

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang meningkatkan kualitas hidup pasien (orang dewasa dan anak-anak) dan keluarga yang menghadapi masalah yang terkait dengan penyakit yang mengancam jiwa. Perawatan paliatif merupakan pencegahan dan penanggulangan dari penderitaan fisik, psikologi, sosial maupun spiritual yang dialami oleh orang dewasa atau anak-anak yang mengalami *life limiting illness*. Hal ini dapat menjadi promosi mengenai martabat, kualitas hidup dan penyesuaian terhadap penyakit progresif (WHO, 2016).

Perawatan paliatif yang didefinisikan oleh *the National Consensus Project for Quality Palliative Care* (2013) merupakan tujuan akhir dari perawatan paliatif yaitu mencegah dan mengurangi penderitaan serta memberikan bantuan untuk memperoleh kualitas kehidupan terbaik bagi pasien dan keluarga mereka tanpa memperhatikan stadium penyakit atau kebutuhan terapi lainnya. Perawatan paliatif merupakan gabungan dari sebuah filosofi perawatan dan pengorganisasian sistem yang sangat terstruktur dalam memberikan pelayanan. Perawatan paliatif memperluas model pengobatan penyakit tradisional kedalam tujuan peningkatan kualitas hidup pasien dan keluarga, mengoptimalkan fungsi, membantu membuat keputusan, dan menyiapkan kesempatan pengembangan pribadi. Dengan demikian, perawatan paliatif dapat diberikan bersamaan dengan perawatan yang

memperpanjang atau mempertahankan kehidupan atau sebagai fokus pelayanan (Campbell, 2013).

Pelayanan paliatif diberikan secara tim multidisiplin yang bekerjasama untuk memberikan pelayanan personal pada pasien paliatif. Tim paliatif ini terdiri dari dokter, perawat, psikolog, ahli gizi, apoteker, pekerja sosial dan pemberi pelayanan spiritual. Pendekatan dengan cara tim multidisiplin ini memungkinkan tim perawatan paliatif untuk mengatasi masalah fisik, emosional, spiritual, dan sosial yang ditimbulkan oleh penyakit LLI (Effendy, 2014).

Perawatan paliatif yang efektif membutuhkan pengkajian yang akurat untuk memenuhi kebutuhan personal pasien seperti kebutuhan emosional, fisik dan perencanaan yang tepat. Kebutuhan pasien LLI memerlukan pertimbangan dengan beberapa faktor seperti sifat dan tingkat kebutuhan, kesehatan dan dukungan pasien tersebut, kekuatan dan sumber individu misalnya, dukungan sosial dan keterampilan mengatasi masalah (*Palliative Care Curriculum for Undergraduates* (PPC4U), 2016). Perawatan paliatif ini berpusat pada pasien dan diberikan oleh multi profesional yang bekerjasama dengan pasien dan keluarganya (Effendy, 2014).

B. Spiritualitas

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 (Campbell, 2013). 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 (Gustavita S, 2015).

Spiritualitas juga diartikan sebagai pemahaman dari jawaban untuk tujuan akhir hidup yang dicari oleh seseorang dan berkaitan dengan makna, hubungan suci atau tersenden yang memimpin dan berkembang dari ritual keagamaan atau bentukan dari komunitas (King & Koenig; Yusuf, *et al*, 2016). Sahl bin Abdullah rahimahullah berkata,

“Seorang mukmin adalah orang yang senantiasa merasa diawasi Allah, mengevaluasi dirinya, dan membekali diri untuk menyambut akhiratnya”.(at-Taḥzīb al-Mawḍū‘ī li Ḥilyat al-Auliyyā’).

Spiritualitas berfungsi sebagai perspektif pendorong yang menyatukan berbagai aspek individual yang mewakili totalitas keberadaan seseorang (Yusuf, Nihayati, Iswari, & Okviasanti, 2016).

Totalitas spiritualitas seseorang menurut Yusuf *et al* (2016) akan tampak dalam domain berikut:

1. *Mystery* merupakan suatu hal yang dipahami dan menjelaskan tentang kejadian yang akan terjadi setelah kehidupan ini. Nilai spiritualitas dalam hal ini muncul dari kepercayaan akan penilaian kualitas perilaku dalam kehidupan untuk kehidupan akhirat. Pemahaman dimana kehidupan didunia hanya sementara dan kehidupan akhirat akan kekal selamanya.

2. *Love* atau cinta merupakan bahan bakar dari nilai spiritual yang menjadi sumber dari segala kehidupan. Cinta termasuk dalam dimensi cinta diri sendiri, cinta untuk orang lain, cinta kepada Rosulullah dengan kehidupan rohaniah dan cinta kepada seluruh aspek kehidupan.
3. *Suffering* atau penderitaan terjadi karena berbagai masalah seperti masalah fisik, mental, emosional dan spiritual.
4. *Hope* merupakan energi spirit untuk mengantisipasi hal yang akan terjadi kemudian dan bagaimana cara agar menjadi lebih baik. Ini merupakan makna dari spiritualitas dan harapan yang positif, *spiritual well-being*, nilai keagamaan dan perasaan positif lainnya.
5. *Forgiveness* atau sikap memaafkan adalah kebutuhan yang mendalam dan hal yang sangat diharapkan untuk dilaksanakan oleh seseorang. Hal ini memerlukan keyakinan yang besar bahwa Tuhan Maha Pemaaf.
6. *Peace and Peacemaking* merupakan cita-cita hidup yang tidak dapat dipisahkan dari keadilan yang melekat pada diri seseorang dan merupakan pencapaian spiritualitas yang besar.
7. *Grace* berkaitan dengan rasa bersyukur atau berterimakasih terhadap kenikmatan dan segala yang telah diberikan oleh Tuhan. Hal ini merupakan indikator dari keimanan dan pengakuan atas kebesaran Tuhan.
8. *Prayer* merupakan bentuk usaha dan permohonan kepada Tuhan untuk memberikan kebaikan, keberkahan, jalan keluar dari kesulitan dan lain-lain. Berdoa adalah insting manusia yang terdalam dan bentuk dari ekspresi

spiritualitas manusia serta kepercayaan yang tinggi terhadap Tuhan Yang Maha Mengatur semua kehidupan.

Agama dalam spiritualitas dipahami sebagai kepercayaan yang terorganisasi, tersusun, atau acuan kepercayaan dan praktik ibadah yang menjadi karakteristik spiritual seseorang. Pasien biasanya memiliki definisi sendiri, baik mengenai spiritualitas maupun agama (Campbell, 2013).

Keagamaan dalam praktik beribadahnya merupakan kebutuhan spiritual bagi setiap seseorang. Seperti dalam firman Allah Subhanahu wa Ta'ala dalam Al Qur'an surat Adza Dzariyat: 56, yang artinya:

“Dan Aku tidak menciptakan jin dan manusia melainkan supaya mereka beribadah kepada-Ku”.

Setiap individu memiliki kebutuhan spiritual yang berbeda, meskipun mereka tidak melakukan doa pribadi, maupun ritual keagamaan, karena kebutuhan spiritual adalah kebutuhan tentang makna dan tujuan, cinta dan ikatan, serta pengampunan. Kebutuhan spiritual dan psikososial sering dianggap sebagai hal yang abstrak, kompleks dan lebih sulit untuk diukur, sehingga kurang menjadi hal yang prioritas dibandingkan kebutuhan fisik (Stanley & Beare, 2007).

Jacobi dan Marx (2011) mengatakan bahwa pasien LLI sering mengandalkan spiritualitas atau religiusitas dalam hal sikap kognitif atau keyakinan, dan komitmen atau praktik formal yang konsekuensial. Hal ini berkaitan dengan ketidakberdayaan pasien atas rasa sakit. Murray dalam Nuraeni *et al* (2015)

mengatakan pada pasien LLI yang dalam kondisi terminal menganggap kebutuhan spiritual sangat berharga.

Balboni *et al* (2013) menyebutkan bahwa pentingnya kebutuhan spiritual untuk pasien dengan LLI. Kebutuhan spiritual yang terpenuhi pada pasien LLI akan meningkatkan kualitas hidupnya. Kebutuhan spiritual tidak hanya dipenuhi dari perawat, namun dapat dipenuhi oleh keluarga, tokoh keagamaan maupun kelompok agama. Dukungan spiritual dari kelompok agama dapat meningkatkan kualitas hidup pasien sebesar (43%) (Balboni, *et al*, 2013).

C. Alat Penilaian Spiritualitas

Penilaian spiritualitas dalam perawatan paliatif merupakan suatu isu sentral dalam banyak kebudayaan. Dalam hal ini, pasien LLI yang menderita secara rohani telah menunjukkan bahwa penderitaan mereka telah diperparah dengan adanya gejala fisik dan emosional mereka. Menilai kebutuhan rohani dan sumber daya serta perawatan spiritual sangat dibutuhkan untuk merawat pasien dengan penyakit LLI (Benito, *et al.*, 2014).

Beberapa instrument penilaian spiritual telah dikembangkan dan digunakan secara luas dalam beberapa tahun terakhir, seperti *Palliative Care Outcome Scale*, *the Ironson Woods Spirituality/Religiousness Index Short Form*, *the World Health Organization's Quality of Life Measure Spiritual Religious and Personal Beliefs*, dan *the Spiritual Needs Assesment for Patients* , *the Functional Assessment of Chronic Illness, Therapy-Spiritual Well Being* (FACIT-Sp) (Benito, *et al.*, 2014).

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy (FACIT) merupakan sebuah skala yang digunakan untuk mengukur spiritual pasien penyakit kronis. FACIT mulai berkembang sejak tahun 1990-an untuk memenuhi pengukuran kebutuhan kesejahteraan spiritual pasien yang tidak membatasi tradisi keagamaan atau spiritual tertentu (Bredle, *et al*, 2011).

Bredle *et al* (2011) mengatakan bahwa penilaian spiritual FACIT, memiliki empat komponen atau subskala besar yaitu kesejahteraan fisik, kesejahteraan sosial atau kesejahteraan keluarga, kesejahteraan emosional dan kesejahteraan fungsional. FACIT Sp-12 merupakan sub yang terdiri dari 12 item dan tiga sub-domain. Menurut Monod *et al* dalam Martoni *et al* (2017) tiga sub-domain tersebut terdiri dari *Peace* (Perdamaian), *Meaning* (Arti), dan *Faith* (Keyakinan). *Peace* (Perdamaian) secara singkat disebutkan sebagai langkah-langkah didalam dimensi afektif seseorang sebagai rasa harmoni dan kedamaian, *Meaning* (Arti) merupakan langkah yang berkaitan dengan dimensi kognitif seseorang sebagai rasa makna dalam kehidupan seseorang, *Faith* (Keyakinan) merupakan kekuatan dan kepercayaan yang berasal dari iman seseorang.

Bussing *et al* (2014) mendefinisikan bahwa *Peace* memiliki makna seseorang yang merasa damai lepas dari kesulitan, merasa nyaman dan harmonis dengan apa yang ada didalam dirinya sendiri. *Meaning* yaitu seseorang yang memiliki alasan untuk hidup, tujuan hidup. *Faith* merupakan kekuatan atau keyakinan (iman) yang dapat memperkuat spiritualitas, seseorang yang sakit dan memiliki keyakinan akan merasa baik.

Hal ini dapat membantu memfasilitasi dan ekplorasi secara mendalam tentang komponen yang dapat membentuk kesejahteraan spiritual seperti kedamaian, makna dan iman. Subskala kesejahteraan spiritual yang terdiri dari 12 item itu disebut sebagai FACIT Sp-12 (Bredle, *et al*, 2011). Total skor dalam penilaian ini yaitu 0 sampai 48, dengan skor yang lebih tinggi menunjukkan tingkat spiritualitas yang lebih tinggi (Martoni, *et al*, 2017). FACIT-Sp-12 juga telah diadaptasi untuk digunakan oleh populasi umum dan terdapat pula berbagai versi lain (Bredle, *et al*, 2011).

D. Peran Perawat

Undang – Undang Keperawatan Nomor 38 Tahun (2014) mendefinisikan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi pada bidang keperawatan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang mana telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan di Indonesia. Sedangkan, keperawatan merupakan kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga dan masyarakat dalam keadaan sakit atau sehat. Peran dan fungsi perawat dalam pemberian asuhan keperawatan paliatif yaitu sebagai pendidik kesehatan, koordinator, *caregiver*, konsultan, kolaborator, fasilitator, manajer kasus, advokasi, modifikasi lingkungan dan peneliti.

Menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (Kemenkes RI) (2012) peran perawat sebagai pendidik kesehatan, perlu memberikan pendidikan kesehatan kepada pasien dan keluarga agar keluarga dapat melakukan program asuhan secara mandiri dan bertanggung jawab terhadap masalah kesehatan

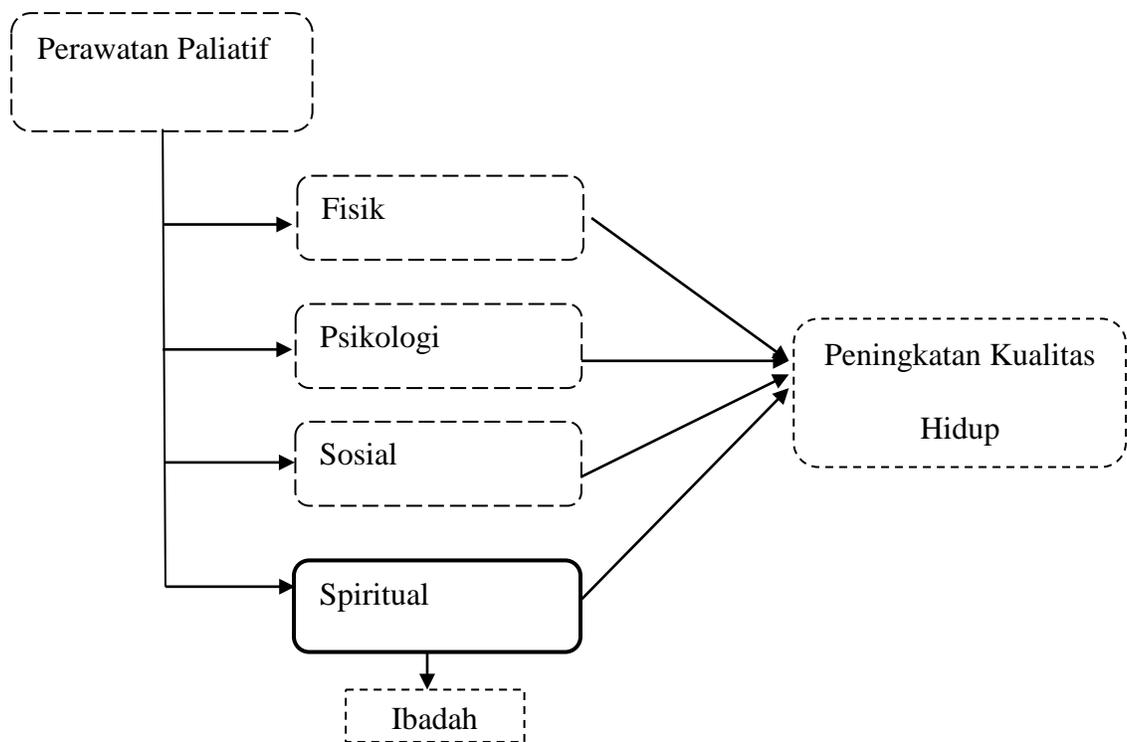
keluarga. Sebagai koordinator diperlukan koordinasi pada perawatan berkelanjutan agar pelayanan yang komprehensif dapat tercapai dan koordinasi juga sangat diperlukan dalam asuhan keperawatan paliatif. Sebagai konsultan perawat sebagai narasumber dan mengatasi masalah kesehatan. Sebagai kolaborator dalam keperawatan paliatif, perawat harus dapat bekerja sama dengan tim paliatif lainnya.

Fasilitator dalam keperawatan paliatif, perawat harus dapat memfasilitasi pemenuhan kebutuhan dasar pasien dalam rangka meningkatkan kualitas hidup pasien. Sebagai manajer kasus, perawat dapat bertindak melakukan pengkajian kebutuhan pasien, merencanakan, dan melakukan koordinasi pelaksanaan pelayanan dalam tim paliatif lain serta melakukan pemantauan pelayanan pada pasien. Sebagai advokasi, perawat harus melindungi atau membela hak pasien dan keluarga didalam menjalani asuhan keperawatan dan mendapatkan pelayanan dari berbagai disiplin ilmu terkait pelayanan paliatif (Kemenkes RI, 2012).

Perawat paliatif juga harus dapat memodifikasi lingkungan (menggunakan alat yang tersedia seoptimal mungkin) dalam memberikan asuhan keperawatan paliatif. Perawat paliatif sebagai peneliti juga harus dapat mengidentifikasi masalah-masalah yang dapat diteliti (mengumpulkan data sebagai bahan penelitian keperawatan). Sebagai *caregiver* perawat memberikan asuhan keperawatan pasien dan melaksanakan tindakan keperawatan secara langsung kepada pasien dan keluarga (Kemenkes RI, 2012).

Perawatan paliatif meliputi biopsiko-spiritual, dalam hal ini sebagian besar perawat berperan dalam pemenuhan bio saja. Namun, pada praktiknya spiritual merupakan hal yang penting dan tercantum dalam buku *Nursing Diagnoses Definitions and Classification* (NANDA) dengan permasalahan *distress spirituality* dan *impaired religiosity*. Peran perawat sebagai *caregiver* sesuai dengan buku *Nursing Interventions Classifications* (NIC) yaitu mendorong pengikutsertaan pasien dalam ketaatan beribadah dan membantu pasien dalam melaksanakan ibadah.

E. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep

Keterangan:

 = Diteliti

 = Tidak diteliti