pada tahun 2019 hingga pandemi COVID-19 tahun 2022. Pada tahun 2019 terdapat peraturan Menteri Kesehatan No.20 Tahun 2019 tentang penyelenggaraan pelayanan telemedicine antar fasilitas pelayanan Kesehatan. Kebijakan ini dimaksudkan untuk meningkatkan pelayanan Kesehatan khususnya di daerah

terpencil. Layanan ini dilakukan melalui layanan kesehatan antar fasyankes meliputi teleradiology, teleelektrokardiografi, teleultrasonografi, telekonsultasi klinis, dan pelayanan telemedicine lainnya sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi. Pada saat pandemi, Indonesia sudah memiliki regulasi terkait pelaksanaan telemedika melalui Permenkes Nomor 20 Tahun 2020 dan Surat edaran Menteri Kesehatan Nomor 303 Tahun 2020 yang keduanya berisi tentang acuan penyelenggaraan pelayanan kesehatan berbasis telemedika. Hal ini memungkinkan adanya pengakuan layanan telemedika sebagai layanan kesehatan yang dapat dilakukan oleh Masyarakat dan dapat dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan (Deloitte, 2019). Pedoman pelayanan Kesehatan melalui telemedicine pada masa pandemi covid-19 didukung oleh Keputusan Menteri Kesehatan nomor HK.01.07/MENKES/4829/2021. Sejarah mengenai perkembangan telehealth di Indonesia ini terus mengalami peningkatan dan masih memerlukan penyempurnaan ke depan.

BAB 2

TELEHEALTH DALAM LAYANAN PALIATIF

Telehealth secara spesifik dapat digunakan dalam berbagai layanan, jenis penyakit atau kondisi kesehatan pasien, salah satunya adalah dalam layanan paliatif. layanan Telehealth dalam perawatan paliatif didefinisikan sebagai penggunaan teknologi informasi dan komunikasi untuk memberikan layanan perawatan paliatif jarak jauh, termasuk manajemen gejala, dukungan psikososial, dan koordinasi perawatan akhir hayat (Phongtankuel et al., 2022). Berdasarkan definisi tersebut dapat diartikan bahwa layanan telehealth dalam layanan paliatif biasanya spesifik dalam upaya-upaya meningkatkan kualitas hidup pasien seperti manajemen gejala pasien, pemberian dukungan psikososial kepada pasien dan keluarga dan koordinasi perawatan dalam kondisi akhir hayat.

2.1 Teori yang mendasari telehealth dalam Layanan Paliatif

Adapun teori yang mendasari telehealth dalam layanan paliatif dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Teori Perawatan Berbasis Hubungan (Relationship-Based Care Theory)*

Dikembangkan oleh Koloroutis (2004) dan diaplikasikan dalam telehealth paliatif oleh Steindal et al. (2023), teori ini menekankan pentingnya hubungan terapeutik antara penyedia layanan Kesehatan seperti (perawat), pasien, dan keluarga. Dalam konteks telehealth paliatif, teori ini membantu memahami bagaimana mempertahankan dan meningkatkan hubungan terapeutik melalui media digital. Teori ini menjelaskan bahwa kualitas hubungan antara pasien, keluarga dan penyedia layanan Kesehatan sangat mempengaruhi hasil dari perawatan Kesehatan, baik dari sisi fisik, emosional, maupun psikologisnya. Diperlukan rasa saling percaya dan penuh perhatian untuk mencapai tujuan perawatan Kesehatan. Aplikasi teori ini dalam telehealth khususnya dalam perawatan paliatif salah satunya adalah bagaimana penyedia layanan kesehatan membangun komunikasi digital melalui panggilan video, pesan teks dan aplikasi telemedicine. Penyedia layanan menerapkan ketrampilan komunikasi , memberikan perhatian, dan memberikan dukungan dan empati walaupun menggunakan media digital tersebut. Dengan menggunakan teknologi yang tepat diharapkan dapat menciptakan hubungan yang dalam, empatik dan kolaboratif untuk mewujudkan

perawatan menyeluruh dalam rangka meningkatkan kualitas hidup pasien dan kelaurga.

2. *Teori Kenyamanan (Comfort Theory)*

Teori Kenyamanan yang dikembangkan oleh Kolcaba (1994) dan diadaptasi untuk telehealth paliatif oleh Jiang et al. (2024) berfokus pada pemenuhan kebutuhan kenyamanan pasien dalam berbagai konteks. Dalam telehealth paliatif, teori ini membantu mengidentifikasi dan mengatasi kebutuhan kenyamanan pasien secara holistik melalui intervensi jarak jauh. Penerapan teori kenyamanan dalam layanan telehealth meliputi pemberian kenyamanan fisik, kenyamanan psikospiritual, social dan lingkungan. Contoh dari pemberian kenyamanan fisik dalam telehealth meliputi pengelolaan nyeri dan gejala secara real time dengan platform telemedicine, penyedia layanan kesehatan dapat memantau kondisi pasien, memberikan layanan konsultasi mengenai pengeolaan nyeri dan pengaturan dosis obat.

3. *Teori Transisi (Transitions Theory)*

Dikembangkan oleh Meleis (2010) dan diterapkan dalam telehealth paliatif oleh Phongtankuel et al. (2022), Teori ini membantu memahami bagaimana pasien dan keluarga mengalami dan mengatasi transisi dalam perjalanan penyakit mereka. Telehealth dapat memfasilitasi dukungan yang berkelanjutan selama periode transisi ini. Contoh dari implementasi teori ini dalam layanan telehealth pada rawatan paliatif adalah bagaimana pemberian dukungan berkelanjutan oleh

penyedia layanan Kesehatan pada fase transisi pengobatan kuratif ke pengobatan paliatif. Seringkali perspektif negative mengenai layanan paliatif menimbulkan respon penolakan ataupun denial. Layanan telehealth dapat mendukung komunikasi jarak jauh secara terus menerus. Melalui layanan konsultasi, tenaga Kesehatan dapat memberikan informasi terbaru mengenai Kesehatan, menyediakan tempat untuk keluarga dan pasien menyampaikan keresahannya maupun memberikan dukungan dalam proses adaptasi pada fase transisi tersebut.

4. *Teori Self-Efficacy*

Teori Self-Efficacy dari Bandura (1977), yang diaplikasikan dalam telehealth paliatif oleh Steindal et al. (2023), menjelaskan bagaimana keyakinan individu terhadap kemampuan mereka mempengaruhi perilaku. Dalam konteks telehealth paliatif, teori ini membantu memahami bagaimana meningkatkan self-efficacy pasien dan keluarga dalam manajemen gejala dan perawatan di rumah. Teori ini memberikan perspektif pemberdayaan pada pasien dan keluarga, dimana dengan meningkatnya keyakinan pasien dan keluarga dalam pengelolaan gejala secara mandiri dapat meningkatkan rasa control diri mereka dalam memperbaiki kualitas hidup. Telehealth membantu pasien dan keluarga merasa lebih terlibat dalam proses perawatan dan lebih percaya diri dalam mengelola kondisi mereka, yang berujung pada pengurangan ketergantungan pada fasilitas medis.

2.2 Aplikasi Teori dalam Rawatan paliatif

Teori dalam paliatif ini perlu diaplikasikan dan menjadi bagian yang tidak terpisahkan dalam layanan paliatif. Adapun aplikasi teori dalam rawatan paliatif dapat dijelaskan sebagai berikut :

1. *Model Perawatan Paliatif Terintegrasi Jarak Jauh*

Model ini, yang dikembangkan oleh Phongtankuel et al. (2022), mengintegrasikan telehealth ke dalam perawatan paliatif konvensional. Model ini menekankan pentingnya koordinasi perawatan, manajemen gejala jarak jauh, dan dukungan psikososial virtual.

2. *Kerangka Kerja Etika Telehealth Paliatif*

Kerangka kerja ini, yang diusulkan oleh Jiang et al. (2024), menggabungkan prinsip-prinsip etika perawatan paliatif dengan pertimbangan khusus untuk praktik telehealth. Ini mencakup masalah privasi, kerahasiaan, dan pengambilan keputusan di akhir hayat dalam konteks perawatan jarak jauh.

3. *Model Dukungan Keluarga Virtual*

Model ini, yang dikembangkan oleh Steindal et al. (2023), berfokus pada penggunaan telehealth untuk memberikan dukungan kepada keluarga pasien paliatif. Model ini mengintegrasikan elemen-elemen dari Teori Perawatan Berbasis Hubungan dan Teori Transisi.

2.3 Pentingnya Telehealth dalam Layanan Paliatif

Telehealth dalam dunia kesehatan adalah hal yang baru, namun perkembangan telehealth ini sangat diperlukan dalam layanan paliatif yang mana salah satu pilihan terbaik adalah perawatan di rumah (*Homecare*) dapat meningkatkan kualitas hidup pasien. Telehealth dalam layanan paliatif sangat penting, yakni :

a. Aksesibilitas

Layanan telehealth memungkinkan pasien yang berada dalam daerah /yang sulit dijangkau untuk mendapatkan layanan paliatif tanpa harus bepergian jauh, menimbang kondisi kesehatan pasien yang tidak stabil

b. Kenyamanan

Kenyamanan akan didapatkan oleh pasien dan keluarga karena dapat mengurangi stress dan ketidaknyamanan saat kunjungan langsung ke rumah sakit atau klinik.

c. Dukungan Emosional

Telehealth memungkinkan akses yang lebih mudah dalam pemberian dukungan psikologis dan konseling bagi pasien dan keluarga dalam membantu menghadapi tantangan emosional yang dihadapi selama perawatan paliatif.

d. Fleksibilitas dalam perawatan

Layanan kepada pasien dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien. Pasien paliatif dengan kesehatan yang stabil sangat memungkinkan dalam penggunaan telehealth.

Dengan berbagai manfaat ini, telehealth dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dalam perawatan paliatif dan memberikan dukungan yang dibutuhkan selama masa sulit.

BAB 3

KETRAMPILAN DAN KOMPETENSI

SUMBER DAYA MANUSIA DALAM LAYANAN TELEHEALTH

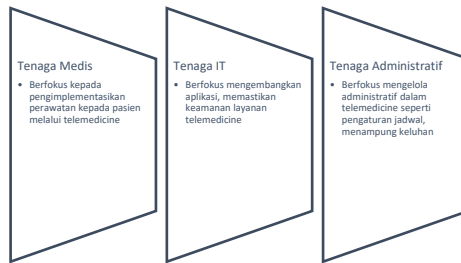
Kualitas sebuah layanan sangat ditentukan dengan bagaimana kualitas sumber daya manusianya. Penggunaan telehealth dalam dunia kesehatan memerlukan tenaga khusus yang melek teknologi dan terlatih. Ketrampilan dan kompetensi sumber daya dalam layanan telehealth akan di bahas pada bab berikut ini.

3.1 Ketrampilan Sumber Daya Manusia dalam Telehealth

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 20 Tahun 2019 tentang penyelenggaraan pelayanan telemedicine antar fasilitas pelayanan Kesehatan Pasal 9, bahwa Sumber daya manusia pemberi konsultasi dalam layanan telemedicine terdiri dari dokter, dokter spesialis/dokter subspesialis, tenaga Kesehatan lain, dan tenaga lainnya yang kompeten di bidang teknologi. Sumber daya manusia dalam layanan telemedicine harus terlatih menggunakan teknologi dan peralatan, serta memiliki ketrampilan komunikasi dan perilaku yang sesuai dalam layanan telemedicine(Permenkes RI, 2019).

Kondisi SDM Tenaga Kesehatan dalam layanan telemedicine lebih rinci dijelaskan oleh (Azhar Jaya, 2023) :

1. Tenaga Medis, telemedicine membutuhkan tenaga medis yang meliputi dokter, dokter spesialis, perawat dan tenaga medis lainnya seperti pekerja sosial yang terlatih dalam memberikan pelayanan telemedicine.
2. Tenaga IT, Telemedicine juga membutuhkan tenaga IT yang bertanggungjawab mengembangkan dan menjaga platform telemedicine. Tenaga IT memastikan keamanan, juga menyediakan dukungan teknis kepada tenaga Kesehatan dan pasien. Termasuk menarik data yang diperlukan untuk keperluan pengembangan aplikasi atau pengembangan program selanjutnya.
3. Tenaga Administratif
Implementasi telemedicine membutuhkan tenaga administrative yang biasa mengoperasikan dan mengelola telemedicine seperti pengaturan jadwal dan membantu operasional telemedicine. Tenaga administrative biasanya bertugas sebagai *customer service* yang dapat pula menampung berbagai kendala yang dihadapi oleh Tenaga Kesehatan dan pasien selama penggunaan aplikasi telehealth.



Gambar 3. 1. Pembagian SDM layanan Telehealth

3.2 Panduan Penggunaan Platform Telehealth

Penggunaan Platform Telehealth biasanya disesuaikan dengan instansi penyedia layanan. Panduan penggunaan platform telehealth menggunakan alur sebagai berikut :

1. Pendaftaran Akun

Pada pendafatarn akun pasien akan diminta melakukan kunjungan website melalui browser atau mengunduh aplikasi melalui smathphone. Pada pendaftaran akun pasien diminta mengisi formulir pendaftaran yang berupa biodata diri pasien seperti nama, Alamat email, nomor telepon, No pasien. Setelah pengisian data maka akan diakhir dengan verifikasi akun

2. Pembuatan Profil Pengguna

Dalam pembuatan profil pengguna pasien dapat melengkapi profil disertakan dengan tambahan informasi medis, Riwayat Kesehatan, ataupun informasi

alergi. Aplikasi biasanya juga akan memberikan informasi pembayaran jika diperlukan

3. Mencari Provider Kesehatan

Pada pilihan menu ini pasien dapat menemukan dokter, dengan spesialisasi, dan waktu praktik.

4. Menjadwalkan waktu Temu

Pada tahapan ini pasien akan mengajukan jadwal sesuai waktu praktik dokter yang tersedia, dan pasien dapat mengkonfirmasi mengenai jadwal tersebut kepada admin, atau tenaga administratif melalui layanan hotline/layanan chat.

5. Persiapan Sebelum Konsultasi

Sebelum melakukan layanan konsultasi online, pasien dapat mengecek koneksi internet dan menyiapkan pertanyaan yang ingin disampaikan kepada dokter/tenaga Kesehatan.

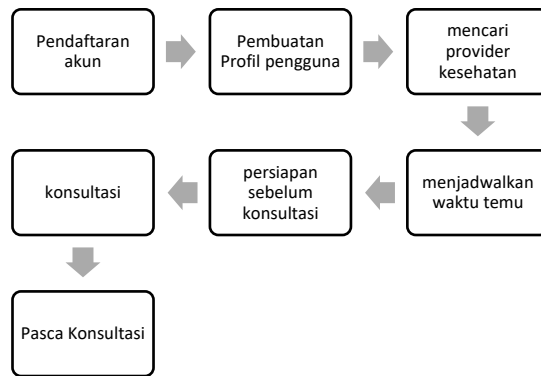
6. Konsultasi

Pada tahapan konsultasi pasien dapat masuk ke ruang konsultasi dengan menggunakan fitur Video dan Suara. Pastikan bahwa kamera dan mikrofon berfungsi dengan baik.

7. Pasca Konsultasi

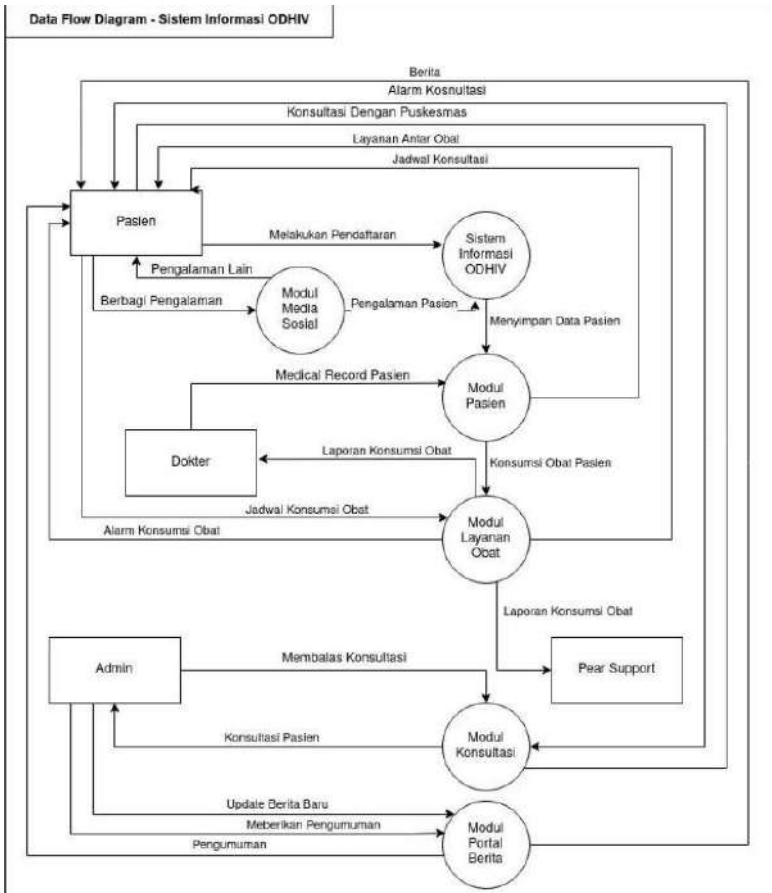
Pasca konsultasi pasien dapat mengikuti instruksi dokter/tenaga Kesehatan untuk proses pengobatan. Jadwalkan konsultasi lanjutan jika diperlukan.

Alur penggunaan platform telehealth dapat digambarkan sebagai berikut :



Gambar 3. 2. Alur layanan tehealth
(source :dikembangkan penulis)

Berikut salah satu contoh Gambaran Sistem Informasi ODHIV untuk Aplikasi GO Zero dalam Peningkatan Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHIV) dalam minum obat. Salah satu fitur aplikasi menggambarkan layanan konsultasi kepada dokter yang merupakan bagian dari implementasi telehealth.



Gambar 3. 3. Flow Chat Sistem Informasi ODHIV
Sumber : (Esterilita, Mari; Chairiyah, 2023)

System informasi di atas merupakan prototipe yang dikembangkan dalam rangka Peningkatan Kepatuhan Orang Dengan HIV AIDS (ODHIV). Pada system informasi tersebut dapat digambarkan bagaimana alur layanan dan komunikasi

oleh pasien, dokter, admin dan peer support, serta bentuk layanan yang diberikan.

3.3 Peran Tim Interdisplin Paliatif dalam Layanan Telehealth

Tim paliatif adalah sumber daya dalam penanganan layanan paliatif yang bertujuan dalam mengurangi penderitaan pasien dan keluarga, serta mencapai kualitas hidup yang baik. Tim paliatif bekerja secara Bersama-sama dengan cara berkoordinasi, berdiskusi atau pembahasan kasus terkait kondisi pasien dan keluarga. Peran tim interdispliner paliatif dalam layanan telehealth tidak jauh berbeda dengan peran tim interdispliner pada umumnya, namun perbedaannya adalah dari proses atau cara layanan yang dilaksanakan dalam bentuk telehealth yakni melalui video conference, chat, atau bahkan tersistem melalui aplikasi tertentu.

1. Peran Dokter Paliatif

Menurut (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2013) Dokter memainkan peran dalam rawatan paliatif interdisipliner, harus kompeten di kedokteran umum, kompeten dalam pengendalian rasa sakit dan gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pengelolaan penyakit pasien. Dokter yang bekerja di pelayanan paliatif mungkin bertanggung jawab untuk penilaian, pengawasan dan pengelolaan dari banyak dilema pengobatan sulit. Peran dokter paliatif

menurut pedoman paliatif kanker (Kementrian Kesehatan RI, 2015):

- a) Bertanggung jawab terhadap penatalaksanaan pasien paliatif
- b) Melakukan penatalaksanaan gejala pasien seperti nyeri dan gejala lainnya, misalnya pelaksanaan terapi kausatif
- c) Mengkoordinasikan dengan tim terkait penatalaksanaan nyeri dan gejala lainnya dari pasien yang memerlukan keahlian spesialis lain.
- d) Melakukan penatalaksanaan gejala pada pasien stadium terminal hingga fase menjelang akhir kehidupan
- e) Mengkoordinasikan kasus dengan dokter primer
- f) Memberikan konsultasi dari layanan primer

Layanan paliatif yang diberikan oleh dokter pada layanan telehealth dilakukan melalui telemedicine baik menggunakan video conference, chat, atau bahkan tersistem melalui aplikasi tertentu. Dokter dapat berkomunikasi mengenai keluhan pasien, serta memberikan saran dan arahan mengenai Langkah intervensi selanjutnya yang harus dilakukan oleh pasien, seperti melaksanakan terapi tertentu, penataan gejala, ataupun meresepkan obat.

2. Peran Pekerja Sosial

Dalam layanan paliatif Peran Pekerja social Medik menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2015) :

- 1) Pencatatan dan analisis masalah sosio-ekonomi pasien
- 2) Implementasi program mediko-sosial seperti konseling sosial (misalnya masalah pendidikan, masalah tempat kerja) dan pemberian solusi sosio-ekonomi alternatif
- 3) Persiapan klaim asuransi
- 4) Berkolaborasi dengan institusi dan organisasi sosial untuk menyelesaikan masalah sosial pasien dan keluarga
- 5) Mengevaluasi program yang dilaksanakan, melaporkan kemajuan pasien, dan memberikan respon jika diperlukan

Peran pekerja sosial adalah menangani masalah aspek sosial pada pasien paliatif, bagaimana mengakses pasien paliatif terhadap sumber dukungan. Peran pekerja sosial juga diperkuat oleh pendapat (Pairan & Andiana, 2021) mengenai Peran Pekerja Sosial dalam layanan paliatif sebagai berikut:

- 1) Peran dalam memberikan dukungan Sosial Pasien Paliatif
- 2) Peran dalam memberikan dukungan pasien paliatif

3) Peran dalam mengembalikan Keberfungsian social pasien paliatif.

Idealnya Pekerja sosial dapat melakukan layanan pemberian dukungan sosial, mengembalikan keberfungsian sosial kepada klien yang dapat tersistemasi melalui melalui aplikasi telehealth. Tetapi layanan telehealth yang berupa aplikasi telehealth di Rumah Sakit biasanya berfokus terhadap kepada layanan oleh Dokter. Perlu juga dikembangkan bagaimana tim interdisipliner diberikan wewenang dalam memberikan layanan langsung melalui telehealth kepada pasien.

3. Peran Perawat Paliatif

Peran Perawat dalam melakukan perawatan paliatif menurut Keputusan Kementrian Kesehatan RI (2007) yakni :

- 1) Penatalaksanaan nyeri
- 2) Penatalaksanaan keluhan fisik lain
- 3) Melakukan asuhan keperawatan
- 4) Memberikan dukungan psikologis, social dan kultural dan spiritual
- 5) Memberikan dukungan persiapan dan selama masa duka Cita

Peran perawat paliatif berbeda-beda tergantung dengan perannya dalam tim paliatif. Peran itu misalnya peran perawat sebagai coordinator layanan paliatif, tenaga pelaksana, perawat homecare, dan pelaku rawat

(*Caregiver*). Peran perawat paliatif menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2015) adalah bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif. Perawat berperan penting dalam penatalaksanaan nyeri pada pasien akibat dari proses perawatan yang dilakukan misalnya seperti perawatan luka, pemasangan infus ataupun pengambilan darah.

4. Peran Psikolog

Peran Psikolog menurut (Kementrian Kesehatan RI, 2015) adalah sebagai berikut :

- 1) Menerima permintaan penanganan psikologis
- 2) Menganalisis dan mendiagnosis gangguan jiwa
- 3) Menerapkan pendekatan psikologis sesuai kebutuhan pasien dan keluarga
- 4) Mengevaluasi pendekatan yang diberikan
- 5) Melakukan koordinasi dengan anggota tim perawatan paliatif.

Peran psikolog sangat penting dalam pemberian dukungan bagi pasien paliatif. Permasalahan psikososial merupakan masalah yang seringkali muncul lebih banyak dibandingkan dengan masalah fisik klien. Permasalahan psikologis yang muncul biasanya seperti kondisi kecemasan pasien dan keluarga pada prosedur perawatan dan perkembangan penyakit, depresi, stress ataupun masalah citra diri.

5. Peran Apoteker

Peran apoteker dikutip berdasarkan (Kementrian Kesehatan RI, 2015) dimana Komponen utama manajemen gejala dalam perawatan paliatif adalah farmakoterapi. Apoteker memastikan pasien dan keluarga memiliki akses yang mereka perlukan terhadap obat-obatan perawatan paliatif. Keahlian apoteker diperlukan untuk memberikan informasi yang tepat mengenai dosis, cara pemberian, efek samping, dan interaksi obat antikanker, morfin, dan analgesik lain yang diberikan kepada pasien dalam terapi paliatif. Apoteker tidak hanya berperan dalam penyedia obat-obatan bagi pasien, tetapi juga sebagai konsultan farmakologi yang dapat memberikan dukungan klinis dan edukatif kepada pasien, keluarga, ataupun anggota tim medis lainnya dalam rawatan paliatif. Peran ini sangat penting dalam mengoptimalkan terapi paliatif yang dijalankan serta diharapkan dapat membuat pasien merasa lebih nyaman, meskipun dalam kondisi penyakit serius.

6. Peran Rohaniawan

Pasien paliatif sangat erat kaitannya dengan kondisi akhir hayat bagi pasien. Rohaniawan membantu menjawab pertanyaan tentang makna hidup. Para rohaniawan bekerja dengan anggota tim perawatan paliatif lainnya untuk menganalisis kebutuhan spiritual dan keagamaan pasien dan keluarganya serta memberikan dukungan keagamaan dengan mengatur

ritual keagamaan yang dibutuhkan oleh pasien paliatif dan keluarganya.

7. Peran Relawan

Relawan adalah seseorang yang (tanpa ragu-ragu) merelakan waktu, tenaga, pikiran, dan keahliannya untuk menolong orang lain, padahal ia mengetahui bahwa ia tidak akan menerima upah atau gaji atas sumbangannya.

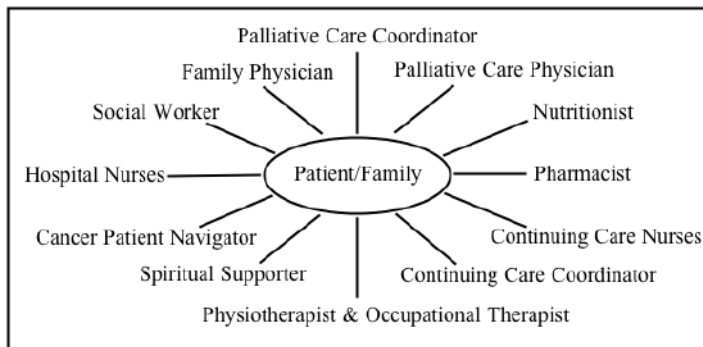
Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi tergantung kebutuhan. Relawan dapat berpartisipasi dalam perawatan di rumah sakit atau di rumah. Ini menyatukan relawan dari semua sektor masyarakat dan bertujuan untuk menjembatani kesenjangan antara fasilitas medis dan pasien (Kementrian Kesehatan RI, 2015)

Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan layanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas administratif, dan bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, mereka juga dapat berperan dalam meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, meningkatkan dukungan keuangan, mendukung rehabilitasi, dan bahkan memberikan perawatan medis.

Pengaturan Tim Interdisiplin Paliatif dalam layanan paliatif biasanya disesuaikan dengan kebutuhan dari Lembaga atau instansi penyedia layanan paliatif. Standar Pengaturan tim interdisipliner paliatif paling lengkap biasanya adalah pada layanan Kesehatan Tipe A seperti di

Rumah Sakit, misalnya Rumas Sakit Dharmais. Menurut Keputusan Menteri Kesehatan republic Indonesia NOMOR HK.01.07/MENKES/2180/2023 tentang penyelenggaraan layanan paliatif terkait Standar sumber daya manusia di Rumah Sakit dalam tim paliatif yakni diantaranya terdiri dari dokter, dokter spesialis, perawat, apoteker, psikolog klinis, fisioterapis, nutrisionis, kader, relawan, pelaku rawat, rohaniawan, pekerja sosial medis. Pedoman layanan paliatif pada puskesmas terdiri dari paling sedikit terdiri dari SDM dokter, perawat, dan kader. (Kemenkes RI, 2023).

Tim perawatan paliatif yang berpusat pada pasien dapat dijelaskan melalui gambar berikut :



Gambar 3. 4. Tim Perawatan Paliatif yang Berpusat pada Pasien
Sumber : (Ruan et al., 2010)

Merangkum dari implementasi Telehealth dalam bidang paliatif maka diperlukan SDM Tenaga Kesehatan yang terdiri dari Tim Paliatif (dokter, dokter spesialis, perawat, apoteker, psikolog klinis, fisioterapis, nutrisionis, kader, relawan, pelaku rawat, rohaniawan, pekerja sosial medis.),

tenaga IT yang memiliki background penguasaan teknologi serta , Tenaga administrative yang menjadi operator serta dapat mengelola layanan telehealth. Sumber daya manusia dalam layanan paliatif tidak hanya terampil dalam layanan langsung, namun juga dalam layanan telemedicine. Diperlukan peningkatan kompetensi khususnya dalam penggunaan aplikasi telehealth yang diharapkan dapat semakin meningkatkan kualitas hidup pasien.

BAB 4

EVALUASI DAN PENGUKURAN EFEKTIVITAS DALAM LAYANAN PALIATIF

Telehealth telah menjadi komponen integral dalam penyediaan layanan paliatif, terutama setelah pandemi COVID-19. Evaluasi dan pengukuran efektivitas telehealth dalam konteks ini sangat penting untuk memastikan kualitas perawatan, meningkatkan kualitas hidup pasien, dan mengoptimalkan penggunaan sumber daya kesehatan yang terbatas. Metode evaluasi dan pengukuran efektivitas yang beragam dapat disesuaikan dengan kebutuhan dari tujuan penilaian. Evaluasi dan pengukuran efektivitas layanan paliatif yang telah baku juga dapat dimanfaatkan oleh penyedia layanan untuk mengukur keefektifan layanan yang telah diberikan kepada pasien dan keluarga.

4.1 Metode Evaluasi Telehealth dalam Layanan Paliatif

1. Penilaian Hasil Klinis

Evaluasi hasil klinis dalam perawatan paliatif memiliki karakteristik unik karena fokusnya pada kualitas hidup dan manajemen gejala, bukan pada penyembuhan. Beberapa parameter yang dapat digunakan meliputi:

- a. Efektivitas manajemen nyeri dan gejala lain
- b. Tingkat kecemasan dan depresi pasien
- c. Kualitas tidur
- d. Tingkat kelelahan
- e. Tingkat keberhasilan pengobatan
- f. Tingkat kekambuhan
- g. Kualitas hidup pasien
- h. Tingkat kepatuhan terhadap rencana perawatan

Studi oleh Steindal et al. (2022) menunjukkan bahwa telehealth dapat secara efektif mendukung manajemen gejala pada pasien paliatif di rumah.

2. Analisis Kepuasan Pasien, Keluarga, dan Penyedia Layanan

Kepuasan pengguna dalam konteks paliatif melibatkan tidak hanya pasien, tetapi juga keluarga dan pengasuh. Aspek-aspek yang perlu dinilai meliputi:

- a. Kualitas komunikasi dan dukungan emosional
- b. Aksesibilitas layanan

- c. Kemudahan penggunaan teknologi
- d. Kesesuaian dengan preferensi perawatan akhir hidup
- e. Privasi dan keamanan data

Penelitian oleh Pinto et al. (2023) mengungkapkan tingkat kepuasan yang tinggi di antara pasien dan keluarga yang menggunakan layanan telepalliative care.

3. Evaluasi Ekonomi

Penggunaan aplikasi telehealth memerlukan biaya kaitannya dengan penggunaan teknologi, khususnya dalam pengembangan aplikasi Kesehatan. Tidak berbicara cost yang dikeluarkan, penggunaan telehealth ini juga memberikan banyak manfaat yang menjadi nilai tambah dalam efisiensi biaya perawatan. Analisis biaya-manfaat dan efektivitas biaya sangat penting dalam menilai keberlanjutan program telehealth. Aspek-aspek yang perlu dipertimbangkan meliputi:

- a. Biaya implementasi dan pemeliharaan sistem
- b. Penghematan biaya transportasi dan waktu
- c. Pengurangan kunjungan rumah sakit yang tidak perlu
- d. Peningkatan produktivitas penyedia layanan kesehatan

Adapun analisis biaya-manfaat dalam konteks paliatif harus mempertimbangkan aspek-aspek unik seperti:

- a. Pengurangan kunjungan rumah sakit yang tidak perlu

- b. Peningkatan kemampuan untuk tetap di rumah di akhir hidup
- c. Penghematan biaya transportasi untuk pasien dan keluarga
- d. Optimalisasi penggunaan waktu tenaga profesional paliatif

Studi oleh Lam et al. (2024) mendemonstrasikan penghematan biaya yang signifikan melalui implementasi telehealth dalam manajemen penyakit kronis. Dhiliwal et al (2024) mendemonstrasikan efisiensi biaya yang signifikan melalui implementasi telehealth dalam perawatan paliatif di daerah pedesaan. Kondisi ini sebenarnya sangat menguntungkan dengan tantangan geografis negara Indonesia yang luas serta terbatasnya jumlah SDM paliatif yang terlatih.

4.2 Alat Pengukuran Efektivitas Telehealth dalam Layanan Paliatif

1. Kuesioner Tervalidasi

Penggunaan kuesioner tervalidasi yang spesifik untuk perawatan paliatif dapat memberikan data kuantitatif yang reliabel. Beberapa contoh kuesioner yang dapat digunakan yaitu sebagai berikut:

- a. Palliative Care Outcome Scale (POS)
- b. Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)
- c. Quality of Life at the End of Life (QUAL-E)

- d. Caregiver Quality of Life Index-Cancer (CQOLC) untuk pengasuh
- e. Telehealth Usability Questionnaire (TUQ)
- f. Patient Assessment of Communication During Telemedicine (PACT)
- g. Telemedicine Satisfaction Questionnaire (TSQ)

Kuisisioner tersebut digunakan sesuai dengan kebutuhan aspek yang ingin diamati. Misalnya *Palliative Care Outcome Scale (POS)* dikutip melalui (Cicely Saunders Institute, 2012) merupakan serangkaian alat untuk mengukur gejala fisik, psikologis, emosional, dan spiritual pasien, serta kebutuhan informasi dan dukungan. Alat ini merupakan instrumen tervalidasi yang dapat digunakan dalam perawatan klinis, audit, penelitian, dan pelatihan. Pengukuran POS secara khusus dikembangkan untuk digunakan di antara orang-orang yang sangat terpengaruh oleh penyakit seperti kanker, gagal pernapasan, jantung, ginjal, atau hati, dan penyakit neurologis.

2. Analisis Data Klinis

Pemanfaatan data klinis dari rekam medis elektronik dapat memberikan gambaran objektif tentang efektivitas telehealth dalam perawatan paliatif. Indikator yang dapat dianalisis meliputi:

- a. Frekuensi dan intensitas gejala yang dilaporkan
- b. Penggunaan obat-obatan untuk manajemen gejala

- c. Jumlah kunjungan gawat darurat atau rawat inap yang tidak direncanakan
- d. Pencapaian preferensi tempat perawatan dan kematian

3. Analisis Biaya

Evaluasi ekonomi dalam konteks paliatif dapat dilakukan melalui:

- a. Analisis biaya-manfaat dengan mempertimbangkan nilai non-moneter seperti kualitas hidup
- b. Analisis efektivitas biaya dengan fokus pada pencapaian tujuan perawatan paliatif
- c. Analisis dampak budget pada sistem kesehatan
- d. Analisis biaya-manfaat (*Cost-Benefit Analysis*)
- e. Analisis efektivitas biaya (*Cost-Effectiveness Analysis*)
- f. Analisis utilitas biaya (*Cost-Utility Analysis*)

4.3 Tantangan dalam Evaluasi Telehealth untuk Layanan Paliatif

Berikut adalah tantangan dalam evaluasi telehealth dalam layanan paliatif yakni sebagai berikut :

- 1) Kesulitan dalam mengukur hasil-hasil subjektif seperti kualitas hidup dan kenyamanan
- 2) Variabilitas dalam trajektori (perkembangan) penyakit dan kebutuhan pasien paliatif
- 3) Kompleksitas dalam mengisolasi efek telehealth dari intervensi paliatif lainnya

- 4) Sensitivitas etis dalam pengumpulan data dari pasien di akhir hidup
- 5) Kebutuhan untuk mengintegrasikan perspektif multidisiplin dalam evaluasi

Rekomendasi untuk Evaluasi yang Efektif

- 1) Menggunakan pendekatan mixed-method yang menggabungkan data kuantitatif dan kualitatif
- 2) Melibatkan pasien, keluarga, dan penyedia layanan dalam desain evaluasi
- 3) Mengadaptasi alat pengukuran untuk konteks budaya dan sosial lokal
- 4) Melakukan evaluasi longitudinal untuk menangkap perubahan kebutuhan seiring waktu
- 5) Mempertimbangkan aspek etis dalam setiap tahap evaluasi.

Evaluasi dan pengukuran efektivitas telehealth merupakan proses kompleks yang membutuhkan pendekatan multidimensi. Kombinasi penilaian hasil klinis, kepuasan pengguna, dan analisis ekonomi dapat memberikan gambaran komprehensif tentang efektivitas program telehealth. Penggunaan alat pengukuran yang tervalidasi dan analisis data yang cermat sangat penting untuk menghasilkan evaluasi yang akurat dan dapat diandalkan. Serta telehealth dalam layanan paliatif memerlukan pendekatan holistik yang mempertimbangkan kompleksitas perawatan akhir hidup. Kombinasi penilaian hasil klinis, kepuasan pengguna, dan analisis ekonomi, dengan memperhatikan konteks unik perawatan paliatif, dapat memberikan gambaran

komprehensif tentang efektivitas program telehealth. Penggunaan alat pengukuran yang tervalidasi, analisis data yang cermat, dan pertimbangan etis yang mendalam sangat penting untuk menghasilkan evaluasi yang akurat, dapat diandalkan, dan bermakna dalam meningkatkan kualitas perawatan paliatif melalui telehealth.

BAB 5

ETIKA DAN PRIVASI DALAM TELEHEALTH

5.1 Pertimbangan Etis dan Privasi dalam Telehealth

Meskipun ada banyak keuntungan dari telehealth, ada banyak masalah etis dan privasi yang perlu dipertimbangkan. Berikut adalah beberapa pertimbangan etis dan privasi sebagai berikut :

Pertimbangan Moral

- 1) Akses dan Kesetaraan: Layanan telehealth harus memastikan bahwa semua pasien memiliki akses yang sama. Jika tidak, pasien di daerah terpencil atau dengan keterbatasan teknologi mungkin tidak mendapatkan layanan yang sama.
- 2) Kualitas Layanan: Penyedia harus menilai kemampuan mereka untuk menyediakan layanan berkualitas tinggi melalui platform digital. Jika pemeriksaan fisik tidak dilakukan, ada kemungkinan diagnosis yang salah atau penanganan yang tidak tepat.
- 3) Persetujuan yang diinformasikan: Pasien harus diinformasikan tentang cara layanan telehealth

beroperasi, termasuk potensi risiko dan keuntungan, sebelum mereka memberikan persetujuan untuk berpartisipasi.

- 4) Hubungan Pasien-Dokter: Telemedicine dapat memengaruhi hubungan ini, yang biasanya didasarkan pada interaksi tatap muka. Kurangnya kedekatan menimbulkan kekhawatiran.

5.2 Perlindungan Data dan Privasi Pasien

Adapun bentuk-bentuk perlindungan hukum terhadap pasien dapat berupa:

- 1) Adanya perjanjian antara dokter dan pasien tentang pertanggung jawaban profesi medis. Perjanjian sendiri diatur di dalam KUHPerdata.
- 2) Adanya peraturan perundang-undangan yang mengatur hak dan kewajiban pasien, dokter serta rumah sakit.

Dalam suatu perjanjian, KUH Perdata mengatur adanya akibat hukum yaitu timbulnya hak dan kewajiban dari masing-masing pihak. Berdasarkan Kitab Undang-Undang Hukum Perdata pasal 98 diatur tentang Perlindungan hukum terhadap pasien sebagai konsumen jasa di bidang pelayanan medis. Adanya peraturan hukum yang mengatur perlindungan pasien dengan pemberian ganti rugi kepada pasien yang dirugikan baik formil maupun materiil oleh pihak dokter atau rumah sakit (Naurah et al., 2024).

Penelitian menunjukkan (Widiastuti & Ropii, 2024) bahwa Perlindungan hukum terhadap layanan telemedis di Indonesia memerlukan peraturan yang lebih komprehensif dan spesifik untuk menjamin hak pasien dan tanggung jawab tenaga medis, khususnya terkait hipersensitivitas obat dan *informed consent*. Studi ini menemukan bahwa memaksimalkan manfaat dan meminimalkan risiko *telemedicine* memerlukan peraturan yang transparan, prosedur operasi standar, dan perlindungan hukum yang memadai bagi pasien dan profesional kesehatan. Berdasarkan pendapat tersebut maka

Tidak adanya *informed consent* dan perlindungan bagi para profesional medis melalui platform sangat penting dalam layanan kesehatan berbasis *telemedicine*. *Informed consent* sangat penting bagi dokter sebagai tanda persetujuan atas suatu tindakan medis, yang berpotensi menimbulkan sengketa medis atau menjadi perlindungan hukum bagi tenaga medis yang melakukan tindakan melalui platform *telemedicine*. Secara keseluruhan, peraturan dan pedoman hukum terkait *informed consent* di Indonesia mencerminkan komitmen untuk melindungi hak pasien dan peserta penelitian serta memastikan bahwa keputusan medis dan partisipasi dalam penelitian didasarkan pada pemahaman yang memadai dan sukarela (Widiastuti & Ropii, 2024). Berdasarkan penelitian tersebut dapat disimpulkan bahwa *informed concern* tidak hanya melindungi pasien tapi juga melindungi praktik yang dilakukan oleh tenaga Kesehatan. Adanya *informed concern* menyatakan persetujuan dari pasien dalam mendapatkan intervensi atau perawatan serta

juga menyatakan bentuk partisipasi klien kaitan dengan Keputusan medis yang diambil

Dasar hukum persetujuan tindakan kesehatan diatur dalam Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 293,32 yang menyatakan bahwa setiap tindakan kesehatan perseorangan yang dilakukan oleh tenaga medis dan kesehatan harus mendapat persetujuan. Ketidadaan *informed consent* dalam perspektif hukum perdata dapat dilihat dari tiga aspek:

- 1) Tidak terpenuhinya salah satu syarat suatu perjanjian menurut Pasal 1320 KUHPerdata.
- 2) Diklasifikasikan sebagai pelanggaran kontrak.
- 3) Hal itu dapat dianggap perbuatan melawan hukum berdasarkan Pasal 1365 KUHPerdata.

Dalam suatu perselisihan, siapa pun dapat mengajukan gugatan terhadap pihak yang mengoperasikan sistem elektronik dan menggunakan teknologi informasi yang menimbulkan kerugian, sebagaimana diatur dalam Pasal 38 ayat (1) Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik. Dalam proses pembuktian di pengadilan, data kesehatan pasien harus dijadikan alat bukti (Widiastuti & Ropii, 2024)

Layanan telemedis adalah selaras dengan kemajuan pengetahuan dan teknologi dalam dunia Kesehatan, artinya penggunaan telemedis bukan untuk dihindari, tetapi dimanfaatkan semaksimal mungkin dan terus menerus

berupaya memberikan pelayanan maksimal kepada pasien, serta menyempurnaan kebijakan yang ada.

5.3 Kebijakan penggunaan Telemedicine

Kebijakan penggunaan telemedicine telah tertera dalam undang-undang, peraturan pemerintah, Keputusan Menteri, Peraturan Menteri hingga surat edaran dari kementrian tertentu. Artinya pelaksanaan telemedicine di Indonesia telah memiliki legal formal yang telah diatur oleh Negara. Adapun beberapa pengaturan terkait TIK yang berhubungan dengan Telemedicine, yaitu:

- 1) Pasal 28C ayat (1) Undang-Undang Dasar 1945; 2.UU No. 36/2009 tentang Kesehatan;
- 2) UU No. 29/2004 tentang Praktik Kedokteran;
- 3) UU No. 19/2016 tentang Perubahan Atas Undang-Undang Nomor 11 Tahun 2008 tentang Informasi dan Transaksi Elektronik;
- 4) UU No. 44/2009 tentang Rumah Sakit;
- 5) PP No. 46/2014 tentang Sistem Informasi Kesehatan;
- 6) PP No. 47/2016 tentang Fasilitas Pelayanan kesehatan;
- 7) PMK No. 269/2008 tentang Rekam Medis;
- 8) PMK No. 2052/2011 tentang Ijin Praktik dan Pelaksanaan Praktik Kedokteran;
- 9) PMK No. 90/2015 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Kawasan Terpencil dan Sangat Terpencil; 11.PMK No. 46/2017 tentang Strategi e-Kesehatan Nasional;

- 10)PMK No. 20/2019 tentang Penyelenggaraan Telemedicine Antar Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- 13.Permenkominfo No. 4/2016 tentang Sistem Manajemen Pengamanan Informasi; 14.Permenkominfo No. 20/2016 tentang Perlindungan Data Pribadi dalam Sistem Elektronik;
- 11)Kepmenkes No. 409/2016 tentang Rumah Sakit Uji Coba Program Pelayanan Telemedicine Berbasis Video Conference dan Teleradiologi;
- 12)Kepmenkes No. 650/2017 tentang Rumah Sakit dan Puskesmas Penyelenggara Uji Coba Program Pelayanan Telemedicine;
- 13)Kepmenkes No. 4829/2021 tentang Pedoman Pelayanan Kesehatan Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19).
- 14)Peraturan Konsil Kedokteran Indonesia Nomor 74 Tahun 2020 tentang Kewenangan Klinis dan Praktik Kedokteran Melalui Telemedicine Pada Masa Pandemi Corona Virus Disease 2019 (Covid-19) di Indonesia;
- 15)Surat Edaran No. HK.02.01.MENKES/303/2020 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Melalui Pemanfaatan Teknologi Informasi dan Komunikasi Dalam Rangka Pencegahan Penyebaran Covid-19 .

Aturan perlindungan data di Indonesia harus mengatasi berbagai masalah yang ada, namun ada beberapa hal yang masih ditemukan dilapangan kaitan dengan implementasi kebijakan terkait telemedicine yakni sebagai berikut :

1. Implikasi Etika pada Kempok Literasi Rendah

Lebih jauh, kesenjangan dalam akses layanan kesehatan dan ketidakpercayaan sektor publik membuat implementasi universal layanan kesehatan digital menjadi sulit. Selain pertimbangan hukum, digitalisasi layanan kesehatan di Indonesia memiliki implikasi etika. Pertimbangan etika utama adalah persetujuan berdasarkan informasi, yang merupakan masalah kritis, terutama bagi kelompok terpinggirkan dengan tingkat membaca yang buruk dan masyarakat yang secara historis menjadi sasaran eksploitasi medis.

2. Pemahaman penegakan hukum yang Konsisten

Regulasi terkait hak privasi medis pasien dalam layanan telemedicine telah diatur dalam perundang-undangan, namun masih terdapat kebutuhan akan pemahaman yang lebih mendalam serta penegakan hukum yang konsisten. Selain itu, tanggung jawab pelayanan kesehatan elektronik dalam menghadapi kebocoran rahasia kedokteran juga perlu diperkuat dan diawasi secara ketat. Kesimpulannya, perlindungan hukum terhadap pasien dalam konteks layanan kesehatan digital merupakan hal yang penting untuk dipertimbangkan dan diperkuat, guna menjaga kepercayaan masyarakat serta memastikan pelayanan kesehatan yang aman dan berkualitas.

3. Potensi Malpraktik

Tantangan peraturan, potensi malpraktik, dan kebutuhan akan perlindungan data medis dan forensik TI menyoroti pentingnya peraturan yang komprehensif untuk memastikan perlindungan hukum dan layanan telemedis yang aman dan adil di Indonesia.(Widiastuti & Ropii, 2024)

4. Keamanan dan Privasi Data

Hasil penelitian menunjukkan bahwa kemungkinan terjadinya cedera pada bioetika medis, terutama prinsip *beneficence* dan *non-malification*. Di sisi lain, masih kurangnya harmonisasi regulasi mengenai keamanan data privasi dan layanan kesehatan, serta potensi pelanggaran menurut hukum perdata jika terjadi kebocoran data privasi. Pelayanan kesehatan memiliki berbagai kelebihan dan kemudahan dalam penggunaan, namun dari segi keamanan privasi data, kewajiban menjaga keamanan data menjadi tanggung jawab semua pihak, dimana jika terjadi kebocoran data, akibat hukum selanjutnya akan diatur menurut hukum perdata(FIRMANSYAH, 2022)

DAFTAR PUSTAKA

- Dewi, Kartika Sari. 2012. Kesehatan Mental, Semarang: UPT UNDIP Press.
- Malik, Imam. 2011. Pengantar Psikologi Umum, Yogyakarta: Teras.
- Notosoedirj, et al. 2005. Kesehatan mental: konsep dan penerapan. Malang: Universitas Muhamadiyah Malang,
- Azhar Jaya. (2023). Pengembangan Telemedicine Guna Mendukung Pelayanan Kesehatan Masyarakat. *Lib.Lemhannas.Go.Id*.
- Cicely Saunders Institute. (2012). *Palliative Care Outcome Scale*. <https://pos-pal.org/>
- Esterilita, Mari; Chairiyah, R. K. A. (2023). Perancangan Aplikasi GO ZERO Berbasis Smartphone (Prototip) Untuk Mencegah Kegagalan Terapi Antiretroviral. *Prosiding University Research Colloquium*.
- FIRMANSYAH, Y. (2022). *TINJAUAN YURIDIS TELEHEALTH, TELEMEDICINE, DAN TELEKONSULTASI DIKAITKAN DENGAN PENJAMINAN PERLINDUNGAN DATA PRIBADI*.
- Hensmit, V. R. ; et all. (2024). *Tinjauan Literatur : Telemedika Sebagai strategi pelayanan kesehatan di masa Pandemi dan Pasca Pandemi*. 4(4), 2297–2304.
- Indah Manurung, E. (2021). Kajian Literature : Penggunaan Telehealth Program Dalam Pelayanan Kesehatan Rehabilitatif. *Jurnal Ilmu Kesehatan Insan Sehat*, 9(2), 148–155. <https://doi.org/10.54004/jikis.v9i2.31>
- Kemenkes RI. (2023). *Pedoman Penyelenggaraan Pelayanan Paliatif*. 4–37.

- Kementerian PPN/Bappenas. (2023). *Review dan Reformasi Sistem Kesehatan Nasional Indonesia*.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. (2013). *Pedoman Teknis Pelayanan Paliatif Kanker*.
- Kementrian Kesehatan RI. (2015). Pedoman Nasional Program Paliatif Kanker. In *Direktorat Jendral Pengendalian Penyakit dan Penyehatan Lingkungan*.
- Khaeratunnafisah. (2021). PEMANFAATAN TELEHEALTH DALAM MENINGKATKAN KUALITAS PELAYANAN KESEHATAN DI MASA PANDEMI; SYSTEMATIC REVIEW. *Modul Biokimia Materi Metabolisme Lemak, Daur Asam Sitrat, Fosforilasi Oksidatif Dan Jalur Pentosa Fosfat*, 6.
- Naurah, G., Simarmata, M., & Sidi Jambak, R. (2024). Hak dan Privasi Pasien Rumah Sakit di Era Digitalisasi. *COMSERVA: Jurnal Penelitian Dan Pengabdian Masyarakat*, 3(12), 4798–4805. <https://doi.org/10.59141/comserva.v3i12.1295>
- Pairan, P., & Andiana, M. S. (2021). Peran Pekerja Sosial dalam Pelayanan Paliatif: Studi Kasus di Instalasi Paliatif dan Bebas Nyeri RSUD Dr. Soetomo Surabaya. *Pekerjaan Sosial*, 20(1), 98–110. <https://doi.org/10.31595/peksos.v20i1.338>
- Permenkes RI. (2019). Peraturan Kementerian Kesehatan nomor 20 Tahun 2019. *Menteri Kesehatan Republik Indonesia Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia, Nomor 6588(879)*, 2004–2006.
- Ruan, J., MacCaull, W., & Jewers, H. (2010). Enhancing patient-centered palliative care with collaborative agents. *Proceedings - 2010 IEEE/WIC/ACM International*

Conference on Web Intelligence and Intelligent Agent Technology - Workshops, WI-IAT 2010, August, 356–360.
<https://doi.org/10.1109/WI-IAT.2010.259>

Widiastuti, W., & Ropii, I. (2024). Implementasi Telemedis di Indonesia: Analisis Hukum Perlindungan Hak Pasien dan Tenaga Medis. *Iuris Studia: Jurnal Kajian Hukum*, 5(2), 209–217.

BIODATA PENULIS



Mari Esterilita, S.Tr.Sos, Sp.P.S.A

Dosen Program Studi S-1 Kesejahteraan Sosial Universitas
Binawan

Mari Esterilita, lahir di Kuala Tungkal 31 Maret 1995. Menempuh Pendidikan dan lulus dari Program Diploma IV di Sekolah Tinggi Kesejahteraan Sosial Bandung (STKS) pada tahun 2016. Melanjutnya studi di kampus yang sama pada tingkat pascasarjana Spesialis-1 Pekerjaan Sosial atau disebut Politeknik Kesejahteraan Sosial Bandung (Poltekessos) tahun 2018. Saat ini bekerja sebagai Dosen tetap Program Studi S-1 Kesejahteraan Sosial Universitas Binawan (2018). Mengambil spesialis dalam bidang pelayanan anak, penulis tertarik dengan Pekerjaan Sosial dengan isu anak dan keluarga, Layanan paliatif, Kesehatan, dan Pengembangan Masyarakat . Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dipublikasikan dalam bentuk artikel dan penulisan Buku. Penulis dapat dihubungi melalui alamat email : mariesterilita@gmail.com

BIODATA PENULIS



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

Dosen S1 Keperawatan – Fakultas Keperawatan dan Kebidanan
Universitas Binawan Jakarta

Penulis lahir di Bogor , 06 February 1982 . Penulis Lulusan dari Akademi Keperawatan Persada HUsada Indonesia Jakarta, S1 + Ners di Fakultas Ilmu Universitas Indonesia, S2 Keperawatan dengan peminatan Critical care di *Middle Easy University FZE Uni Emirate Arab*, S2 Magister Manajemen Kesehatan Keselamatan Kerja dan Lingkungan di Pascasarjana Universitas Sahid Jakarta dan Saat ini sedang menempuh Pendidikan Doktoralnya (PhD) di Phillipine Women University. Pengalaman Kerja 12 tahun terakhir di *Ministry of Health Kuwait di Mubarak Alkabeer Hospital (Medical 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. Penulis aktif dalam kegiatan penelitian dan pengabdian masyarakat yang dipublikasikan dalam bentuk artikel dan penulisan Buku dan

juga mendapatkan Penghargaan sebagai Dosen Berprestasi Tingkat Nasional dari LSP Optimal.

Email Penulis: robby_alfajar@yahoo.com

BIODATA PENULIS



Ns. Zakiyah, S. Kep., M. Kep., Sp. Kep. J.

Email: zakiyah@binawan.ac.id

**Dosen Program Studi Keperawatan, Fakultas Keperawatan
dan Kebidanan, Universitas Binawan**

Penulis lahir di Bekasi, tanggal 17 September 1978. Penulis mengawali pendidikan tingginya dengan menyelesaikan pendidikan D3 keperawatan di akademi keperawatan Abdi Nusantara (saat ini STIKes Abdi Nusantara) lulus tahun 1999, melanjutkan pendidikan S1 Keperawatan di FIK-UI lulus tahun 2003, Pendidikan ners di FIK-UI lulus tahun 2004, pendidikan S2 Keperawatan Jiwa di FIK UI lulus tahun 2016, dan pendidikan Spesialis Keperawatan Jiwa FIK-UI lulus tahun 2017. Penulis mengawali karirnya dengan bekerja menjadi staf di Akper

Abdi Nusantara (2000-2005), Menjadi staf magang dan tenaga honorer di ruang Psikiatrik Intensive Care Unit (PICU) RS Marzoeke Mahdi Bogor (2005-2006), dan saat ini menjadi staf dosen tetap di Prodi Keperawatan Universitas Binawan Jakarta (2005 – saat ini). Saat ini penulis juga aktif menjadi pengurus Ikatan Perawat Kesehatan Jiwa Indonesia (IPKJI) wilayah DKI Jakarta. Sebagai dosen, penulis aktif melaksanakan kegiatan tridarma perguruan tinggi dengan melaksanakan kegiatan pendidikan dan pengajaran, penelitian, serta pengabdian masyarakat khususnya di bidang kesehatan dan keperawatan kesehatan jiwa. Penulis juga aktif dalam pertemuan-pertemuan ilmiah di tingkat nasional maupun internasional terutama di bidang kesehatan jiwa. Semoga tulisan pada buku ini dapat memberikan manfaat bagi siapa saja yang membacanya.