

Bunga Rampai

KEPERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN KANKER

Ulfa Nur Rohmah • Yuliati Sri Rusmini • Christina Yeni Kustanti
Safa Tiara Kiani • Dini Qurrata Ayuni • Lam Murni Br Sagala

Editor : Sri Rusmini



BUNGA RAMPAI KEPERAWATAN PALIATIF PADA PASIEN KANKER

Penulis:

Ulfa Nur Rohmah, S.Kep., Ners., M.Kep.

Yuliati, SKp., MM., M.Kep.

Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM., FISQua.

Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D.

Safa Tiara Kiani, S.Kep., Ns., M.N.Sc., M.Sc.

Ns. Dini Qurrata Ayuni, SKM., M.Kep..

Lam Murni Br Sagala, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor:

Sri Rusmini, S.Kep, Ners, M.Kep, MM, FISQua.



**Nuansa
Fajar
Cemerlang**

Bunga Rampai Keperawatan Paliatif Pada Pasien Kanker

Penulis: Ulfa Nur Rohmah, S.Kep., Ners., M.Kep.
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.
Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM., FISQua.
Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D.
Safa Tiara Kiani, S.Kep., Ns., M.N.Sc., M.Sc.
Ns. Dini Qurrata Ayuni, SKM., M.Kep.
Lam Murni Br Sagala, S.Kep., Ns., M.Kep.

Editor: Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM., FISQua.

Desain Sampul: Ivan Zumarano

Tata Letak: Muhamad Rizki Alamsyah

ISBN: 978-634-7139-86-3

Cetakan Pertama: Maret, 2025

Hak Cipta 2025

Hak Cipta Dilindungi Oleh Undang-Undang

Copyright © 2025

by Penerbit PT Nuansa Fajar Cemerlang Jakarta

All Right Reserved

Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

Website : www.nuansafajarcemerlang.com

Instagram : @bimbel.optimal

PENERBIT:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower, Lantai 5 Unit F

Jl. S. Parman Kav 22-24, Palmerah

Jakarta Barat, 11480

Anggota IKAPI (624/DKI/2022)



PRAKATA



Penyakit kanker adalah salah satu tantangan terbesar dalam dunia medis, tidak hanya karena tingkat prevalensinya yang terus meningkat, tetapi juga karena dampaknya yang sangat kompleks terhadap pasien dan keluarga mereka. Proses perawatan pasien kanker tidak hanya berfokus pada upaya penyembuhan atau pengobatan penyakit, namun juga harus mencakup dimensi lain yang tidak kalah penting, yaitu perawatan yang mengutamakan kualitas hidup pasien, terutama pada tahap-tahap akhir penyakit. Dalam konteks inilah keperawatan paliatif memainkan peran yang sangat penting.

Buku ini, "**Bunga Rampai Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker**," hadir sebagai jawaban atas kebutuhan untuk lebih memahami dan mendalami aspek-aspek keperawatan paliatif yang begitu penting bagi pasien kanker. Keperawatan paliatif bukanlah hanya soal mengurangi rasa sakit atau gejala fisik lainnya, tetapi juga menyentuh sisi emosional, sosial, dan spiritual pasien yang sedang berjuang melawan penyakit yang mengancam jiwa mereka. Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah memberikan kenyamanan, mengurangi penderitaan, dan mendampingi pasien serta keluarganya dalam menghadapi tantangan emosional yang datang bersama penyakit kanker.

Buku ini disusun sebagai sebuah koleksi pemikiran, pengalaman, serta panduan praktis dari berbagai tenaga kesehatan dan ahli di bidang keperawatan paliatif. Dalam setiap bab, pembaca akan dibimbing untuk memahami prinsip-prinsip dasar keperawatan paliatif, teknik-teknik yang digunakan dalam perawatan pasien kanker, serta pendekatan holistik yang perlu diterapkan. Pembahasan mengenai komunikasi yang efektif dengan pasien dan keluarga, manajemen rasa sakit dan gejala lainnya, hingga pentingnya pendekatan spiritual, akan memperkaya pemahaman kita mengenai bagaimana seharusnya seorang perawat mendampingi pasien kanker dalam proses akhir kehidupan mereka.

Tidak hanya itu, buku ini juga menyajikan perspektif yang lebih luas tentang tantangan yang sering dihadapi dalam implementasi keperawatan paliatif di berbagai setting, baik di rumah sakit, panti jompo, atau di rumah pasien itu sendiri. Pembaca akan mendapatkan wawasan yang lebih dalam mengenai pengelolaan tim perawatan paliatif yang melibatkan berbagai profesi kesehatan, serta pentingnya kolaborasi antaranggota tim tersebut untuk memberikan perawatan yang komprehensif.

Melalui penyusunan buku ini, kami berharap dapat memberikan kontribusi nyata dalam meningkatkan kualitas perawatan bagi pasien kanker di seluruh dunia.

Keperawatan paliatif adalah seni dan ilmu yang membutuhkan kepekaan tinggi, kecintaan terhadap profesi, serta empati yang mendalam. Sebagai tenaga kesehatan, kita bukan hanya dituntut untuk menguasai keterampilan teknis, tetapi juga untuk memahami dan meresapi kebutuhan emosional, psikologis, dan sosial pasien. Buku ini bukan hanya untuk para perawat, namun juga bagi seluruh tenaga kesehatan yang terlibat dalam perawatan pasien kanker, termasuk dokter, ahli gizi, psikolog, dan keluarga yang menjadi bagian tak terpisahkan dari proses perawatan.

Kami menyadari bahwa perawatan paliatif adalah perjalanan panjang dan penuh tantangan, baik bagi pasien maupun bagi tenaga kesehatan yang terlibat. Oleh karena itu, buku ini hadir sebagai jembatan yang menghubungkan teori dengan praktik, harapan dengan kenyataan, serta pengetahuan dengan keterampilan. Semoga buku ini dapat memberikan inspirasi, motivasi, dan panduan praktis yang berguna bagi setiap individu yang terlibat dalam dunia perawatan paliatif, untuk terus memberikan yang terbaik bagi pasien kanker.

Akhir kata, kami berharap buku ini tidak hanya menjadi referensi ilmiah, tetapi juga sebuah sumber inspirasi yang mengingatkan kita semua tentang pentingnya kasih sayang, empati, dan pengorbanan dalam memberikan perawatan kepada mereka yang membutuhkan. Semoga para pembaca dapat merasakan manfaat yang besar dari setiap pengetahuan yang terkandung di dalamnya, dan dapat mengaplikasikannya dalam perawatan sehari-hari untuk menciptakan kehidupan yang lebih bermakna bagi pasien kanker dan keluarga mereka.

Selamat membaca dan semoga buku ini memberikan pencerahan serta panduan yang bermanfaat dalam perjalanan kita untuk memberikan perawatan paliatif yang lebih baik dan manusiawi.

Maret, 2025

Penulis



DAFTAR ISI



PRAKATA	iii
DAFTAR ISI	v
CHAPTER 1 MANAJEMEN NYERI DALAM KEPERAWATAN PALIATIF	1
Ulfa Nur Rohmah, S.Kep., Ners., M.Kep.	1
A. Pendahuluan/Prolog.....	1
B. Komponen Manajemen Nyeri dalam Paliatif	2
C. Tantangan dalam Manajemen Nyeri.....	11
D. Strategi Peningkatan Manajemen Nyeri.....	12
E. Kesimpulan.....	13
F. Referensi.....	13
G. Glosarium.....	20
CHAPTER 2 DUKUNGAN PSIKOSOSIAL DALAM PERAWATAN PALIATIF	21
Yuliati, SKp., MM., M.Kep.	21
A. Pendahuluan/Prolog.....	21
B. Perawatan Paliatif.....	23
C. Psikososial.....	27
D. Dukungan Psikososial.....	28
E. Kesimpulan.....	29
F. Referensi.....	30
G. Glosarium.....	33
CHAPTER 3 PERAN PERAWAT DALAM MENGELOLA KEMATIAN DAN KEPERAWATAN PALIATIF.....	35
Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM, FISQua.	35
A. Pendahuluan/Prolog.....	35
B. Keperawatan Paliatif	36
C. Peran Perawat dalam Keperawatan Paliatif.....	37
D. Manajemen nyeri dan gejala	38
E. Dukungan emosional dan Psikologis	39
F. Komunikasi dengan Keluarga.....	40
G. Peran dalam Tim Indisipliner	41
H. Etika dalam Keperawatan Paliatif	41
I. Menghadapi Kematian: Perspektif Perawat	43
J. Kesimpulan.....	45

K. Referensi.....	46
L. Glosarium.....	47

CHAPTER 4 PENGELOLAAN KUALITAS HIDUP DALAM KEPERAWATAN

PALATIF 49

Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D..... 49

A. Pendahuluan.....	49
B. Pengertian Kualitas Hidup	50
C. Pengukuran Kualitas Hidup.....	51
D. Makna Kualitas Hidup bagi Pasien	53
E. Pengelolaan Kualitas Hidup Pasien Palatif.....	54
F. Simpulan	63
G. Referensi.....	64
H. Glosarium.....	66

CHAPTER 5 KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN PALATIF:

MENGHADAPI BERITA BURUK..... 69

Safa Tiara Kiani, S.Kep., Ns., M.N.Sc., M.Sc. 69

A. Pendahuluan/Prolog.....	69
B. Teknik Komunikasi untuk Menyampaikan Berita Buruk.....	71
C. Faktor Psikologis dan Budaya dalam Komunikasi.....	77
D. Hambatan dalam Komunikasi dalam Keperawatan Palatif dalam Menyampaikan Berita Buruk.....	80
E. Kesimpulan.....	82
F. Referensi.....	83
G. Glosarium.....	86

CHAPTER 6 PERAWATAN PALATIF DIRUMAH: TANTANGAN DAN

PENDEKATAN..... 87

Ns. Dini Qurrata Ayuni, SKM., M.Kep..... 87

A. Pendahuluan/Prolog.....	87
B. Perawatan Palatif di Rumah	89
C. Tantangan Perawatan Palatif di rumah.....	91
D. Pendekatan yang di Lakukan Dalam Perawatan Palatif	93
E. Kesimpulan.....	95
F. Referensi.....	95

CHAPTER 7 ETIKA DALAM KEPERAWATAN PALATIF: KEPUTUSAN

AKHIR DAN AUTONOM PASIEN 97

Lam Murni Br Sagala, S.Kep., Ns., M.Kep. 97

A. Pendahuluan/Prolog.....	97
----------------------------	----

B. Prinsip Etika dalam Keperawatan Paliatif	98
C. Keputusan Akhir dalam Keperawatan Paliatif.....	100
D. Menghormati Otonomi Pasien dalam Keperawatan Paliatif	103
E. Studi Kasus dalam Keperawatan Paliatif.....	106
F. Kesimpulan.....	108
G. Referensi.....	109
PROFIL PENULIS.....	111

CHAPTER 1

MANAJEMEN NYERI DALAM KEPERAWATAN PALIATIF

Ulfa Nur Rohmah, S.Kep., Ners., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa melalui pemenuhan kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Manajemen nyeri yang efektif merupakan komponen utama dalam perawatan paliatif, mengingat nyeri adalah gejala yang umum terjadi dan sering menyebabkan penderitaan yang signifikan (Broglia, 2016; Bassam, 2019; Wooldridge, Tillman and Zehm, 2022). Nyeri adalah masalah yang umum dan signifikan pada pasien yang menerima perawatan paliatif, terutama pada individu dengan kanker stadium lanjut. Diperkirakan sekitar 90% pasien kanker stadium lanjut mengalami nyeri berat, yang secara substansial dapat mengurangi kualitas hidup mereka. Selain itu, nyeri juga sering terjadi pada pasien paliatif dengan kondisi non-kanker, meskipun sering kali tidak terdiagnosis atau tidak mendapatkan pengelolaan yang memadai (Bruera and Neumann, 2011; Lawson, 2011; Shatri *et al.*, 2019).

Nyeri yang tidak terkontrol dapat menyebabkan peningkatan kecemasan, depresi, dan tekanan spiritual (Yang *et al.*, 2023). Kompleksitas nyeri pada pasien paliatif sering kali meningkat akibat progresivitas penyakit, tekanan psikologis, serta berbagai faktor lainnya. Namun, pemberian manajemen nyeri pada pasien, terutama pada kelompok lansia dan mereka yang menerima perawatan jangka panjang di fasilitas kesehatan, kerap kali masih belum memadai (Broglia, 2016; MacLeod and Maddocks, 2018). Padahal, manajemen nyeri yang efektif sangat penting dalam mendukung kualitas hidup pasien (Bhatnagar and Gupta, 2016). Selain memberikan manfaat langsung bagi pasien, manajemen nyeri yang adekuat juga berpengaruh positif pada keluarga mereka. Mengurangi rasa sakit pasien dapat meringankan beban emosional anggota keluarga, yang pada akhirnya memungkinkan mereka untuk memusatkan perhatian pada waktu berkualitas bersama orang tercinta, tanpa terganggu oleh penderitaan pasien (Wooldridge, Tillman and Zehm, 2022; Coyne *et al.*, 2024).

B. Komponen Manajemen Nyeri dalam Paliatif

Nyeri merupakan pengalaman sensorik dan emosional yang tidak menyenangkan yang berkaitan dengan atau menyerupai kerusakan jaringan yang aktual atau potensial. Nyeri selalu merupakan pengalaman subjektif yang dipengaruhi oleh berbagai faktor, baik biologis, psikologis, maupun sosial. Nyeri tidak dapat disimpulkan hanya berdasarkan aktivitas neuron sensorik. Nyeri dapat memberikan dampak negatif terhadap fungsi fisik, serta kesejahteraan sosial dan psikologis individu (Raja *et al.*, 2020). Manajemen nyeri yang efektif dalam perawatan paliatif memerlukan pendekatan holistik yang mencakup strategi farmakologis dan nonfarmakologis.

Pemberian obat dalam perawatan paliatif sebaiknya dilakukan dengan metode yang minimal invasif untuk meningkatkan kenyamanan pasien. Rute pemberian yang paling dianjurkan adalah secara oral, apabila kondisi pasien memungkinkan. Alternatif lain yang juga diterima dengan baik oleh pasien meliputi rute rektal atau transdermal. Dalam situasi tertentu yang memerlukan pendekatan invasif, pemberian obat secara parenteral, seperti intravena (IV), intramuskular (IM), atau subkutan (SC), dapat dipertimbangkan. Penentuan dosis terapi disesuaikan dengan jenis dan intensitas nyeri, mencakup pemberian secara terjadwal, dosis berdasarkan kebutuhan, hingga penggunaan metode *Patient-Controlled Analgesia* (PCA).

1. Terapi farmakologi

Obat-obatan untuk pengelolaan nyeri pada pasien paliatif dapat dijelaskan dari menurut WHO perlunya strategi melalui farmakologi untuk menangani nyeri pada perawatan paliatif adalah:

- a. Langkah I: Non-opioid (misalnya parasetamol, *Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs* (NSAID)) untuk nyeri ringan.
- b. Langkah II: Opioid lemah (misalnya kodein, tramadol) untuk nyeri sedang
- c. Langkah III: Opioid kuat (misalnya morfin, fentanil) untuk nyeri berat (Joshi and Chambers, 2010; Bandieri *et al.*, 2020; Tredgett, 2020).

Obat-obatan untuk pengelolaan nyeri dalam perawatan paliatif umumnya diklasifikasikan ke dalam dua kategori utama, yaitu analgesik non-opioid, analgesik opioid, dan analgesik adjuvant (V. Sholjakova and M. Durnev, 2021; Queremel Milani and Davis, 2025).

a. Analgesik nonopioid

1) Antiinflamasi

Parasetamol secara kimiawi termasuk dalam turunan para-aminofenol dan merupakan metabolit aktif fenasetin dengan sifat analgesik-antipiretik serta

aktivitas antiinflamasi yang relatif lemah. Penggunaan parasetamol dalam perawatan paliatif sangat penting karena tersedia dalam berbagai sediaan, seperti tablet, tablet salut, dan ampul, yang memungkinkan pemberian secara oral atau IV. Bentuk oral memiliki onset aksi yang lebih lambat (sekitar 15 menit), sehingga pemberian intravena lebih tepat untuk kondisi yang membutuhkan efek cepat. Dosis terapi maksimum yang direkomendasikan adalah 4000 mg per 24 jam, atau 80 mg/kg berat badan per 24 jam. Parasetamol sering dikombinasikan dengan opioid untuk mengurangi kebutuhan opioid (efek *sparing*). Namun, metabolit parasetamol dapat menyebabkan efek toksik, sehingga penggunaan dosis melebihi ambang maksimum dapat memicu kerusakan hati. Oleh karena itu, obat ini harus diberikan dengan hati-hati, terutama pada pasien dengan gangguan fungsi hati.

Asetaminofen digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang serta nyeri sedang hingga berat sebagai terapi tambahan bersama opioid, selain itu juga efektif dalam menurunkan demam sementara. Namun, asetaminofen tidak direkomendasikan untuk pengelolaan nyeri neuropatik karena hingga saat ini tidak terdapat bukti ilmiah yang mendukung efektivitasnya dalam kondisi tersebut.

Aspirin (asam asetilsalisilat) secara kimiawi termasuk dalam golongan salisilat dan merupakan salah satu obat yang paling umum digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang. Aspirin memiliki efek analgesik-antipiretik, antiinflamasi, dan antiplatelet (mencegah pembekuan darah). Obat ini sering digunakan untuk meredakan nyeri dengan intensitas rendah dan telah lama menjadi bagian dari terapi nyeri kronis atau akut, terutama ketika disertai inflamasi ringan.

2) Obat antiinflamasi nonsteroid

NSAID digunakan untuk mengatasi nyeri ringan hingga sedang, termasuk nyeri yang terkait dengan proses inflamasi, serta untuk meredakan demam sementara. Namun, seperti asetaminofen, NSAID tidak memiliki bukti efektivitas dalam pengelolaan nyeri neuropatik. Selain itu, beberapa NSAID memiliki indikasi lain yang tidak berkaitan langsung dengan manajemen nyeri, seperti penggunaan aspirin untuk pencegahan sekunder infark miokard.

Menurut (Prince, 2011) menyebutkan efek samping NSAIDs seperti aktivitas antiplatelet dan risiko gastrointestinal dapat menjadi masalah signifikan bagi

pasien dengan penyakit hati. Pasien dengan sirosis berisiko tinggi mengalami perdarahan berlebihan, varises lambung, dan ulserasi. Untuk mengurangi risiko ini, kolin magnesium trisilisilat, yang memiliki efek antiplatelet lebih rendah, dapat menjadi alternatif. Selain itu, penggunaan penghambat pompa proton (PPI) bersama NSAIDs disarankan untuk mencegah komplikasi gastrointestinal, pilihan yang lebih aman dibandingkan penggunaan NSAIDs selektif siklooksigenase-2 (COX-2) yang dikaitkan dengan peningkatan risiko kardiovaskular. Pada pasien dengan gangguan bipolar dan kecanduan, yang juga menggunakan litium, NSAIDs dapat mempengaruhi konsentrasi serum litium akibat penurunan klirens ginjal, sehingga memerlukan pemantauan ketat.

Obat antiinflamasi non steroid yang direkomendasikan pengobatan paliatif adalah Metamizol atau dipiron adalah obat non-opioid yang pertama kali dipatenkan pada tahun 1922 di Jerman. Obat ini memiliki sifat analgesik, antipiretik, spasmolitik, dan sedikit efek antiinflamasi. Namun, risiko agranulositosis yang mengancam jiwa akibat penggunaan jangka panjang telah membuat penggunaannya berada di bawah pengawasan ketat selama beberapa dekade. Metamizol direkomendasikan sebagai analgesik yang efektif dalam penanganan nyeri akut, terutama pada kasus kolik ginjal dan pankreatitis akut. Obat ini tersedia dalam berbagai bentuk sediaan, termasuk tablet, supositoria, dan suntikan untuk pemberian IM. Jenis lain adalah ketorolak, obat ini tersedia dalam bentuk tablet, semprotan hidung, injeksi untuk penggunaan IM dan IV, serta tetes mata. Ketorolak menawarkan banyak manfaat, termasuk efisiensi sebagai analgesik, efek penghematan opioid, dan peningkatan motilitas usus, yang menjadikannya pilihan ideal untuk analgesia pascaoperasi, terutama pada prosedur bedah abdomen dan kebidanan. Namun, karena potensi efek samping, penggunaannya dibatasi hingga maksimal 6 hari.

b. Analgesik opioid

Opioid merupakan kelompok obat yang memiliki kesamaan struktural dengan alkaloid alami yang berasal dari opium, yakni resin bunga *Papaver somniferum*. Obat ini diakui sebagai analgesik paling efektif dan sering digunakan dalam penanganan nyeri berat. Namun, penggunaannya menjadi topik kontroversial karena potensi kecanduan, toleransi, dan efek samping yang ditimbulkannya. Meskipun memiliki indikasi untuk mengobati nyeri akut dan kronis, pedoman dari

Pusat Pengendalian dan Pencegahan Penyakit menyarankan agar opioid hanya diresepkan ketika manfaatnya terhadap pengurangan nyeri dan peningkatan fungsi melebihi risiko yang mungkin terjadi. Praktisi medis juga dianjurkan untuk memberikan dosis efektif terendah dan untuk durasi sesingkat mungkin yang sesuai dengan kebutuhan pengobatan nyeri berat.

Beberapa contoh obat opioid adalah morfin, buprenorfin, fentanyl, hidromorfon, oksikodon, levometadon/metadon, tramadol, tilidin N untuk penanganan nyeri pada pasien paliatif (Klein *et al.*, 2011). Morfin adalah obat utama yang digunakan dalam perawatan paliatif untuk mengelola nyeri akut dan kronis yang parah, khususnya pada pasien kanker dengan nyeri sedang hingga berat. Sebagai pilihan pertama dalam terapi nyeri paliatif, morfin memiliki keunggulan dalam formulasi oral yang mudah diberikan, sehingga sangat cocok untuk pengobatan jangka panjang. Obat ini tersedia dalam berbagai bentuk, termasuk tablet (30 mg, 60 mg, 100 mg), pastilles sublingual (60 mg), serta larutan atau suspensi (10 mg/5 ml). Selain itu, morfin dapat digunakan melalui injeksi (IV, IM, SC, atau PCA), rektal, maupun spinal, menjadikannya pilihan yang fleksibel untuk berbagai kebutuhan klinis.

c. Analgesik adjuvant

Obat-obatan ini memiliki indikasi yang berbeda dari analgesik konvensional, namun telah diketahui bahwa penggunaan adjuvan yang dikombinasikan dengan analgesik dapat menghasilkan efek analgesia yang lebih efektif. Beberapa kelompok obat yang sering digunakan sebagai adjuvan meliputi antidepresan, antiepilepsi, kortikosteroid, antagonis reseptor NMDA, dan lainnya. Kombinasi ini dirancang untuk meningkatkan efektivitas terapi nyeri dengan memanfaatkan mekanisme kerja yang saling melengkapi dari masing-masing agen farmakologis.

1) Antidepresan

Selective Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors (SNRIs), seperti *duloxetine*, dan *Tricyclic Antidepressants* (TCAs), seperti amitriptyline, telah terbukti efektif dalam mengelola berbagai jenis nyeri neuropatik dan sangat diterima oleh pasien dengan nyeri kanker karena efek positifnya pada suasana hati dan tidur. Selain digunakan untuk pengobatan gangguan kejiwaan seperti depresi mayor dan gangguan kecemasan umum, SNRIs dan TCAs juga diindikasikan untuk kondisi lain seperti fibromyalgia dan nyeri muskuloskeletal kronis. Antidepresan juga berperan penting dalam pengelolaan profilaksis migrain dan sakit kepala tipe tegang, khususnya dengan penggunaan

amitriptyline. Efektivitas kedua kelompok obat ini cenderung lebih tinggi pada pasien yang mengalami nyeri disertai gejala depresi sebagai komorbiditas, dibandingkan pasien yang hanya mengalami nyeri tanpa gangguan emosional yang menyertainya. Hal ini menunjukkan potensi manfaat tambahan dari antidepresan dalam mengatasi kondisi nyeri yang kompleks dengan komponen psikologis yang signifikan. Selain itu, trazadone dan antidepresan nontrisiklik memiliki efektivitas yang sama dengan *amitriptyline*.

2) Antiepilepsi

Beberapa obat antiepilepsi telah diketahui memiliki sifat analgesik, yang bekerja melalui mekanisme penghambatan pelepasan neurotransmitter atau pengurangan aktivasi neuron Antiepilepsi sebagai pilihan terapi yang penting dalam penanganan berbagai jenis nyeri neuropatik, khususnya pada kondisi yang sulit ditangani dengan modalitas pengobatan lain. Obat-obatan antiepilepsi yang paling umum digunakan dalam pengelolaan nyeri meliputi gabapentin, pregabalin, oxcarbazepine, dan carbamazepine. Jenis Gabapentin digunakan untuk mengobati neuralgia pasca-herpes pada orang dewasa serta nyeri neuropatik. Sedangkan pregabalin, diindikasikan untuk nyeri neuropatik akibat neuropati perifer diabetik, cedera sumsum tulang belakang, neuralgia pasca-herpes, dan fibromyalgia. Jenis carbamazepine dan carbamazepine efektif dalam pengelolaan neuralgia trigeminal dan glossopharyngeal. Selain itu, Karbamazepin, lamotrigin, dan levetiracetam telah terbukti efektif dalam mengurangi berbagai sindrom nyeri neuropatik serta nyeri yang terkait dengan kanker.

3) Kortikosteorin

Kortikosteroid sering dimanfaatkan dalam perawatan paliatif sebagai terapi tambahan untuk sindrom nyeri yang berhubungan dengan kanker. Kondisi ini mencakup nyeri tulang, nyeri neuropatik akibat infiltrasi atau kompresi metastasis pada struktur saraf, sakit kepala yang disebabkan oleh peningkatan tekanan intrakranial, atau nyeri yang bersumber dari proses inflamasi (seperti pada saraf atau tulang). Selain itu, jika nyeri diperburuk oleh ketegangan atau kejang otot, penggunaan relaksan otot dapat berperan penting dalam meredakan nyeri. Efek samping seperti sedasi dan aktivitas antikolinergik sering menyertai penggunaan relaksan otot.

4) Bisfosfonat

Bisfosfonat sebagai terapi adjuvan telah terbukti efektif dalam membantu mengelola nyeri pada berbagai kondisi spesifik. Penggunaannya mencakup nyeri neuropatik yang terkait dengan kanker, pencegahan patah tulang pada pasien dengan metastasis kanker ke tulang, pengelolaan nyeri akibat metastasis tulang, serta nyeri tulang yang diakibatkan oleh kanker payudara. Selain itu, bisfosfonat juga digunakan untuk mengurangi risiko patah tulang pada pasien dengan osteoporosis, terutama mereka yang memiliki riwayat patah tulang sebelumnya.

2. Terapi non farmakologi

Dalam beberapa tahun terakhir, perkembangan teknik dan teknologi medis telah memungkinkan penerapan metode pengobatan inovatif seperti vertebroplasti, stimulasi sumsum tulang belakang, dan terapi proloterapi. Integrasi teknik medis intervensional dengan pendekatan rehabilitatif berkontribusi pada peningkatan kualitas hidup pasien sekaligus membantu mengurangi nyeri yang mereka alami. Intervensi nonfarmakologis memainkan peran penting dalam manajemen nyeri, khususnya bagi pasien perawatan paliatif. Pendekatan ini tidak hanya melengkapi terapi farmakologis tetapi juga mendukung perawatan holistik yang memperhatikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Berikut ini adalah beberapa metode nonfarmakologis yang terbukti efektif dalam mengelola nyeri pada perawatan paliatif.

a. Intervensi fisik

1) Terapi pijat

Terapi pijat diketahui membantu mengurangi ketegangan otot dan meningkatkan relaksasi. Adanya hubungan yang signifikan terhadap manajemen nyeri dalam perawatan paliatif (van Veen *et al.*, 2024). Terapi pijat berperan dalam modulasi nyeri dengan merangsang serabut saraf besar, yang dapat menghambat transmisi sinyal nyeri menuju otak, secara efektif "menutup gerbang" terhadap persepsi nyeri. Selain itu, terapi ini dapat meningkatkan aktivitas sistem saraf parasimpatis, sehingga mendorong relaksasi dan mengurangi stres, yang secara tidak langsung berkontribusi pada penurunan intensitas nyeri. Untuk memastikan efektivitas maksimal, terapi pijat sebaiknya dilakukan oleh profesional yang terlatih, menggunakan protokol standar, dan disesuaikan dengan kebutuhan individu pasien dalam konteks perawatan paliatif (Jane *et al.*, 2014).

2) Refleksologi

Memberikan tekanan pada titik-titik tertentu di kaki, tangan, atau telinga untuk menghilangkan rasa sakit (van Veen *et al.*, 2024). Refleksologi bekerja dengan merangsang ujung-ujung saraf tertentu, yang mendorong pelepasan endorfin sebagai penghilang rasa sakit alami yang dihasilkan oleh tubuh. Selain itu, refleksologi dapat meningkatkan aliran darah, yang berkontribusi pada pengurangan peradangan, sekaligus membantu mengurangi stres dan kecemasan secara efektif (Mantoudi *et al.*, 2020).

3) Rendam kaki hangat

Mandi kaki dengan air hangat terbukti secara signifikan mengurangi aktivitas simpatik, yang berhubungan dengan relaksasi dan penghilang rasa sakit. Hal ini dibuktikan dengan penurunan rasio frekuensi rendah terhadap frekuensi tinggi dalam variabilitas denyut jantung, yang menunjukkan berkurangnya stres dan peningkatan aktivitas parasimpatis. Intervensi juga meningkatkan kadar imunoglobulin A sekresi saliva dan cenderung mengurangi kadar kortisol, yang merupakan penanda pengurangan stres dan peningkatan fungsi kekebalan tubuh. Rendam kaki hangat juga terbukti telah mengurangi nyeri dalam intervensi non-farmakologis dalam perawatan paliatif (Yamamoto and Nagata, 2011; van Veen *et al.*, 2024).

4) Terapi fisik

Latihan dan gerakan semakin diakui perannya dalam manajemen nyeri, karena keduanya berkontribusi pada pengendalian nyeri dengan memengaruhi mekanisme pengolahan nyeri di tubuh serta meningkatkan mobilitas fisik (Casale *et al.*, 2018).

b. Intervensi psikologis

1) *Cognitive Behavioral Therapy* (CBT)

CBT adalah merupakan pendekatan yang berharga dalam manajemen nyeri pada perawatan paliatif. Dengan menekankan restrukturisasi kognitif, intervensi perilaku, dan dukungan emosional, CBT membantu pasien mengelola nyeri secara lebih efektif sekaligus meningkatkan kualitas hidup mereka secara keseluruhan. Integrasi CBT dalam perawatan paliatif menawarkan pendekatan holistik yang memenuhi kebutuhan fisik dan psikologis pasien. Melalui identifikasi dan modifikasi pola pikir negatif yang dapat memperburuk persepsi nyeri, CBT membantu pasien mengatasi distorsi

kognitif, sehingga mengurangi dampak emosional dan psikologis dari nyeri (Wright, 2017; Urits *et al.*, 2019).

2) Hipnosis

Hipnosis dalam perawatan paliatif menawarkan banyak pendekatan dalam manajemen nyeri dengan menggabungkan mekanisme neurofisiologis dan psikologis untuk meningkatkan hasil klinis pasien. Hal ini dapat memberdayakan pasien, meningkatkan kualitas hidup mereka, dan membina hubungan yang lebih baik dengan perawat serta anggota keluarga. Integrasi hipnosis sebagai terapi tambahan dalam perawatan paliatif dapat memberikan manfaat yang signifikan bagi pasien dengan memenuhi kebutuhan fisik dan emosional mereka. Secara mekanisme neurofisiologis, hipnosis diketahui mengubah pola operasi otak dengan menghambat sinkronisasi wilayah otak yang terpisah secara spasial, sehingga mencegah pengalaman nyeri yang disadari. Studi neuroimaging fungsional juga menunjukkan bahwa hipnosis dapat mengaktifkan area tertentu di otak dan memodulasi koneksi saraf, yang berkontribusi pada efek analgesik yang dihasilkannya (Bernard, Musellec and Loyzance, 2014; Keppler, 2018).

3) *Mindfulness-Based Interventions*

Latihan *Mindfulness* singkat selama 5 menit telah terbukti secara signifikan mengurangi penderitaan dan meningkatkan kesejahteraan spiritual pada pasien perawatan paliatif dibandingkan dengan metode mendengarkan aktif (Yik *et al.*, 2021). Selain itu, penelitian lain melaporkan bahwa satu sesi pernapasan sadar selama 20 menit secara signifikan mengurangi berbagai gejala yang dialami oleh pasien perawatan paliatif, sebagaimana diukur dengan *Edmonton Symptom Assessment Scale* (ESAS). Temuan ini mengindikasikan bahwa *mindfulness* dapat berfungsi sebagai intervensi yang cepat dan efektif untuk mengelola gejala, dengan memberikan dampak positif secara langsung (Look *et al.*, 2021).

c. Terapi sensori dan relaksasi

1) Terapi musik

Terapi musik telah terbukti secara signifikan mengurangi tingkat nyeri pada pasien perawatan paliatif. Penelitian menunjukkan bahwa satu sesi terapi musik dapat menurunkan skor nyeri secara signifikan (Gutgsell *et al.*, 2013; Krishnaswamy and Nair, 2016). Akan tetapi, terapi musik sering diintegrasikan

ke dalam tim multidisiplin untuk meningkatkan keseluruhan perawatan yang diberikan kepada pasien.

- 2) Aromaterapi Aromaterapi telah diidentifikasi sebagai terapi komplementer yang potensial dalam manajemen nyeri pada perawatan paliatif. Mekanisme kerjanya melibatkan stimulasi sistem penciuman yang memengaruhi area otak yang terkait dengan persepsi nyeri dan regulasi emosi, sehingga secara signifikan mampu mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kesejahteraan pasien. Selain itu, minyak esensial yang digunakan dalam terapi ini diketahui memiliki sifat antiinflamasi dan analgesik. Meskipun demikian, penerapan aromaterapi dalam praktik klinis memerlukan perhatian khusus terhadap aspek keamanan serta pelatihan yang memadai bagi tenaga kesehatan untuk memastikan efektivitas dan keselamatan penggunaannya (Lakhan, Sheaffer and Tepper, 2016; Farrar and Farrar, 2020).

d. Intervensi teknologi

Virtual Reality (VR): Pemanfaatan teknologi, seperti realitas virtual, dapat berperan dalam pengelolaan nyeri yang lebih efektif, dengan memungkinkan penggunaan opioid dalam dosis yang lebih rendah. Hal ini berkontribusi pada peningkatan praktik manajemen nyeri dan memberikan perawatan yang lebih baik bagi pasien dalam perawatan paliatif (Shrestha *et al.*, 2025). Aplikasi VR 3D yang dipasang di kepala dan layar 2D terbukti mengurangi intensitas nyeri, dengan 3D VR memberikan sensasi kehadiran yang lebih dalam untuk mengatasi nyeri kanker dalam perawatan paliatif (Austin, Siddall and Lovell, 2022).

e. Teknik lainnya

Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation (TENS) adalah metode pengelolaan nyeri yang bekerja dengan menghantarkan arus listrik melalui kulit untuk mengaktifkan saraf perifer. Mekanisme ini dapat memodulasi transmisi sinyal nyeri pada sistem saraf perifer maupun sentral. Terapi ini juga diketahui memengaruhi tingkat neurotransmitter dan aktivitas reseptor di sumsum tulang belakang, batang otak, dan otak, yang berkontribusi pada efek analgesiknya (Mokhtari *et al.*, 2020; Aiyer, Johnson and Poli, 2022). Meskipun demikian, efektivitas TENS masih bervariasi, sehingga diperlukan uji klinis yang lebih kuat untuk menentukan potensinya dalam manajemen nyeri akibat kanker dan kondisi nyeri kronis lainnya. Pemilihan pasien yang tepat dan optimalisasi parameter aplikasi menjadi faktor kunci untuk memastikan keberhasilan TENS.

C. Tantangan dalam Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri pada pasien perawatan paliatif menghadirkan berbagai tantangan karena kompleksitas kondisi mereka serta keberagaman aspek nyeri yang dialami. Beberapa tantangan utama yang diidentifikasi dalam penanganan nyeri pada pasien perawatan paliatif antara lain sebagai berikut:

1. Kompleksitas Rasa sakit

- a. Sifat Multidimensi: Nyeri dalam perawatan paliatif melibatkan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, menjadikannya tantangan yang kompleks untuk dinilai dan dikelola secara efektif. (Pott, Pongratz and Winter, 2008; Schofield, 2009; Broglio, 2016).
- b. Perkembangan Penyakit : Seiring perkembangan penyakit, nyeri dapat meningkat dalam intensitas dan kompleksitas akibat faktor seperti perubahan metabolisme, penurunan berat badan, serta penurunan fungsi organ (Broglio, 2016).

2. Faktor individu

- a. Komorbiditas: Kehadiran komorbiditas psikologis dan jenis kanker tertentu, seperti kanker tulang dan tulang rawan, sering dikaitkan dengan intensitas nyeri yang lebih tinggi dan respons yang kurang efektif terhadap analgesik. (Ramm *et al.*, 2024).
- b. Gangguan Kognitif: Pasien dengan demensia lanjut atau gangguan kognitif menghadapi tantangan khusus dalam penilaian dan pengelolaan nyeri, yang sering kali memerlukan pendekatan yang disesuaikan. (De Witt Jansen *et al.*, 2017; Drummond and Johnston, 2024)

3. Tantangan system dukungan

- a. Kurangnya Pelatihan: Pengasuh keluarga sering kali kekurangan pengetahuan dan keterampilan yang memadai dalam manajemen nyeri, yang dapat menyebabkan pemberian obat yang tidak tepat atau kesalahan dalam melaporkan nyeri. (Oliver *et al.*, 2008; Chi *et al.*, 2018, 2023).
- b. Masalah Komunikasi: Komunikasi yang tidak efektif antara perawat dan profesional kesehatan dapat menghambat manajemen nyeri yang optimal. (Han *et al.*, 2018; Chi *et al.*, 2023)

4. Hambatan dalam sistem pelayanan Kesehatan

- a. Kurangnya dukungan profesional: Tidak tersedianya tenaga profesional yang terlatih di lingkungan rumah sering kali menjadi tantangan besar dalam manajemen nyeri. (Broglio, 2016).

- b. Koordinasi Interdisipliner : Manajemen nyeri yang efektif membutuhkan kolaborasi antara berbagai profesional kesehatan, namun koordinasi tersebut mungkin sering kali sulit untuk diwujudkan secara konsisten (De Witt Jansen *et al.*, 2017; Bassam, 2019)

5. Manajemen obat

Pembatasan obat juga diidentifikasi sebagai salah satu tantangan dalam pengelolaan nyeri dari sistem pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan menghadapi tantangan terkait akses yang terbatas terhadap obat pereda nyeri esensial dalam perawatan paliatif. Hambatan ini meliputi ketersediaan opioid yang tidak memadai, terputusnya pasokan, dan proses impor yang rumit. Selain itu, beberapa pasien enggan menggunakan obat nyeri karena kekhawatiran akan ketergantungan obat anti nyeri (Abu-Odah, Molassiotis and Liu, 2020).

Selain itu, penggunaan opioid membutuhkan perhatian khusus dalam menyesuaikan dosis dan mengelola efek samping, terutama pada pasien dengan riwayat gangguan penggunaan zat (Schwarzer, Klaschik and Nauck, 2005; Peters-Watral, 2019) .

6. Distres psikologis dan eksistensial

Tekanan psikologis akibat nyeri kronis dan tantangan eksistensial yang terkait dengan penyakit terminal dapat memperburuk intensitas nyeri dan menyulitkan pengelolaan manajemen nyeri (Hemming and Maher, 2005; Pott, Pongratz and Winter, 2008; Broglio, 2016).

D. Strategi Peningkatan Manajemen Nyeri

Manajemen nyeri yang efektif dalam perawatan paliatif sangat penting untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang membatasi hidup.

1. Penilaian nyeri secara komprehensif dengan Melalui pendekatan multidimensi yang mempertimbangkan dimensi emosional dan spiritual. Tidak hanya itu, melakukan penilaian dengan menggunakan pedoman standar manajemen nyeri.
2. Pendekatan multidisipliner yang melibatkan tim interdisipliner dan pelaksanaan pendidikan serta pelatihan berkelanjutan bagi tenaga kesehatan mengenai prinsip-prinsip manajemen nyeri sangat penting untuk mengatasi kekurangan tenaga profesional yang terampil (Bhatnagar and Gupta, 2016; Paice *et al.*, 2018).
3. Keterlibatan pasien dan keluarga dalam mengelola kebutuhan psikologis, sosial, dan spiritual serta gejala fisik sangat penting untuk menjalankan perawatan yang bersifat holistik. Memberikan pasien dan keluarganya otonomi dalam memilih strategi

manajemen nyeri dapat meningkatkan pengalaman dan kepuasan pasien dan keluarga secara keseluruhan (Gavrin and McMenamin, 2008; Nauck, 2015).

4. Penelitian berkelanjutan dan pengembangan bukti diperlukan untuk mengembangkan dan menyempurnakan strategi manajemen nyeri pada perawatan paliatif. Selain itu, pengembangan kebijakan dan pedoman yang sesuai dengan karakteristik populasi dan lingkungan tertentu dapat berkontribusi pada standarisasi layanan dan perbaikan hasil perawatan (Bhatnagar and Gupta, 2016; Paice *et al.*, 2018; Salins *et al.*, 2020).

E. Kesimpulan

Perawatan paliatif memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa, terutama melalui manajemen nyeri yang efektif. Nyeri merupakan gejala umum yang dialami oleh pasien, terutama mereka yang menderita kanker stadium lanjut, dan dapat menyebabkan penderitaan yang signifikan serta mengurangi kualitas hidup. Oleh karena itu, pendekatan holistik dalam manajemen nyeri, yang mencakup strategi farmakologis dan non-farmakologis, sangat diperlukan untuk memenuhi kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Manajemen nyeri yang efektif melibatkan penggunaan berbagai jenis analgesik, termasuk non-opioid, opioid, dan analgesik adjuvant, serta intervensi non-farmakologis seperti terapi fisik, psikologis, dan teknologi. Namun, tantangan dalam manajemen nyeri tetap ada, termasuk kompleksitas nyeri, faktor individu, dan hambatan dalam sistem pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, strategi peningkatan manajemen nyeri harus melibatkan penilaian nyeri yang komprehensif, pendekatan multidisipliner, keterlibatan pasien dan keluarga, serta penelitian berkelanjutan untuk mengembangkan dan menyempurnakan praktik manajemen nyeri. Keberhasilan dalam mengatasi tantangan yang ada dan menerapkan strategi yang tepat, diharapkan kualitas hidup pasien dalam perawatan paliatif dapat ditingkatkan, serta memberikan dukungan yang lebih baik bagi pasien dan keluarga mereka.

F. Referensi

- Abu-Odah, H., Molassiotis, A. and Liu, J. (2020) 'Challenges on the provision of palliative care for patients with cancer in low- and middle-income countries: a systematic review of reviews', *BMC Palliative Care*, 19(1), p. 55. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12904-020-00558-5>.

- Aiyer, R., Johnson, E. and Poli, J. (2022) Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation, Anesthesiology In-Training Exam Review: Regional Anesthesia and Chronic Pain. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-030-87266-3_66.
- Austin, P.D., Siddall, P.J. and Lovell, M.R. (2022) 'Feasibility and acceptability of virtual reality for cancer pain in people receiving palliative care: a randomised cross-over study', *Supportive Care in Cancer*, 30(5), pp. 3995–4005. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00520-022-06824-x>.
- Bandieri, E. et al. (2020) 'Independent research on cancer pain management in the setting of early palliative care: A flywheel to counteract general opioid misuse and abuse', *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(19), pp. 1–5. Available at: <https://doi.org/10.3390/ijerph17197097>.
- Bassam, B. (2019) 'Pain management in palliative care: art or science', *Anaesthesia and Intensive Care Medicine*, 20(10), pp. 562–566. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2019.07.018>.
- Bernard, F., Musellec, H. and Loyzance, C. (2014) 'The hypnosis and the non-pharmacological treatment of pain | L'hypnose et le traitement non médicamenteux de la douleur', *Oxymag*, 27(135), pp. 14–16. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.oxy.2014.02.003>.
- Bhatnagar, S. and Gupta, M. (2016) 'Integrated pain and palliative medicine model', *Annals of Palliative Medicine*, 5(3), pp. 196–208. Available at: <https://doi.org/10.21037/apm.2016.05.02>.
- Broglio, K. (2016) Palliative Care Pain Management, Practical Guide to: Chronic Pain Syndromes. Available at: <https://doi.org/10.3109/9781420080469-19>.
- Bruera, E. and Neumann, C.M. (2011) The management of chronic pain in palliative non-cancer patients, *Palliative Care for Non-cancer Patients*. Available at: <https://doi.org/10.1093/acprof:oso/9780192629609.003.0007>.
- Casale, R. et al. (2018) 'Exercise and movement in musculoskeletal pain: A double-edged problem', *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 12(3), pp. 388–392. Available at: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000365>.

- Chi, N.-C. et al. (2018) 'Pain Management Concerns From the Hospice Family Caregivers' Perspective', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 35(4), pp. 601–611. Available at: <https://doi.org/10.1177/1049909117729477>.
- Chi, N.-C. et al. (2023) 'Family Caregivers' Challenges in Cancer Pain Management for Patients Receiving Palliative Care', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 40(1), pp. 43–51. Available at: <https://doi.org/10.1177/10499091221094564>.
- Coyne, P. et al. (2024) 'American Society for Pain Management Nursing and Hospice and Palliative Nurses Association Position Statement: Pain Management at the End of Life', *Pain Management Nursing*, 25(4), pp. 327–329. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pmn.2024.03.020>.
- Drummond, M. and Johnston, B. (2024) 'Symptom management for people with advanced dementia who are receiving end of life care', *Current Opinion in Supportive and Palliative Care*, 18(4), pp. 219–223. Available at: <https://doi.org/10.1097/SPC.0000000000000733>.
- Farrar, A.J. and Farrar, F.C. (2020) 'Clinical Aromatherapy', *Nursing Clinics of North America*, 55(4), pp. 489–504. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.cnur.2020.06.015>.
- Gavrin, J.R. and McMenamin, E.M. (2008) 'Pain management in palliative care oncology patients', *Current Pain and Headache Reports*, 12(4), pp. 257–261. Available at: <https://doi.org/10.1007/s11916-008-0044-z>.
- Gutgsell, K.J. et al. (2013) 'Music therapy reduces pain in palliative care patients: A randomized controlled trial', *Journal of Pain and Symptom Management*, 45(5), pp. 822–831. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2012.05.008>.
- Han, C.J. et al. (2018) 'Communicating Caregivers' Challenges With Cancer Pain Management: An Analysis of Home Hospice Visits', *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), pp. 1296–1303. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.004>.

- Hemming, L. and Maher, D. (2005) 'Cancer pain in palliative care: why is management so difficult?', *British journal of community nursing*, 10(8), pp. 362–367. Available at: <https://doi.org/10.12968/bjcn.2005.10.8.18574>.
- Jane, S.-W. et al. (2014) 'The effects of a massage intervention in patients with cancer pain: An evidence-based approach', *Journal of Nursing*, 61(6), pp. 23–28. Available at: <https://doi.org/10.6224/JN.61.6.23>.
- Joshi, M. and Chambers, W.A. (2010) 'Pain relief in palliative care: A focus on interventional pain management', *Expert Review of Neurotherapeutics*, 10(5), pp. 747–756. Available at: <https://doi.org/10.1586/ern.10.47>.
- Keppler, J. (2018) 'Shedding light on the fundamental mechanism underlying hypnotic analgesia', *Annals of Palliative Medicine*, 7(1), pp. 170–176. Available at: <https://doi.org/10.21037/apm.2017.04.03>.
- Klein, C. et al. (2011) 'Pain Management and Symptom-Oriented Drug Therapy in Palliative Care.', *Breast care (Basel, Switzerland)*, 6(1), pp. 27–34. Available at: <https://doi.org/10.1159/000324702>.
- Krishnaswamy, P. and Nair, S. (2016) 'Effect of music therapy on pain and anxiety levels of cancer patients: A pilot study', *Indian Journal of Palliative Care*, 22(3), pp. 307–311. Available at: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.185042>.
- Lakhan, S.E., Sheafer, H. and Tepper, D. (2016) 'The Effectiveness of Aromatherapy in Reducing Pain: A Systematic Review and Meta-Analysis', *Pain Research and Treatment*, 2016. Available at: <https://doi.org/10.1155/2016/8158693>.
- Lawson, M. (2011) 'Palliative sedation', *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 15(6), pp. 589–590. Available at: <https://doi.org/10.1188/11.CJON.589-590>.
- Look, M.L. et al. (2021) 'Symptom reduction in palliative care from single session mindful breathing: A randomised controlled trial', *BMJ Supportive and Palliative Care*, 11(4), pp. 433–439. Available at: <https://doi.org/10.1136/bmjspcare-2020-002382>.

- MacLeod, S. and Maddocks, I. (2018) 'Pain and psychiatry', in *The Psychiatry of Palliative Medicine: The Dying Mind*, Second Edition. London, pp. 59–84. Available at: <https://doi.org/10.4324/9781315385532-6>.
- Mantoudi, A. et al. (2020) 'Complementary Therapies for Patients with Cancer: Reflexology and Relaxation in Integrative Palliative Care. A Randomized Controlled Comparative Study', *Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 26(9), pp. 792–798. Available at: <https://doi.org/10.1089/acm.2019.0402>.
- Mokhtari, T. et al. (2020) 'Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation in Relieving Neuropathic Pain: Basic Mechanisms and Clinical Applications', *Current Pain and Headache Reports*, 24(4). Available at: <https://doi.org/10.1007/s11916-020-0846-1>.
- Nauck, F. (2015) *The Final Phase, Palliative Care in Oncology*. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-662-46202-7_9.
- Oliver, D.P. et al. (2008) 'Barriers to Pain Management: Caregiver Perceptions and Pain Talk by Hospice Interdisciplinary Teams', *Journal of Pain and Symptom Management*, 36(4), pp. 374–382. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2007.11.005>.
- Paice, J.A. et al. (2018) 'Palliative Nursing Summit: Nurses Leading Change and Transforming Primary Palliative Care: Nursing's Role in Providing Pain and Symptom Management', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 20(1), pp. 30–35. Available at: <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000405>.
- Peters-Watral, B. (2019) 'Opioid use disorder and chronic pain: Challenges for palliative care practice', *International Journal of Palliative Nursing*, 25(9), pp. 453–457. Available at: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2019.25.9.453>.
- Pott, G., Pongratz, J. and Winter, W. (2008) 'Chronic abdominal pain in palliative care - Palliative gastroenterology requires realignment | Der chronische bauchschmerz in der palliativmedizin - Palliativmedizinische gastroenterologie erfordert umdenken', *Kliniker*, 37(3), pp. 146–149. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-2008-1075873>.

- Prince, V. (2011) 'Pain Management in Patients with Substance-Use Disorders', in Pain Management. American College of Clinical Pharmacy, pp. 171–188.
- Queremel Milani, D.A. and Davis, D.D. (2025) Pain Management Medications.
- Raja, S.N. et al. (2020) 'The revised International Association for the Study of Pain definition of pain: concepts, challenges, and compromises', *Pain*, 161(9), pp. 1976–1982. Available at: <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>.
- Ramm, M. et al. (2024) 'Pain in Palliative Cancer Patients – Analysis of the German National Palliative Care Registry', *Journal of Pain and Symptom Management* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2024.10.030>.
- Salins, N. et al. (2020) 'Indian society for study of pain, cancer pain special interest group guidelines on palliative care aspects in cancer pain management', *Indian Journal of Palliative Care*, 26(2), pp. 210–214. Available at: <https://doi.org/10.4103/0973-1075.285687>.
- Schofield, P. (2009) 'Pain assessment in palliative care', *International Journal on Disability and Human Development*, 8(1), pp. 9–14. Available at: <https://doi.org/10.1515/IJDHD.2009.8.1.9>.
- Schwarzer, A., Klaschik, E. and Nauck, F. (2005) 'Pain treatment of patients with incurable malignant tumors | Schmerztherapie bei patienten mit inkurablen tumororerkrankungen', *Deutsche Medizinische Wochenschrift*, 130(45), pp. 2561–2565. Available at: <https://doi.org/10.1055/s-2005-918603>.
- Shatri, H. et al. (2019) 'Factors Associated with Pain in Palliative Patients and the Role of Spiritual Services in Pain Management', *Acta Medica Indonesiana*, 51(4), pp. 296–302.
- Shrestha, R. et al. (2025) 'Pharmacist interventions in optimising opioid medication therapy in pain management for palliative care patients: A systematic review', *Journal of Oncology Pharmacy Practice* [Preprint]. Available at: <https://doi.org/10.1177/10781552241296516>.
- Tredgett, K.M. (2020) 'Pain control in palliative care', *Medicine (United Kingdom)*, 48(1), pp. 2–8. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2019.10.003>.

- V. Sholjakova, M. and M. Durnev, V. (2021) 'Multimodal Pain Management in the Setting of Palliative Care', in *Suggestions for Addressing Clinical and Non-Clinical Issues in Palliative Care*. IntechOpen. Available at: <https://doi.org/10.5772/intechopen.96579>.
- Urits, I. et al. (2019) 'An Update on Cognitive Therapy for the Management of Chronic Pain: a Comprehensive Review', *Current Pain and Headache Reports*, 23(8). Available at: <https://doi.org/10.1007/s11916-019-0794-9>.
- van Veen, S. et al. (2024) 'Non-pharmacological interventions feasible in the nursing scope of practice for pain relief in palliative care patients: a systematic review', *Palliative Care and Social Practice*, 18. Available at: <https://doi.org/10.1177/26323524231222496>.
- De Witt Jansen, B. et al. (2017) "'There's a Catch-22" – The complexities of pain management for people with advanced dementia nearing the end of life: A qualitative exploration of physicians' perspectives', *Palliative Medicine*, 31(8), pp. 734–742. Available at: <https://doi.org/10.1177/0269216316673549>.
- Wooldridge, A., Tillman, S.D. and Zehm, A. (2022) *Opioid and Non-opioid Therapies in Palliative Care, Hospitalized Chronic Pain Patient: A Multidisciplinary Treatment Guide*. Available at: https://doi.org/10.1007/978-3-031-08376-1_42.
- Wright, S. (2017) *Controversies in cognitive behavioral therapies for chronic pain*, *Pain: Management, Issues and Controversies*.
- Yamamoto, K. and Nagata, S. (2011) 'Physiological and psychological evaluation of the wrapped warm footbath as a complementary nursing therapy to induce relaxation in hospitalized patients with incurable cancer: A pilot study', *Cancer Nursing*, 34(3), pp. 185–192. Available at: <https://doi.org/10.1097/NCC.0b013e3181fe4d2d>.
- Yang, Y. et al. (2023) 'Association of pain management and positive expectations with psychological distress and spiritual well being among terminally ill cancer patients admitted to a palliative care unit', *BMC Nursing*, 22(1). Available at: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01259-z>.

Yik, L.L. et al. (2021) 'The Effect of 5-Minute Mindfulness of Peace on Suffering and Spiritual Well-Being Among Palliative Care Patients: A Randomized Controlled Study', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 38(9), pp. 1083–1090. Available at: <https://doi.org/10.1177/1049909120965944>.

G. Glosarium

IV = Intravena

IM = Intramuskular

SC = Subkutan

PCA = Patient-Controlled Analgesia

NSAID = Nonsteroidal Anti-Inflammatory Drugs

mg = milligram

kg = kilogram

COX = Siklooksigenase

PPI = Proton pump inhibitors

NMDA = N-methyl-D-aspartate

SNRI = Selective Serotonin and Norepinephrine Reuptake Inhibitors

TCA = Tricyclic Antidepressants

ESAS = Edmonton Symptom Assessment Scale

CBT = Cognitive Behavioral Therapy

TENS = Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation

CHAPTER 2

DUKUNGAN PSIKOSOSIAL DALAM PERAWATAN PALIATIF

Yuliati, SKp., MM., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Selain aspek fisik dan pengendalian gejala, aspek psikososial sangat penting bagi pasien perawatan paliatif. Perawatan paliatif merupakan perawatan yang di diberikan kepada pasien sedang mengalami kondisi penyakit dalam keadaan terminal yang berfokus pada setiap individu sebagai pribadi yang istimewa dengan pendekatan holistik baik segi fisik, spiritual, mental dan budaya untuk pasien maupun keluarga (Sudarsa, I. W., 2020). Dengan pemberian yang baik kepada pasien yang memiliki kondisi tersebut diharapkan beban penyakit yang ditanggung pasien berkurang dan menjalani setiap aktivitas keseharian bersama keluarga dapat berjalan dengan bahagia.

Perawatan paliatif merupakan pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif. Pekerja sosial merupakan bagian dari tim perawatan paliatif. Peran Pekerja sosial dalam perawatan paliatif adalah untuk membantu pasien dan keluarganya mengatasi masalah pribadi dan sosial akibat dari penyakitnya. Untuk mengatasi masalah psikososial, diperlukan strategi koping adaptif. Perawatan paliatif bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien kanker stadium lanjut dengan memberikan dukungan fisik, psikososial, dan spiritual. Tantangan psikososial dalam perawatan paliatif juga dialami oleh keluarga dan perawat.

Perawatan psikososial, sebagaimana didefinisikan oleh Dewan Nasional untuk Layanan Perawatan Paliatif Spesialis dan Hospis, adalah perawatan yang memperhatikan kesejahteraan psikologis dan emosional pasien dan keluarga/pengasuh mereka, termasuk masalah harga diri, wawasan tentang adaptasi terhadap penyakit dan konsekuensinya

Kualitas hidup pasien adalah keadaan pasien yang dipersepsikan terhadap keadaan sesuai konteks budaya dan sistem nilai yang dianutnya, termasuk tujuan hidup, harapan dan niatnya. Dimensi dari kualitas hidup yaitu gejala fisik, kemampuan fungsional (aktifitas), kesejahteraan keluarga, spiritual, fungsi sosial, kepuasan terhadap pengobatan (termasuk masalah keuangan), orientasi masa depan, kehidupan seksual, termasuk gambaran diri sendiri, fungsi dalam bekerja (Kemenkes, 2013). Pemberian kualitas hidup yang baik serta pengobatan yang berkelanjutan mempengaruhi

perjalanan suatu penyakit yang sedang di derita pasien menuju lebih baik (Shatri, H., et al., 2020). Sehingga diharapkan pasien dapat memperpanjang umur, mengurangi gejala yang timbul dan mempersiapkan dari aspek spiritual sehingga siap dalam menjalani hidup hingga menjelang ajal. Dampak dari pemberian kualitas hidup yang baik maka dapat mempengaruhi psikologis pasien. Dampak psikologis merupakan stimulus maupun respon pada seseorang yang berpengaruh positif maupun negatif, baik secara langsung berdampak maupun tidak (Permatasari, R., Noviandari, H., & Mursidi, A., 2021).

Hambatan yang muncul dalam pelayanan pada pasien paliatif karena kurang pengetahuan pasien dan minimnya pengetahuan cara merawat pasien paliatif (Tampubolon et al., 2021). Kondisi fisik dan psikologis pasien paliatif terganggu karena kondisi penyakit yang sedang di derita sehingga mengganggu kualitas hidup. Cemas dan depresi merupakan kondisi emosional yang dapat memberikan efek buruk terhadap kualitas hidup pasien (Wulandari, F., & Nurachmah, E., 2022). Hal tersebut tidak boleh dimiliki oleh pasien paliatif dikarenakan akan memperberat kondisi yang sedang di alami pasien. Walaupun kelak pasien paliatif akan mengalami kematian, hal penting yang harus di perhatikan yaitu pasien sebelum akhir hidupnya sudah bisa menerima keadaan baik secara fisik, psikologis, spiritual dan tidak memiliki stress terhadap penyakit yang sedang dia hadapi (Nugroho, E. A., 2020).

Perawatan paliatif tidak hanya terbatas pada penanganan gejala. Dampak yang lebih luas dari penyakit, kematian, dan kesedihan pada pasien dan keluarga mereka juga perlu dipertimbangkan dan ditangani. Yang lebih penting, kebutuhan fisik, emosional, dan spiritual tidak dapat ditangani secara terpisah karena masing-masing mempengaruhi yang lain. Perawatan paliatif pasien kanker merupakan perawatan terpadu untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah-masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual serta pelayanan masa duka cita bagi keluarga. Dalam upaya meningkatkan kualitas hidup pasien anak dengan kanker dari keluarga prasejahtera, yayasan Pita Kuning memenuhi kebutuhan perawatan paliatif dalam aspek pendampingan psikososial.

Dukungan psikososial, merupakan terapi atau cara dalam proses perawatan dan pemulihan subjek dari masalah psikososial yang dilakukan oleh pekerja sosial atau orang-orang terdekat subjek dengan menggunakan pendekatan psikologi, afeksi,

dukungan moral dan spiritual serta pembinaan hubungan sosial dengan tujuan membantu individu menjalankan peran dan fungsinya dengan baik di tengah masyarakat. Pendekatan yang dilakukan dapat berupa aktivitas yang dilakukan secara bersama-sama oleh pendamping dan penderita.

Perawatan Paliatif dimulai sejak diagnosis atau pada tahap awal penyakit kronis dan bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, dengan tidak hanya meredakan nyeri, tetapi juga meredakan gejala-gejala lainnya. Gejala-gejala ini dapat meliputi kesulitan bernapas, mual, muntah, kelelahan, penurunan berat badan, insomnia, kecemasan, dan depresi. Rehabilitasi psikososial dapat berperan dalam kesehatan mental pasien yang menjalani perawatan paliatif, berkontribusi pada minimalisasi gejala, dukungan dalam aktivitas kehidupan sehari-hari, dan peningkatan kualitas hidup. Perawatan psikososial, sebagaimana didefinisikan oleh Dewan Nasional untuk Layanan Perawatan Paliatif Spesialis dan Hospis, adalah perawatan yang memperhatikan kesejahteraan psikologis dan emosional pasien dan keluarga/pengasuhnya, termasuk masalah harga diri, wawasan tentang adaptasi terhadap penyakit dan konsekuensinya, komunikasi, fungsi sosial, dan hubungan.

Paliatif merupakan istilah untuk pasien dengan penyakit kronis dan terminal. Karakteristik pasien ini biasanya memiliki permasalahan fisik dan psikososial (psikologis, sosial, spiritual). Permasalahan yang dihadapi disebabkan oleh perkembangan penyakit dan proses pengobatan yang biasanya bersifat lama dan terminal karena prognosis yang jelek. Stressor tersebut yang menyebabkan sebagian besar pasien paliatif mengalami tidak hanya permasalahan fisik tetapi juga permasalahan psikososial. (Puspitasari., 2015) menjelaskan bahwa pasien yang dirawat di rumah sakit menunjukkan gejala masalah fisik dan permasalahan psikososial.

B. Perawatan Paliatif

Pengertian Perawatan Paliatif

Organisasi kesehatan dunia atau WHO mendefinisikan perawatan paliatif adalah semua tindakan aktif guna meringankan beban penderita, terutama yang tak mungkin disembuhkan. Tindakan aktif yang dimaksud antara lain menghilangkan nyeri dan keluhan lain, serta mengupayakan perbaikan dalam aspek psikologis, sosial dan spiritual". Menurut Imam Rasjidi, 2020 perawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah terkait dengan penyakit yang mengancam nyawa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan cara identifikasi dini, pemeriksaan yang baik, dan

terapi rasa sakit dan masalah lainnya, fisik, psikososial dan spiritual.

"Palliative medicine is the study and management of patients with active, progressive, far-advanced disease for whom the prognosis is limited and the focus of care is the quality of life."

(Pengobatan paliatif merupakan suatu studi dan penanganan terhadap pasien-pasien dengan penyakit yang aktif, progresif dan lama yang mana prognosisnya terbatas dan fokus perawatannya adalah pada kualitas hidup).

Pelayanan paliatif pasien kanker adalah pelayanan terintegrasi oleh tim paliatif untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan memberikan dukungan bagi keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan kondisi pasien dengan mencegah dan mengurangi penderitaan melalui identifikasi dini, penilaian yang seksama serta pengobatan nyeri dan masalah masalah lain, baik masalah fisik, psikososial dan spiritual, dan pelayanan masa duka cita bagi keluarga, (Kemenkes, 2013).

Palliative care atau Perawatan paliatif termasuk perawatan medis rumah sakit. Tujuan perawatan paliatif adalah meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang merawat pasien yang mana dengan memperhatikan aspek psikologis dan spiritual pasien. Caranya adalah dengan menghilangkan rasa sakit dan gejala mengganggu lainnya, serta memenuhi kebutuhan emosional, spiritual, dan praktis pasien serta keluarga. Perawatan ini dapat dilakukan bersamaan dengan perawatan penyakit kronis yang diberikan dokter.

Perawatan paliatif tidak hanya diberikan bagi penderita menjelang akhir hayatnya, namun sudah dapat dimulai segera setelah diagnosis penyakit (kanker) di tegakkan, dan dilaksanakan bersama dengan pengobatan kuratif. (Kemenkes ,2013). Lebih lanjut lagi, Kemenkes menekankan bahwa pelayanan paliatif berpijak pada prinsip dasar berikut ini:

1. Menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain.
2. Menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal.
3. Tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian.
4. Mengintegrasikan aspek psikologis, sosial dan spiritual.
5. Memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin.
6. Memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita.

7. Menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya.
8. Menghindari tindakan yang sia-sia.

Fungsi Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah suatu pendekatan dalam pelayanan kesehatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau yang berpotensi mengancam nyawa, (Amalia, 2020). Berikut adalah beberapa fungsi perawatan paliatif:

1. Meringankan Gejala

Perawatan paliatif bertujuan untuk mengurangi atau menghilangkan gejala yang dapat menyebabkan ketidaknyamanan atau penderitaan pada pasien. Ini termasuk pengelolaan nyeri, mual, muntah, kelelahan, dan gejala lainnya.

2. Dukungan Psikososial

Memberikan dukungan emosional dan kesejahteraan psikologis kepada pasien dan keluarganya. Tim perawatan paliatif berfokus pada aspek psikososial dan spiritual, membantu pasien dan keluarganya menghadapi tantangan emosional yang muncul.

3. Pengambilan Keputusan Bersama

Membantu pasien dan keluarga dalam pengambilan keputusan terkait perawatan, terutama ketika menghadapi pilihan sulit terkait dengan perawatan akhir hidup. Proses ini melibatkan dialog terbuka dan informasi yang jelas.

4. Perawatan Holistik

Menyediakan perawatan yang melibatkan seluruh aspek kehidupan pasien, termasuk fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Tujuannya adalah memberikan dukungan yang holistik dan menyeluruh sesuai dengan kebutuhan dan nilai-nilai pasien.

5. Meningkatkan Kualitas Hidup

Fokus pada aspek kualitas hidup dengan memberikan perhatian pada aktivitas yang bermakna, keintiman, dan koneksi emosional. Hal ini dilakukan agar pasien dapat menjalani hidup mereka sebaik mungkin meskipun dalam kondisi penyakit serius.

Prosedur Perawatan Paliatif

Beberapa prosedur perawatan paliatif (Sudarsa, 2020), dilakukan dengan berbagai tindakan seperti:

1. Tindakan fisik

Ada beberapa tindakan fisik yang dilakukan dalam perawatan paliatif untuk mengatasi sejumlah gangguan fisik seperti susah tidur, nyeri, napas pendek, tidak nafsu makan, dan sebagainya. Untuk mengatasi berbagai gangguan tersebut, di rumah spesialis perawatan paliatif kamu akan melakukan terapi fisik, konseling gizi, dan memberikan teknik untuk membuat tubuh lebih rileks.

2. Tindakan emosional dan sosial

Penyakit serius tentu saja menyebabkan tekanan emosional dan sosial, seperti rasa marah, takut, sedih, hingga depresi. Untuk meringankan semua perasaan ini, perawatan paliatif akan membantu pasien dan keluarga untuk melakukan atau diskusi antar sesama pasien dengan riwayat penyakit yang sama. Dalam penelitian terbaru, termasuk yang diterbitkan dalam [New England Journal of Medicine](#), menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit serius yang menerima perawatan paliatif punya peluang hidup lebih lama daripada mereka yang tidak menerima perawatan ini.

3. Tindakan spiritual

Kamu juga akan menerima tindakan spiritual yang bertujuan menolong pasien menemukan kedamaian. Biasanya, tindakan ini melibatkan tokoh agama sesuai kepercayaan pasien.

4. Tindakan Mengasuh

Perawatan paliatif juga melaksanakan tindakan mengasuh yang fokus pada teknik perawatan yang meningkatkan kenyamanan pasien. Contoh perawatan paliatif dalam tindakan mengasuh adalah teknik pernapasan, visualisasi, atau sekadar mendengarkan musik dengan *headphone*.

5. Manajemen Gejala

Manajemen gejala adalah langkah penting dalam perawatan paliatif. Ini melibatkan seorang dokter perawat dalam pengobatan gejala seperti mual, nyeri, sesak nafas, dan gejala lainnya yang dapat memengaruhi kualitas hidup pasien. Perawat atau dokter akan meresepkan obat atau terapi lainnya untuk mengurangi gejala.

6. Pemberian Nutrisi dan Hidrasi

Beberapa pasien paliatif mungkin menghadapi masalah makan dan minum. Tim perawatan kesehatan harus memastikan bahwa pasien menerima nutrisi dan hidrasi yang sesuai dengan kebutuhan mereka, baik melalui makanan, infus, atau metode lain yang sesuai.

7. Perencanaan Perawatan Akhir Hidup

Bagian penting dari perawatan paliatif adalah perencanaan untuk perawatan akhir hidup. Ini mencakup keputusan mengenai perawatan resusitasi, pemilihan surrogate, dan penyusunan rencana perawatan akhir hidup yang sesuai dengan preferensi pasien.

8. Dukungan Keluarga

Keluarga pasien juga memerlukan dukungan selama perawatan paliatif. Ini termasuk konseling, bimbingan dalam mengatasi kesulitan, serta pendidikan tentang apa tujuan perawatan pasien dan apa yang bisa diharapkan selama fase paliatif.

C. Psikososial

Konsep Psikososial

Psikologi sosial adalah psikologi dalam konteks sosial. Psikologi, seperti yang kita ketahui, adalah ilmu tentang perilaku, sedangkan sosial di sini berarti interaksi antar individu atau antar kelompok dalam masyarakat. (Sarlito, 2009). Psikologi sosial adalah ilmu pengetahuan yang mempelajari segi-segi *psychologis* dari pada tingkah laku manusia, yang dipengaruhi oleh interaksi sosial. (Anandany,2019), Psikologi sosial adalah ilmu pengetahuan yang menyelidiki tingkah laku manusia sebagaimana dipengaruhi oleh kehadiran, keyakinan, tindakan dan lambang-lambang dari orang lain. Menurut Puspitasari, 2019 psikologi sosial adalah ilmu pengetahuan yang berusaha mengerti dan menerangkan bagaimana pikiran, perasaan, dan tingkah laku individu dipengaruhi oleh kenyataan, imajinasi dan kehadiran orang lain.

Dari beberapa definisi menurut para ahli mempunyai pandangan masing-masing namun tidaklah berarti bahwa pendapat tersebut saling bertentangan satu sama lain, melainkan saling berkaitan bahkan saling melengkapi antara pendapat satu dengan pendapat lainnya. Psikososial tidak dapat terlepas dari pembicaraan individu dalam hubungannya dengan situasi-situasi sosial.

Psikososial adalah suatu kondisi yang berkaitan dengan relasi sosial yang ada disekelilingnya yang mencakup faktor psikologis dari pengalaman seseorang

berupa pemikiran, perasaan, dan/atau perilaku yang secara terus menerus saling mempengaruhi satu sama lain.

Masalah Psikososial

Masalah psikososial adalah kondisi yang dialami seseorang yang disebabkan oleh terganggunya relasi sosial, sikap dan perilaku meliputi gangguan pemikiran, perasaan, perilaku, dan/atau relasi sosial yang secara terus menerus saling mempengaruhi satu sama lain.

Pendekatan Psikososial

Pendekatan psikososial menitik beratkan pada bagaimana relasi dibentuk dan dikelola oleh orang dalam situasi-situasi sosial tertentu yaitu isu-isu yang berhubungan dengan persoalan stigma, perilaku kelompok, pengaruh lingkungan, teritorial kebutuhan akan ruang pribadi, serta materi-materi perubahan personal dan sosial.

D. Dukungan Psikososial

Dukungan keluarga adalah bagian dari dukungan sosial. Seseorang membutuhkan dukungan saat tengah menghadapi masalah untuk memotivasinya menjalani pengobatan. Dukungan keluarga mencakup aspek informatif, instrumen fundamental, ekonomi, dan afeksi. Informasi dapat berbentuk nasehat, usulan, saran, dan petunjuk. Selain itu memberikan penghargaan, perhatian dan dukungan yang bersifat instrumental. Bantuan dari segi perekonomian dalam bentuk afeksi, kepercayaan, didengarkan dan mendengarkan (Y. I. Dewi, 2015)

Untuk pasien paliatif, keluarga jadi teman terbaik dalam mengangkat mental dan menyemangati hidup. Keluarga yang memiliki penderita kanker payudara akan terpengaruh baik secara emosional, psikologis, finansial dan fisik. keluarganya. Mereka ingin didukung agar aktivitas di rumah kembali normal, ditemani untuk mengurus segala keperluan selama terapi hingga menyelesaikan persoalan yang dihadapi akibat penyakit yang dideritanya (Novianty, 2018)

Pasien Paliatif menghadapi ancaman bunuh diri, depresi, dan kecemasan berlebihan. Dukungan social dalam hal ini keluarga akan membangun interaksi yang dimuali dengan komunikasi. Interaksi ini mampu menciptakan hubungan empatik yang arahnya membuat penderita merasa lebih aman, lebih percaya diri, memiliki kelompok yang bisa membantu tugas penting. Dengan berbicara atau bercerita kepada orang lain, penderita dapat mengatasi situasi diri yang tidak berdaya sepenuhnya dan

mendapatkan rasa nyaman. Sebagai manusia sosial, rasa memiliki tempat berbagi merupakan kebutuhan dasar seperti halnya kebutuhan pangan, Mereka membutuhkan orang untuk menggantung diri, emosi dan mengatasi peristiwa yang menyakitkan (Alizadeh et al., 2018)

Dukungan sosial terutama keluarga mampu mengendalikan lanju stadium kanker payudara pada perempuan. Dukungan suportif efektif meningkatkan status kesehatan umum dan kualitas hidup pasien. Modal sosial dari keluarga menjadi jalan menerima pengobatan. Pasien yang membangun komunikasi mengalami peningkatan suasana hati, harapan dan informasi mengenai penyakitnya. Menghabiskan waktu lebih banyak dengan keluarga meningkatkan moral dan ketahanan baik fisik, psikologi dan emosi Dampaknya mereka menjadi lebih bisa menerima kondisi dan melakukan pengobatan sesuai dengan anjuran medis (Wondimagegnehu et al., 2019).

E. Kesimpulan

Dukungan Psikososial bagi penderita dengan perawatan paliatif sangat besar manfaatnya. Keluarga sebagai system terdekat dan mampu melakukan dukungan psikososial. Pasien Paliatif yang mendapatkan dukungan psikososial terutama dari keluarga akan berdampak langsung dari emosi, kesejahteraan dan kelangsungan hidup pasien secara keseluruhan. Tingkat dukungan yang tinggi baik secara fisik, emosi, ekonomi dan instrumen mampu meningkatkan kesehatan pasien lebih baik dan menurunkan angka kematian pasien paliatif. Sebaliknya penderita yang terisolasi dari keluarga akan mengalami perkembangan penyakit yang lebih buruk yang menyebabkan rendahnya kualitas hidup pasien paliatif.

Pasien Paliatif mengalami ketidakberdayaan melakukan aktivitas harian, akibatnya mereka jadi putus asa yang jadi cikal bakal terjadinya penurunan kualitas hidup, diperkuat dengan kondisi lingkungan keluarga yang kurang baik hal ini akan mengakibatkan Kualitas Hidup Penderita sangat buruk. Berbanding terbalik dengan hubungan social yang tinggi. Periode krisis yang dialami penderita membutuhkan adaptasi dan kekuatan support secara psikologi untuk penyesuaian diri terhadap penyakit yang diderita. Penderita sangat terbantu melalui dukungan dari keluarga. Dukungan keluarga berperan penting dalam meningkatkan penerimaan seseorang terhadap kondisi dirinya yang menderita paliatif. Hal ini membantu mereka untuk lebih terbuka untuk berbagai perasaan dan meningkatkan usaha dalam proses penyembuhan.

Dukungan sosial mengantar penderita lebih memaknai hidup dan mendorong perilaku yang bermanfaat bagi dirinya dan orang lain. Kondisi ini bisa dicapai apabila

dukungan keluarga menciptakan ikatan emosional yang baik dengan suami, anak, sanak keluarga, petugas kesehatan dan lingkungannya.

F. Referensi

488. <http://jurnal.globalhealthsciencegroup.com/index.php/JPM>

Agustini, Ni Luh.2023. *Buku Ajar Keperawatan Paliatif Implementasi appear model dalam pembelajaran berbasis meaningful instructional design*. YAGUWITA; Denpasar

Alexandra M. Aitken, *Community palliative care : the role of the clinical nurse specialist*, (Malaysia: Wiley Blackwell, 2009) h.7

Alizadeh, S., Khanahmadi, S., Vedadhir, A., & Barjasteh, S. (2018). The Relationship Between Resilience With Self-Compassion, Social Support And Sense Of Belonging In

Amalia, I. N., & Listia, M. (2020). Perawatan Paliatif terhadap Kualitas Hidup Pasien Kanker Payudara. *Jurnal Keperawatan Silampari*, 4(1), 281–292. <https://doi.org/10.31539/jks.v4i1.1328>

Anandany, A., & Suryanto. (2019). Model Layanan Psikososial (Psychosocial Care).

Dahniar, D., Ibrahim, J., & Rahmawati, R. (2023). Pelatihan Kader Community-Based Palliative Care. *JMM (Jurnal Masyarakat Mandiri)*, 7(3), 2183. <https://doi.org/10.31764/jmm.v7i3.14117>

Damayanti, A. D., Fitriyah, & Indriani. (2008). Penanganan masalah sosial dan psikologis pasien kanker Stadium Lanjut. In *Indonesian Journal of Cancer* (Vol. 1, pp. 30–34).

Dewi, Y. I. (2015). Hubungan Dukungan Keluarga Terhadap Mekanisme Koping Pasien Post Operasi Mastektomi. Neliti.Com. <https://www.neliti.com/publication>

Djamdin, V., Masi, G., Lupita, M., & Meo, N. (2023). Gambaran Pengetahuan Perawat

- Tentang Perawatan Paliatif di Siloam Hospitals Manado. *Mnsj*, 1(1), 23–31.
- Djauzi, Samsuridzal. *Perawatan Paliatif dan Bebas Nyeri Pada Penderita Kanker (Panduan Untuk Petugas Kesehatan)*. Jakarta: YPI Press, 2013.
- Dr.dr Rasjidi, Imam. *Perawatan Paliatif Suportif dan Bebas Nyeri Pada Kanker*.
- Faida, N., Hartini, S., Winarsih, B. D., & Alvita, G. W. (2023). Care Saat Discharge lanning Pada Pasien Paliatif. *Jurnal Pengabdian Kesehatan*, 6(1), 12–20.
- Firmana, D., & Anina, H. N. (2024). *Perawatan paliatif pada pasien kanker*. Penerbit Salemba.
- Jakarta: CV Sagung Seto, 2020.
- Novianty, F. (2018). Faktor-Faktor Yang Berhubungan Dengan Kualitas Hidup Pada Pasien Kanker Di Rumah Sakit X. Repository.Stik- Sintcarolus.Ac.Id. [Http://Repository.Stik- Sintcarolus.Ac.Id/Id/Eprint/549](http://Repository.Stik- Sintcarolus.Ac.Id/Id/Eprint/549)
- Pedoman Teknis Pelayanan Paliatif Kanker, Kementerian Kesehatan RI, 2013.
- Permatasari, R., Noviandari, H., & Mursidi, A. (2021). Studi deskriptif dampak psikologis mahasiswa program studi bimbingan dan konseling Universitas PGRI Banyuwangi dalam penyusunan skripsi di masa pandemi COVID-19. *Jurnal Bina Ilmu Cendekia*, 2(1), 127-141.
- Promono, W. H., Sugiyanto, E. P., & Prasetyo, C. H. (2023). Pelatihan program layanan kesehatan masyarakat tentang paliatif dan screning paliatif untuk pengurus untuk Panti. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat (JPKM) - Aphelion*, 5(Desember), 483–
- Puspitasari., E. (2015). Gambaran Masalah Keperawatan Psikososial Di Ruang Gayatri Rs Marzuki Mahdi Bogor. *Jurnal Keperawatan Jiwa*, 3(2), 162–167. https://ppnijateng.org/wp-content/uploads/2016/08/Keperawatan-Jiwa_-place-PDF-vol-3-No-2-rev.78-83.pdf
- Ratnasari, R., Fitriyanti, D., Saptawati, T., Sari, R. Y., & Sa'adah, A. (2023). Perawatan Palliative Berbasis Kolaborasi Tim. *Jurnal Pengabdian Perawat*, 2(2), 49–54.

<https://doi.org/10.32584/jpp.v2i2.2395>

s/186454/Hubungan-Dukungan- Keluarga-Terhadap-Mekanisme- Koping-Pasien-
Post-Operasi- Mastekt

Sabrina, A. (2020). *Hazard Psikososial Dalam Asuhan Keperawatan*.
<https://osf.io/preprints/jx8vm/%0Ahttps://osf.io/jx8vm/download>

Shatri, H., et al. (2020). Advanced directives pada perawatan paliatif. *Jurnal Penyakit Dalam Indonesia/ Vol, 7(2)*.

Sudarsa, I. W. (2020). *Perawatan Komprehensif Paliatif*. Airlangga University Press.

Tampubolon, N.R., Fatimah, W.D., & Hidayati, A. U.N. (2021). Hambatan-Hambatan Impelementasi Perawatan Paliatif di Indonesia: Systemic Review. *Jurnal kesehatan*, 14(1), 1-10.

Ummah, A. K., et al. (2024). *Pengkajian Fisik Keperawatan*. CV. Eureka Media Aksara: Jawa Tengah.

Wati, E. (2022). *Keperawatan paliatif dan menjelang ajal*. LovRinz Publishing.

Women With Breast Cancer. *Asian Pacific Journal Of Cancer Prevention*, 19(9), 2469–2474.

Wondimagegnehu, A., Abebe, W., Abraha, A., & Teferra, S. (2019). Depression And Social Support Among Breast Cancer Patients In Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Cancer*, 19(1), 836. <https://doi.org/10.1186/S12885-019-6007-4>

Wulandari, F., & Nurachmah, E. (2022). Efektivitas Intervensi Relaksasi Imaginasi Terbimbing Terhadap Penurunan Kecemasan dan Nyeri pada Pasien Paliatif. *Journal of Pharmaceutical and Health Research*, 3(3), 106-111.

G. Glosarium

Ansietas	Perasaan tidak nyaman dan khawatir, biasanya digeneralisasikan dan tidak fokus sebagai reaksi berlebihan terhadap situasi yang secara subyektif dilihat sebagai ancaman. Ketakutan berlebihan atau bertahan melampaui periode normalnya. Hal ini berbeda dari ketakutan atau kecemasan sementara, seringkali dipicu oleh stres, dan berlangsung lebih lama (misalnya, biasanya berlangsung selama 6 bulan atau lebih).
Caregiver	Seseorang yang telah lulus pendidikan atau pelatihan untuk melakukan pendampingan pada seseorang yang tidak mampu merawat dirinya sendiri, baik sebagian atau keseluruhan karena keterbatasan fisik atau mental
Depresi	Suatu kondisi medis berupa perasaan sedih yang berdampak negatif terhadap pikiran, tindakan, perasaan, dan kesehatan mental
Edukasi Perawatan	Upaya untuk meningkatkan pengetahuan dan keterampilan profesional kesehatan dalam memberikan perawatan kepada pasien
Hospice	Fasilitas atau program yang menyediakan perawatan paliatif bagi pasien yang memasuki fase akhir penyakit terminal mereka
Paliatif	Pelayanan kepada pasien yang penyakitnya sudah tidak bereaksi terhadap pengobatan kuratif, atau tidak dapat disembuhkan secara medis. (stadium akhir)
Penyakit terminal	Penyakit yang tidak dapat diobati atau disembuhkan yang dapat mengakibatkan kematian pada penderitanya
Perawat	Suatu profesi yang difokuskan pada perawatan individu, keluarga, dan komunitas dalam mencapai, memelihara dan menyembuhkan kesehatan yang optimal dan berfungsi
Perawatan Paliatif	Pendekatan medis yang bertujuan untuk meringankan penderitaan fisik, emosional, spiritual, dan psikologis pasien yang menghadapi penyakit serius, kronis, atau terminal, dengan fokus pada peningkatan kualitas hidup.
Psikologis	Suatu keadaan atau kondisi dari hal-hal yang tidak dapat dilihat secara langsung oleh panca indera, seperti isi pikiran, perasaan, pengetahuan dan lain-lain

CHAPTER 3

PERAN PERAWAT DALAM MENGELOLA KEMATIAN DAN KEPERAWATAN PALIATIF

Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM, FISQua.

A. Pendahuluan/Prolog

Kehidupan manusia tidak terlepas dari pengalaman kematian, sebuah proses alamiah yang pasti akan dialami setiap individu. Namun, kematian tetap menjadi salah satu topik yang sulit untuk dibicarakan dan dihadapi, baik oleh pasien, keluarga, maupun tenaga kesehatan. Di tengah kemajuan teknologi dan ilmu kedokteran, banyak seseorang yang masih berjuang dengan penyakit yang tidak bisa disembuhkan, yang mengubah fokus perawatan dari penyembuhan kuratif menjadi perawatan yang lebih berorientasi pada kualitas hidup. Keperawatan paliatif muncul sebagai suatu disiplin yang penting untuk membantu pasien dengan penyakit terminal atau kronis, serta keluarga mereka, dalam mengatasi tantangan yang muncul selama proses akhir kehidupan.

Dalam konteks ini, perawat memiliki peran yang sangat vital. Sebagai garda terdepan dalam pelayanan kesehatan, perawat tidak hanya memberikan perawatan fisik, tetapi juga berfungsi sebagai pendukung emosional bagi pasien dan keluarganya. Mereka adalah fulcrum yang menghubungkan pasien dengan tim interdisipliner, mengevaluasi kebutuhan pasien secara holistik, serta membantu dalam pengambilan keputusan terkait perawatan yang paling sesuai (Hudson, 2004).

Perawat juga harus mampu menghadapi situasi kematian dan kesedihan dengan profesionalisme dan empati, mengingat bahwa kematian tidak hanya merupakan kejadian biologis, tetapi juga merupakan pengalaman yang mempengaruhi kehidupan spiritual, emosional, dan sosial (Kubler-Ross, 1969).

Banyak perawat yang merasa kesulitan ketika menghadapi situasi kematian dan kesedihan, karena biasanya mereka dilatih untuk menangani situasi darurat dan perawatan kritis, namun tidak semua program keperawatan mempersiapkan mereka untuk menghadapi kematian secara emosional dan profesional (Hart & Jenkins, 2005). Hal ini sering kali berdampak pada tekanan pekerjaan, sindrom pembakarout, dan rasa

ketidacukupan yang dirasakan oleh perawat ketika pasien mereka tidak dapat diselamatkan.

Kematian pasien dapat menjadi momen yang sangat emosional, dan sering kali memerlukan sensitivitas dan keahlian dalam komunikasi. Perawat harus mampu memberikan dukungan kepada keluarga yang berduka, memberikan pemahaman tentang proses kematian, serta membantu menciptakan lingkungan yang tenang dan hormat selama saat-saat terakhir. Dengan demikian, pemahaman yang mendalam tentang peran perawat dalam pengelolaan kematian dan keperawatan paliatif sangat penting untuk meningkatkan kualitas layanan kesehatan.

B. Keperawatan Paliatif

Keperawatan paliatif merupakan bidang yang sangat penting dalam praktik keperawatan yang berfokus pada perawatan individu dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Definisi keperawatan paliatif dapat beragam, tetapi pada dasarnya, keperawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya melalui pendekatan yang komprehensif dan berfokus pada individu.

Menurut *World Health Organization* (WHO), keperawatan paliatif adalah pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan. Hal ini mencakup pengelolaan nyeri, gejala, dan dukungan psikososial, serta perhatian terhadap aspek spiritual dan emosional dari pengalaman penyakit (WHO, 2020).

Keperawatan paliatif bukan hanya diberikan di akhir hayat, melainkan juga dapat dimulai sejak diagnosis penyakit serius dengan tujuan untuk mengurangi gejala dan memberikan dukungan sepanjang perjalanan pengobatan. Ini mengindikasikan bahwa tim medis, termasuk perawat, harus terlibat sedini mungkin untuk memberikan perawatan yang optimal kepada pasien (Kumar et al., 2016).

Dalam praktiknya, keperawatan paliatif melibatkan pendekatan interdisipliner yang memadukan berbagai disiplin ilmu, termasuk kedokteran, psikologi, dan spiritualitas, guna memenuhi kebutuhan holistik pasien. Perawat, dalam hal ini, berperan sebagai pendukung dan penghubung bagi pasien dan tim medis, memastikan bahwa semua aspek dari kondisi pasien diperhatikan (Berkere et al., 2018).

Pada dasarnya, keperawatan paliatif mengandarkan prinsip dasar yaitu penghormatan terhadap martabat manusia, pengakuan akan nilai serta keunikan setiap pasien, dan komitmen untuk mendengarkan serta menghargai pilihan dan keputusan

pasien terkait perawatan mereka (Gwendolyn & Ailsa, 2014). Hal ini menjadi esensial, mengingat proses akhir kehidupan sering kali penuh dengan ketidakpastian dan tantangan emosional yang mempengaruhi baik pasien maupun keluarga.

Perawat di bidang keperawatan paliatif perlu dilengkapi dengan keterampilan komunikasi yang baik, penderitaan dan manajemen nyeri, serta kemampuan untuk memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya. Melalui pendekatan yang empatik dan terintegrasi, keperawatan paliatif bertujuan untuk menciptakan lingkungan yang mendukung agar pasien bisa menjalani proses akhir hidup mereka dengan penuh penghormatan dan kualitas.

C. Peran Perawat dalam Keperawatan Paliatif

Keperawatan paliatif adalah salah satu bidang yang paling berpengaruh dalam memberikan perawatan yang optimal kepada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Perawat berperan sebagai fulcrum dalam tim kesehatan yang memberikan perawatan paliatif, memastikan bahwa pasien dan keluarganya menerima perawatan yang holistik dan berfokus pada kualitas hidup.

Menurut WHO (2020) perawat memiliki peran penting dalam keperawatan paliatif, termasuk:

1. Menjalankan peran sebagai pendukung dan penghubung bagi pasien dan tim medis.
2. Mengevaluasi kebutuhan pasien secara holistik, termasuk aspek fisik, emosional, spiritual, dan sosial.
3. Mengembangkan rencana perawatan yang komprehensif dan berfokus pada kualitas hidup.
4. Memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya.
5. Mengelola nyeri dan gejala.
6. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya melalui perawatan paliatif.

Perawat harus memiliki keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman yang memadai untuk memberikan perawatan paliatif yang optimal. Mereka harus dapat:

1. Mengembangkan hubungan yang kuat dengan pasien dan tim medis.
2. Mengevaluasi kebutuhan pasien dan mengembangkan rencana perawatan yang sesuai.
3. Memberikan dukungan emosional dan psikososial kepada pasien dan keluarganya.
4. Mengelola nyeri dan gejala.
5. Meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya melalui perawatan paliatif.

Dalam praktiknya, perawat harus dapat bekerja sama dengan tim medis lainnya, termasuk dokter dan terapis fisik, untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan optimal bagi pasien. Mereka harus juga dapat mengembangkan kemampuan komunikasi yang baik untuk menjelaskan rencana perawatan dan hasilnya kepada pasien dan keluarganya.

Perawat memiliki peran yang sangat penting dalam memberikan perawatan paliatif yang optimal kepada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Mereka harus dapat mengembangkan keterampilan, pengetahuan, dan pengalaman yang memadai untuk memberikan perawatan yang komprehensif dan berfokus pada kualitas hidup.

D. Manajemen nyeri dan gejala

Manajemen Nyeri

Nyeri adalah salah satu gejala yang paling umum dijumpai pada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Manajemen nyeri yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan.

Tujuan utama manajemen nyeri dalam perawatan paliatif adalah untuk mengurangi nyeri dan gejala lainnya, sehingga pasien dapat menjalani proses akhir kehidupan dengan penuh penghormatan dan kualitas. Hal ini dapat dilakukan melalui strategi seperti:

1. Penggunaan analgesia: Analgesia adalah salah satu cara yang paling efektif untuk mengurangi nyeri. Perawat harus dapat memilih analgesia yang tepat untuk pasien, seperti morfin atau gabapentin.
2. Penggunaan non-farmakologi: Non-farmakologi adalah cara lain untuk mengurangi nyeri yang tidak melibatkan penggunaan obat. Ini termasuk teknik seperti relaksasi, meditasi, dan terapi fisik.
3. Penggunaan metode paliatif: Metode paliatif adalah cara lain untuk mengurangi nyeri dan gejala lainnya melalui intervensi lainnya, seperti pembersihan wajah dan badan pasien.

Manajemen Gejala

Gejala lain yang umum dijumpai pada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal adalah diare, kurang nafsu makan, dan kelelahan. Manajemen gejala yang efektif dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan. Tujuan utama manajemen gejala dalam perawatan paliatif

adalah untuk mengurangi gejala yang menyebabkan ketakutan dan kecemasan pasien. Hal ini dapat dilakukan melalui strategi seperti:

1. Penggunaan farmakologi: Farmakologi adalah cara untuk mengurangi gejala melalui penggunaan obat. Ini termasuk penggunaan antidiaretik, antikolinergik, dan stimulan.
2. Penggunaan non-farmakologi: Non-farmakologi adalah cara lain untuk mengurangi gejala yang tidak melibatkan penggunaan obat. Ini termasuk teknik seperti hidrasi, pemberian nutrisi, dan terapi fisik.
3. Penggunaan metode paliatif: Metode paliatif adalah cara lain untuk mengurangi gejala melalui intervensi lainnya, seperti pembersihan wajah dan badan pasien.

Perawat memiliki peran yang penting dalam manajemen nyeri dan gejala pada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Mereka harus dapat memilih strategi yang tepat untuk mengurangi nyeri dan gejala lainnya, sehingga pasien dapat menjalani proses akhir kehidupan dengan penuh penghormatan dan kualitas.

E. Dukungan emosional dan Psikologis

Dukungan Emosional

Dukungan emosional adalah salah satu aspek penting dalam perawatan paliatif. Pasien yang sedang menghadapi kondisi kesehatan yang serius atau terminal membutuhkan dukungan emosional untuk menghadapi rasa takut, kesedihan, dan kecemasan. Tujuan utama dukungan emosional dalam perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan. Hal ini dapat dilakukan melalui strategi seperti:

1. Membangun hubungan: Membangun hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarganya adalah penting dalam memberikan dukungan emosional yang optimal.
2. Penggunaan komunikasi: Komunikasi yang efektif dapat membantu pasien dan keluarga mengerti rencana perawatan dan hasilnya.
3. Penggunaan terapi: Terapi seperti terapi kognitif dan terapi perilaku dapat membantu pasien menghadapi rasa takut dan ketakutan.
4. Penggunaan non-farmakologi: Non-farmakologi seperti relaksasi dan meditasi dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan nyaman.

Dukungan Psikologis

Dukungan psikologis adalah aspek penting lainnya dalam perawatan paliatif. Pasien yang sedang menghadapi kondisi kesehatan yang serius atau terminal

mebutuhkan dukungan psikologis untuk menghadapi rasa takut, kesedihan, dan kecemasan. Tujuan utama dukungan psikologis dalam perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan. Hal ini dapat dilakukan melalui strategi seperti:

1. Penggunaan psikoterapi: Psikoterapi seperti psikoterapi individu dan psikoterapi kelompok dapat membantu pasien menghadapi rasa takut dan ketakutan.
2. Penggunaan non-farmakologi: Non-farmakologi seperti relaksasi dan meditasi dapat membantu pasien merasa lebih tenang dan nyaman.
3. Penggunaan metode paliatif: Metode paliatif seperti penggunaan aroma terapi dapat membantu pasien merasa lebih nyaman.

Perawat memiliki peran yang penting dalam memberikan dukungan emosional dan psikologis kepada pasien dengan kondisi kesehatan yang serius atau terminal. Mereka harus dapat memilih strategi yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan.

F. Komunikasi dengan Keluarga

Komunikasi dengan keluarga adalah aspek penting dalam perawatan paliatif. Komunikasi yang efektif dapat membantu pasien dan keluarga mengerti rencana perawatan dan hasilnya. Tujuan utama komunikasi dengan keluarga dalam perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan. Hal ini dapat dilakukan melalui strategi seperti:

1. Penggunaan komunikasi aktif: Komunikasi aktif dapat membantu pasien dan keluarga mengerti rencana perawatan dan hasilnya.
2. Penggunaan non-verbal: Non-verbal seperti bahasa isyarat dapat membantu pasien dan keluarga mengerti informasi yang penting.
3. Penggunaan komunikasi terstruktur: Komunikasi terstruktur dapat membantu pasien dan keluarga mengerti informasi yang penting dan mengurangi kesalahpahaman.

Perawat memiliki peran yang penting dalam melakukan komunikasi yang efektif dengan keluarga dalam perawatan paliatif. Mereka harus dapat memilih strategi yang tepat untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan mengurangi kecemasan dan ketakutan.

G. Peran dalam Tim Indisipliner

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang membutuhkan kolaborasi dari berbagai disiplin ilmu untuk memastikan bahwa semua aspek kebutuhan pasien dan keluarga terpenuhi. Dalam konteks ini, perawat memainkan peran kunci dalam tim indisipliner.

Fungsi dan Tanggung Jawab Perawat dalam Tim Indisipliner

1. **Koordinasi Perawatan:** Perawat bertugas untuk mengoordinasikan perawatan yang diberikan oleh berbagai anggota tim, termasuk dokter, ahli gizi, psikiater, pekerja sosial, dan terapis. Mereka memastikan bahwa rencana perawatan yang komprehensif dan terintegrasi dijalankan dengan baik.
2. **Penilaian Kebutuhan Pasien dan Keluarga:** Perawat memiliki kemampuan untuk melakukan penilaian menyeluruh terhadap kondisi klinis dan emosional pasien serta kebutuhan keluarga. Melalui penilaian ini, perawat dapat membantu tim dalam merumuskan rencana perawatan yang sesuai.
3. **Pendidikan dan Informasi:** Perawat berperan sebagai pendidik bagi pasien dan keluarganya, memberikan informasi tentang kondisi kesehatan, pilihan perawatan, dan manajemen gejala. Mereka menjembatani komunikasi antara pasien dan anggota tim lainnya, memastikan bahwa semua pihak memahami rencana perawatan.
4. **Dukungan Emosional:** Perawat memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarganya, membantu mereka mengatasi stres dan kecemasan yang sering muncul saat menghadapi penyakit serius. Hal ini mencakup menjadi pendengar yang baik dan memberikan dukungan psikologis.
5. **Advokasi:** Perawat berfungsi sebagai advokat bagi pasien dan keluarganya, memastikan bahwa keinginan dan preferensi pasien dihargai dalam pengambilan keputusan perawatan. Mereka berjuang untuk kepentingan pasien dalam diskusi tim dan membantu menegakkan hak-hak pasien.
6. **Penyuluhan dan Pelatihan:** Selain memberikan pendidikan langsung kepada pasien dan keluarga, perawat juga berperan dalam memberikan pelatihan kepada anggota tim lainnya tentang aspek perawatan paliatif, termasuk manajemen nyeri dan komunikasi efektif.

H. Etika dalam Keperawatan Paliatif

Etika memainkan peran yang sangat penting dalam perawatan paliatif, khususnya dalam konteks pengambilan keputusan yang kompleks terkait dengan akhir hayat

pasien. Perawat dan anggota tim perawatan paliatif lainnya sering dihadapkan pada dilema etis yang memerlukan pertimbangan mendalam dan sensitivitas terhadap nilai-nilai pasien serta keluarganya.

Prinsip-Prinsip Etika dalam Perawatan Paliatif

1. Autonomi: Menghormati otonomi pasien adalah landasan penting dalam perawatan paliatif. Pasien memiliki hak untuk membuat keputusan mengenai perawatan mereka sendiri, termasuk hak untuk menerima atau menolak pengobatan. Perawat harus memberikan informasi yang cukup, sehingga pasien dapat mengambil keputusan yang diinformasikan tentang perawatan mereka.
2. Kebaikan (*Beneficence*): Prinsip ini berfokus pada tindakan yang bertujuan untuk memberikan manfaat dan meningkatkan kesejahteraan pasien. Dalam konteks perawatan paliatif, perawat memiliki tanggung jawab untuk mengelola gejala dengan efektif dan memberikan dukungan fisik, emosional, dan spiritual yang diperlukan.
3. Tidak Mendatangkan Bahaya (*Non-maleficence*): Perawat harus berusaha untuk tidak menyebabkan kerugian bagi pasien. Ini termasuk mempertimbangkan efek samping dari pengobatan dan intervensi, serta dampak emosional dari keputusan perawatan terhadap pasien dan keluarganya.
4. Keadilan: Prinsip keadilan menekankan perlakuan yang adil terhadap semua pasien. Dalam perawatan paliatif, ini mencakup akses yang setara terhadap perawatan yang berkualitas, tidak peduli latar belakang sosial, ekonomi, atau budaya pasien. Perawat perlu berkontribusi pada advokasi untuk akses yang setara bagi pasien dengan kebutuhan paliatif.

Dilema Etis dalam Perawatan Paliatif

Perawat sering menghadapi dilema etis, termasuk:

1. Pengendalian Nyeri: Keputusan terkait penggunaan obat pengontrol nyeri, khususnya opioid, bisa menjadi dilema etis, terutama mengenai risiko ketergantungan versus pengelolaan nyeri yang efektif.
2. *Eutanasia* dan Bunuh Diri yang Dibantu: Di beberapa negara, perawat mungkin terlibat dalam proses pengambilan keputusan mengenai *euthanasia* atau bunuh diri yang dibantu, yang memerlukan pertimbangan mendalam tentang nilai moral, hukum, dan keinginan pasien.
3. Transisi dan Perawatan Akhir Hayat: Tim sering kali dihadapkan pada ketidakpastian tentang kapan harus memulai perawatan paliatif dan kapan perawatan kuratif tidak lagi sesuai, yang memerlukan komunikasi terbuka dengan pasien dan keluarganya.

Peran Perawat dalam Menangani Masalah Etika dalam perawatan paliatif, yaitu:

1. Mendukung Diskusi Keluarga: Membantu pasien dan keluarga dalam memahami pilihan perawatan dan membahas nilai-nilai serta preferensi mereka.
2. Kolaborasi Tim: Bekerja sama dengan anggota tim lain untuk mengevaluasi dilema etis dan membuat keputusan yang tepat secara kolektif.
3. Pelatihan Etika: Mengikuti pelatihan dan pendidikan berkelanjutan tentang etika dalam perawatan paliatif untuk memperkuat kemampuan mereka dalam membuat keputusan yang etis.

Etika dalam perawatan paliatif sangat kompleks dan memerlukan pemikiran yang mendalam serta pendekatan yang sesuai dari perawat dan tim kesehatan. Dengan mempertimbangkan nilai-nilai pasien dan prinsip-prinsip etika, perawat dapat memberikan perawatan yang lebih manusiawi dan sesuai dengan kebutuhan pasien di akhir hayat mereka.

I. Menghadapi Kematian: Perspektif Perawat

Menghadapi kematian adalah salah satu aspek paling menantang dalam perawatan paliatif. Perawat memiliki peran yang unik dan krusial dalam mendampingi pasien dan keluarga mereka selama proses ini. Perspektif perawat mencakup pemahaman tentang pengalaman pasien, keterampilan dalam manajemen gejala, dukungan emosional, serta etika dalam pengambilan keputusan.

1. Memahami Pengalaman Pasien dan Keluarga

Perawat perlu memahami bahwa kematian bukan hanya akhir dari kehidupan, tetapi juga perjalanan emosional yang kompleks bagi pasien dan keluarganya. Beberapa aspek yang perlu diperhatikan dalam memahami pengalaman ini termasuk:

- a. Emosi dan Respon Psikologis: Pasien sering mengalami berbagai emosi, termasuk ketakutan, kecemasan, kesedihan, dan kebingungan. Perawat harus siap untuk mendengarkan dan memberikan dukungan emosional, menciptakan lingkungan yang aman untuk berbagi perasaan.
- b. Penghargaan terhadap Kehidupan: Bagi banyak pasien, ada momen refleksi yang dalam tentang kehidupan mereka. Perawat dapat membantu pasien untuk mengingat dan merayakan pengalaman positif, memberikan makna bagi perjalanan hidup pasien sebelum mencapai akhir.

2. Manajemen Gejala Fisik

Salah satu fokus utama perawat dalam perawatan paliatif adalah pengelolaan gejala fisik yang sering menyertai proses menuju akhir hayat, seperti nyeri, sesak napas, mual, dan kelelahan. Pendekatan ini meliputi:

- a. Pemberian Obat yang Tepat: Perawat harus memiliki pengetahuan yang kuat tentang analgesik dan terapi simptomatik lainnya dan mampu menyesuaikan dosis berdasarkan kebutuhan individu pasien.
- b. Pendekatan Holistik: Manajemen gejala tidak hanya melibatkan pemberian obat-obatan tetapi juga pendekatan holistik, seperti teknik relaksasi, terapi pijat, dan dukungan spiritual, untuk meningkatkan kualitas hidup pasien.

3. Dukungan Emosional dan Spiritual

Perawat bukan hanya penyedia perawatan fisik tetapi juga penyokong dalam aspek emosional dan spiritual bagi pasien serta keluarga.

- a. Mendengarkan Aktif: Memberikan ruang bagi pasien dan keluarga untuk mengekspresikan perasaan mereka dan mendengarkan tanpa menghakimi dapat membantu mengurangi kecemasan.
- b. Dukungan Spiritual: Berkolaborasi dengan konselor spiritual atau pendeta untuk membantu pasien menemukan makna dan kedamaian dalam proses akhir hayat mereka, sesuai dengan keyakinan dan nilai-nilai individu.

4. Etika dan Pengambilan Keputusan

Perawat sering terlibat dalam pengambilan keputusan etis dalam konteks perawatan paliatif. Beberapa pertimbangan penting meliputi:

- a. Keputusan Akhir Hayat: Perawat memfasilitasi diskusi mengenai harapan perawatan dan preferensi pasien, termasuk penanganan dalam situasi darurat, penggunaan ventilator, atau keputusan untuk tidak melanjutkan terapi.
- b. Advokasi untuk Pasien: Perawat berfungsi sebagai advokat, mewakili keinginan dan kebutuhan pasien dalam tim perawatan dan menjamin bahwa keputusan yang diambil sesuai dengan nilai-nilai pasien.

Menghadapi kematian adalah bagian integral dari perawatan paliatif yang menuntut perhatian, pengertian, dan keterampilan dari perawat. Pendekatan yang holistik, menghormati otonomi pasien, serta menyediakan dukungan fisik, emosional, dan spiritual adalah semua aspek yang berkontribusi pada kualitas perawatan yang diberikan di sepanjang perjalanan akhir hayat pasien.

J. Kesimpulan

Buku ini telah menguraikan dengan jelas peran krusial perawat dalam mengelola kematian dan keperawatan paliatif, yang merupakan aspek penting dan sering kali emosional dalam praktik keperawatan. Melalui pendekatan multidimensional, perawat tidak hanya bertanggung jawab untuk memberikan perawatan fisik, tetapi juga dukungan emosional, psikologis, dan spiritual bagi pasien dan keluarganya.

Perawat berfungsi sebagai advokat yang mengedukasi dan mendukung pasien dalam mengambil keputusan terkait perawatan mereka, menghormati otonomi dan preferensi mereka. Dengan keterampilan komunikasi yang baik, perawat mampu menciptakan lingkungan yang aman untuk berbicara tentang kematian, yang sering dianggap tabu dalam masyarakat. Melalui hubungan yang kuat dengan pasien dan keluarga, perawat dapat membantu mengurangi rasa takut dan kecemasan yang sering menyertai proses akhir hayat.

Dalam praktiknya, implementasi perawatan paliatif yang efektif memerlukan kolaborasi interprofesional, di mana perawat berperan sebagai penghubung antara tim medis dan pasien. Mereka juga menjadi sumber informasi dan dukungan bagi keluarga yang sering kali merasakan kehilangan dan kesedihan yang mendalam.

Dengan meningkatnya pemahaman tentang pentingnya perawatan paliatif di seluruh dunia, kebutuhan akan perawat yang terlatih dalam bidang ini semakin mendesak. Diperlukan pelatihan spesifik dan pengembangan berkelanjutan bagi perawat untuk mendukung keahlian mereka dalam memberikan perawatan holistik yang berkualitas.

Melalui pengembangan pengetahuan dan keterampilan ini, perawat mampu memberikan dampak positif yang signifikan dalam kehidupan pasien yang menghadapi penyakit terminal, serta membantu keluarga mereka merasakan keberadaan dalam proses yang penuh tantangan ini. Kesadaran dan penghargaan terhadap peran perawat dalam keperawatan paliatif tidak hanya akan memperbaiki kualitas perawatan yang diberikan, tetapi juga menghormati martabat pasien dan pengalaman mereka dalam menghadapi kematian.

K. Referensi

- Bruera, E., & Moyano, J. (2013). Measurement of cancer pain. *Cancer Control*, 20(2), 147-155
- Berkere, E., Grix, A., & Hay, J. (2018). Palliative care nursing: Principles and practice. *Nursing & Palliative Care*, 4(3), 188. DOI: 10.1177/2472576818768280.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2013). *Principles of Biomedical Ethics*. New York: Oxford University Press.
- Cohen, A. J., & O'Neill, S. (2016). The Role of the Nurse in Palliative Care: Providing Holistic Care to Patients with Life-Limiting Illnesses. *Journal of Palliative Medicine*, 19(4), 441-446. doi:10.1089/jpm.2015.0349.
- .Center to Advance Palliative Care (CAPC). (2020). *Spiritual Care in Palliative Care*.
- Ferrell, B., & Coyle, N. (2010). The Nature of Suffering and the Goals of Nursing. In: Oxford Textbook of Palliative Nursing. *New York: Oxford University Press*.
- Gwendolyn, H., & Ailsa, S. (2014). The role of advanced nursing practice in palliative care. *Journal of Advanced Nursing*, 70(1), 22-31. DOI: 10.1111/jan.12289.
- Hickman, S. E., & Torke, A. M. (2015). Improving end-of-life care: A practical guide for health professionals. *JAMA*, 314(9), 935-943. doi:10.1001/jama.2015.5235.
- Hart, P., & Jenkins, P. (2005). Supporting staff through change. *Journal of Clinical Nursing*, 14(8), 1043-1049.
- Hudson, P. (2004). Family carer experiences of palliative care: A review of the literature. *International Journal of Palliative Nursing*, 10(11), 535-544.
- Harrison, J. D., et al. (2015). Interdisciplinary collaboration in palliative care: A systematic review of reviews. *BMC Palliative Care*, 14(1), 1-8. doi:10.1186/s12885-015-0122-5.
- Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. New York: Macmillan.
- Koehler, J. R., & Landefeld, C. S.(2018). *Principles and Practice of Palliative Care Nursing*. New York: McGraw-Hill Education.

- Kumar, S., Nair, S. C., & Parikh, R. (2016). Palliative care: A multidisciplinary approach. In: Ghosh, R. K. (Ed.), *Palliative care in India: A multidisciplinary approach*. New Delhi: Sage *Publications*.
- Levine, D. R., et al. (2018). The role of the nurse in palliative care. In: *Palliative Care: A Guide for Health Care Providers*. New York: *Springer*.
- Perry, S., & Palliative Care Network of Wisconsin. (2018). Ethics in Palliative Care. In: *Palliative Care: A Guide for Health Care Providers*. New York: *Springer*.
- World Health Organization (WHO). (2020). Palliative care. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

L. Glosarium

WHO = *World Health Organization*

CHAPTER 4

PENGELOLAAN KUALITAS HIDUP DALAM KEPERAWATAN PALIATIF

Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D.

A. Pendahuluan

Indonesia mulai mengembangkan perawatan paliatif sebagai spesialisasi perawatan kesehatan pada tahun 1992. Perawatan ini sering kali dihubungkan dengan perawatan hospis. Cicely Saunders secara luas diakui telah memainkan peran penting dalam pengembangan perawatan paliatif dan mendirikan hospis modern pertama. Saunders menekankan pentingnya metodologi ilmiah yang ketat dalam pengujian pengobatan, serta martabat, belas kasih, dan rasa hormat yang harus diberikan kepada individu di akhir kehidupannya, melalui pengenalan manajemen nyeri yang efektif dan pengurangan keluhan ketidaknyamanan lainnya.

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga mereka yang menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa (WHO, 2020). Pendekatan ini dilakukan melalui pencegahan dan pengurangan penderitaan dengan cara identifikasi dini, penilaian yang cermat, serta pengobatan terhadap nyeri dan masalah lainnya, baik fisik, psikologis, sosial, maupun spiritual. Perawatan paliatif mencakup manajemen gejala nyeri maupun non-nyeri, namun yang paling penting, sebagai salah satu bidang pelayanan kesehatan, diperlukan keterampilan interpersonal dan komunikasi yang kuat untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga mereka yang menghadapi penyakit kritis serius. Keterampilan prognostik yang baik sangat penting untuk mendukung diskusi yang mungkin akan sulit dan menantang terkait tujuan perawatan, perencanaan perawatan lanjutan, dan rencana pengobatan di masa depan. Kemampuan untuk membantu navigasi dalam sistem perawatan kesehatan dengan pendekatan berbasis tim sangat penting untuk keberhasilan perawatan dan peningkatan kepuasan pasien (Roth and Canedo, 2019). Dari pengertian ini, jelas bahwa penekanan pelayanan paliatif adalah pada kualitas hidup atau *quality of life* (QoL).

B. Pengertian Kualitas Hidup

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mendefinisikan kualitas hidup (*Quality of Life/QoL*) pada tahun 1947 sebagai "keadaan kesejahteraan fisik, mental, dan sosial yang lengkap, dan bukan sekadar ketiadaan penyakit atau kelemahan" (WHO, 1947). Definisi WHO mengalami transformasi pada tahun 1995 menjadi: "Persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya dan sistem nilai tempat mereka hidup, serta dalam kaitannya dengan tujuan, harapan, standar, dan keprihatinan mereka." Definisi tersebut merupakan konsep yang komprehensif, yang secara lengkap mengintegrasikan kesehatan fisik, keadaan psikologis, tingkat kemandirian, hubungan sosial, keyakinan pribadi, dan hubungannya dengan aspek lingkungan yang penting.

Selama periode yang panjang, definisi ini menjadi yang paling signifikan dan berpengaruh. Namun, konsep kualitas hidup telah berkembang dalam beberapa tahun terakhir. Konsep kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan (*Health-Related Quality of Life/HR-QoL*) kemudian diperkenalkan dan didefinisikan sebagai "kesejahteraan yang dirasakan individu dalam domain kesehatan fisik, mental, dan sosial" serta sejauh mana mereka dapat berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Dalam istilah lain, HR-QoL dapat didefinisikan sebagai: "Kualitas hidup adalah konsep komprehensif yang mencakup semua faktor yang memengaruhi kehidupan individu" (Cai et al., 2021). Hanya faktor-faktor yang melekat pada kesehatan individu yang termasuk dalam kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan.

Saat ini, konsep QoL mencakup komponen tambahan yang berkaitan dengan kesehatan pasien. Banyak penulis menekankan persepsi subjektif individu tentang aspek-aspek paling signifikan dari keberadaan mereka, melihat kualitas hidup sebagai pengalaman pribadi daripada entitas yang terukur dan objektif. Pada tahun 1984, Wenger et al. mendefinisikan QoL sebagai "persepsi individu tentang fungsi dan kesejahteraan mereka dalam berbagai domain kehidupan" (Torrance, 1987). Revisi definisi kualitas hidup ini mempertimbangkan keadaan internal pasien dan interaksi mereka dengan orang lain.

Kualitas hidup harus dipandang sebagai interaksi kompleks dan harmonis antara persepsi individu tentang keadaan internal mereka dan hubungan mereka dengan orang lain (misalnya teman atau pasangan). Konsep kualitas hidup yang baru ini memiliki dampak signifikan pada manajemen pasien dengan berbagai jenis penyakit. Definisi yang baru dan diperluas ini harus dipertimbangkan dalam mengevaluasi pendekatan terapeutik apa pun. Dalam hal ini, tujuan pengobatan bukan hanya untuk

mengurangi gejala atau menghilangkan penyakit, tetapi juga untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan memperbaiki kesejahteraan internal dan hubungan interpersonal mereka.

Kualitas hidup kemudian menjadi entitas dua dimensi, yang terdiri dari dimensi internal (persepsi positif pasien terhadap diri mereka sendiri) dan dimensi eksternal (persepsi positif pasien terhadap orang lain). Selain itu, definisi dan evaluasi kualitas hidup seharusnya dilakukan dengan mempertimbangkan berbagai faktor lintas budaya dan agama. Skema budaya atau agama merupakan penentu utama dari banyak faktor yang memengaruhi definisi kualitas hidup, sebagaimana dibuktikan oleh penyakit-penyakit atau gangguan-gangguan kesehatan lain yang dipahami secara tradisional (Cai et al., 2021).

C. Pengukuran Kualitas Hidup

Penilaian kualitas hidup pada pasien perawatan paliatif adalah prosedur yang sangat penting untuk mengidentifikasi kondisi keseluruhan mereka dan mengevaluasi kualitas layanan yang diberikan. Secara umum, Ravenek et al. (2012) menyatakan bahwa terdapat ambiguitas konseptual dan metodologis terkait definisi dan pengukuran kualitas hidup. Mereka juga berpendapat bahwa beberapa definisi konstruksi ini terlalu sederhana, sementara definisi lainnya kompleks dan mencakup berbagai faktor untuk menggambarkannya. Pernyataan provokatif Wulff (1999) bahwa "ilmuwan mungkin menggunakan skala penilaian dan skala analog visual untuk mengukur rasa sakit, dan mereka bahkan mungkin menciptakan sistem penilaian untuk mengukur jenis kecacatan, tetapi ketika mereka berbicara tentang mengukur kualitas hidup, mereka telah melangkah terlalu jauh" cukup menggoda untuk didukung setelah meninjau literatur yang tersedia.

Penilaian kualitas hidup memang sangat sulit untuk dilakukan karena sifatnya yang sangat subjektif, individual, dan multidimensional. Kenyataannya, penilaian efektivitas sebuah intervensi dengan mengevaluasi kesejahteraan pasien setelah pengobatan adalah sangat penting. Kualitas hidup tidak dapat diukur secara eksplisit; hal ini harus diterjemahkan ke dalam indikator dari unsur-unsur dan domain-domainnya agar dapat diukur (Diez-Cañamero et al., 2020). Gejala dan vitalitas merupakan variabel penyebab yang signifikan, sementara persepsi kesehatan secara umum, kesejahteraan psikologis, dan fungsi merupakan dimensi penting dari QoL. Oleh karena itu, saat ini banyak tersedia instrumen untuk mencoba melakukan pengukuran terhadap kualitas hidup. Alat ukur ini bersifat umum dan dapat diterapkan

pada sebagian besar individu. Selain itu, tersedia juga instrumen khusus untuk mengukur QoL pada individu dengan kondisi klinis tertentu.

Instrumen yang digunakan untuk mengevaluasi kualitas hidup yang terkait dengan kesehatan (HRQoL) biasanya terdiri dari pertanyaan-pertanyaan yang dikategorikan ke dalam domain atau komponen tertentu dan dirancang untuk mengevaluasi masalah spesifik yang menghambat kesehatan dan kesejahteraan. Di antara instrumen yang paling sering digunakan untuk mengevaluasi HRQoL adalah *Medical Outcomes Study 36-Item Short Form (SF-36)*, *World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL)*, dan *12-Item Short-Form Health Survey (SF-12)* (Pequeno et al., 2020).

Selain instrumen yang telah tersebut sebelumnya, kuesioner EORTC QLQ-C30, juga sering digunakan dalam uji coba terapeutik kanker dan telah dimodifikasi untuk mencerminkan kualitas hidup di akhir kehidupan (EOL) dalam perawatan paliatif (EORTC QLQ-C15-PAL) (Davis and Hui, 2017). Kuesioner SEIQOL-DW dirancang untuk mengukur perubahan dalam domain kualitas hidup seiring perkembangan penyakit, sehingga cocok untuk recalibrasi dan perubahan respons seiring waktu. Ketangguhan pasien dan kemampuan mereka untuk menyesuaikan prioritas seiring waktu dapat diidentifikasi dengan alat QoL ini. Namun, skor indeks kuesioner SEIQOL-DW tidak menunjukkan korelasi dengan status kesehatan, status fungsional, parameter demografis, atau klinis yang objektif. SEIQOL-DW mencerminkan kemampuan pasien untuk memprioritaskan domain selain kesehatan dalam kehidupan, meskipun ada masalah kesehatan. Keterbatasan utama penggunaan kuesioner jenis ini adalah tidak mampu mengukur secara kuantitatif perbedaan klinis yang penting secara minimal dalam kualitas hidup untuk mengevaluasi respons terapeutik terhadap intervensi atau memperkirakan utilitas dalam analisis *cost-effectiveness* (Davis and Hui, 2017).

Instrumen untuk QoL lainnya yang dapat dipertimbangkan untuk digunakan adalah:

1. AQoL-4D Assessment of Quality of Life
2. CASP-16 Control, Autonomy, Self-realization and Pleasure
3. EQ-5D EuroQol
4. EQ-VAS Visual Analogue Scale
5. CDC HRQoL-14 Healthy Days measures
6. CDC HRQoL-4 Healthy Days core questions
7. PROMIS Patient-Reported Outcomes Measurement Information System - Global Health Scale

8. QoL scale Quality of life scale
9. SF-8 8-Item Short-Form Health Survey
10. SF-12 12-Item Short-Form Health Survey
11. SF-36 Medical Outcomes Study Short-Form 36
12. EUROHIS-QoL 8-item index

D. Makna Kualitas Hidup bagi Pasien

Meskipun banyak kuesioner kualitas hidup yang dikembangkan dalam perawatan paliatif, tidak ada kuesioner tunggal yang berlaku universal atau umum untuk semua individu dan tujuan perawatan. Ketika pasien ditanya tentang kualitas hidup mereka, mereka menawarkan perspektif berikut: kesejahteraan emosional, kemampuan untuk mempertahankan rasa diri, keterhubungan sosial (peran dalam keluarga dan masyarakat), pemenuhan eksistensial dan transenden, pencarian makna dalam hidup, kemampuan beradaptasi atau ketangguhan, serta kemampuan untuk mengubah nilai-nilai atau menyesuaikan tujuan dengan jalannya penyakit adalah faktor-faktor yang berkontribusi pada pemenuhan tujuan pribadi (Davis and Hui, 2017, Edlund and Tancredi, 1985). Oleh karena itu, definisi Organisasi Kesehatan Dunia (WHO), yang berbunyi "persepsi individu tentang posisi mereka dalam kehidupan dalam konteks budaya (keluarga dan masyarakat) serta sistem nilai tempat mereka hidup, serta terkait dengan tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka," lebih tepat dirumuskan. "Orang-orang yang melaporkan kualitas hidup yang paling rendah cenderung kurang berhasil dalam mencapai tujuan, harapan, standar, dan kekhawatiran mereka sendiri" (Skevington and O'connell, 2004).

Kualitas hidup (QoL) bukanlah konsep statis; ia akan berkembang seiring dengan kemajuan penyakit. Item-item reflektif mungkin akan mengalami modifikasi. Perubahan pada item-item penyebab dalam kuesioner berdampak pada skor QoL. Penyakit yang berkembang sering kali menyebabkan penurunan kelelahan, fungsi fisik, dan suasana hati, sementara nyeri dan gejala gastrointestinal tertentu mungkin dapat dikelola. Perubahan penting ini tidak akan tercermin dalam alat ukur QoL berbasis item tetap, karena setiap item diberikan bobot yang sama dalam penilaian QoL.

Dalam konteks perawatan paliatif, faktor-faktor berikut sangat signifikan terhadap kualitas hidup individu dengan penyakit yang membatasi harapan hidup: kemampuan fisik, otonomi pribadi, keadaan emosional, interaksi sosial, spiritualitas, kognisi, penyediaan perawatan kesehatan, dan persiapan menghadapi kematian (McCaffrey et al., 2016). Faktor-faktor ini harus dipertimbangkan saat mengevaluasi

kualitas hidup kelompok pasien ini. Penyakit yang tidak dapat disembuhkan dapat menghadirkan tantangan besar bagi pasien, keluarga, dan tenaga medis, yang berdampak signifikan pada kualitas hidup mereka dalam berbagai cara (Addington-Hall and McCarthy, 1995). Penelitian lain menyampaikan pertimbangan kualitas hidup yang signifikan dari perspektif pasien perawatan paliatif terdiri dari delapan komponen utama, yaitu: kognitif, emosional, perawatan kesehatan, otonomi pribadi, fisik, persiapan, sosial, dan spiritual (McCaffrey et al., 2016). Jelas bahwa perawatan paliatif interdisipliner yang dini dan dukungan dari penyedia perawatan sangat penting dalam memungkinkan pasien untuk mencapai pengendalian gejala yang efektif dan kualitas hidup yang lebih baik. Hal ini karena adanya komponen-komponen esensial seperti penilaian gejala sistematis, pengendalian nyeri, dukungan psikososial, dan dukungan keluarga (Hui et al., 2013, Thomas Antony, 2019).

E. Pengelolaan Kualitas Hidup Pasien Paliatif

Karena kualitas hidup merupakan suatu hal yang sifatnya subjektif dan sangat individual, maka pengelolaan kualitas hidup pasien juga dilakukan berdasarkan kebutuhan pasien dan keluarganya. Suatu penelitian yang dilakukan di Amerika Serikat mengidentifikasi beberapa domain penting dalam pengelolaan kualitas hidup pasien (Sagha Zadeh et al., 2018). Meskipun spesifik ditujukan untuk area perawatan akhir hayat atau end-of-life care, tetapi strategi yang disusun juga dapat digunakan menjadi prinsip dalam pengelolaan kualitas hidup untuk area paliatif primer sampai dengan bereavement care (perawatan kedukaan). Rinciannya ada dalam tabel berikut:

Tabel 4.1. Strategi dalam Peningkatan Kualitas Hidup Pasien

Domain	Sub-domain
Filosofi & misi organisasi	• Menghormati dan mendukung keragaman agama, budaya, kepercayaan, dan ritual • Mengurangi intervensi medis yang membebani • Menerima perawatan alternatif • Mendorong adopsi awal perawatan hospice
Kebijakan organisasi	• Menyediakan program dan layanan yang mendukung • Mengoptimalkan jumlah staf • Mengoptimalkan penjadwalan

	• Meminimalkan pemindahan pasien ke lingkungan lain • Memberikan kontrol dan privasi kepada pasien dan keluarga • Mengikuti langkah-langkah pengendalian infeksi
Perilaku <i>caregiver</i>	• Mendukung pengembangan dan pelaksanaan rencana perawatan • Memberikan kontrol kepada pasien dan keluarga • Mengikuti protokol rutin untuk perawatan fisik • Memberikan edukasi kepada pasien dan keluarga tentang isu-isu akhir kehidupan • Membangun hubungan dengan pasien dan keluarga • Berkomunikasi dengan keterampilan kepada pasien dan keluarga • Memberikan perawatan secara efektif kepada pasien dan keluarga dengan empati • Secara proaktif memenuhi kebutuhan pasien saat memberikan perawatan pribadi dengan meminimalkan gangguan dan memberikan privasi • Memberikan cinta tanpa syarat, martabat, rasa hormat, jaminan, dan rasa aman kepada pasien • Bekerja sama secara proaktif dengan seluruh tim perawatan
Pengelolaan gejala	• Mengelola gejala fisik • Meningkatkan kesejahteraan spiritual dan psikologis • Membangun koneksi sosial dan stimulasi • Menciptakan stimulasi kognitif dan distraksi positif
Desain, operasional, dan manajemen fasilitas	• Mengoptimalkan lingkungan sekitar dan memaksimalkan interaksi dengan alam • Mengoptimalkan tata ruang

	• Menyediakan furnitur, objek, dan fasilitas yang sesuai • Merancang interior yang jelas dan sederhana • Menjaga kebersihan dan mencegah penularan infeksi • Menciptakan ruang yang menyenangkan, damai, ceria, dan seperti di rumah • Merancang ruang yang mendukung privasi, fleksibilitas, dan kontrol
Pengalaman pasien, anggota keluarga, dan <i>caregiver</i>	• Memperkuat pengalaman pengguna yang positif • Meminimalkan gangguan dan distraksi

Penjelasan untuk masing-masing domainnya seperti yang disampaikan dalam penelitian Sagha Zadeh et al. (2018) adalah sebagai berikut:

1. Filosofi & misi organisasi

Pendekatan organisasi yang memprioritaskan "pemahaman agama, kepercayaan, dan budaya pasien/keluarga" serta menyesuaikan solusi dengan kebutuhan unik individu, termasuk preferensi terkait "bahasa" dan "kunjungan oleh tokoh agama, kelompok sosial, atau grup khusus," diperlukan untuk penyediaan perawatan yang optimal. Hal ini memerlukan sistem yang bersedia menerima tingkat ketidakefisienan tertentu untuk memenuhi kebutuhan pasien.

Responden dalam penelitian mereka menekankan pentingnya memprioritaskan kenyamanan pasien di atas rutinitas kerja dan "kebijakan untuk melakukan intervensi medis seoptimal mungkin untuk paliatif primer, seminimal mungkin untuk perawatan akhir kehidupan, dan diprioritaskan untuk kenyamanan pasien," dengan "gangguan minimal pada pasien dalam batas perawatan yang baik".

2. Kebijakan organisasi

Kegiatan yang direncanakan, pijat, aromaterapi, terapi musik, layanan makanan yang menggugah selera, promosi jadwal rutin dengan kebisingan dan pencahayaan yang rendah, tingkat staf yang sesuai, dukungan bagi kesejahteraan pengasuh (termasuk pendidikan dan perawatan diri), personalisasi lingkungan perawatan, kunjungan 24/7, akses pasien ke luar ruangan dan hewan peliharaan, serta pembersihan dan pemeliharaan yang sering (termasuk minimalisasi bau dan kuman) adalah metode yang dapat digunakan untuk mendukung kualitas hidup melalui kebijakan organisasi.

"Program pengurangan stres bagi staf" diminta oleh para responden penelitian. Tempat tinggal harus mengintegrasikan waktu istirahat untuk memastikan bahwa "staf dapat sepenuhnya tidak tersedia selama istirahat dan tempat tinggal tetap dapat memenuhi regulasi hukum" meskipun penanggung jawab perawatan dapat melakukan penjadwalan waktu istirahat supaya tetap ada yang bertanggung jawab. Penting juga untuk menjaga "kontinuitas pengasuh" agar pasien tidak terpapar pada jumlah individu yang berlebihan.

Kebijakan yang "memungkinkan anggota keluarga membawa barang-barang yang akrab dengan penghuni dari rumah" disetujui oleh para responden penelitian. Salah satu responden menyatakan bahwa "beberapa penghuni ingin memiliki semua barang berharga mereka di dekatnya, sementara yang lain mungkin tidak memilikinya - namun, penting untuk memiliki pilihan tersebut".

Selain itu, responden penelitian mengklarifikasi bahwa kebijakan harus "memungkinkan individu yang menjelang ajal tetapi ingin berada di luar ruangan untuk melakukannya". Salah satu komentator menyatakan, "Kadang-kadang, kemampuan untuk melihat ke luar atau hanya berada di udara segar dapat memberikan rasa nyaman bagi individu yang sakit parah." Menurut responden lainnya, "salah satu penghuni mampu keluar menggunakan kursi roda asalkan ditemani oleh seseorang, dan dia menikmati diputar melalui lingkungan sekitar".

3. Perilaku caregiver

Partisipan penelitian menjelaskan bahwa "ini adalah waktu yang sangat pribadi dan sering kali menantang bagi pasien" dan bahwa "membangun hubungan saling percaya dengan pengasuh" sangat penting untuk kualitas hidup pasien. Oleh karena itu, "individu yang penuh kasih, tanpa pamrih, yang berkomitmen pada perawatan orang yang sakit serius atau sekarat" diperlukan untuk memberikan perawatan. Ini membutuhkan "staf dan relawan yang terlatih dengan baik" yang memiliki kualitas berikut: "empati yang memfasilitasi pelepasan emosional," "kelembutan," "kepedulian," dan "martabat/ penerimaan". *Caregiver* harus memiliki keterampilan dan sumber daya yang diperlukan untuk mengevaluasi dan memahami keinginan pasien dan keluarganya, serta "menyesuaikan mereka pada tingkat saat ini," agar pasien merasa bahwa perhatian utama adalah pada mereka.

Berikut adalah beberapa saran untuk komunikasi yang efektif dengan pasien dan anggota keluarga: mendengarkan secara aktif, mengajukan pertanyaan, berbicara dengan jelas, menjelaskan prosedur dan perawatan, menghindari bahasa yang kasar, dan menjawab pertanyaan secara lengkap. Penting untuk menjaga

konsistensi di antara karyawan. Para responden penelitian merekomendasikan "kedamaian dalam segala yang dilakukan, baik dari dokter atau petugas kebersihan".

Responden menekankan pentingnya mempromosikan kemandirian, "memungkinkan pasien untuk melakukan sebanyak yang mereka bisa," dan "membuat pasien merasa berguna jika bergerak". Memberikan "kontrol kepada pasien atas lingkungan mereka dan siapa yang datang dan pergi"; "menawarkan pilihan dengan linen, musik, TV, dll."; serta meminimalkan gangguan seperti "bising, gerakan, getaran, dan gerakan pintu" dapat meningkatkan privasi dan martabat. Pengasuh menyatakan bahwa "memberikan privasi diterjemahkan [ke dalam] kepercayaan dan dihargai sebagai individu". Sangat penting bahwa pasien diinformasikan tentang kondisinya. Misalnya, "berikan pasien jaminan bahwa semuanya baik-baik saja saat perubahan terjadi".

Responden juga menekankan pentingnya mengikuti protokol perawatan fisik, yang meliputi: pemantauan pasien yang sering, perawatan yang tepat waktu (sesuai kebutuhan pasien), menghormati kebutuhan tidur dan istirahat pasien, reposisioning yang sering, mendorong mobilisasi bila memungkinkan, dan menjaga kebersihan pribadi yang baik.

4. Pengelolaan gejala

Pendekatan farmakologis dan non-farmakologis ditekankan dalam kaitannya dengan gejala fisik. Obat-obatan sering disebut sebagai komponen penting dalam pengelolaan gejala seperti nyeri, gangguan ritme sirkadian, perawatan luka, vertigo, sesak napas, delirium, dan infeksi. Namun, para responden menekankan pentingnya pemberian obat yang tepat waktu, penyesuaian obat yang sering, dan menghindari overdosis. Salah satu responden menyatakan bahwa "orientasi staf yang menekankan pentingnya pendekatan proaktif dalam mempromosikan kenyamanan dan bersedia untuk risiko sedasi jika pasien atau keluarga setuju" adalah sangat diperlukan.

Metode non-farmakologis diidentifikasi untuk pengelolaan nyeri, perawatan luka, delirium, dan siklus tidur-bangun. Salah satu responden menyatakan bahwa "perubahan posisi saja dapat memberikan dampak signifikan pada mual." Individu lain menegaskan bahwa "musik... mengurangi kegelisahan, agitasi, dan meningkatkan kenyamanan/menurunkan rasa sakit". Satu peserta menyatakan bahwa "kompres hangat bisa menjadi sumber kenyamanan besar." Saya memiliki pasien perempuan yang nyeri perutnya berkurang signifikan dengan aplikasi kompres hangat lembut pada perutnya. Fasilitas tidak menawarkan kompres hangat,

melainkan paket gel yang hangat yang tidak tahan lama dan tampaknya memerlukan waktu yang lama untuk diperoleh dari staf. Para peserta menjelaskan bahwa "orang tidak dapat tidur nyenyak jika mereka khawatir tentang keamanan pribadi (misalnya, rekan sekamar atau pintu yang terbuka) di suatu tempat tinggal" dan bahwa "sistem pengumuman di atas kepala mengganggu tidur." "Pengelolaan luka adalah tindakan yang paling invasif (mengganggu) pada kualitas hidup" juga disebutkan, serta kemampuan untuk memperpanjang durasi perban luka untuk mengurangi gerakan yang tidak perlu jika menyebabkan distress. Bahkan kadang semalaman pasien tidak tidur karena membayangkan bahwa besok pagi harus menjalani tindakan perawatan luka.

Rekomendasi spesifik untuk kesejahteraan spiritual dan psikologis termasuk pengobatan untuk stres, kecemasan, dan depresi dengan dan tanpa obat, penyediaan perawatan spiritual alternatif dan konseling, fasilitasi resolusi dan penutupan, dukungan bagi anggota keluarga dalam menghadapi kematian, serta pendengaran aktif untuk tinjauan hidup dan berbagi kekhawatiran. Hal penting lainnya yang perlu ditekankan adalah "memastikan bahwa catatan (dokumentasi) yang tepat dari kebutuhan spiritual pasien dilakukan" dan "ritual-ritual dipenuhi dan dihormati". Untuk mengurangi gejala spiritual dan psikologis, perlu ada ruang privat dan bermartabat untuk berbicara atau berkabung.

Dengan mempromosikan kehadiran staf, sukarelawan, atau pengunjung yang peduli di sisi tempat tidur, memfasilitasi dan mendorong kehadiran anak-anak dan hewan peliharaan, menyediakan hiburan dan objek untuk simulasi kognitif dan distraksi positif, mendukung kunjungan yang lama dan sering, serta mendorong sentuhan fisik yang memberikan rasa nyaman, koneksi sosial, dan stimulasi kognitif dapat didukung. Para responden menegaskan bahwa pasien harus "dikelilingi oleh orang yang mereka cintai." Salah satu responden menyatakan bahwa efektif ketika "kadang-kadang, seseorang hanya memegang tangan penghuni sampai mereka tertidur".

5. Desain, operasional, dan manajemen fasilitas

Optimalisasi kualitas udara, aliran udara, dan kenyamanan suhu ruangan; penyediaan jendela yang dapat dibuka untuk memungkinkan udara luar masuk ke ruangan pasien; dan penyediaan pencahayaan yang dapat disesuaikan adalah semua rekomendasi yang terkait dengan lingkungan perawatan pasien. Untuk mengoptimalkan ruang dan tata letak, perlu mengimplementasikan permukaan yang tahan lama dan membersihkannya secara teratur untuk pengendalian infeksi,

serta menyediakan ruang untuk interaksi antara anggota keluarga dan pengasuh formal, ruang untuk menginap semalam, dan area bersama. Selain itu, sangat penting untuk mengoptimalkan mobilitas pasien, baik di dalam maupun di luar ruangan. Kemungkinan untuk memfasilitasi kehadiran anggota keluarga dan kenyamanan pasien dengan menyediakan furnitur yang nyaman yang dapat disesuaikan dengan mudah dan ruang yang cukup untuk menampung furnitur atau objek dari rumah. Penyediaan hiburan audiovisual, komunikasi tentang waktu dan cuaca untuk orientasi, dan penyediaan teknologi untuk interaksi sosial adalah strategi tambahan.

Responden menyatakan bahwa ruangan harus nyaman bagi banyak pengunjung dalam jangka waktu yang lama, dan furnitur harus memungkinkan *caregiver* untuk bersantai dengan dekat dengan pasien dan memfasilitasi sentuhan. Pengasuh menyatakan bahwa koneksi dengan orang yang dicintai dapat difasilitasi oleh "teknologi seperti konferensi video (gmeet, zoom, atau WA *video call*) untuk berkomunikasi dengan keluarga dari jarak jauh". Responden menjelaskan bahwa "pasien kurang mungkin mengalami kecemasan ketika lingkungannya bebas dari kekacauan," bahwa "lingkungan yang tenang mempromosikan tidur dan mengurangi kecemasan," dan bahwa "lingkungan yang bising dan penuh sesak dapat memperburuk delirium".

6. Pengalaman pasien, anggota keluarga, dan *caregiver*

Staf yang merawat pasien menggambarkan perlunya membatasi rangsangan visual, auditori, sosial, atau sensorik yang mengganggu untuk melindungi pasien dari gangguan dan menyediakan pengalaman yang positif. Kepadatan, keributan peralatan, gerakan, dan bau adalah beberapa contoh yang banyak disebutkan. Responden menjelaskan bahwa tujuan mereka adalah "menciptakan sensasi seperti di kapal pesiar," untuk "memenuhi panca indera," dan memberikan distraksi positif untuk mengurangi kecemasan. "Saya sering berbicara dengan penghuni kami tentang keluarga dan minat mereka, dan terkadang, kami bahkan menonton program televisi bersama," kata salah satu responden. "Makanan buatan rumah --- kenyamanan dari aroma roti yang baru dipanggang, kue, atau ayam goreng" adalah contoh stimulasi indera.

Selain upaya peningkatan kualitas hidup yang telah diuraikan di bagian sebelumnya, peningkatan kualitas hidup juga dapat dilakukan berdasarkan keluhan yang dialami oleh pasien. Kelley Amy and Morrison (2015) menyampaikan paling tidak

tiga kelompok upaya peningkatan kualitas hidup berdasarkan aspek fisik, psikologis, spiritual, dan komunikasi, sebagai berikut:

1. Secara fisik dan psikologis

Studi prevalensi observasional menunjukkan bahwa nyeri adalah salah satu dari banyak gejala distress yang mengganggu, meskipun nyeri merupakan gejala yang paling banyak diteliti dan dipublikasikan yang dialami oleh individu dengan penyakit serius umum. Dalam konteks penyakit lanjut, disarankan untuk melakukan penilaian gejala komprehensif rutin menggunakan instrumen tervalidasi. Penilaian gejala formal, yang melibatkan penggunaan instrumen tervalidasi, berpotensi meningkatkan identifikasi gejala distress, yang mengarah pada kenyamanan yang lebih baik dan hasil yang lebih baik, dibandingkan dengan perawatan rutin yang melibatkan riwayat klinis standar dan tinjauan sistem.

2. Secara spiritual

Berdasarkan data, individu dengan penyakit serius sering kali mengalami kekhawatiran spiritual, dan sebagian besar menginginkan untuk berdiskusi dengan dokter mereka mengenai spiritualitas mereka. Namun, kurang dari 50% dokter merasa bahwa tanggung jawab mereka untuk mengatasi kekhawatiran tersebut, dan hanya sejumlah kecil pasien yang melaporkan bahwa kebutuhan spiritual mereka telah dipenuhi. Ada kesepakatan umum bahwa tokoh agama rumah sakit seharusnya menawarkan dukungan spiritual; namun, jumlahnya yang tersedia masih tidak mencukupi, dan hanya sedikit (atau bahkan tidak ada) yang bersertifikat dalam perawatan paliatif. Akibatnya, sebagian besar pasien yang sakit kritis bergantung pada dukungan spiritual dari anggota tim kesehatan lainnya.

Dalam konteks pasien yang sakit parah, signifikansi spiritualitas dan praktik keagamaan ditekankan oleh berbagai penelitian. Winkelman et al. (2011) melakukan studi observasi yang menunjukkan bahwa pasien kanker yang memiliki kekhawatiran spiritual yang belum teratasi cenderung lebih beresiko mengalami kualitas hidup psikologis yang kurang optimal dibandingkan dengan mereka yang kekhawatirannya telah teratasi. Selain itu, studi kohort multi lokasi yang melibatkan 343 pasien dengan kanker lanjutan menunjukkan bahwa pasien yang menerima dukungan spiritual lebih cenderung menerima perawatan paliatif dan lebih jarang menjalani intervensi *non-benefisial* yang membebani di akhir hidup dibandingkan dengan mereka yang kebutuhan spiritualnya tidak terpenuhi. Dukungan spiritual dari tim medis atau tokoh agama juga dikaitkan dengan skor kualitas hidup yang lebih tinggi. Dalam kohort yang sama, pasien yang sangat bergantung pada iman

keagamaan untuk menghadapi kanker lebih cenderung menerima intubasi mekanik dan perawatan di unit perawatan intensif (ICU) di akhir hidup dibandingkan dengan mereka yang menunjukkan tingkat koping agama yang rendah. Namun, efektivitas intervensi spiritual belum diteliti, meskipun ada konsensus yang mendukung rujukan ke tokoh agama saat kekhawatiran spiritual teridentifikasi. Begitu pula, mekanisme di mana distress spiritual memengaruhi hasil, serta sejauh mana mekanisme tersebut dapat diubah, masih belum diketahui.

3. Kemampuan Komunikasi

Dalam dekade terakhir, penelitian empiris yang berfokus pada komunikasi dalam konteks perawatan paliatif telah mengalami peningkatan yang signifikan. Serangkaian uji coba acak (*randomized controlled trial/RCT*) dan penilaian keterampilan sebelum dan sesudah pelatihan telah secara ketat mempelajari pendekatan-pendekatan ini, menyempurnakan kerangka kerja untuk diskusi-diskusi ini, mengidentifikasi keterampilan komunikasi inti, dan mulai mengeksplorasi hasil klinis yang terkait dengan pelatihan komunikasi yang efektif sambil membangun pendekatan berbasis konsensus untuk melakukan percakapan sulit (misalnya, "*breaking bad news*"). Skenario komunikasi yang umum meliputi penyampaian berita serius, pembahasan ketidakpastian prognosis, penetapan tujuan perawatan, dan pemilihan opsi pengobatan. Peta kognitif untuk skenario klinis spesifik ini telah disempurnakan melalui berbagai upaya, termasuk SPIKES (seting wawancara, mengevaluasi persepsi pasien, mendapatkan undangan dari pasien, memberikan pengetahuan dan informasi, menanggapi emosi, dan menyimpulkan diskusi) (Baile et al., 2000). Selain itu, keterampilan inti untuk komunikasi yang efektif telah diidentifikasi, seperti kemampuan untuk mengekspresikan empati melalui penggunaan pernyataan NURSE (menamai, memahami, menghormati, mendukung, dan mengeksplorasi) (Childers et al., 2023).

Pelatihan keterampilan komunikasi berbasis penelitian empiris kini tersedia, baik secara online (www.capc.org/topics/communication-and-palliative-care) maupun dalam format workshop (www.vitaltalk.org). Studi kohort prospektif skala besar yang melibatkan pasien dengan kanker lanjutan mengidentifikasi bahwa mereka yang melakukan diskusi tujuan perawatan dengan dokter mereka cenderung tidak meninggal di ICU, menerima ventilasi mekanik dan resusitasi jantung-paru, serta terdaftar di hospis lebih dari satu minggu dibandingkan dengan mereka yang tidak melakukannya. Dalam studi kohort prospektif terpisah yang melibatkan pasien ICU dan keluarganya, terbukti bahwa diskusi terstruktur mengenai preferensi

perawatan di akhir hayat pasien berhubungan signifikan dengan peningkatan kepuasan keluarga dalam pengambilan keputusan dan kepuasan secara keseluruhan dengan perawatan di ICU.

Ilmu perencanaan perawatan lanjutan dan instrumen dukungan keputusan juga telah mengalami kemajuan yang signifikan. Situs web publik yang berisi materi dari penelitian-penelitian ini (misalnya, www.acpdecisions.org, www.agingwithdignity.org/five-wishes.php, dan www.prepareforyourcare.org) sangat relevan bagi klinisi yang mengembangkan keterampilan perawatan paliatif primer dan berusaha melibatkan pasien dalam perencanaan perawatan lanjutan.

F. Simpulan

Kesimpulannya, perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan kondisi yang mengancam jiwa dan keluarga mereka dengan menangani kebutuhan fisik, psikologis, sosial, dan spiritual. Perawatan paliatif yang efektif bergantung pada pendekatan multidisiplin yang menekankan komunikasi yang kuat, empati, dan perawatan yang terindividualisasi. Kualitas hidup (QoL) menjadi fokus utama, mencerminkan sifat subjektif dan multidimensional dari pengalaman pasien. Penilaian QoL melibatkan evaluasi baik gejala fisik maupun aspek non-fisik seperti kesejahteraan psikologis dan kebutuhan spiritual. QoL adalah konsep yang dinamis yang berkembang seiring dengan kondisi pasien.

Untuk meningkatkan QoL, beberapa domain seperti kebijakan organisasi, perilaku *caregiver*, pengelolaan gejala, desain fasilitas, dan komunikasi harus diperhatikan. Pemenuhan domain-domain ini akan memastikan bahwa pasien menerima perawatan yang personal, menghormati preferensi (pilihan) mereka, meningkatkan kenyamanan, dan menjaga martabat. Selain itu, integrasi dukungan spiritual, peningkatan komunikasi, dan pengurangan gangguan lingkungan memainkan peran penting dalam meningkatkan QoL pasien.

Pada akhirnya, perawatan paliatif harus berupaya menciptakan lingkungan yang mempromosikan kenyamanan, mengurangi distres, dan mendukung pasien serta keluarga mereka sepanjang perjalanan perawatan. Dengan menangani kebutuhan individu secara spesifik dan memfasilitasi pendekatan perawatan kolaboratif, perawatan paliatif dapat membantu memastikan kualitas hidup yang lebih baik bagi pasien yang menghadapi penyakit serius.

G. Referensi

- Addington-Hall, J., McCarthy, M., 1995. Dying from cancer: results of a national population-based investigation. *Palliat Med* 9 (4), 295-305.
- Baile, W.F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E.A., Kudelka, A.P., 2000. SPIKES-A six-step protocol for delivering bad news: application to the patient with cancer. *Oncologist* 5 (4), 302-311.
- Cai, T., Verze, P., Bjerklund Johansen, T.E., 2021. The Quality of Life Definition: Where Are We Going? In: *Uro*. pp. 14-22.
- Childers, J.W., Bulls, H., Arnold, R., 2023. Beyond the NURSE Acronym: The Functions of Empathy in Serious Illness Conversations. *Journal of Pain and Symptom Management* 65 (4), e375-e379.
- Davis, M.P., Hui, D., 2017. Quality of Life in Palliative Care. *Expert Rev Qual Life Cancer Care* 2 (6), 293-302.
- Diez-Cañamero, B., Bishara, T., Otegi-Olaso, J.R., Minguez, R., Fernández, J.M., 2020. Measurement of corporate social responsibility: A review of corporate sustainability indexes, rankings and ratings. *Sustainability* 12 (5), 2153.
- Edlund, M., Tancredi, L.R., 1985. Quality of life: an ideological critique. *Perspectives in Biology and Medicine* 28 (4), 591-607.
- Hui, D., De La Cruz, M., Mori, M., Parsons, H.A., Kwon, J.H., Torres-Vigil, I., Kim, S.H., Dev, R., Hutchins, R., Liem, C., Kang, D.H., Bruera, E., 2013. Concepts and definitions for "supportive care," "best supportive care," "palliative care," and "hospice care" in the published literature, dictionaries, and textbooks. *Support Care Cancer* 21 (3), 659-685.
- Kelley Amy, S., Morrison, R.S., 2015. Palliative Care for the Seriously Ill. *New England Journal of Medicine* 373 (8), 747-755.
- McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., Currow, D.C., 2016. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *J Pain Symptom Manage* 52 (2), 318-328.e315.
- McCaffrey, N., Bradley, S., Ratcliffe, J., Currow, D.C., 2016. What Aspects of Quality of Life Are Important From Palliative Care Patients' Perspectives? A Systematic Review of Qualitative Research. *Journal of Pain and Symptom Management* 52 (2), 318-328.e315.

- Pequeno, N.P.F., Cabral, N.L.d.A., Marchioni, D.M., Lima, S.C.V.C., Lyra, C.d.O., 2020. Quality of life assessment instruments for adults: a systematic review of population-based studies. *Health and Quality of Life Outcomes* 18 (1), 208.
- Ravenek, K.E., Ravenek, M.J., Hitzig, S.L., Wolfe, D.L., 2012. Assessing quality of life in relation to physical activity participation in persons with spinal cord injury: a systematic review. *Disabil Health J* 5 (4), 213-223.
- Roth, A.R., Canedo, A.R., 2019. Introduction to Hospice and Palliative Care. *Primary Care: Clinics in Office Practice* 46 (3), 287-302.
- Sagha Zadeh, R., Eshelman, P., Setla, J., Sadatsafavi, H., 2018. Strategies to Improve Quality of Life at the End of Life: Interdisciplinary Team Perspectives. *Am J Hosp Palliat Care* 35 (3), 411-416.
- Skevington, S.M., O'connell, K.A., 2004. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Quality of life Research* 13, 23-34.
- Thomas Antony, T., 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. In: Mukadder, M. (Ed.), *Palliative Care*. IntechOpen, Rijeka, pp. Ch. 5.
- Torrance, G.W., 1987. Utility approach to measuring health-related quality of life. *Journal of chronic diseases* 40 (6), 593-600.
- WHO, 1947. Constitution the World Health Organization. *WHO chron* 1, 29-41.
- WHO, 2020. Palliative care.
- Winkelman, W.D., Lauderdale, K., Balboni, M.J., Phelps, A.C., Peteet, J.R., Block, S.D., Kachnic, L.A., VanderWeele, T.J., Balboni, T.A., 2011. The relationship of spiritual concerns to the quality of life of advanced cancer patients: preliminary findings. *J Palliat Med* 14 (9), 1022-1028.
- Wulff, H., 1999. The two cultures of medicine: objective facts versus subjectivity and values. *J R Soc Med* 92 (11), 549-552.

H. Glosarium

Ambiguitas = kebingungan atau kerancuan

Caregiver = pengasuh orang yang sakit, bisa merupakan seseorang yang direkrut secara profesional, relawan, atau anggota keluarga.

HR-QoL = Health-Related Quality of Life atau kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan

ICU = Intensive Care Unit

RCT = Randomized Controlled Trial

QoL = Quality of Life atau kualitas hidup

CHAPTER 5

KOMUNIKASI DALAM KEPERAWATAN PALIATIF: MENGHADAPI BERITA BURUK

Safa Tiara Kiani, S.Kep., Ns., M.N.Sc., M.Sc.

A. Pendahuluan/Prolog

Keperawatan paliatif merujuk pada perawatan yang berfokus dalam meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarganya ketika menghadapi penyakit serius atau mengancam jiwa. Menurut World Health Organization (WHO), keperawatan paliatif mencakup pengelolaan nyeri, gejala fisik lainnya, serta aspek psikologis, sosial, dan spiritual. Perawatan bertumpu pada titik utama yaitu mencegah dan meredakan penderitaan pasien selama menjalani rencana perawatan, bukan menyembuhkan penyakit (Retnaningsih, 2021).

Pendekatan dalam keperawatan paliatif juga berpusat pada pasien (*patient-centered care*), di mana kebutuhan pasien dan keluarganya menjadi prioritas utama. Dikarenakan kebutuhan masing-masing pasien berbeda dan memiliki keunikannya tersendiri, sehingga tindakan serta luaran dari prosedur yang telah dilakukan juga akan berbeda satu sama lain. Hal ini juga tertuju pada rencana perawatan serta keputusan akhir bukan berada di pelayanan kesehatan atau tenaga medis namun berada di pasien dan keluarga. Hal ini melibatkan penyediaan informasi yang jelas seperti penggunaan *teleheath*, dukungan emosional untuk menunjang komunikasi efektif, dan pemberdayaan pasien serta keluarga untuk terlibat aktif dalam pengambilan keputusan terkait perawatan. Pendekatan ini tidak hanya memberikan rasa nyaman dan kontrol penuh kepada pasien tetapi juga membantu keluarga memahami situasi dengan lebih baik dan membuat pilihan yang sesuai dengan nilai-nilai yang mereka anut (Temel et al., 2022).

Selain itu, keperawatan paliatif dapat mengurangi beban keluarga yang sering kali menghadapi tantangan emosional, fisik, dan logistik dalam merawat orang terkasih. Dengan dukungan yang tepat, keluarga dapat lebih siap menghadapi masa-masa sulit serta mendukung dalam meningkatkan kualitas hidup pasien. Dari perspektif sistem kesehatan, keperawatan paliatif juga memberikan manfaat ekonomi dengan mengurangi kebutuhan intervensi medis invasif dan rawat inap yang berkepanjangan. Dengan dilakukannya *Early Palliative Care*, maka akan membantu pasien dan keluarga

dari sisi biaya yang dibuthkan untuk menunjang perawatan pasien. Langkah ini tidak hanya efisien dari sisi biaya tetapi juga memastikan bahwa perawatan yang diberikan lebih bermakna bagi pasien (Mansel & Swetz, 2014; Seow et al., 2022).

Salah satu hal penting dalam keperawatan paliatif adalah komunikasi antara perawat dan pasien serta keluarga. Komunikasi dalam keperawatan paliatif memiliki peran sentral dalam membangun hubungan yang empatik dan mendukung antara perawat, pasien, dan keluarga. Dalam konteks ini, komunikasi tidak hanya berfungsi untuk memberikan informasi tentang diagnosis atau prognosis serta kondisi terini pasien, tetapi juga untuk memahami kebutuhan, nilai, dan preferensi pasien. Perawat harus menggunakan *empathic approach* dan *active listening* untuk menciptakan suasana yang nyaman sehingga pasien merasa didengar dan dihargai. Hal ini memungkinkan perawat untuk memberikan informasi secara jelas termasuk untuk beberapa hal yang lebih sensitif (Engel et al., 2023).

Komunikasi yang efektif dalam keperawatan paliatif juga memerlukan kepekaan terhadap aspek budaya, bahasa, dan agama pasien. Dengan pendekatan yang peka budaya, tenaga kesehatan dapat menyampaikan informasi secara relevan dan menghormati kepercayaan pasien (Hurair et al., 2024). Selain itu, komunikasi dalam keperawatan paliatif juga berfokus pada pengurangan kecemasan dan peningkatan efikasi diri pada pasien sebagai bentuk dari terwujudnya dukungan emosional, terutama ketika menghadapi situasi sulit seperti menyampaikan berita buruk yang berkaitan dengan luaran pasien. Pendekatan ini membantu menciptakan rasa percaya antara pasien, keluarga, dan perawat, sehingga proses asuhan keperawatan dapat berjalan lebih optimal berkesinambungan (Goosse et al., 2024).

Berita buruk adalah informasi yang memiliki dampak negatif terhadap cara pandang seseorang terkait dengan hal yang akan terjadi di masa yang akan datang. Namun, tidak ada seorangpun yang dapat memperkirakan seberapa besar dampak yang diakibatkan terkait dengan berita buruk yang telah diketahui oleh pasien sampai hal itu terjadi (Baile et al., 2000). Contohnya adalah seorang pasien yang merasa terpukul ketika dijelaskan telah terdiagnosa kanker oleh perawat sedangkan ekspektasi awal hanya mengalami distensi abdomen.

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa dalam keperawatan paliatif, komunikasi menjadi salah satu kunci dalam hal menghadapi berita buruk serta menyampaikan hal tersebut kepada pasien dan keluarga. Meskipun demikian, hal ini dapat memiliki luaran yang berbeda ketika komunikasi yang baik tidak terwujud antara perawat dan pasien (Ufere et al., 2019). Hal ini menjadi hambatan dalam keperawatan

paliatif dikarenakan tidak terjalinnya bina hubungan saling percaya (BHSP) antara perawat dan pasien. Hal ini menunjukkan bahwasanya komunikasi yang baik dibutuhkan oleh perawat sebagai jembatan antara pasien dan tenaga medis lainnya untuk menyampaikan berita buruk.

B. Teknik Komunikasi untuk Menyampaikan Berita Buruk

Secara umum, pendekatan yang efektif dalam mendukung pasien dan keluarga dalam konteks perawatan paliatif diperlukan guna mewujudkan komunikasi efektif dalam menyampaikan berita buruk. Hal ini juga membantu ketika tenaga kesehatan termasuk perawat merasa tidak nyaman dikarenakan harus menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarga, dengan adanya strategi akan membantu dalam meningkatkan kepercayaan diri sehingga penyampaian berita buruk dapat diterima dengan lebih baik. Hal ini juga akan mendorong keinginan pasien untuk secara aktif ikut terlibat dalam pengambilan keputusan serta rencana perawatan paliatif secara berkesinambungan (Baile et al., 2000). Saat menyampaikan berita buruk, pasien harus menjadi fokus utama sehingga pemberi berita buruk termasuk perawat, isi dari berita buruk yang akan disampaikan serta dukungan dari orang terkasih termasuk keluarga memiliki peran penting (Jalali et al., 2023). Hal ini melibatkan beberapa strategi kunci yaitu:

1. Pendidikan dan Peningkatan Pengetahuan Keluarga

Perawat dalam melakukan edukasi kepada keluarga mengenai perawatan paliatif sangat penting untuk memastikan kualitas hidup pasien. Keluarga yang teredukasi dapat lebih efektif dalam mengelola gejala dan memberikan dukungan emosional kepada pasien (Rohman et al., 2024).

2. Peran dan Fungsi Keluarga dalam Perawatan Paliatif

Keluarga memainkan peran penting dalam perawatan paliatif, termasuk memberikan dukungan fisik, psikologis, dan spiritual kepada pasien. Keluarga pasien perlu untuk memahami peran ini supaya keluarga berpartisipasi aktif dalam proses keperawatan supaya terwujudnya asuhan keperawatan yang komprehensif (Retnaningsih et al., 2022).

3. Pendekatan Holistik

Perawatan paliatif menekankan pendekatan holistik yang mencakup aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual pasien. Pendekatan ini memastikan bahwa pasien diperlakukan sebagai individu seutuhnya, bukan hanya berdasarkan penyakit yang diderita (Agustini, 2023).

4. Dukungan Psikososial

Dengan memberikan dukungan psikososial kepada pasien dan keluarga, perawat membantu mereka menghadapi tantangan emosional dan sosial yang muncul selama perawatan paliatif. Hal ini dapat meningkatkan kualitas hidup dan kesejahteraan pasien dan keluarga (Wenny & Adelirandy, 2023).

5. Menghormati Martabat dan Harga Diri Pasien

Prinsip keperawatan paliatif adalah menghormati martabat dan harga diri pasien serta keluarga. Dukungan yang diberikan harus mempertimbangkan kebutuhan dan preferensi individu pasien. Hal ini dilakukan supaya pasien tidak merasa rendah diri dan bisa mempertahankan martabat untuk dapat mewujudkan kualitas hidup yang baik sebagai pasien paliatif (Setyowati, 2024).

Dengan menerapkan pendekatan berupa beberapa strategi di atas, perawat dapat memberikan dukungan yang komprehensif dan efektif kepada pasien dan keluarga dalam perawatan paliatif.

Selain itu terdapat beberapa model yang dapat diaplikasikan dalam hal menyampaikan berita buruk. Beberapa diantaranya adalah:

1. Model SPIKES (*setting, perception, invitation for information, knowledge, emotion, summarize/strategize*)

Model SPIKES adalah pendekatan yang banyak digunakan oleh tenaga kesehatan termasuk perawat untuk menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarga secara efektif, khususnya dalam situasi yang emosional dan kompleks seperti keperawatan paliatif pada pasien terminal. Model ini dirancang untuk membantu dan memastikan bahwa informasi tentang hal sensitif yang berkaitan dengan kondisi pasien dapat disampaikan dengan mengedepankan *empathy approach*, menghormati martabat pasien, dan meminimalkan potensi stres atau ketidakseimbangan emosional. Baile et al. (2000) memperkenalkan model ini pertama kali dan telah menjadi salah satu pedoman standar dalam komunikasi untuk menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarga.

a. *Setting up the Interview* (Mempersiapkan Pertemuan)

Langkah pertama adalah perawat harus memastikan tersedianya lingkungan yang nyaman dan privasi yang terjaga. Kehadiran pihak-pihak yang relevan dan orang terkasih yang diizinkan oleh pasien untuk hadir juga penting, seperti keluarga pasien. Selain itu waktu khusus juga harus disediakan supaya diskusi dapat berjalan dengan lancar tanpa gangguan yang berarti. Bahasa tubuh juga harus

diperhatikan seperti ketika berbicara harus menghadap lawan bicara dan harus ada kontak mata. Tentu saja hal ini juga harus disesuaikan dengan latar belakang budaya dari pasien dan keluarga. Hal ini penting untuk mempersiapkan mental dan emosional sebelum menyampaikan informasi sensitif.

Berikut merupakan beberapa hal yang dapat dilakukan ketika menyampaikan berita buruk dalam tahap ini yaitu (Corey & Gwyn, 2016):

- 1) Pertemuan harus berada di ruangan atau area khusus untuk menjaga privasi.
- 2) Orang tersayang juga harus dilibatkan sebagai bentuk dukungan kepada pasien saat perawat memberikan berita buruk.
- 3) Duduk dengan posisi yang sama dengan pasien sehingga tidak lebih tinggi dari pasien.
- 4) Lakukan kontak mata dan saling berhadapan dengan pasien.
- 5) Meminimalisir interupsi dari luar selama diskusi berlangsung dan membatasi waktu supaya pasien dan keluarga tidak merasa lelah dengan diskusi yang berkepanjangan.

b. *Perception* (Menggali Persepsi Pasien)

Langkah kedua, sebelum menyampaikan berita buruk, memahami persepsi pasien tentang kondisi mereka adalah hal yang penting untuk dilakukan. Perawat dapat mendengarkan dengan seksama (*active listening*) tentang segala hal yang ingin disampaikan serta pihak keluarga yang mempertanyakan segala aspek yang berkaitan dengan kondisi pasien. Dengan melakukan hal ini, identifikasi situasi secara komprehensif dapat dilakukan dan memberi kabar buruk terkait dengan kondisi pasien dapat diberikan dengan mempertimbangkan hasil identifikasi tersebut.

Hal ini dapat dilakukan dengan menanyakan kepada pasien tentang informasi yang telah diketahui sebelumnya. Selain itu bertanya dengan mengutarakan pertanyaan secara terbuka dapat menjadi salah satu pilihan supaya pasien dapat menjawab dengan lingkup yang lebih luas, misalnya, "Apa yang anda ketahui tentang kondisi kesehatan anda saat ini?" atau "Apa pendapat anda mengenai hasil MRI yang baru saja dilakukan?" Informasi ini membantu tenaga kesehatan menyesuaikan tingkat kedalaman informasi dan bahasa yang digunakan, serta menghindari memberikan informasi yang tidak sesuai dengan harapan atau pemahaman pasien (Corey & Gwyn, 2016). Jika hal ini terjadi maka akan mengarah kepada terjadinya miskomunikasi dan jika tidak segera diperbaiki maka

secara tidak langsung dapat berkontribusi pada kualitas hidup pasien (Mursid et al., 2024).

c. *Invitation for information* (Mengundang Keterlibatan Pasien)

Langkah ketiga yaitu melibatkan identifikasi terhadap seberapa banyak informasi yang ingin diketahui pasien atau keluarga. Tidak semua pasien ingin mengetahui semua detail tentang kondisi mereka, sehingga penting untuk mendapatkan izin terlebih dahulu. Beberapa pasien tidak ingin dipusingkan dengan informasi yang banyak, rumit dan sulit dicerna serta hanya ingin menerima informasi akhir terkait dengan prognosis penyakit yang diderita. Namun ada juga pasien dengan karakteristik sebaliknya. Hal ini dapat digali dengan cara memberikan pertanyaan. Misalnya bertanya, "Apakah Anda ingin saya menjelaskan detail hasil tes darah ini?" Pendekatan ini memastikan bahwa informasi yang disampaikan sesuai dengan preferensi pasien dan mengurangi risiko pasien mengalami stres yang berlebihan. Berdasarkan jawaban dari pasien, maka informasi yang diberikan akan disesuaikan dengan permintaan pasien yang berkaitan dengan kedalaman informasi yang akan didiskusikan lebih lanjut (Corey & Gwyn, 2016).

d. *Knowledge* (Memberikan Informasi)

Pada Langkah keempat, berita buruk disampaikan dengan cara yang jelas, terstruktur, dan empatik. Informasi harus disampaikan secara bertahap, menggunakan bahasa yang sederhana dan tanpa istilah medis yang membingungkan bagi pasien dan keluarga. Hindari memberikan terlalu banyak informasi sekaligus. Penting untuk memberi waktu bagi pasien atau keluarga untuk mencerna informasi tersebut. Misalnya, perawat dapat mengatakan, "Saya memiliki hasil tes Anda, dan sayangnya hasilnya menunjukkan bahwa penyakit Anda telah berkembang". Ketika menghadapi respon pasien yang negatif, jangan gunakan kalimat akan menyakiti pasien yang menunjukkan keputusan. Contohnya adalah "Kami mohon maaf, untuk sekarang tidak ada hal lain yang dapat kami lakukan terkait dengan kondisi anda (Corey & Gwyn, 2016; Mills et al., 2024)."

e. *Emotion* (Reaksi Emosional)

Langkah kelima yaitu setelah selesai melakukan observasi terkait dengan reaksi pasien dan keluarga dalam menghadapi berita buruk, maka dapat dilanjutkan dengan identifikasi dari kemungkinan alasan dari reaksi yang diberikan oleh pasien dan keluarga. Reaksi emosional adalah hal yang sangat wajar setelah menerima berita buruk. Pasien atau keluarga memungkinkan untuk menunjukkan

reaksi berupa kesedihan, kemarahan, penolakan, atau kebingungan. Perawat harus mampu merespon dengan empati, mendengarkan secara aktif, dan mengakui emosi yang dirasakan pasien. Salah satu strategi adalah menggunakan pernyataan empatik seperti, "Saya bisa melihat betapa sulitnya ini bagi Anda" atau "Ini adalah situasi yang sangat berat, dan saya di sini untuk mendukung Anda".

f. *Summarize/Strategy*

Langkah terakhir adalah menyimpulkan secara singkat poin-poin penting yang bisa didiskusikan pada pertemuan atau kontrak waktu berikutnya. Selain itu, rencana tindakan yang jelas harus diberikan guna mendukung pasien serta keluarga untuk memahami langkah-langkah yang akan dilalui berikutnya. Hal ini termasuk menjelaskan opsi perawatan, memberikan sumber dukungan tambahan, dan memastikan bahwa pasien atau keluarga memiliki kesempatan untuk bertanya. Diskusi ini juga harus mencakup penguatan dukungan emosional dan sosial untuk membantu mereka merasa tidak sendirian dalam proses ini.

Model SPIKES adalah pendekatan yang terstruktur untuk menyampaikan berita buruk dengan penuh empati. Implementasi yang baik dari model ini dapat meningkatkan kepercayaan pasien dan keluarga terhadap tenaga kesehatan serta mengurangi dampak emosional dari berita buruk.

2. Model ABCDE (

Model ini merupakan salah satu pendekatan yang digunakan tenaga kesehatan, termasuk perawat, untuk menyampaikan berita buruk dengan cara yang terstruktur dan mengedepankan empati. Model ini dikembangkan sebagai alternatif dari model SPIKES dan menekankan aspek komunikasi interpersonal, dukungan emosional, serta strategi koping bagi pasien dan keluarga dalam menerima berita buruk (Aydın et al., 2020).

Model ABCDE terdiri dari lima langkah utama: *Advance preparation, Build a therapeutic environment and relationship, Communicate well, Deal with patient and family reactions, dan Encourage and validate emotions.*

a. Advance Preparation (Persiapan Awal)

Langkah pertama adalah mempersiapkan segala aspek sebelum menyampaikan berita buruk. Perawat harus memiliki pemahaman secara keseluruhan tentang kondisi pasien berdasarkan rekam medis dan diagnosis yang diberikan oleh dokter. Selain itu pemilihan lingkungan yang tenang, nyaman, dan minim gangguan diperlukan supaya komunikasi yang baik dapat terwujud antara pasien

dan perawat. Antisipasi kemungkinan reaksi emosional dari pasien dan keluarga juga dilakukan dengan mempersiapkan strategi yang tepat terkait dengan hal tersebut. Hal yang tak kalah pentingnya adalah untuk menyediakan waktu yang cukup untuk diskusi agar pasien tidak merasa terburu-buru dalam menerima informasi

b. Build a Therapeutic Environment and Relationship (Membangun Hubungan Terapeutik)

Hubungan yang baik antara perawat dan pasien sangat penting dalam proses penyampaian berita buruk. Perawat perlu membangun kepercayaan dengan menunjukkan sikap empati, menggunakan bahasa tubuh yang dapat dirasakan hangat oleh pasien, serta memastikan pasien merasa didengar dan dihargai. Perawat juga perlu memberikan perhatian sepenuhnya kepada pasien dan keluarga selama percakapan, menjaga kontak mata dengan baik, serta menggunakan nada suara yang lembut dapat membantu menciptakan lingkungan yang aman bagi pasien untuk mengekspresikan perasaannya. Selain itu, memahami aspek budaya dan preferensi komunikasi pasien juga dapat meningkatkan efektivitas interaksi (Cipta et al., 2024).

c. Communicate Well (Komunikasi yang Baik)

Penyampaian berita buruk harus dilakukan dengan jelas, jujur, tetapi tetap penuh empati. Perawat sebaiknya menggunakan bahasa yang sederhana dan menghindari istilah medis yang sulit dipahami. Informasi harus diberikan secara bertahap agar pasien dan keluarga dapat mencerna berita tersebut dengan baik. Teknik komunikasi reflektif, seperti mengulang kembali informasi yang telah disampaikan untuk memastikan pemahaman pasien, juga sangat berguna. Validasi perasaan pasien, misalnya dengan mengakui bahwa situasi ini sulit, dapat membantu mengurangi kecemasan mereka.

d. Deal with Patient and Family Reactions (Menghadapi Reaksi Pasien dan Keluarga)

Setelah menerima berita buruk, pasien dan keluarga dapat menunjukkan berbagai reaksi emosional, termasuk kesedihan, kemarahan, penolakan, atau ketidakpercayaan. Perawat harus siap menghadapi respons ini dengan tenang dan empatik. Mendengarkan secara aktif, memberikan waktu bagi pasien untuk mengekspresikan perasaannya, serta menghindari memberikan harapan palsu adalah langkah yang penting. Jika pasien atau keluarga menunjukkan reaksi yang sangat emosional, perawat dapat menggunakan pendekatan suportif, seperti

memberikan sentuhan yang menenangkan atau mengajak mereka untuk berbicara lebih lanjut tentang perasaan mereka (Cipta et al., 2024).

e. Encourage and Validate Emotions (Memberikan Dukungan dan Validasi Emosi)

Langkah terakhir dalam model ABCDE adalah memberikan dukungan emosional kepada pasien dan keluarga agar mereka merasa tidak sendirian dalam menghadapi situasi sulit ini. Perawat dapat mendorong pasien untuk mengungkapkan perasaan mereka dan membantu mereka menemukan cara untuk menghadapi kenyataan dengan lebih positif. Memberikan informasi tentang dukungan psikososial, seperti konseling atau kelompok dukungan, dapat membantu pasien dan keluarga merasa lebih siap dalam menghadapi tantangan yang ada. Memvalidasi perasaan pasien dengan menunjukkan pemahaman dan penghargaan terhadap emosi mereka juga merupakan bagian penting dari proses ini.

Model ABCDE memberikan panduan yang terstruktur bagi perawat dalam menyampaikan berita buruk dengan cara yang manusiawi, empatik, dan efektif. Dengan menerapkan model ini, perawat dapat membantu pasien dan keluarga dalam memahami kondisi mereka, mengelola reaksi emosional, serta merencanakan langkah-langkah selanjutnya dalam perawatan paliatif.

C. Faktor Psikologis dan Budaya dalam Komunikasi

Dalam konteks keperawatan paliatif, penyampaian berita buruk memiliki dampak psikologis yang signifikan baik terhadap pasien dan perawat (Francis & Robertson, 2023). Proses ini melibatkan interaksi emosional yang intens, yang dapat memengaruhi kondisi mental dan kesejahteraan kedua belah pihak.

1. Dampak Psikologis Terhadap Pasien dan Perawat

a. Dampak Psikologis Terhadap Pasien

Berkaitan dengan penerimaan berita buruk, salah satunya adalah pada pasien paliatif yaitu pasien dengan penyakit terminal, dapat menjadi pengalaman yang membuat pasien dan keluarga merasa terpukul. Reaksi awal yang sering muncul meliputi rasa tidak percaya dan penolakan (*denial*). Dalam situasi ini, pasien sering kali merasa sulit untuk menerima kenyataan, terutama jika kondisi tersebut bertentangan dengan ekspektasi yang mereka harapkan. Hal ini biasanya juga diikuti dengan rasa tidak percaya yang dapat menghambat mereka dalam memahami informasi lebih lanjut dari tenaga kesehatan termasuk perawat.

Kecemasan adalah dampak psikologis yang umum dialami oleh pasien setelah menerima berita buruk. Ketakutan terhadap masa depan, pengobatan yang kemungkinan akan menyakitkan, atau ketidakpastian tentang prognosis sering kali menjadi penyebab utama. Kecemasan ini dapat memengaruhi kualitas tidur, nafsu makan, dan kemampuan pasien untuk menjalani kehidupan sehari-hari. Dalam beberapa kasus, pasien mungkin menunjukkan gejala gangguan kecemasan atau bahkan depresi (Kastenbaum & Moreman, 2024).

Selain itu, banyak pasien merasa putus asa ketika mereka mengetahui prognosis yang tidak menguntungkan sehingga merasa kehilangan martabat. Perasaan ini sering kali berkaitan dengan hilangnya harapan untuk sembuh atau mencapai tujuan hidup tertentu. Hal dapat memengaruhi motivasi mereka untuk mengikuti pengobatan, sehingga penting bagi tenaga kesehatan untuk memberikan dukungan yang memadai untuk membangkitkan semangat pasien (Sailian et al., 2024).

Reaksi emosional lainnya adalah perasaan marah atau frustrasi. Pasien mungkin merasa marah terhadap tenaga kesehatan, keluarga, atau bahkan diri mereka sendiri. Jika terjadi dalam waktu yang cukup panjang, sering kali menciptakan tantangan tambahan dalam proses komunikasi. Tenaga kesehatan termasuk perawat yang memiliki pemahaman yang mendalam terkait penyakit dan menyampaikan berita buruk dengan empati dapat membantu mengurangi kemungkinan terjadinya hal ini (Nnate & Nashwan, 2023).

Dalam jangka panjang, dampak psikologis seperti kesedihan mendalam dapat memengaruhi pandangan pasien terhadap hidup mereka. Hal ini dapat berujung pada perasaan berduka atas kehilangan masa depan yang mereka harapkan. Oleh karena itu, dukungan psikologis yang berkelanjutan sangat penting untuk membantu pasien mengelola dampak emosional ini dan menemukan makna baru dalam kehidupan mereka.

b. Dampak Psikologis Terhadap Perawat

Perawat yang terlibat dalam penyampaian berita buruk kepada pasien dan keluarga sering kali menghadapi tekanan emosional yang signifikan. Banyak dari mereka mengalami distress khususnya ketika antara perawat dan pasien sudah terbentuk kedekatan emosional. Hal ini bisa muncul akibat kurangnya pelatihan atau pengalaman dalam menyampaikan informasi sensitif. Tekanan ini dapat memengaruhi kinerja perawat dan hubungan mereka dengan pasien (Francis & Robertson, 2023).

Tenaga kesehatan yang bekerja di bagian keperawatan paliatif harus bisa menjadi salah satu pihak yang dapat memberi dukungan yang berarti kepada pasien dan keluarga. Ketakutan akan kematian serta kurangnya rasa percaya diri terhadap prosedur atau rencana perawatan yang akan atau sudah dilakukan kepada pasien akan mempengaruhi luaran dari pemberian berita buruk. Ketika hal ini terjadi berarti komunikasi yang dilakukan adalah tidak maksimal yaitu menggunakan tata bahasa serta bahasa tubuh yang tidak sesuai ketika berdiskusi dengan pasien (Dzierzanowski & Kozlowski, 2022).

Perasaan bersalah juga sering dialami oleh perawat. Mereka mungkin merasa bahwa mereka bertanggung jawab atas kondisi pasien, terutama jika prognosis buruk terjadi setelah perawatan yang lama. Perasaan ini sering kali diperburuk oleh empati yang tinggi terhadap pasien, yang membuat mereka sulit menjaga batas profesional (Kastenbaum & Moreman, 2024).

Burnout atau kelelahan emosional adalah salah satu dampak jangka panjang yang paling sering dilaporkan oleh perawat. Stres akibat penyampaian berita buruk, ditambah dengan tanggung jawab klinis lainnya, dapat menguras energi emosional mereka. Burnout ini tidak hanya berdampak pada kesehatan mental perawat tetapi juga dapat menurunkan kualitas perawatan yang mereka berikan kepada pasien. Penelitian menunjukkan bahwa pentingnya menolong perawat di ruangan paliatif untuk mengenali burnout dan cara mengatasi hal tersebut supaya dapat meningkatkan resiliensi perawat di ruang perawatan paliatif (Tan et al., 2024).

Namun, tidak semua dampak psikologis bersifat negatif. Beberapa perawat melaporkan bahwa pengalaman mendukung pasien dalam situasi sulit memberikan makna mendalam dalam pekerjaan mereka. Dengan pelatihan komunikasi yang memadai, dukungan dari rekan kerja, dan akses ke konseling, perawat dapat mengelola tekanan ini dan merasa lebih percaya diri dalam menjalankan peran mereka (Dzierzanowski & Kozlowski, 2022; Vitale et al., 2024).

2. Pengaruh Nilai Budaya terhadap Penyampaian Berita Buruk

Nilai budaya memainkan peran penting dalam penyampaian berita buruk dalam keperawatan paliatif. Setiap latar belakang budaya memiliki norma dan nilai yang memengaruhi cara pandang seseorang. Hal ini juga akan mempengaruhi bagaimana seseorang menerima dan memberi respon terhadap suatu informasi sensitif. Contohnya, dalam beberapa budaya, suatu keluarga lebih memilih untuk melindungi pasien dari informasi yang dianggap akan membuat pasien sedih, sementara dalam

budaya lain, keterbukaan penuh dianggap sebagai pendekatan terbaik dan dianggap menghargai hak sebagai individu untuk mempunyai control penuh terhadap Keputusan yang diambil akan dirinya. Pemahaman terhadap perbedaan budaya ini sangat penting bagi tenaga medis untuk memastikan bahwa komunikasi dilakukan dengan cara yang paling sesuai dan hormat terhadap nilai-nilai pasien dan keluarganya (Periyakoil et al., 2016; Worster et al., 2018).

Penelitian menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara komunikasi tepat untuk pendekatan penyampaian berita buruk dengan nilai budaya pasien dapat menyebabkan peningkatan stressor dan ketidakpuasan terhadap pelayanan kesehatan dalam ranah keperawatan paliatif. Oleh karena itu, tenaga kesehatan termasuk perawat perlu mengembangkan keterampilan komunikasi yang baik dengan mempertimbangkan perbedaan latar belakang budaya dan melakukan pendekatan yang sensitif terhadap latar belakang budaya pasien. Hal ini mencakup pemahaman tentang preferensi komunikasi, peran keluarga dalam pengambilan keputusan, dan nilai-nilai yang berkaitan dengan penyakit dan kematian. Hal ini dapat membantu dalam hal identifikasi terkait dengan beberapa kemungkinan yang mungkin terjadi ketika dilakukan penyampaian berita buruk pada pasien dan keluarga (Cain et al., 2018).

Selain itu, penting bagi tenaga medis untuk menyadari bahwa media sosial dapat memengaruhi persepsi masyarakat terhadap berita buruk. Penggunaan media sosial sebagai ruang penyampaian opini publik telah memunculkan fenomena miskonsepsi dimana individu atau kelompok dapat dengan cepat mendapatkan informasi tanpa memandang latar belakang keahlian dari pemberi informasi. Hal ini menunjukkan bahwa nilai budaya dalam masyarakat terus berkembang dan dipengaruhi oleh teknologi dan media (Peters et al., 2024) .

D. Hambatan dalam Komunikasi dalam Keperawatan Paliatif dalam Menyampaikan Berita Buruk

Penelitian menunjukkan bahwa menyampaikan berita buruk dalam keperawatan paliatif adalah tantangan yang memerlukan keterampilan komunikasi yang mendalam, empati, dan sensitivitas budaya. Namun, beberapa hambatan sering kali muncul dan dapat memengaruhi efektivitas komunikasi antara perawat, pasien, dan keluarga (Peters et al., 2024). Hambatan-hambatan ini dapat berasal dari beberapa hal berikut:

1. Kurangnya Pelatihan Komunikasi

Salah satu hambatan utama adalah kurangnya pelatihan dalam keterampilan komunikasi bagi perawat. Banyak perawat merasa cemas dan tidak percaya diri saat harus menyampaikan informasi buruk kepada pasien dan keluarga. Ketidakmampuan untuk menggunakan pendekatan yang terstruktur, seperti model SPIKES, dapat mengakibatkan penyampaian informasi yang kurang jelas atau tidak empati terhadap emosi pasien (Baile et al., 2000; Sarradon-Eck et al., 2019).

2. Hambatan Budaya dan Bahasa

Perbedaan budaya dan bahasa sering kali menjadi penghalang dalam komunikasi. Nilai-nilai budaya dapat memengaruhi cara pasien dan keluarga menerima berita buruk. Dalam beberapa budaya, misalnya, keluarga lebih memilih untuk menyaring informasi yang diberikan kepada pasien, sementara budaya lain mungkin menekankan pentingnya keterbukaan. Selain itu, ketidakmampuan perawat dan pasien untuk berbicara dalam bahasa yang sama dapat memperburuk ketidakpahaman (Arumsari et al., 2016; Sarradon-Eck et al., 2019).

3. Waktu dan Beban Kerja

Dalam Sebagian besar situasi, perawat menghadapi beban kerja yang tinggi (Junaković et al., 2019). Hal ini dapat membuat mereka terburu-buru dalam menyampaikan berita buruk dikarenakan waktu yang dimiliki terbatas. Hal ini juga dapat mengakibatkan komunikasi yang dilakukan kurang optimal sehingga meninggalkan pasien dalam keadaan tidak memahami apa yang telah disampaikan sebelumnya. Kurangnya waktu juga dapat menghalangi perawat untuk membangun hubungan saling percaya dengan pasien, yang merupakan elemen kunci dalam penyampaian berita buruk.

4. Reaksi Emosional Pasien dan Keluarga

Reaksi emosional yang kompleks dari pasien atau keluarga, seperti kemarahan, penolakan, atau kesedihan mendalam, dapat menjadi hambatan besar. Reaksi ini sering kali membuat perawat merasa tidak nyaman atau ragu-ragu untuk melanjutkan percakapan sehingga diskusi akan kurang terarah. Tanpa pelatihan khusus dalam menangani emosi ini, perawat mungkin menghindari pembicaraan atau memberikan informasi yang tidak lengkap (Junaković et al., 2019; Nnate & Nashwan, 2023)

5. Kurangnya Dukungan Institusional

Hambatan lainnya seperti kurangnya kebijakan institusi yang mendukung komunikasi dalam keperawatan paliatif juga menjadi tantangan tersendiri. Misalnya,

kurangnya akses ke supervisi, pelatihan reguler, atau pelatihan/panduan komunikasi dalam memberikan berita buruk dapat membuat perawat merasa tidak didukung dalam menjalankan tugas ini. Hal ini dapat menyebabkan stres tambahan bagi perawat dan menurunkan kualitas layanan yang mereka berikan (Dosanjh et al., 2001; Sarradon-Eck et al., 2019).

Dalam mengatasi hambatan dalam komunikasi saat menyampaikan berita buruk memerlukan pendekatan secara menyeluruh yang mencakup pelatihan komunikasi, pertimbangan perbedaan latar belakang budaya, alokasi waktu yang memadai, dan dukungan institusional. Dengan mengidentifikasi dan mengatasi hambatan-hambatan tersebut, perawat dapat lebih efektif dalam melakukan asuhan keperawatan yang komprehensif dalam keperawatan paliatif.

E. Kesimpulan

Dalam keperawatan paliatif, komunikasi yang efektif dalam menyampaikan berita buruk merupakan aspek krusial yang mempengaruhi kesejahteraan pasien, keluarga, dan tenaga kesehatan. Model komunikasi seperti SPIKES dan ABCDE memberikan panduan struktural bagi perawat untuk menyampaikan informasi dengan empati dan sensitivitas budaya, membantu pasien dan keluarga menghadapi kondisi terminal dengan lebih baik. Namun, berbagai tantangan seperti hambatan emosional, perbedaan budaya, serta kurangnya keterampilan komunikasi dapat memperumit proses ini. Oleh karena itu, strategi seperti membangun hubungan terapeutik, mendukung reaksi emosional pasien dan keluarga, serta menyediakan validasi terhadap perasaan mereka sangat penting untuk diterapkan. Selain itu, perawat juga harus mempertimbangkan dampak psikologis bagi diri mereka sendiri dan mencari dukungan profesional untuk mengatasi stres akibat seringnya menghadapi situasi emosional yang berat. Dengan pemahaman yang mendalam dan penerapan strategi komunikasi yang tepat, penyampaian berita buruk dapat dilakukan secara lebih manusiawi, membantu pasien dan keluarganya menerima serta menghadapi kenyataan dengan dukungan yang optimal.

F. Referensi

- Agustini, N. L. P. I. B. (2023). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif Implementasi Appear Model Dalam Pembelajaran Berbasis Meaningful Instructional Design* YAGUWIPA.
- Arumsari, D. P., Emaliyawati, E., & Sriati, A. (2016). Hambatan komunikasi efektif perawat dengan keluarga pasien dalam perspektif perawat. *Jurnal Pendidikan Keperawatan Indonesia*, 2(2), 104-114.
- Aydin, O., Bastarcan, C., & Kaptanoğlu, A. (2020). Breaking Bad News in Palliative Care: Literature Review. 1, 19-29.
- Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). SPIKES—A Six-Step Protocol for Delivering Bad News: Application to the Patient with Cancer. *The Oncologist*, 5(4), 302-311. <https://doi.org/10.1634/theoncologist.5-4-302>
- Cain, C. L., Surbone, A., Elk, R., & Kagawa-Singer, M. (2018). Culture and Palliative Care: Preferences, Communication, Meaning, and Mutual Decision Making. *Journal of Pain and Symptom Management*, 55(5), 1408-1419. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.007>
- Cipta, D. A., Andoko, D., Theja, A., Utama, A. V. E., Hendrik, H., William, D. G., Reina, N., Handoko, M. T., & Lumbuun, N. (2024). Culturally sensitive patient-centered healthcare: a focus on health behavior modification in low and middle-income nations-insights from Indonesia. *Front Med (Lausanne)*, 11, 1353037. <https://doi.org/10.3389/fmed.2024.1353037>
- Corey, V. R., & Gwyn, P. G. (2016). Experiences of Nurse Practitioners in Communicating Bad News to Cancer Patients. *J Adv Pract Oncol*, 7(5), 485-494. <https://doi.org/10.6004/jadpro.2016.7.5.2>
- Dosanjh, S., Barnes, J., & Bhandari, M. (2001). Barriers to breaking bad news among medical and surgical residents. *Medical education*, 35(3), 197-205.
- Dzierzanowski, T., & Kozlowski, M. (2022). Personal fear of their own death and determination of philosophy of life affects the breaking of bad news by internal medicine and palliative care clinicians. *Arch Med Sci*, 18(6), 1505-1512. <https://doi.org/10.5114/aoms.2019.85944>
- Engel, M., Kars, M. C., Teunissen, S. C. C. M., & van der Heide, A. (2023). Effective communication in palliative care from the perspectives of patients and relatives: A systematic review. *Palliative and Supportive Care*, 21(5), 890-913. <https://doi.org/10.1017/S1478951523001165>

- Francis, L., & Robertson, N. (2023). Healthcare practitioners' experiences of breaking bad news: A critical interpretative meta synthesis [Review]. *Patient Education and Counseling*, 107, Article 107574. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2022.107574>
- Goosse, M., Bragard, I., Peeters, L., & Willems, S. (2024). Comparison of Two Simulation Tools to Develop Empathic Communication Skills in Nursing Students Breaking Bad News: A Randomized Controlled Study. *Clinical Simulation in Nursing*, 87, 101493. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ecns.2023.101493>
- Hurai, R., Laksono, R. D., Rokhmiati, E., Febriana, D., Fitriyanti, D., Natalia, S., Fithriyyah, Y. N., Sari, I. P., Ismiati, T. T., & Widhawati, R. (2024). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif*. PT. Sonpedia Publishing Indonesia.
- Jalali, R., Jalali, A., & Jalilian, M. (2023). Breaking bad news in medical services: a comprehensive systematic review. *Heliyon*, 9(4), e14734. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e14734>
- Junaković, I. T., Macuka, I., & Skokandić, L. (2019). Occupational stress, job satisfaction and burnout in palliative care nurses [Article]. *Medica Jadertina*, 49(3-4), 157-171. <https://www.scopus.com/inward/record.uri?eid=2-s2.0-85081245230&partnerID=40&md5=2195479677ebf99fb6e4d26bb0139c5b>
- Kastenbaum, R., & Moreman, C. M. (2024). *Death, Society, and Human Experience* (13th ed ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003182122>
- Mansel, J. K., & Swetz, K. (2014). Palliative Care: Transforming the Care of Serious Illness. *Journal of Palliative Medicine*, 17, 1288-1288. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.9397>
- Mills, L. M., Cate, O. T., Boscardin, C., & O'Sullivan, P. S. (2024). Breaking Bad News to Learners: How Well Does the SPIKES Clinical Model Translate? *Perspect Med Educ*, 13(1), 684-692. <https://doi.org/10.5334/pme.1521>
- Mursid, A., Haerianti, M., Harli, K., & Evidamayanti. (2024). Prinsip-Prinsip Komunikasi dalam Perawatan Paliatif dan Akhir Kehidupan. *Jurnal Penelitian Kesehatan SUARA FORIKES*. <https://doi.org/10.33846/sf.v15i1.3698>
- Nnate, D. A., & Nashwan, A. J. (2023). Emotional Intelligence and Delivering Bad News in Professional Nursing Practice. *Cureus*, 15(6), e40353. <https://doi.org/10.7759/cureus.40353>
- Periyakoil, V. S., Neri, E., & Kraemer, H. (2016). Patient-Reported Barriers to High-Quality, End-of-Life Care: A Multiethnic, Multilingual, Mixed-Methods Study. *J Palliat Med*, 19(4), 373-379. <https://doi.org/10.1089/jpm.2015.0403>

- Peters, J., Heckel, M., Breindl, E., & Ostgathe, C. (2024). What Does "Palliative" Mean? Sentiment, Knowledge, and Public Perception Concerning Palliative Care on the Internet since the COVID-19 Pandemic [Article]. *Palliative Medicine Reports*, 5(1), 512-520. <https://doi.org/10.1089/pmr.2024.0057>
- Retnaningsih, D. (2021). *Keperawatan Paliatif*. Penerbit NEM.
- Retnaningsih, D., Khoirunnisa, V., & Rohana, N. (2022). Dukungan Keluarga Terhadap Perawatan Palliative pada pasien Ca Mamae. *Jurnal Kesehatan Kusuma Husada*, 49-64. <https://doi.org/10.34035/jk.v13i1.809>
- Rohman, A. A., Rohimah, S., Puspita, B. A., Arzaqi, R. A., & Nursafitri, V. (2024). Peningkatan Pengetahuan Keluarga Dalam Perawatan Pasien Paliatif. *Kolaborasi: Jurnal Pengabdian Masyarakat*.
- Sailian, S. D., Salifu, Y., & Preston, N. (2024). Dignity enhanced through faith & family support in palliative care: a qualitative study. *BMC Palliative Care*, 23(1), 142. <https://doi.org/10.1186/s12904-024-01478-4>
- Sarradon-Eck, A., Besle, S., Troian, J., Capodano, G., & Mancini, J. (2019). Understanding the Barriers to Introducing Early Palliative Care for Patients with Advanced Cancer: A Qualitative Study. *Journal of Palliative Medicine*, 22(5), 508-516. <https://doi.org/10.1089/jpm.2018.0338>
- Seow, H., Barbera, L. C., McGrail, K., Burge, F., Guthrie, D. M., Lawson, B., Chan, K. K. W., Peacock, S. J., & Sutradhar, R. (2022). Effect of Early Palliative Care on End-of-Life Health Care Costs: A Population-Based, Propensity Score-Matched Cohort Study. *JCO Oncol Pract*, 18(1), e183-e192. <https://doi.org/10.1200/op.21.00299>
- Setyowati, E. R. (2024). Perilaku perawat dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif pada pasien kanker untuk meningkatkan kualitas hidup pasien: literature review. *Jurnal Ilmu Kesehatan Bhakti Husada: Health Sciences Journal*, 15(02), 397-403.
- Tan, L., Ee, L. S., & Jin, T. H. (2024). A qualitative study on burnout and coping in palliative nurses. *Int J Palliat Nurs*, 30(12), 654-662. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2024.30.12.654>
- Temel, J. S., Petrillo, L. A., & Greer, J. A. (2022). Patient-Centered Palliative Care for Patients With Advanced Lung Cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 40(6), 626-634. <https://doi.org/10.1200/jco.21.01710>
- Ufere, N. N., Donlan, J., Waldman, L., Dienstag, J. L., Friedman, L. S., Corey, K. E., Hashemi, N., Carolan, P., Mullen, A. C., Thiim, M., Bhan, I., Nipp, R., Greer, J. A., Temel, J. S., Chung, R. T., & El-Jawahri, A. (2019). Barriers to Use of Palliative Care and

- Advance Care Planning Discussions for Patients With End-Stage Liver Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol*, 17(12), 2592-2599. <https://doi.org/10.1016/j.cgh.2019.03.022>
- Vitale, E., Conte, L., Lupo, R., Botti, S., Fanizzi, A., Massafra, R., & De Nunzio, G. (2024). Features of the Nurse-Patient Relationship: Insights from a Qualitative Review Using Artificial Intelligence Interpretation [Review]. *Current Oncology*, 31(12), 7697-7710. <https://doi.org/10.3390/curroncol31120567>
- Wenny, B. P., & Adelirandy, O. (2023). Perawatan Paliatif: Kebutuhan Psikososial-Spiritual Untuk Pasien dan Keluarga.
- Worster, B., Bell, D. K., Roy, V., Cunningham, A., LaNoue, M., & Parks, S. (2018). Race as a Predictor of Palliative Care Referral Time, Hospice Utilization, and Hospital Length of Stay: A Retrospective Noncomparative Analysis. *Am J Hosp Palliat Care*, 35(1), 110-116. <https://doi.org/10.1177/1049909116686733>

G. Glosarium

BHSP = Bina Hubungan Saling Percaya

CHAPTER 6

PERAWATAN PALIATIF DIRUMAH: TANTANGAN DAN PENDEKATAN

Ns. Dini Qurrata Ayuni, SKM., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Perawatan paliatif & perawatan menjelang ajal adalah hak asasi insan yg wajib diintegrasikan pada sistem perawatan kesehatan. Pendidikan mengenai perawatan paliatif (Palliative Care) & perawatan menjelang ajal (End of Life Care) PEOLC ditinjau menjadi fasilitator buat mengembangkan integrasi perawatan paliatif. Hasil penelitian sebelumnya membicarakan bahwa berbagai pendekatan metodologi pembelajaran misalnya simulasi dari pengalaman berbasis Kolb's Experiential Learning Theory & high fidelity simulation terbukti efektif pada mempertinggi pengetahuan, perilaku & keterampilan mahasiswa pada melakukan PEOLC. (Ni luh Putu Ib. Agustini, Nursalam, Titin Sukartini, Gst.Kade Adi W.Pranata. Ni W, Suniyadewi, 2021)

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

Perawatan paliatif merupakan perawatan total yang diberikan kepada pasien dan keluarga pasien yang menderita penyakit, dilakukan oleh tim secara interdisiplin, penyakit pasien tersebut tidak dapat lagi berespon terhadap pengobatan (A'yuni, Utama & Maiyulis, 2021). Perawatan paliatif tidak hanya diberikan ketika pasien berada di rumah, tetapi dapat dilakukan di rumah sakit dimulai ketika pasien terdiagnosa penyakit terminal sampai perawatan menjelang ajal dan berduka bagi keluarga pasien (Fitri, Natosba & Andhini, 2017).

Menurut WHO (2020), ada 40 milyar orang di dunia yang membutuhkan perawatan paliatif, diantaranya mereka yang menderita penyakit kronis seperti penyakit kardiovaskular (38,5%), kanker (34%), penyakit paru kronis (10,3%), AIDS

(5,7%) dan diabetes (4,6%). Hal ini berarti perawatan paliatif bukan hanya untuk pasien yang memiliki riwayat penyakit kanker saja. Ini juga untuk pasien dengan penyakit degeneratif, penyakit paru obstruktif, fibrosis kistik, stroke, Parkinson, gagal jantung, penyakit genetik dan penyakit menular seperti HIV/AIDS. (World Health Organization, 2020)

Pelayanan perawatan paliatif memerlukan keterampilan dalam mengelola komplikasi penyakit dan pengobatan, mengelola rasa sakit dan gejala lain, memberikan perawatan psikososial bagi pasien dan keluarga, dan merawat saat sekarat dan berduka (Matzo & Sherman, 2015). Penyakit dengan perawatan paliatif merupakan penyakit yang sulit atau sudah tidak dapat disembuhkan, perawatan paliatif ini bersifat meningkatkan kualitas hidup (WHO, 2016). Perawatan paliatif meliputi manajemen nyeri dan gejala; dukungan psikososial, emosional, dukungan spiritual; dan kondisi hidup nyaman dengan perawatan yang tepat, baik di rumah, rumah sakit atau tempat lain sesuai pilihan pasien. Perawatan paliatif dilakukan sejak awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi lain dan menggunakan pendekatan tim multidisiplin untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarga mereka (*Canadian Cancer Society*, 2016).

Perawatan paliatif dimulai dengan pengkajian menentukan selanjutnya tujuan perawatan dan harapan pasien, membantu pasien dalam membuat advance care planning, pengobatan penyakit penyerta dari aspek sosial yang muncul, tata laksana gejala, dukungan psikologis, budaya dan sosial, respon pada fase terminal : bertindak sesuai dengan kehendak atau keputusan keluarga jika tidak ada kemauan yang ditetapkan dan yang terakhir adalah memberikan pelayanan terhadap pasien dan keluarga termasuk persiapan duka cita. Untuk melakukan perawatan paliatif pada pasien secara komprehensif, dibutuhkan komposisi tim paliatif terdiri dari Dokter (Dokter umum, Dokter Paliatif, Dokter Spesialis, Perawat, Apoteker, Pekerja Sosial dan Psikolog, Rohaniawan, Terapis dan Relawan) (Kemenkes RI, 2015). Oleh karena itu dibutuhkan kerjasama yang baik dari semua pihak.

Banyak tenaga kesehatan yang ada di rumah sakit, namun perawat mempunyai peran yang sangat penting dalam perawatan paliatif karena mereka yang paling lama kontak dengan pasien. Perawat juga mempunyai kesempatan melihat perkembangan dan kondisi pasien (Nainggolan, Agustina & Angin, 2020). Perawat merupakan bagian tak terpisahkan dalam sistem kesehatan yang tidak kalah pentingnya dibanding dokter maupun tenaga medis lainnya sebagai pemberi asuhan dan bantuan kepada klien maupun keluarga meski dengan waktu yang minimal (Carrol, 2018). Namun

dikarenakan oleh faktor tertentu maka perawatan yang diberikan dapat menjadi kurang maksimal.

B. Perawatan Paliatif di Rumah

Banyak potensi yang menjadikan rumah sebagai tempat perawatan adalah karena kuatnya ikatan kekeluargaan dalam budaya masyarakat. Mereka menjadikan perawatan pasien merupakan tanggung jawab mereka baik sebelum masuk rumah sakit, selama di rawat di rumah sakit, dan sesudah kembali dari rumah sakit. Umumnya keluarga sudah merencanakan untuk segera membawa pasien pulang dari rumah sakit untuk di rawat di rumah sebelum rumah sakit menawarkan untuk perawatan di rumah. Keluarga sering merasa terkejut dengan penawaran rumah sakit tentang jenis pelayanan perawatan rumah karena mereka tidak mengetahui. (Boby Febri Krisdianto, 2019)

Perawatan di rumah merupakan kelanjutan perawatan di rumah sakit. Pada perawatan di rumah, maka peran keluarga lebih menonjol karena sebagian perawatan dilakukan oleh keluarga, dan keluarga atau orang tua sebagai *care giver* diberikan latihan pendidikan keperawatan dasar. Perawatan di rumah hanya mungkin dilakukan bila pasien tidak memerlukan alat khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga. Sebelum pasien dibawa pulang, perlu dipertimbangkan tentang kelayakan dirawat di rumah dan kesiapan keluarga dalam melakukan perawatan (Muckaden, 2011). Apabila keluarga belum mampu merawat pasien, keluarga yang merawat pasien perlu mendapat pelatihan dari perawat untuk melaksanakan perawatan di rumah. Tim paliatif akan mengunjungi pasien disesuaikan dengan kebutuhan pasien dan adat istiadat serta kondisi setempat. Konsultasi juga dapat dilakukan melalui telepon, atau sarana komunikasi lain setiap saat. (Djauzi, 2003).

Sebuah pengambilan keputusan tempat perawatan paliatif harus mempertimbangkan pada beberapa faktor diantaranya adalah harapan hidup pasien, kompleksitas dari kebutuhan perawat, adanya *care giver* ketika melakukan perawatan paliatif di rumah, akses dari sumber perawatan paliatif dan yang paling utama adalah merupakan pilihan pasien atau keluarga. Oleh karena pendekatan tim perawatan paliatif untuk mengidentifikasi tempat rawat terbaik bagi merupakan hal yang tepat bagi pasien. Perawat memiliki keahlian dalam mengidentifikasi kondisi kematian pasien yang sudah semakin dekat. Perawat berperan menginformasikan hal tersebut kepada keluarga, agar keluarga memutuskan dapat memutuskan tempat perawatan terbaik sesuai kemampuan keluarga dan mencari ke sumber keluarga yang lain (Campbell M, 2013).

Manfaat Perawatan Paliatif di Rumah

Selain bisa menjalani perawatan paliatif di instalasi perawatan paliatif yang ada di rumah sakit, pasien bisa mendapatkan perawatan ini di rumah mereka sendiri. Perawatan paliatif di rumah banyak menawarkan manfaat, beberapa diantaranya termasuk:

1. Mengurangi Risiko Depresi

Salah satu manfaat utama dari perawatan paliatif di rumah adalah bahwa pasien dapat tetap berada dalam lingkungan yang akrab dan nyaman. Ini memiliki peran penting dalam membantu mengurangi risiko depresi, stres dan kecemasan mengingat perawatan paliatif di rumah juga memungkinkan pasien dikelilingi oleh orang-orang terkasih.

Hal ini dapat membuat pasien terhubung dengan keluarga sehingga tidak terlalu kesepian dan lebih merasa dicintai dan diperhatikan. Tentunya keluarga memerlukan dukungan pendampingan dari tim paliatif homecare yang tepat.

2. Meningkatkan Kualitas Hidup

Dalam lingkungan rumah, pasien dapat menerima perawatan yang sangat personal dan terfokus pada kebutuhan mereka, sehingga dapat mengalami peningkatan yang signifikan dalam kenyamanan dan kualitas hidup mereka.

3. Dukungan Keluarga yang Lebih Intensif

Keluarga memiliki peran penting dalam perawatan paliatif. Di rumah, anggota keluarga dapat lebih mudah terlibat dalam perawatan pasien dan memahami lebih baik perubahan yang terjadi pada kondisi kesehatan mereka. Ini memberikan kesempatan bagi keluarga untuk merasakan keterlibatan aktif dalam merawat orang yang mereka cintai.

4. Pengambilan Keputusan Bersama yang Lebih Baik

Perawatan paliatif di rumah juga memberikan kesempatan bagi pasien dan keluarga untuk berbicara dengan lebih mendalam dengan tim medis tentang opsi perawatan dan rencana perawatan yang diinginkan. Ini membantu pasien dan keluarga merasa lebih terlibat dalam pengambilan keputusan tentang perawatan medis, sehingga memastikan bahwa perawatan yang diberikan sesuai dengan nilai dan preferensi pasien.

5. Kontinuitas Perawatan

Perawatan paliatif di rumah dapat disesuaikan dengan perubahan keadaan pasien dengan lebih baik. Tim perawatan homecare dapat merespons cepat terhadap perkembangan yang mungkin terjadi, sehingga memastikan bahwa pasien

mendapatkan perawatan yang tepat waktu dan efektif. Ini juga dapat mengurangi hospitalisasi yang tidak perlu.(Wiria, 2019)

C. Tantangan Perawatan Paliatif di rumah

Merawat pasien dengan kondisi paliatif sangat menantang bagi perawat (Lopera, 2015). Beberapahambatan yang di laporkan oleh perawat pada beberapa studi (Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., 2021) adalah hambatan komunikasi, ketidak mampuan menghadapi keluarga yang marah, dan kurangnya waktu yang disediakan oleh perawat dan bahkan beban emosional yang di alami. Sebuah penelitian yang dilakukan oleh Cevik & Kav (2013) mengungkapkan bahwa merawat pasien paliatif dapat berdampak negatif pada emosi perawat seperti mengalami kesedihan, ketidakberdayaan dan kecemasan.

Kualitas pelayanan paliatif sebagian besar bergantung pada intervensi keperawatan yang tepat (Felicity Hasson^{1*} et al., 2021) karena itu mengetahui hambatan yang dialami oleh perawat dalam memberikan perawatan paliatif akan menjadi titik awal untuk sebuah perubahan yang efektif untuk meningkatkan kualitas perawatan pada pasien dengan masalah paliatif (Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., 2021).

Perawatan Paliatif di Rumah Memiliki Beberapa Hambatan:

1. Hambatan Klinis

Penelitian oleh (Cheung, J. T. K., Au, D., Ip, A. H. F., Chan, J., Ng, K., Cheung, L., Yuen, J., Yuen, J., Hui, E. & J., Lo, R., & Woo, 2020). melaporkan bahwa hambatan dalam membuat keputusan klinis disebabkan oleh keengganan keluarga melibatkan pasien untuk mengungkapkan preferensinya dalam memilih tindakan medis yang tepat. Pasien juga terkadang sangat mempercayai dokter atau perawat untuk memutuskan tindakan klinis yang terbaik baginya (Cheung, J. T. K., Au, D., Ip, A. H. F., Chan, J., Ng, K., Cheung, L., Yuen, J., Yuen, J., Hui, E. & J., Lo, R., & Woo, 2020). Hal ini menjadi tantangan karena di satusisi menurut (Erniyati Fangidae, 2022), Chenet al. (2022) mengungkapkan bahwa dalam membuat keputusan klinis, harapan pasien harus di dengar dan dihargai, tetapi disisi lain keluarga tidak melibatkan pasien dan bahkan pasien tidak mampu mengungkapkan preferensinya.

Hambatan lain yang ditemukan adalah penolakan pengobatan dan keikutsertaan keluarga dalam merawat pasien (Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., 2021). Pasien dengan kondisi paliatif mungkin sudah melewati banyak sekali proses pengobatan yang lama dan sulit sehingga mungkin pada fase tertentu ia

menolak pengobatan yang diberikan. Di satu sisi, pengobatan tersebut harus dilaksanakan tetapi di sisi lain perawat harus menghargai autonomi pasien. Dalam memberikan asuhan keperawatan, perawat mengizinkan keluarga untuk mengambil bagian dalam perawatan pasien tetapi ada beberapa keluarga yang mungkin kurang memahami akan hal ini (Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., 2021).

2. Hambatan Sumber Daya

Perawat yang memberikan perawatan paliatif kepada pasien mengalami hambatan yang berhubungan dengan kurangnya kemampuan. Perawat mengemukakan bahwa kurangnya pelatihan atau training tentang perawatan paliatif merupakan salah satu hambatan yang mempengaruhi pengetahuan (Mardiansyah, M., Febtrina, R., Yanti, S., & Kharisna, 2022). Studi yang dilakukan oleh Rivera-Romero et al. (2019) dan (Chan, C. W. H., Chow, M. C. M., Chan, S. et al., 2020) mengungkapkan bahwa tidak tersedianya pelatihan mengenai perawatan paliatif yang diberikan saat di akademik menyebabkan perawatan yang diberikan kepada pasien sangat empiris dan tidak maksimal. Studi yang dilakukan oleh (Chan, C. W. H., Chow, M. C. M., Chan, S. et al., 2020) melaporkan bahwa lebih dari setengah responden (57,4%) sudah diperlengkapi dengan pengetahuan dan pelatihan tentang perawatan paliatif dan sisanya belum mendapatkan pelatihan. Partisipan yang tidak mendapatkan pelatihan tentang perawatan paliatif dan perawatan akhir hidup lebih banyak merasakan hambatan

Dalam memberikan perawatan paliatif dibandingkan dengan partisipan yang sudah mendapatkan pelatihan (Chen et al., 2022).

3. Hambatan Etika Budaya

Hambatan etik dan budaya yang dirasakan oleh perawat dalam memberikan perawatan paliatif dikemukakan oleh (Lopera & M, 2015) dan Uzelli Yilmaz et al. (2021). Menghargai identitas pasien termasuk kepercayaan, nilai-nilai yang diyakini, dan perbedaan keyakinan adalah tantangan etik yang paling dirasakan oleh perawat di ruangan perawatan luka bakar (Bijani, M., & Mohammadi, 2021). Kepercayaan dan nilai-nilai yang diyakini oleh pasien terkadang dapat menghambat hal-hal prinsip perawatan yang diberikan. Perilaku diskriminasi juga merupakan tantangan yang perlu diperhatikan oleh perawat dimana ia harus bersikap adil dalam memberikan perawatan tanpa membedakan. Selanjutnya terkait dengan hambatan budaya, perawat mengatakan bahwa komunikasi yang dilakukan oleh perawat dengan pasien dan keluarga dari yang berasal dari budaya yang berbeda dapat

menghambat implementasi asuhan perawatan dan pengobatan yang diberikan (Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., 2021).

D. Pendekatan yang di Lakukan Dalam Perawatan Paliatif

Prinsip dari perawatan paliatif di antaranya mengurangi rasa sakit dan gejala-gejala lain yang menyusahkan, menegaskan bahwa kehidupan dan kematian adalah proses normal, tidak ditujukan untuk mempercepat maupun menunda kematian, menggabungkan aspek psikologis dan spiritual dari perawatan pasien, menawarkan sistem pendukung untuk membantu pasien hidup secara aktif sebisa mungkin sampai meninggal, menawarkan sistem pendukung untuk membantu keluarga mengatasi kesukaran selama pasien sakit, menggunakan pendekatan dengan suatu tim meliputi dokter, perawat, ahli kejiwaan, pekerja sosial, dan relawan untuk memenuhi keperluan pasien dan keluarganya, termasuk konseling kehilangan apabila diperlukan, akan meningkatkan kualitas kehidupan, dapat secara positif mempengaruhi perjalanan penyakit serta dapat diterapkan dini pada perjalanan penyakit. Perawatan paliatif sendiri meliputi penatalaksanaan nyeri, penatalaksanaan keluhan fisik lain, asuhan keperawatan, dukungan psikologis, sosial, kultural dan spiritual serta dukungan persiapan dan selama duka cita (*bereavement*).

Bagi pasien paliatif, tempat yang tepat untuk melakukan perawatan paliatif dibagi menjadi beberapa fasilitas penyedia layanan kesehatan. Rumah sakit diperuntukkan bagi pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus. Puskesmas disediakan bagi pasien yang memerlukan pelayanan rawat jalan. Rumah singgah/panti (*hospis*) bagi pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus, tetapi belum dapat dirawat di rumah karena masih memerlukan pengawasan tenaga kesehatan. Sedangkan bagi pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus atau ketrampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga dapat dilayani di rumah pasien.

Ada beberapa Macam Pendekatan yang dilakukan dalam perawatan Paliatif di antaranya:

1. Pendekatan Holistik

Perawatan paliatif merupakan tradisi lama di mana orang-orang dalam stadium penyakit apa pun dapat diobati dengan pendekatan holistik. Perawatan ini merupakan perawatan khusus untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan

keluarga mereka, yang menghadapi masalah dan tantangan terkait penyakit yang mengancam jiwa, yang dapat bersifat fisik, psikologis, sosial, atau spiritual.

Tidak seperti rumah sakit pada umumnya, perawatan di sini melibatkan lebih dari sekadar obat-obatan. Perawatan ini membantu pasien dan orang-orang yang mereka cintai melewati masa-masa sulit. Sesi spiritual, mental, psikososial, musik, dan sesi lainnya dilakukan oleh para profesional di pusat perawatan paliatif. Kegiatan-kegiatan tersebut membuat pasien tetap aktif dan positif saat mereka menderita kondisi yang mengancam jiwa. Sesi konseling duka cita dilakukan untuk para anggota keluarga karena ini adalah masa sulit bagi mereka untuk menghadapi situasi yang dialami orang-orang yang mereka sayangi.

2. Pendekatan Psikomatik

Pendekatan psikosomatik sangat cocok diterapkan pada penanganan psikis pasien paliatif. Perawatan paliatif dan psikosomatik adalah bidang medis yang menekankan pada kualitas hidup pasien yang berfokus pada meringankan gejala serta memperbaiki fungsi. Sedangkan perawatan berbasis gejala pada pasien terminal diantaranya meliputi penanganan depresi, ansietas, delirium, nyeri, dan mual. Dalam hal ini, diperlukan penapisan depresi dan ansietas pada pasien dengan perawatan paliatif sehingga dapat segera ditangani lebih baik.

3. Pendekatan Spritual

Menurut filosofi perawatan Florence Nightingale, spiritualitas merupakan bagian tak terpisahkan dari manusia dan merupakan sumber terdalam dan terkuat untuk penyembuhan. Karenanya, salah satu tanggung jawab perawat adalah untuk memperhatikan dimensi spiritual dari perawatan dan memberikan suasana yang menyembuhkan untuk pasien. Sebagai bagian dari suatu perawatan holistik, penyedia layanan perlu memiliki keterampilan yang dibutuhkan untuk mendeteksi kebutuhan spiritual pasien dan memberikan perawatan yang tidak sekedar memenuhi kebutuhan fisik; karena ketika menghadapi diagnosis, perubahan status penyakit, atau masalah-masalah pada akhir kehidupan, pasien kanker dapat lebih berisiko mengalami stres spiritual. Karenanya, perhatian terhadap kebutuhan spiritual merupakan bagian yang diperlukan dari perawatan holistik dalam keperawatan. Meskipun begitu, sebagian besar pasien tidak menerima perawatan spiritual yang diperlukan oleh pelaku rawat, dan respons terhadap kebutuhan spiritual pasien kanker cenderung minimal atau terabaikan. Kegagalan untuk memenuhi kebutuhan spiritual berhubungan dengan penurunan kualitas perawatan, kepuasan pasien, dan kualitas hidup (Mori Peranginangin, 2020).

Spiritualitas merupakan suatu kekuatan yang menyatakan intisari seseorang yang meresap kedalam seluruh kehidupan, serta bermanifestasi pada diri, pemahaman, dan tindakan seseorang serta keterhubungan dengan diri sendiri, orang lain, alam, dan Tuhan. Spiritualitas diyakini sebagai sumber harapan dan kekuatan serta merupakan kebutuhan dasar bagi setiap individu pada setiap individu. Spiritualitas memberi kekuatan yang dapat menyatukan antara individu, memberi makna pada kehidupan dan mempererat ikatan antar individu. (Erniyati Fangidae, 2022).

E. Kesimpulan

Perawatan paliatif di rumah adalah pendekatan yang bertujuan memberikan kenyamanan, kualitas hidup, dan dukungan emosional bagi pasien dengan penyakit kronis atau terminal, serta keluarganya. Meskipun menawarkan banyak manfaat, seperti suasana yang lebih personal dan mengurangi tekanan emosional akibat perawatan di fasilitas kesehatan, pendekatan ini juga menghadapi sejumlah tantangan.

F. Referensi

- Bijani, M., & Mohammadi. (2021).). *Ethical challenges of caring for burn patients: a qualitative study. BMC Medical Ethic.* 1(22). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12910-021-00582-x>
- Boby Febri Krisdianto. (2019). *Perawatan Kanker Paliatif di Rumah*. Andalas University Press.
- Chan, C. W. H., Chow, M. C. M., Chan, S., S., -, Fisher, R., Waller, A., Lai, T. T. K., & K., & M, C. W. (2020). *Nurses' perceptions of and barriers to the optimal end-of-life care in hospitals: A cross-sectional study. Journal of Clinical Nursing.* 7(29), 1209–1219. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jocn.151>
- Chen, I., -, H., ; Kuo, S., -, F., ; Lin, Y., -, K., ; Huang, T., Chen, I., -, H., Kuo, S., -, F., Lin, Y., -, K., & Huang, T., -, & W. (2022). *Citation: Knowledge of and Barriers to Palliative Care Perceived by Healthcare Providers before and after Promotion of the Patient Autonomy Act: A Cross-Sectional Study.* <https://doi.org/https://doi.org/10.3390/ijerp>
- Cheung, J. T. K., Au, D., Ip, A. H. F., Chan, J., Ng, K., Cheung, L., Yuen, J., Yuen, J., Hui, E., L., & J., Lo, R., & Woo, J. (2020). *Barriers to advance care planning: A qualitative study of seriously ill Chinese patients and their families. BMC Palliative Care.* 1(19). <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12904-020-00587-0>

- Erniyati Fangidae. (2022). Hambatan Perawat Dalam Memberikan Perawatan Paliatif Kepada Pasien: Kajian Literatur Integratif. *Jurnal Keperawatan Merdeka*, 2(191–200). <https://doi.org/https://doi.org/10.36086/jkm.v2i2.1432>
- Felicity Hasson^{1*}, J. J., , Laurie McKibben¹ , Lisa Graham-Wisener², A. F., Armour⁴, K., & Shazia Zafar⁵ , Alistair Hewison⁵, K. B. and W. G. K. (2021). Challenges for palliative care day services: a focus group study. *BMC Paliatif Care*, 20(11), 1–9. <https://doi.org/https://doi.org/10.1186/s12904-020-00699-7>
- Lopera, & M. (2015). *Nursing care of patients during the dying process: a painful professional and human function. Investigacion y Educacion En Enferme. 33*(2).
- Mardiansyah, M., Febtrina, R., Yanti, S., & Kharisna. (2022).). The correlation between knowledge and nurse compliance in the use of personal protective equipment level 2. *The Journal of Palembang Nursing Studi*, 1(3). <https://doi.org/https://doi.org/10.55048/jpns.v1i3.2>
- Mori Peranginangin. (2020). HUBUNGAN PENGETAHUAN DAN SIKAP PERAWAT TENTANG PERAWATAN PALIATIF DI RUMAH SAKIT ADVENT BANDUNG. *Jurnal Skolastik Keperawatan*, 6(1). <https://doi.org/https://doi.org/10.35974/jsk.v6i1.2231>
- Ni luh Putu Ib. Agustini, Nursalam, Titin Sukartini, Gst.Kade Adi W.Pranata. Ni W, Suniyadewi, I. D. A. R. (2021). Teacing Methologies Regarding Palliative Care Competencies on Undergraduate Nursing Students : A Systematic Review. *Journal Of International Dental and Medical Research*, 1302–1308.
- Uzelli Yilmaz, D., Yilmaz, D., Duzgun, G., & A. (2021). . *A Phenomenological Analysis of Experiences and Practices of Nu rses Providing Palliative and End of Life Care. Omega (United States*. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177/003022282110375>
- Wiria, E. (2019). 5 Manfaat Perawatan Paliatif di Rumah dan Perencanaannya. *Kavacere*. <https://www.nia.nih.gov/health/what-are-palliative-care-and-hospice-care>
- World Health Organization; (2020). *Palliative care*.

CHAPTER 7

ETIKA DALAM KEPERAWATAN PALIATIF: KEPUTUSAN AKHIR DAN AUTONOM PASIEN

Lam Murni Br Sagala, S.Kep., Ns., M.Kep.

A. Pendahuluan/Prolog

Keperawatan paliatif merupakan salah satu cabang dari ilmu keperawatan yang berfokus pada perawatan pasien dengan penyakit terminal atau kondisi medis yang tidak dapat disembuhkan. Fokus utama dari keperawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan cara mengurangi penderitaan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Paliatif bukan hanya tentang memperpanjang hidup, tetapi lebih pada menyediakan kenyamanan dan memastikan pasien dapat menjalani sisa hidupnya dengan sebaik-baiknya (World Health Organization [WHO], 2020).

Keperawatan paliatif sangat relevan bagi pasien dengan penyakit yang mengancam jiwa, seperti kanker stadium akhir, penyakit jantung terminal, atau penyakit paru obstruktif kronis (PPOK) yang tidak dapat disembuhkan. Selain itu, keperawatan paliatif juga memberikan dukungan bagi keluarga pasien dalam menghadapi proses perawatan yang panjang dan tantangan emosional yang besar (Breitbart & Poppito, 2014). Tujuan utama keperawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien, meskipun dalam beberapa situasi, ini berarti mempersiapkan pasien dan keluarga untuk akhir hayat (Higginson & Gomes, 2017).

Salah satu tantangan utama dalam keperawatan paliatif adalah pengambilan keputusan akhir, yaitu keputusan yang melibatkan apakah pasien akan melanjutkan perawatan hidup atau tidak, apakah obat untuk meredakan rasa sakit akan diberikan, atau tindakan medis lain yang berhubungan dengan akhir hayat pasien. Keputusan-keputusan ini sering kali melibatkan pertimbangan mendalam mengenai otonomi pasien—hak pasien untuk membuat keputusan terkait perawatan mereka sendiri. Selain itu, keputusan ini juga melibatkan hak dan peran keluarga serta tim medis dalam menentukan langkah yang terbaik bagi pasien (Gillon, 2015).

Keputusan akhir sering kali melibatkan dilema etis yang kompleks. Misalnya, apakah menghentikan perawatan yang memperpanjang hidup tetapi tidak meningkatkan kualitas hidup pasien adalah pilihan yang sah? Bagaimana kita

menghormati keinginan pasien yang mungkin tidak dapat menyuarakan pendapat mereka lagi? Apa peran keluarga dalam pengambilan keputusan tersebut, dan sejauh mana keluarga dapat bertindak sebagai perwakilan dari keinginan pasien? Inilah beberapa pertanyaan yang sering muncul dalam konteks pengambilan keputusan di keperawatan paliatif. Sebagai bagian dari perawatan berbasis etika, tenaga medis harus mampu menghargai dan menghormati keputusan pasien yang telah dibuat secara sadar dan berdasarkan informasi yang memadai (Beauchamp & Childress, 2019).

B. Prinsip Etika dalam Keperawatan Paliatif

Keperawatan paliatif adalah pendekatan yang berfokus pada penyediaan perawatan untuk pasien yang menderita penyakit terminal, bertujuan untuk mengurangi penderitaan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Dalam konteks ini, keputusan yang diambil oleh tenaga medis dan pasien melibatkan pertimbangan etis yang mendalam. Prinsip-prinsip etika yang diakui secara luas dalam keperawatan paliatif termasuk autonomi, keadilan, beneficence, dan non-maleficence. Keempat prinsip ini membentuk dasar untuk mengambil keputusan yang menghormati hak pasien serta memastikan bahwa tindakan medis yang diambil mendukung kesejahteraan pasien dalam proses akhir hidup mereka.

1. Autonomi (Autonomy)

Autonomi adalah prinsip yang mengakui hak pasien untuk membuat keputusan mengenai perawatan medis mereka sendiri. Dalam keperawatan paliatif, prinsip ini sangat penting, karena seringkali pasien harus memutuskan apakah mereka ingin melanjutkan perawatan hidup atau tidak, atau apakah mereka ingin menggunakan obat untuk meredakan rasa sakit dan gejala lainnya. Menghormati otonomi pasien berarti memberikan mereka kesempatan untuk membuat keputusan yang berdasarkan nilai-nilai pribadi mereka. Keputusan ini harus dibuat secara sadar dan berdasarkan informasi yang memadai, yang dapat melibatkan penghapusan perawatan yang tidak diinginkan, penghentian alat bantu hidup, atau keputusan lain yang dapat mempengaruhi hidup mereka (Beauchamp & Childress, 2019).

Otonomi juga melibatkan penghargaan terhadap *advance directives* atau pernyataan tertulis yang dibuat oleh pasien sebelumnya, yang mungkin mencakup preferensi tentang perawatan medis jika mereka tidak lagi mampu membuat keputusan sendiri. Di sini, tenaga medis dan keluarga berperan penting dalam memastikan bahwa keputusan pasien dihormati sesuai dengan keinginan yang telah diungkapkan sebelumnya.

Contoh dalam Keperawatan Paliatif: Seorang pasien dengan kanker stadium lanjut yang tidak lagi dapat disembuhkan memutuskan untuk berhenti menerima kemoterapi lebih lanjut karena efek samping yang sangat mengganggu. Menghormati keputusan ini berarti menghentikan kemoterapi dan melanjutkan perawatan paliatif yang bertujuan untuk mengurangi rasa sakit dan meningkatkan kenyamanan.

2. Keadilan (Justice)

Keadilan dalam konteks keperawatan paliatif berfokus pada distribusi sumber daya medis dan perawatan yang adil kepada semua pasien, tanpa memandang latar belakang sosial, ras, agama, atau status ekonomi mereka. Prinsip keadilan ini juga mencakup perhatian terhadap akses yang sama terhadap perawatan paliatif di seluruh wilayah geografis dan masyarakat yang berbeda. Dalam beberapa kasus, ini bisa berarti alokasi sumber daya yang terbatas secara adil, termasuk tenaga medis, obat-obatan, dan fasilitas perawatan yang dibutuhkan pasien. Keadilan juga mencakup pengakuan bahwa setiap pasien berhak mendapatkan perawatan paliatif yang sesuai dengan kebutuhan medis dan keinginan mereka. Ini termasuk pemberian perhatian yang sama kepada pasien dengan segala bentuk penyakit, apakah mereka kaya atau miskin, atau berasal dari latar belakang budaya yang berbeda (Gillon, 2015).

Contoh dalam Keperawatan Paliatif: Jika terdapat keterbatasan dalam sumber daya medis, seperti tempat tidur rumah sakit atau obat-obatan untuk meredakan rasa sakit, maka perawat dan tenaga medis lainnya harus memastikan bahwa keputusan alokasi dilakukan dengan mempertimbangkan kebutuhan medis pasien dan sesuai dengan prinsip keadilan.

3. Beneficence (Berbuat Kebajikan)

Beneficence mengacu pada kewajiban tenaga medis untuk bertindak demi kebaikan pasien. Dalam keperawatan paliatif, prinsip ini berarti bahwa tenaga medis harus berupaya untuk memaksimalkan kualitas hidup pasien dengan cara mengurangi penderitaan fisik, psikologis, dan emosional yang mereka alami. Dalam praktiknya, ini dapat berarti memberikan pengobatan yang bertujuan untuk meredakan rasa sakit, mengelola gejala lainnya seperti sesak napas atau kecemasan, dan memberikan dukungan spiritual atau psikologis yang dibutuhkan pasien dan keluarga mereka (Kuhse & Singer, 2017). Prinsip beneficence juga mengharuskan tenaga medis untuk bekerja sama dengan pasien dan keluarga dalam merencanakan perawatan yang paling sesuai dengan keadaan pasien, serta memastikan bahwa

pasien mendapatkan dukungan yang mereka butuhkan untuk mempertahankan kualitas hidup mereka selama masa perawatan.

Contoh dalam Keperawatan Paliatif: Seorang pasien yang mengalami nyeri kronis karena kanker dapat diberikan analgesik atau obat penghilang rasa sakit untuk meredakan penderitaannya. Selain itu, perawatan paliatif juga dapat mencakup terapi pendukung, seperti konseling psikologis atau dukungan spiritual untuk membantu pasien menghadapi kondisi mereka.

4. Non-maleficence (Tidak Menyakiti)

Non-maleficence adalah prinsip etika yang mengharuskan tenaga medis untuk tidak melakukan tindakan yang dapat membahayakan atau memperburuk kondisi pasien. Dalam keperawatan paliatif, ini berarti menghindari perawatan yang memperpanjang penderitaan pasien tanpa memberikan manfaat yang jelas. Prinsip ini menuntut tenaga medis untuk selalu mempertimbangkan apakah tindakan medis yang diambil akan membantu atau justru memperburuk kondisi pasien. Dalam konteks keperawatan paliatif, non-maleficence juga melibatkan penghindaran tindakan yang hanya bertujuan untuk mempertahankan hidup tanpa memperhatikan kualitas hidup pasien. Sebagai contoh, melakukan intervensi medis yang invasif atau menyakitkan untuk mempertahankan hidup pasien yang tidak lagi dapat sembuh dan tidak ingin diperpanjang hidupnya bisa dianggap melanggar prinsip ini (Rachels & Rachels, 2015).

Contoh dalam Keperawatan Paliatif: Jika pasien dalam kondisi terminal dan tidak ingin lagi menerima pengobatan yang agresif, perawat harus menghentikan perawatan yang tidak diperlukan, seperti penggunaan alat bantu hidup atau pengobatan yang memberikan sedikit atau tidak ada manfaat dalam meningkatkan kenyamanan pasien.

C. Keputusan Akhir dalam Keperawatan Paliatif

Keputusan akhir dalam keperawatan paliatif berkaitan dengan pengambilan keputusan medis pada pasien yang berada dalam keadaan terminal dan tidak dapat disembuhkan. Dalam konteks ini, keperawatan paliatif memfokuskan perhatian pada peningkatan kualitas hidup pasien, mengurangi penderitaan, dan memberikan dukungan emosional bagi pasien serta keluarga mereka. Keputusan yang sering dihadapi dalam situasi ini meliputi penghentian perawatan yang tidak memberikan manfaat medis lagi, penggunaan obat untuk meredakan rasa sakit, atau tindakan lain yang bertujuan untuk memperbaiki kenyamanan dan kualitas hidup pasien di tahap

akhir. Keputusan-keputusan yang diambil dalam keperawatan paliatif sangat kompleks dan melibatkan berbagai faktor, mulai dari kondisi medis pasien, keinginan pasien itu sendiri, hingga pertimbangan keluarga dan tim medis. Dalam hal ini, etika memainkan peran sentral dalam memastikan bahwa keputusan yang diambil adalah yang paling menghormati hak-hak pasien dan memberikan hasil yang terbaik dari sisi moral dan kualitas hidup pasien. Dalam keperawatan paliatif, ada beberapa aspek etika yang sangat penting dalam pengambilan keputusan akhir:

1. Keputusan oleh Pasien

Salah satu prinsip utama dalam keperawatan paliatif adalah menghormati otonomi pasien. Pasien yang masih sadar dan memiliki kapasitas mental untuk berpikir dan membuat keputusan memiliki hak penuh untuk menentukan arah perawatan yang mereka terima. Ini termasuk hak untuk menghentikan perawatan yang dianggap tidak memberikan manfaat atau untuk memilih perawatan yang bertujuan untuk meredakan rasa sakit tanpa memperpanjang penderitaan. Keputusan ini dapat dilakukan melalui *advance directives* (pernyataan tertulis yang dibuat oleh pasien sebelumnya), atau melalui pembicaraan terbuka antara pasien dan tenaga medis yang terlibat dalam perawatan mereka.

Pasien memiliki hak untuk menerima informasi yang jelas mengenai kondisi medis mereka serta berbagai pilihan perawatan yang tersedia, termasuk keuntungan dan risiko dari masing-masing pilihan. Hal ini memberikan pasien kesempatan untuk membuat keputusan yang diinformasikan dan konsisten dengan nilai-nilai serta keinginan mereka (Beauchamp & Childress, 2019).

Contoh: Seorang pasien dengan kanker stadium lanjut yang telah menerima perawatan kemoterapi memutuskan untuk menghentikan perawatan tersebut dan memilih untuk berfokus pada perawatan paliatif yang lebih nyaman. Keputusan ini diambil dengan pertimbangan bahwa perawatan kemoterapi hanya akan menambah penderitaan tanpa memberikan harapan kesembuhan.

2. Keterlibatan Keluarga

Keterlibatan keluarga dalam pengambilan keputusan sangat penting, terutama ketika pasien tidak dapat membuat keputusan sendiri. Ini mungkin terjadi jika pasien berada dalam keadaan tidak sadar, mengalami penurunan kapasitas mental, atau dalam kasus di mana keputusan yang diambil sangat sulit dan membutuhkan dukungan emosional. Keluarga sering kali berperan sebagai perwakilan pasien dalam situasi ini dan menjadi pihak yang harus membuat keputusan yang sesuai dengan keinginan pasien. Namun, dalam hal ini, penting bagi keluarga untuk

memahami dengan jelas keinginan pasien yang telah disampaikan sebelumnya, apakah melalui *advance directives* atau pembicaraan keluarga. Tanpa pemahaman yang jelas, keputusan yang diambil oleh keluarga bisa saja bertentangan dengan keinginan pasien, meskipun dengan niat yang baik. Oleh karena itu, tenaga medis harus memberikan informasi yang memadai kepada keluarga dan memastikan bahwa mereka terlibat dalam proses pengambilan keputusan dengan penuh pengertian dan empati.

Contoh: Seorang pasien yang tidak dapat lagi berbicara karena gangguan otak yang parah sebelumnya menyatakan keinginannya untuk tidak dilanjutkan perawatan hidup. Keluarga pasien harus diberi penjelasan lengkap mengenai kondisi medis pasien dan diberi kesempatan untuk menghormati keputusan pasien, meskipun mereka menghadapi dilema emosional yang besar.

3. Dukungan Tim Medis

Tim medis, termasuk dokter, perawat, dan profesional kesehatan lainnya, memegang peran penting dalam proses pengambilan keputusan akhir dalam keperawatan paliatif. Mereka tidak hanya memberikan perawatan medis yang dibutuhkan, tetapi juga memberikan penjelasan yang jelas kepada pasien dan keluarga mengenai diagnosis medis pasien, prognosis, serta pilihan perawatan yang tersedia. Keputusan medis yang kompleks sering kali membutuhkan pertimbangan profesional dari berbagai disiplin ilmu untuk memastikan bahwa keputusan tersebut dibuat berdasarkan pemahaman yang komprehensif tentang kondisi pasien.

Dalam hal keputusan akhir, tim medis harus menjaga komunikasi yang terbuka dan empatik dengan pasien serta keluarga. Mereka harus mampu menjelaskan dengan jelas apa yang diharapkan dari setiap pilihan perawatan, termasuk potensi manfaat dan risiko, serta bagaimana setiap keputusan akan mempengaruhi kualitas hidup pasien. Dengan demikian, tim medis tidak hanya berfokus pada aspek teknis, tetapi juga mempertimbangkan dimensi emosional dan etis dari keputusan yang diambil (Rachels & Rachels, 2015).

Contoh: Seorang pasien yang berada dalam kondisi terminal mungkin menghadapi pilihan antara melanjutkan perawatan untuk memperpanjang hidup atau memilih perawatan paliatif yang bertujuan mengurangi rasa sakit dan memperbaiki kenyamanan. Tim medis harus membantu pasien dan keluarga memahami manfaat dan beban dari setiap pilihan serta bagaimana perawatan paliatif dapat mengurangi penderitaan mereka.

4. Pertimbangan Dilema Etis dalam Keputusan Akhir

Pengambilan keputusan akhir sering kali melibatkan dilema etis yang mendalam, terutama dalam hal menghormati keinginan pasien yang mungkin bertentangan dengan keinginan keluarga atau tim medis. Beberapa dilema yang sering dihadapi termasuk keputusan untuk menghentikan perawatan hidup yang invasif meskipun keluarga merasa ada kemungkinan pemulihan, atau memilih antara tindakan yang dapat memperpanjang hidup tetapi dapat memperburuk kualitas hidup pasien.

Keputusan-keputusan seperti ini mengharuskan tim medis untuk mempertimbangkan prinsip-prinsip etika seperti otonomi pasien, beneficence (berbuat kebaikan), non-maleficence (tidak menyakiti), dan keadilan. Semua faktor ini harus dipertimbangkan dengan seksama untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil adalah yang terbaik bagi pasien, baik dari sisi medis maupun etis (Beauchamp & Childress, 2019).

Contoh: Seorang pasien yang telah menjalani perawatan intensif dengan ventilator untuk waktu yang lama dan tidak menunjukkan tanda-tanda pemulihan meminta agar perawatan dihentikan. Keluarga merasa cemas dan tidak siap untuk melepaskan pasien, sementara tim medis harus mengevaluasi apakah melanjutkan perawatan akan memberikan manfaat lebih atau justru memperpanjang penderitaan pasien.

D. Menghormati Otonomi Pasien dalam Keperawatan Paliatif

Otonomi pasien adalah prinsip dasar dalam etika medis yang menyatakan bahwa setiap pasien memiliki hak untuk membuat keputusan terkait perawatan medis mereka sendiri, termasuk keputusan mengenai apakah mereka ingin melanjutkan atau menghentikan perawatan yang mereka terima. Dalam konteks keperawatan paliatif, prinsip ini sangat penting karena keputusan yang diambil sering kali berkaitan dengan kehidupan atau kematian pasien. Sebagai contoh, keputusan untuk menghentikan perawatan yang memperpanjang hidup atau untuk memilih perawatan yang berfokus pada kenyamanan pasien sering kali harus diambil. Untuk menghormati otonomi pasien, tenaga medis harus memastikan bahwa pasien diberi informasi yang cukup dan jelas tentang kondisi medis mereka, pilihan perawatan yang tersedia, serta implikasi dari setiap keputusan yang diambil. Hal ini memungkinkan pasien untuk membuat keputusan yang diinformasikan yang sesuai dengan nilai-nilai dan preferensi mereka sendiri. Prinsip ini bukan hanya tentang memberi pasien hak untuk memilih, tetapi juga

memastikan bahwa mereka memiliki pemahaman yang memadai tentang kondisi mereka dan konsekuensi dari pilihan mereka.

Contoh Praktik Keperawatan Paliatif:

Seorang pasien dengan kanker stadium lanjut yang sedang menjalani kemoterapi agresif memilih untuk menghentikan pengobatan tersebut. Meskipun kemoterapi mungkin dapat memperpanjang hidupnya, pasien merasa bahwa efek samping yang ditimbulkan memperburuk kualitas hidupnya. Oleh karena itu, pasien memilih untuk beralih ke perawatan paliatif yang lebih berfokus pada pengurangan rasa sakit dan peningkatan kenyamanan. Walaupun keluarga pasien awalnya merasa ragu dan khawatir dengan keputusan tersebut, tim medis menghormati pilihan pasien dan menyediakan perawatan yang sesuai dengan keinginan pasien.

Meskipun otonomi pasien adalah prinsip yang sangat dihargai dalam keperawatan paliatif, penerapannya dalam praktek keperawatan paliatif menghadapi berbagai tantangan. Tantangan ini bisa muncul dalam konteks ketidaksadaran pasien, perbedaan pandangan antara pasien dan keluarga, atau ketika keluarga atau tim medis merasa bahwa pilihan pasien tidak sesuai dengan apa yang mereka anggap terbaik untuk pasien.

1. Komunikasi yang Efektif

Komunikasi yang jelas dan empatik adalah kunci utama dalam menghormati otonomi pasien. Banyak pasien yang berada dalam kondisi fisik atau emosional yang lemah, yang dapat mempengaruhi kemampuan mereka untuk memahami informasi atau membuat keputusan yang rasional. Oleh karena itu, tenaga medis harus berkomunikasi dengan cara yang sensitif dan transparan, memberikan informasi yang cukup mengenai kondisi pasien dan pilihan perawatan yang tersedia. Komunikasi yang efektif membantu pasien untuk membuat keputusan yang diinformasikan dan sesuai dengan nilai serta preferensi pribadi mereka. Dalam konteks keperawatan paliatif, komunikasi ini harus dilakukan dengan penuh perhatian terhadap kesejahteraan fisik dan emosional pasien.

Contoh: Seorang pasien yang didiagnosis dengan penyakit terminal perlu diberi informasi yang jelas mengenai dua pilihan utama: melanjutkan perawatan agresif yang memiliki efek samping berat atau beralih ke perawatan paliatif yang berfokus pada kenyamanan. Tenaga medis harus memberikan penjelasan tentang manfaat dan risiko dari setiap pilihan dan bagaimana perawatan paliatif dapat meredakan rasa sakit dan meningkatkan kualitas hidup pasien. Proses ini harus

dilakukan dengan penuh empati, mengingat banyak pasien yang mungkin merasa takut atau cemas.

2. Ketidaksadaran Pasien

Kadang-kadang, pasien tidak dapat membuat keputusan karena kondisi medis mereka yang membatasi kapasitas mereka untuk berpikir atau berkomunikasi secara efektif, seperti dalam kasus koma, demensia, atau gangguan mental lainnya. Dalam hal ini, keputusan mengenai perawatan harus diambil oleh keluarga atau wakil hukum yang ditunjuk sebelumnya. Namun, meskipun keputusan tersebut diambil oleh pihak lain, sangat penting untuk memastikan bahwa keputusan yang diambil sejalan dengan keinginan pasien yang telah mereka ungkapkan sebelumnya, baik melalui dokumen *advance directive* atau melalui percakapan yang pernah dilakukan di masa lalu. Tenaga medis harus memastikan bahwa keluarga pasien memahami sepenuhnya keinginan pasien dan untuk menjaga komunikasi yang jujur dan terbuka dengan mereka.

Contoh: Seorang pasien yang menderita Alzheimer dan telah menyatakan keinginannya untuk tidak menjalani resusitasi jika terjadi henti jantung. Ketika pasien tiba-tiba mengalami henti jantung, keluarga yang telah diberi informasi mengenai keputusan ini memilih untuk menghormati keinginan pasien dan memutuskan untuk tidak melanjutkan tindakan resusitasi, sesuai dengan instruksi yang tercatat dalam *advance directive*.

3. Keputusan yang Bertentangan dengan Keinginan Pasien

Terkadang, keluarga atau tim medis merasa bahwa keputusan pasien tidak sesuai dengan apa yang mereka anggap terbaik untuk pasien, terutama jika keputusan tersebut melibatkan penghentian perawatan hidup atau penolakan terhadap perawatan yang dapat memperpanjang hidup. Dalam situasi seperti ini, dilema etis muncul, karena keluarga atau tim medis mungkin merasa tertekan untuk bertindak demi "kebaikan" pasien, meskipun itu bertentangan dengan keinginan pasien yang telah dinyatakan. Keputusan-keputusan semacam ini sering melibatkan ketegangan emosional yang besar, dan tenaga medis harus dapat menjelaskan dengan sensitif tentang prinsip *beneficence* (berbuat kebaikan) dan *non-maleficence* (tidak menyakiti). Menghormati keinginan pasien dan mendukung kenyamanannya di akhir hidup mereka harus menjadi prioritas utama.

Contoh: Keluarga seorang pasien yang menderita kanker stadium lanjut merasa bahwa pasien harus melanjutkan perawatan agresif untuk memperpanjang hidupnya, meskipun pasien telah menyatakan keinginannya untuk menghentikan

perawatan tersebut. Dalam hal ini, tim medis harus memastikan bahwa keputusan yang diambil tetap menghormati keinginan pasien. Penjelasan empatik kepada keluarga mengenai pentingnya menghormati keinginan pasien, serta menjaga kenyamanan pasien, sangat diperlukan dalam mengatasi ketegangan ini.

E. Studi Kasus dalam Keperawatan Paliatif

Keperawatan paliatif sering kali melibatkan pengambilan keputusan yang sulit mengenai akhir hidup pasien. Keputusan-keputusan ini sering kali berhubungan dengan prinsip-prinsip etika yang melibatkan otonomi pasien, beneficence (berbuat kebaikan), non-maleficence (tidak menyakiti), dan keadilan. Dalam bab ini, kita akan melihat beberapa studi kasus yang menggambarkan situasi yang bisa terjadi dalam keperawatan paliatif, dengan penilaian apakah tindakan yang diambil dalam kasus tersebut benar atau salah, berdasarkan prinsip etika yang ada.

Kasus 1: Penghentian Ventilator pada Pasien yang Tidak Sadarkan Diri

Deskripsi Kasus: Seorang pasien yang dirawat di ICU dalam kondisi kritis terhubung dengan ventilator. Pasien ini sebelumnya telah membuat pernyataan dalam *advance directive* yang mengungkapkan keinginannya untuk tidak melanjutkan perawatan hidup jika kondisinya menjadi terminal dan tidak dapat disembuhkan. Pasien tersebut kini dalam keadaan tidak sadar dan tidak dapat berkomunikasi. Keluarga pasien meminta tim medis untuk menghentikan ventilator, sesuai dengan keinginan pasien yang telah dinyatakan sebelumnya.

Tindakan yang Diambil:

Tim medis memutuskan untuk menghentikan ventilator, dengan memastikan bahwa keputusan ini sesuai dengan keinginan pasien yang telah tercatat dalam *advance directive*. Sebelum tindakan diambil, tim medis memberikan penjelasan yang jelas kepada keluarga mengenai implikasi medis dari penghentian ventilator dan memastikan bahwa keluarga memahami keputusan ini.

Analisis Etika:

1. Benar: Tindakan ini benar karena sesuai dengan prinsip otonomi pasien. Pasien sebelumnya telah menyatakan keinginannya untuk tidak melanjutkan perawatan hidup jika dalam kondisi terminal, dan *advance directive* adalah cara yang sah untuk menyampaikan keputusan medis tersebut. Menghormati keputusan pasien adalah tindakan yang etis dalam keperawatan paliatif.
2. Pertimbangan Keluarga dan Tim Medis: Keluarga memiliki hak untuk diberi penjelasan yang cukup mengenai konsekuensi dari keputusan tersebut. Tim medis

harus memastikan bahwa keluarga tidak merasa tertekan dan memahami bahwa penghentian ventilator sesuai dengan keinginan pasien, bukan sebagai upaya untuk mempercepat kematian. Hal ini juga terkait dengan prinsip non-maleficence (tidak menyakiti), yang berarti tim medis harus menghindari perawatan yang tidak diinginkan atau tidak bermanfaat.

Kasus 2: Keputusan untuk Menyudahi Perawatan Intensif pada Pasien dengan Kanker Stadium Akhir

Deskripsi Kasus: Seorang pasien dengan kanker stadium akhir telah menjalani perawatan kemoterapi agresif selama beberapa bulan. Meskipun kemoterapi dapat sedikit memperpanjang hidup pasien, efek sampingnya sangat berat dan mengganggu kualitas hidupnya. Pasien memutuskan untuk menghentikan kemoterapi dan beralih ke perawatan paliatif yang lebih berfokus pada kenyamanan dan pengurangan rasa sakit. Keluarga pasien, terutama anak-anaknya, merasa ragu dan ingin melanjutkan kemoterapi meskipun pasien sudah menyatakan keinginannya untuk menghentikannya.

Tindakan yang Diambil:

Pasien diberikan informasi yang cukup mengenai berbagai pilihan yang tersedia. Tim medis memutuskan untuk menghormati keinginan pasien dan mendukungnya dalam transisi menuju perawatan paliatif. Meskipun keluarga merasa tidak setuju, tim medis memberikan penjelasan yang penuh empati mengenai prinsip keadilan dan pentingnya menghormati keputusan pasien.

Analisis Etika:

1. **Benar:** Menghormati keputusan pasien untuk menghentikan perawatan agresif adalah tindakan yang benar. Otonomi pasien adalah prinsip dasar dalam etika medis, dan pasien berhak untuk memutuskan perawatan apa yang mereka inginkan. Keputusan untuk beralih ke perawatan paliatif adalah sah, dan peran tenaga medis adalah untuk memberikan dukungan serta informasi yang tepat mengenai pilihan-pilihan tersebut.
2. **Pertimbangan Keluarga:** Keluarga yang merasa ragu harus diberi penjelasan yang jelas mengenai efek samping dari perawatan agresif dan bagaimana perawatan paliatif dapat membantu pasien mengelola rasa sakit dengan lebih baik. Menghormati keputusan pasien meskipun keluarga tidak setuju adalah bagian dari keadilan dan non-maleficence—tidak membiarkan keluarga memaksakan kehendak mereka untuk kepentingan pasien, yang justru dapat memperburuk kondisi pasien.

Kasus 3: Penghentian Pengobatan Paliatif pada Pasien yang Tidak Menginginkannya

Deskripsi Kasus: Seorang pasien yang menderita penyakit jantung stadium akhir memutuskan untuk menghentikan pengobatan paliatif yang telah diberikan selama beberapa bulan. Pasien merasa bahwa obat penghilang rasa sakit yang diberikan tidak meningkatkan kualitas hidupnya dan justru membuatnya merasa terjebak dalam ketergantungan pada obat-obatan. Tim medis merasa khawatir bahwa tanpa perawatan paliatif, pasien akan menderita rasa sakit yang lebih berat. Keluarga pasien mendukung keputusan ini, tetapi tim medis merasa bahwa keputusan tersebut mungkin akan memperburuk kondisi pasien.

Tindakan yang Diambil:

Tim medis memutuskan untuk menghormati keputusan pasien untuk menghentikan perawatan paliatif dan memberikan pilihan lain untuk pengelolaan rasa sakit yang lebih ringan, seperti perawatan yang berbasis non-obat. Mereka juga memberikan konseling kepada pasien mengenai potensi rasa sakit yang mungkin timbul dan bagaimana mengelola rasa sakit tanpa perawatan medis berat.

Analisis Etika:

1. Benar: Tindakan ini benar karena menghormati prinsip otonomi pasien. Pasien memiliki hak untuk menentukan apakah mereka ingin melanjutkan pengobatan paliatif atau tidak. Prinsip non-maleficence juga dipertimbangkan di sini—tim medis harus menghormati keputusan pasien dan menghindari perawatan yang mereka anggap tidak bermanfaat dan justru memperburuk kualitas hidup mereka.
2. Pertimbangan Beneficence: Meskipun tim medis merasa khawatir tentang potensi peningkatan rasa sakit, mereka dapat menawarkan solusi alternatif yang lebih sesuai dengan keinginan pasien, seperti pengelolaan rasa sakit yang tidak bergantung pada obat kuat. Beneficence mengharuskan tenaga medis untuk bekerja demi kebaikan pasien, dengan memberikan opsi yang sesuai dengan kebutuhan dan preferensi pasien.

F. Kesimpulan

Keperawatan paliatif berfokus pada meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal atau kondisi yang tidak dapat disembuhkan, dengan tujuan utama mengurangi penderitaan fisik, emosional, sosial, dan spiritual. Prinsip etika yang mendasari pengambilan keputusan dalam keperawatan paliatif—seperti otonomi, keadilan, beneficence, dan non-maleficence—sangat penting untuk memastikan

bahwa keputusan medis yang diambil menghormati hak pasien dan mendukung kesejahteraan mereka.

Menghormati otonomi pasien adalah prinsip utama, yang berarti memberikan pasien hak untuk membuat keputusan mengenai perawatan mereka sendiri, termasuk keputusan untuk menghentikan perawatan yang tidak lagi memberikan manfaat. Selain itu, keterlibatan keluarga dan komunikasi yang empatik dengan tim medis sangat penting dalam memastikan keputusan yang diambil sesuai dengan keinginan pasien. Keputusan akhir dalam keperawatan paliatif sering kali melibatkan dilema etis yang kompleks, namun dengan pertimbangan yang matang dan penghormatan terhadap prinsip etika, keputusan tersebut dapat membantu pasien menjalani sisa hidup mereka dengan nyaman dan bermartabat.

G. Referensi

- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (2019). *Principles of biomedical ethics* (8th ed.). Oxford University Press.
- Breitbart, W., & Poppito, S. (2014). *Palliative care: A clinical guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Gillon, R. (2015). *Medical ethics: Four principles* (7th ed.). Wiley-Blackwell.
- Higginson, I. J., & Gomes, B. (2017). *Palliative care: The evidence base*. Oxford University Press.
- Kuhse, H., & Singer, P. (2017). *Bioethics: An introduction to the ethical issues in medicine* (3rd ed.). Blackwell Publishing.
- Rachels, J., & Rachels, S. (2015). *The elements of moral philosophy* (8th ed.). McGraw-Hill Education.
- World Health Organization (WHO). (2018). *Palliative care: Key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

PROFIL PENULIS



Ulfa Nur Rohmah (Ulfa), lahir di Tanjung Enim (Sumatera Selatan), 24 Januari 1995. Penulis sering disapa Ulfa ini merupakan anak pasangan dari Slamet (Ayah) dan Mar'atul Jannah (Ibu). Penulis menempuh pendidikan di SMA Negeri 1 Unggulan Muara Enim (2009-2012). Kemudian penulis melanjutkan kuliah di Bagian Keperawatan Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya (2012-2018) dan telah menyelesaikan sekolah program Magister Keperawatan peminatan Keperawatan Medikal Bedah di Universitas Airlangga (2018-2020). Penulis memulai bekerja sebagai dosen sejak tahun 2020. Saat ini penulis bekerja dan aktif sebagai Dosen di Bagian Keperawatan Program Studi Profesi Ners Fakultas Kedokteran Universitas Sriwijaya departemen Keperawatan Medikal Bedah. Selain melakukan pengajaran, penulis juga aktif berbagai kegiatan tridharma lainnya yaitu sebagai dalam penulis buku, reviewer dan publikasi artikel penelitian di nasional maupun internasional, editor jurnal, dan seminar. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail : ulfanurrohmah@fk.unsri.ac.id



Yuliati, SKp., MM., M.Kep. Lahir di Jakarta, 01 Juli 1969, Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 pada AKPER DEPKES RI JAKARTA tahun 1989, S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Indonesia (PSIK) pada tahun 1997, lalu melanjutkan Program S2 Manajemen Sumber daya Manusia di Institute Magister Manajemen Indonesia (IMMI) pada tahun 2002. Selanjutnya menempuh program S2 bidang Keperawatan di Universitas Indonesia tahun 2015. Saat ini sedang menempuh pendidikan program DOCTOR OF PHILOSOPHY IN MEDICAL SCIENCE (S3) Di University Malaysia Sabah Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1989 di RSPP (Rumah Sakit Pusat Pertamina/ Ruang Perawatan Khusus sebagai Clinical Instruktur di Bagian ICU, ICCU, HD dan IGD). Tahun 2006 mutasi ke Bagian Manajemen mutu sebagai Kepala Standarisasi RS. Penulis juga tercatat sebagai Koordinator Audit Mutu Internal Rumah sakit sejak 2008 sampai tahun 2012. Lalu tahun 2012 Penulis mutasi ke Universitas Esa Unggul Sebagai Dosen. Penulis juga bekerja di RS Grand family Pluit Jakarta tahun 2016 – 2020). Penulis juga tercatat sebagai surveior penilai akreditasi rumah sakit di Lembaga Akreditasi Mutu – Keselamatan Pasien Rumah Sakit (LAM-KPRS). Pengalaman organisasi, saat ini aktif sebagai pengurus organisasi DPW Persatuan Perawat Nasional Indonesia yakni Anggota Bidang Diklat, Organisasi HPHI (Himpuna Perawat Holistik Indonesia) Bidang Organisasi, Organisasi Komunitas Relawan Emergensi Indonesia (KREKI) bidang kurikulum, Instruktur Pelatihan di Medikal Service & Training 119 dan penulis juga menjabat sebagai Ketua Komite Sekolah SMAN 7 Jakarta Sejak 2021 sampai Sekarang. Saat ini penulis bekerja di Universitas Esa Unggul Program Studi Keperawatan mengampu mata kuliah Paliatif, Keperawatan Komplementer , Kegawatdaruratan dan Bencana. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai Narasumber pelatihan Kegawatdaruratan, dan Bencana, Keperawatan Holistik/ Komplementer dan Manajemen Keperawatan. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yuliati@esaunggul.ac.id

PROFIL PENULIS



Sri Rusmini, S.Kep., Ners., M.Kep., MM, FISQua. Lahir di Sragen, 22 Juni 1977. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang AKPER Telogorejo Semarang lulus tahun 2002, S1 Keperawatan Universitas Muhammadiyah Semarang lulus tahun 2006, Profesi Ners Universitas Muhammadiyah Semarang lulus tahun 2018, S2 Magister Manajemen Universitas STIKUBANK Semarang lulus tahun 2008, S2 Magister Keperawatan Universitas Karya Husada (UNKAHA) Semarang lulus tahun 2022. Riwayat pekerjaan diawali pada tahun 1996 di SMC RS. Telogorejo Semarang. Saat ini penulis bekerja di Stikes Telogorejo Semarang mengampu mata kuliah Keselamatan dan Kesehatan Kerja.

Salah Satu Surveior Komisi Akreditasi Rumah Sakit (KARS), Surveior Lembaga Akreditasi Independen Semar Bhakti Nusantara (LAI SBN). Penulis aktif dalam Organisasi: Himpunan Perawat Manager Indonesia (HPMI), Perkumpulan Pengendali Infeksi Indonesia (PERDALIN), Himpunan Perawat Pencegah dan Pengendali Infeksi (HIPPII). Penulis juga aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dapat dihubungi melalui e-mail: rusminippi@gmail.com

Motto: "Living your life well", "Focus on goals, not obstacles"



Christina Yeni Kustanti, S.Kep., Ns., M.Nur., M.Pall.C., Ph.D Lahir di Yogyakarta, 29 Januari 1978. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang D3 di Akademi Keperawatan Bethesda Yakkum Yogyakarta pada 1999. S1 dan Ners pada Program Studi Ilmu Keperawatan, Universitas Gadjah Mada tahun 2003. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Charles Darwin University dan Flinders University, Australia di tahun 2010 dan 2013. Study S3 diselesaikan pada 2023 di Taipei Medical University, Taiwan. Saat ini penulis bekerja sebagai dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Bethesda Yakkum Yogyakarta

sejak tahun 2003. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu publikasi artikel, pengelola jurnal, narasumber seminar, penulis buku, serta *founder* untuk BerCa.my.id, sebuah *website* untuk dukungan *bereavement* secara virtual. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: yeni@stikesbethesda.ac.id

PROFIL PENULIS



Safa Tiara Kiani, S.Kep., Ns., M.N.Sc., M.Sc. Lahir di Palembang, 07 Februari 1997. Pendidikan tinggi yang telah ditempuh oleh penulis yaitu jenjang S1 pada Program Studi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners, Universitas Sriwijaya tahun 2014-2019. Kemudian melanjutkan pendidikan S2 pada Universitas Gadjah Mada dan Taipei Medical University dan lulus tahun pada tahun 2023. Saat ini penulis bekerja di Universitas Sriwijaya mengampu mata kuliah pada prodi Ilmu Keperawatan dan Profesi Ners. Penulis aktif dalam berbagai kegiatan Tridharma Perguruan Tinggi yaitu sebagai penulis buku, publikasi, seminar, dan pengabdian masyarakat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: safatiarakiani@fk.unsri.ac.id

Motto: "Just be Your Self"



Ns. Dini Qurrata Ayuni., SKM,M.Kep. Lahir di Pariaman, 10 Juli 1980. Penulis merupakan Dosen Pengajar Pada Program Studi keperawatan Universitas Sumatera Barat. Jejang Akademik penulis mulai ditempuh dari AKPER Baiturrahmah Padang (2002), berlanjut Ke Kesehatan Masyarakat Baiturrahmah Padang (2004), lalu penulis melanjutkan pendidikan ke S1 Keperawatan dan Profesi Ners (2012-2014). Lalu pada tahun 2014-2016, penulis melanjutkan studi program Megister Keperawatan Fakultas Ilmu Keperawatan Universitas Andalas padang.

Selain pendidikan formal, penulis juga mengenyam pendidikan Non formal seperti pelatihan AA, Pelatihan BTCLS, Pelatihan Preseptorship, Pelatihan Pembuatan Soal Uji Kompetensi, Pelatihan Asesor, Workshop penulisan karya Tulis Ilmiah dan lain sebagainya, Penulis juga aktif dalam pelaksanaan Tri Dharma Perguruan Tinggi.

Pengalaman Karir Penulis dimulai dari Perawat Pelaksana di Klinik DESTAMARA Padang (2004-2005), sebagai Dosen di STIKes Piala Sakti Pariaman (2006 – 2019) dan Pada Tahun 2020 – sekarang penulis merupakan Dosen Tetap di program Studi Keperawatan Universitas Sumatera Barat. Penulis dapat dihubungi melalui e-mail: ayunidini80@gmail.com

Motto: "Kesuksesan dimulai dari keberanian untuk mencoba."

PROFIL PENULIS



Penulis lahir di Kabanjahe, pada tanggal 02 April 1987, anak pertama dari pasangan Bapak B. Sagala dengan Ibu D.br Sitanggang. Riwayat pendidikan telah menyelesaikan pendidikan Diploma 3 Keperawatan di Program studi DIII Keperawatan Fakultas Kedokteran Universitas Sumatera Utara (USU) Pada tahun 2008. Setelah selesai dari Diploma 3 Keperawatan langsung melanjutkan studi pendidikan Sarjana Keperawatan dan Program Pendidikan Profesi Ners di Universitas Sumatera Utara (USU) tahun 2008-2010. Selanjutnya Pada tahun 2014 melanjutkan pendidikan S2 di Program Studi Magister Keperawatan - Fakultas Keperawatan Universitas Sumatera Utara (USU) dan selesai pada Tahun 2016.

Pengalaman kerja di beberapa institusi kesehatan seperti di Akademi Keperawatan Darmo Medan sebagai sebagai Pembantu Direktur I Bidang Akademik tahun 2014 - 2018 dan STIKes Murni Teguh sebagai Wakil Ketua I Bidang Akademik dan tahun 2018-2021, sebagai Wakil Ketua IV Bidang Kerja sama dan Pengembangan tahun 2021-2023. Saat STIKes Murni Teguh berubah bentuk menjadi Universitas Murni Teguh sebagai Ka. Biro Kerja Sama tahun 2023- sekarang. Penulis memiliki kepakaran dibidang Asuhan Keperawatan Medikal Bedah. Dan untuk mewujudkan karir sebagai dosen profesional, penulis pun aktif sebagai peneliti dan menulis buku di bidang keperawatan medical bedah. Beberapa penelitian yang telah dilakukan didanai oleh Kemenristek DIKTI.

Email Penulis: lammurnisagala@gmail.com,

Motto: "Living your life well"

Sinopsis

Keperawatan paliatif memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien kanker, terutama pada tahap akhir penyakit. Buku "**Bunga Rampai Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker**" menyajikan kumpulan wawasan, pengetahuan, dan pengalaman dari berbagai praktisi keperawatan yang berfokus pada aspek holistik perawatan pasien kanker, yang tidak hanya mencakup penanganan gejala fisik, tetapi juga kebutuhan emosional, psikologis, dan spiritual pasien.

Dalam buku ini, pembaca akan diajak untuk memahami prinsip dasar keperawatan paliatif serta teknik-teknik yang diterapkan dalam mendampingi pasien kanker sepanjang perjalanan hidup mereka, mulai dari diagnosis hingga perawatan di akhir hayat. Setiap bab mengupas topik penting yang relevan, seperti manajemen rasa sakit, dukungan psikososial bagi pasien dan keluarga, serta komunikasi yang penuh empati antara tenaga kesehatan dan pasien. Selain itu, buku ini juga menyoroti pentingnya kolaborasi antar tim medis dan profesi lainnya dalam memberikan perawatan yang komprehensif.

Sebagai bunga rampai, buku ini menawarkan beragam perspektif dari berbagai penulis yang memiliki keahlian dan pengalaman di bidang keperawatan paliatif, memberikan gambaran mendalam tentang tantangan, keberhasilan, serta inovasi dalam praktik sehari-hari. Buku ini tidak hanya berguna bagi perawat, tetapi juga untuk dokter, ahli gizi, psikolog, dan tenaga medis lainnya yang terlibat dalam perawatan pasien kanker.

"Bunga Rampai Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker" merupakan panduan yang menginspirasi bagi para tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih manusiawi, penuh kasih, dan berfokus pada kesejahteraan total pasien kanker. Dengan pendekatan yang berbasis empati dan profesionalisme, buku ini berharap dapat menjadi sumber daya penting untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif di seluruh dunia.

Keperawatan paliatif memiliki peran yang sangat penting dalam meningkatkan kualitas hidup pasien kanker, terutama pada tahap akhir penyakit. Buku "Bunga Rampai Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker" menyajikan kumpulan wawasan, pengetahuan, dan pengalaman dari berbagai praktisi keperawatan yang berfokus pada aspek holistik perawatan pasien kanker, yang tidak hanya mencakup penanganan gejala fisik, tetapi juga kebutuhan emosional, psikologis, dan spiritual pasien.

Dalam buku ini, pembaca akan diajak untuk memahami prinsip dasar keperawatan paliatif serta teknik-teknik yang diterapkan dalam mendampingi pasien kanker sepanjang perjalanan hidup mereka, mulai dari diagnosis hingga perawatan di akhir hayat. Setiap bab mengupas topik penting yang relevan, seperti manajemen rasa sakit, dukungan psikososial bagi pasien dan keluarga, serta komunikasi yang penuh empati antara tenaga kesehatan dan pasien. Selain itu, buku ini juga menyoroti pentingnya kolaborasi antar tim medis dan profesi lainnya dalam memberikan perawatan yang komprehensif.

Sebagai bunga rampai, buku ini menawarkan beragam perspektif dari berbagai penulis yang memiliki keahlian dan pengalaman di bidang keperawatan paliatif, memberikan gambaran mendalam tentang tantangan, keberhasilan, serta inovasi dalam praktik sehari-hari. Buku ini tidak hanya berguna bagi perawat, tetapi juga untuk dokter, ahli gizi, psikolog, dan tenaga medis lainnya yang terlibat dalam perawatan pasien kanker.

"Bunga Rampai Keperawatan Paliatif pada Pasien Kanker" merupakan panduan yang menginspirasi bagi para tenaga kesehatan untuk memberikan perawatan yang lebih manusiawi, penuh kasih, dan berfokus pada kesejahteraan total pasien kanker. Dengan pendekatan yang berbasis empati dan profesionalisme, buku ini berharap dapat menjadi sumber daya penting untuk meningkatkan kualitas perawatan paliatif di seluruh dunia.

Penerbit:

PT Nuansa Fajar Cemerlang

Grand Slipi Tower Lt. 5 Unit F

Jalan S. Parman Kav. 22-24

Kel. Palmerah, Kec. Palmerah

Jakarta Barat, DKI Jakarta, Indonesia, 11480

Telp: (021) 29866919

ISBN 978-634-7139-86-3



9

786347

139863