

## **BAB II**

### **TINJAUAN PUSTAKA**

#### **A. Perawatan Paliatif**

Perawatan paliatif adalah suatu tindakan yang tidak hanya bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien melainkan juga keluarga yang sedang menghadapi penyakit yang mengancam jiwa, dengan cara melakukan pencegahan dan menghentikan penderitaan melalui pengkajian, penanganan rasa sakit dan masalah lainnya baik secara fisik, psikososial dan spritual (*Australian Capital Territory Government Health, 2013*). Perawatan paliatif adalah pendekatan multidisiplin dalam ilmu kesehatan dalam menangani masalah yang dihadapi pasien dimana melibatkan beberapa profesi kesehatan seperti keperawatan, pekerja sosial, dokter dan psikologis serta difokuskan pada pasien dan keluarga sebagai unit perawatan sejak pasien terdiagnosa sampai pasien meninggal dunia (Ramchandran & Roenn, 2013).

Perawatan paliatif terdiri atas tiga bagian yaitu perawatan primer, sekunder dan tersier (Ramchandran & Roenn, 2013). Perawatan primer adalah perawatan yang diberikan oleh tim utama yang terdiri dari ahli onkologi primer dan timnya, perawatan yang diberikan berupa pemberian modifikasi penyakit dengan tujuan memperbaiki gejala, kelangsungan hidup dan kualitas hidup pasien maupun keluarga baik secara psikis, psikososial dan spiritual. Perawatan paliatif sekunder adalah perawatan yang diberikan oleh tim spesialis, tim-tim ini biasanya multidisiplin dan termaksud para

professional yang terlatih dibidangnya serta kebanyakan pasien yang dirujuk ditim spesialis ini yaitu pasien yang memiliki kebutuhan paliatif lebih kompleks dibanding perawatan paliatif primer, misalnya kesulitan dalam mengendalikan rasa sakit dan pemenuhan kebutuhan psikososial yang tidak bisa diselesaikan oleh tim perawatan paliatif primer. Perawatan paliatif tersier adalah perawatan paliatif yang tidak merujuk kepada perawatan pasien secara langsung melainkan berfokus pada pendidikan, pengajaran dan penelitian dalam bidang paliatif (Ramchandran & Roenn, 2013).

Prinsip pelayanan perawatan paliatif terdiri dari beberapa bagian yaitu menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain yang dirasakan oleh pasien, menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal yang akan dialami semua orang, tidak bertujuan untuk memperlambat atau mempercepat kematian pasien, serta mengkolaborasikan antara aspek psikologis, sosial dan spiritual untuk kehidupan pasien yang lebih baik (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Perawatan paliatif sangat penting dilakukan kerana perawatan ini dapat meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit *life limiting illness* khususnya pada penderita penyakit terminal seperti penyakit kardiovaskular, kanker, PPOK, HIV/AIDS, diabetes, gagal ginjal, penyakit hati kronis, demensia dan tuberkulosis dengan cara melakukan pencegahan, deteksi dini, serta mengatasi gejala dan masalah psikososial (Aziz, Witjaksono & Rasjidi, 2008; WHO, 2017).

Perawatan paliatif dengan pasien *life limiting illness* dilakukan oleh berbagai macam profesi untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan *family caregiver* diantaranya yaitu dokter, perawat, pekerja sosial dan psikolog, konselor spiritual, relawan dan apoteker (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Dokter dan perawat memegang peran terpenting dalam memberikan pelayanan kesehatan untuk meningkatkan kualitas hidup baik bagi pasien maupun *family caregiver*. Dokter memegang peran penting dalam pelayanan paliatif interdisipliner karena dokter yang berperan dalam perawatan paliatif memiliki beberapa keterampilan, seperti kompeten dalam bidang kedokteran umum, kompeten dalam bidang pengendalian rasa sakit dan gejala-gejala lain, dan juga harus akrab dengan prinsip-prinsip pelayanan penyakit pada pasien.

Perawat memegang peran penting dalam perawatan paliatif karena perawat merupakan anggota tim yang biasanya memiliki kontak terlama langsung dengan pasien sehingga memiliki kesempatan yang lebih banyak untuk mengetahui pasien dan keluarga. Selain itu perawat juga melakukan pengkajian dan penilaian secara mendalam terhadap kondisi pasien dan keluarga khususnya *family caregiver* untuk membantu mengatasi masalah-masalah yang muncul akibat komplikasi dari kemajuan penyakit, sehingga dapat mengurangi beban yang diderita oleh *family caregiver* dalam memberikan perawatan kepada anggota keluarga dengan *life limiting illness* (Kementrian Kesehatan RI, 2013).

Selain berfokus pada pasien, perawatan paliatif juga diberikan kepada keluarga khususnya *family caregiver*. Perawatan paliatif sangat penting diberikan kepada *family caregiver* karena kesehatan pasien juga tergantung dari kesehatan pengasuhnya. Hal ini dikarenakan *family caregiver* merupakan pemberi perawatan utama (sebesar 80%) pada pasien dirumah, sehingga jika *family caregiver* mengalami gangguan fisik, psikis maupun sosial akan berpengaruh terhadap perawatan yang diberikannya dan akan berdampak pada penurunan kualitas hidup pada pasien. Selain itu juga perawatan paliatif diberikan kepada *family caregiver* untuk mengurangi beban ganda yang sedang dihadapi sehingga dapat menekan terjadinya stres, kelelahan, depresi bahkan resiko kematian pada *family caregiver* (Goldsmith & Ragan, 2017).

Terdapat tiga jenis intervensi yang diberikan kepada *family caregiver* dalam perawatan paliatif yaitu pemberian intervensi *psychoeducational*, pelatihan keterampilan, pemberian konseling dan terapi. Intervensi umumnya diberikan secara bersamaan saat melakukan perawatan kepada pasien, hal ini sangat bermanfaat dalam mengurangi beban pada *family caregiver*, meningkatkan kemampuan *family caregiver* dalam mengatasi masalah yang dihadapinya, meningkatkan kesehatan serta meningkatkan kualitas hidup *family caregiver* (Ferrell & Wittenberg, 2017).

Berdasarkan keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor: 812/Menkes/SK/VII/2007 bahwa tempat untuk melakukan perawatan paliatif terdiri atas empat bagian yaitu rumah sakit, puskesmas, rumah singgah dan rumah pasien. Rumah sakit diperuntukkan bagi pasien yang membutuhkan

perawatan secara maksimal serta tindakan khusus dan pengawasan secara terus-menerus. Puskesmas diperuntukkan bagi pasien yang membutuhkan pelayanan rawat jalan. Rumah singgah diperuntukkan untuk pasien yang tidak membutuhkan perawatan khusus tetapi belum bisa dilakukan perawatan rumah karena masih membutuhkan pengawasan dari tenaga kesehatan. Rumah pasien dikhususkan untuk pasien yang tidak lagi membutuhkan perawatan khusus, tindakan khusus, maupun pengawasan yang ketat dari tenaga kesehatan.

#### **B. Stres Pada *Family Caregiver Life Limiting Illness***

Stres adalah suatu kondisi berupa ketegangan yang dapat mempengaruhi emosi, proses berfikir dan kondisi seseorang sehingga menghasilkan perilaku yang tidak diinginkan seperti penolakan terhadap sesuatu, ketegangan atau frustrasi yang dapat mengacaukan keseimbangan fisiologis dan psikologis pada diri (Latifah & Kurniawaty, 2015). Stres adalah reaksi non-spesifik manusia terhadap tekanan yang berasal baik dari dalam maupun luar tubuh yang disebabkan oleh beberapa faktor seperti pendidikan dan kemampuan adaptasi seseorang terhadap lingkungannya, sehingga stres yang dirasakan semua orang selalu tidak sama (Hartono, 2007). Sedangkan menurut (Boss, Bryant & Mancini, 2017), stres pada keluarga adalah gangguan yang terjadi dalam sistem keluarga yang disebabkan karenan adanya faktor eksternal seperti (peperangan, pengangguran, bencana alam) dan faktor internal seperti (kematian, penyakit, perceraian) maupun keduanya.

Faktor penyebab terjadinya stres pada *family caregiver* terdiri atas dua bagian yaitu faktor internal dan eksternal. Faktor internal yaitu faktor yang berasal dari dalam individu misalnya (gangguan fisik, biologis dan psikologis), sedangkan faktor eksternal adalah faktor yang berasal dari luar individu seperti (pengaruh kimia, mikroba, lingkungan, ekonomi, sosial budaya, perkembangan dan peristiwa situasional (Freidman, Bowden & Jones, 2010; Guzman & Teh, 2016; Papathanasiou et al, 2015; Sudarya, Bagia & Suwendra, 2014).

Salah satu faktor internal dan eksternal yang melatarbelakangi terjadinya stres pada *family caregiver* dengan *life limiting illness* yaitu masalah psikologis dan peristiwa situasional. Masalah psikologis adalah masalah yang bersumber dari kejadian-kejadian nyata yang dialami oleh keluarga, kejadian fantasi atau kejadian tidak terduga seperti sakit, kematian, perpisahan, perceraian, kegagalan, perasaan takut, adanya konflik internal, ancaman terhadap harga diri maupun citra tubuh, perasaan tidak berdaya dan tidak berharga yang dapat menyebabkan terjadinya stres jika tidak ditangani dengan baik (Papathanasiou et al, 2015). Peristiwa situasional adalah suatu kejadian yang tidak diharapkan atau diinginkan kemunculannya dalam keluarga seperti kematian anggota keluarga atau penyakit serius yang diderita anggota keluarga dalam jangka waktu yang sangat lama (Freidman et al, 2010).

Adapun tanda dan gejala stres pada *family caregiver* yaitu terdiri atas gejala emosional, gejala depresi, dan gejala pada fisik. Gejala emosional yang sering dialami oleh *family caregiver* adalah merasa takut, adanya

ketidakberdayaan, distres, putus asa, penolakan, cepat marah, kurangnya konsentrasi karena selalu merasa cemas, berduka, kebencian dan depresi. Gejala depresi yang dialami berupa selalu merasa putus asa dan tidak berharga, merasa bersalah, marah atau frustrasi, kehilangan minat dalam kegiatan sehari-hari, insomnia berlebihan dan perubahan pada nafsu makan. Gejala fisik yang dialami berupa nyeri pada tubuh, gangguan tidur, sakit kepala, ketegangan pada otot, nyeri pada dada, perubahan pada pola seksual, dan terjadi peningkatan resiko cedera pada diri sendiri (Newell et al, 2012).

Salah satu cara mencegah munculnya tanda dan gejala stres pada *family caregiver* yaitu dengan strategi koping. Strategi koping keluarga terdiri atas dua bagian yaitu strategi koping internal (strategi hubungan, strategi kognitif, dan strategi komunikasi) dan strategi koping eksternal (strategi komunitas, dukungan sosial dan dukungan spiritual). Strategi koping jika diterapkan dengan baik dan efektif maka akan menimbulkan respon koping yang adaptif (fungsional), dimana fungsional koping dapat merespon stres yang dihadapi dengan cara positif dan konstruktif. Salah satu manfaat dari fungsional koping adalah menjadi lebih terbiasa dalam menghadapi stres jika terjadi kembali, sehingga dapat mencegah terjadinya stres pada keluarga dengan *life limiting illness* yang berkepanjangan (Freidman, Bowden & Jones, 2010 ; Hudson, 2016).

Ada beberapa intervensi yang dapat diberikan kepada *family caregiver* untuk mengurangi tanda gejala gangguan fisik dan mental akibat stres yang dialami seperti (*support group, respite care programs, individual and family*

*psychotherapy*) (Agronin & Maletta, 2006). *Support group* adalah jenis intervensi yang sering diberikan oleh institusi kesehatan pada *family caregiver* dengan anggota keluarga *life limiting illness*, dalam intervensi ini *family caregiver* dibagi dalam kelompok-kelompok kecil dengan tujuan agar *family caregiver* bisa mengekspresikan emosional dan stres yang sedang dialami serta bertukar informasi dengan *family caregiver* lainnya. *Respite care programs* adalah intervensi yang diberikan berupa pengistirahatan sementara *family caregiver* untuk memberikan pengasuhan, hal ini berfungsi untuk mengurangi stres dan depresi yang dialami serta dapat meningkatkan kesejahteraan hidup *family caregiver*. *Family psychotherapy* adalah intervensi diberikan dengan tujuan untuk menurunkan gejala depresi, memperbaiki pola kesehatan dan meningkatkan pola interaksi yang lebih adaptif (Agronin & Maletta, 2006).

### **C. Alat Penilaian Stres pada *Family Caregiver***

Penggunaan instrument untuk mengukur tingkat stres pada *family caregiver* memungkinkan untuk mengidentifikasi adanya dampak yang diperoleh *family caregiver* saat melakukan perawatan terhadap anggota keluarga. Adapun dampak yang sering dirasakan oleh *family caregiver* seperti kelelahan, tingkat kesehatan memburuk, menderita penyakit tertentu, isolasi sosial, depresi, kecemasan, yang dibuktikan dengan rendahnya tingkat perawatan diri pada *family caregiver* (Monteiro, Mazin & Dantas, 2015).

Satu dekade terakhir terdapat peningkatan yang sangat signifikan terhadap penilaian stres pada *family caregiver*, khususnya pada *family*



*caregiver* yang memberikan perawatan pada pasien dengan *End of Life*. *Network of Excellence in Seniors Health and Wellness* (2016), menyebutkan terdapat 10 instrumen penilaian stres yang dapat digunakan untuk menilai tingkat stres pada *caregiver* seperti *Caregiver Burden Inventory*, *Caregiver Reaction Assessment*, *Caregiver Risk Screen*, *Caregiver Self-Assessment Questionnaire*, *Caregiver's Burden Scale in End-of-Life Care*, *Carer Support Needs Assessment Tool*, *Cost of Care Index*, *Modified Caregiver Strain Index*, *Screen for Caregiver Burden*, *Social Support Questionnaire*.

Penelitian ini menggunakan *Caregiver Self Assessment Questionnaire* (CSAQ) yang diterbitkan oleh *American Medical Association*. *Caregiver Self Assessment Questionnaire* adalah instrumen penilaian stres yang pertama kali diterbitkan tahun 1992, pengkajian dalam instrumen ini meliputi pengkajian tingkat stres pada *family caregiver*, kesehatan *family caregiver*, sosialisasi, kualitas tidur dan ketegangan *family caregiver*. Dimana sub-sub yang dikaji merupakan satu kesatuan yang saling mempengaruhi satu sama lain, sehingga jika terjadi stres maka akan terjadi keabnormalan pada semua sub-sub pengkajian. Selain itu *Caregiver Self Assessment Questionnaire* adalah instrumen yang sangat mudah digunakan serta valid dan reliabel untuk mengetahui gejala stres dan depresi pada *family caregiver* ( *Network of Excellence in Seniors Health and Wellness*, 2016).

Cara penilaian pada CSAQ yaitu membalik jawaban dari pertanyaan nomor 5 dan 15 (misal jika menjawab “ya” maka diganti “tidak” begitupula sebaliknya), jika menjawab “ya” pada salah satu atau kedua pertanyaan nomor

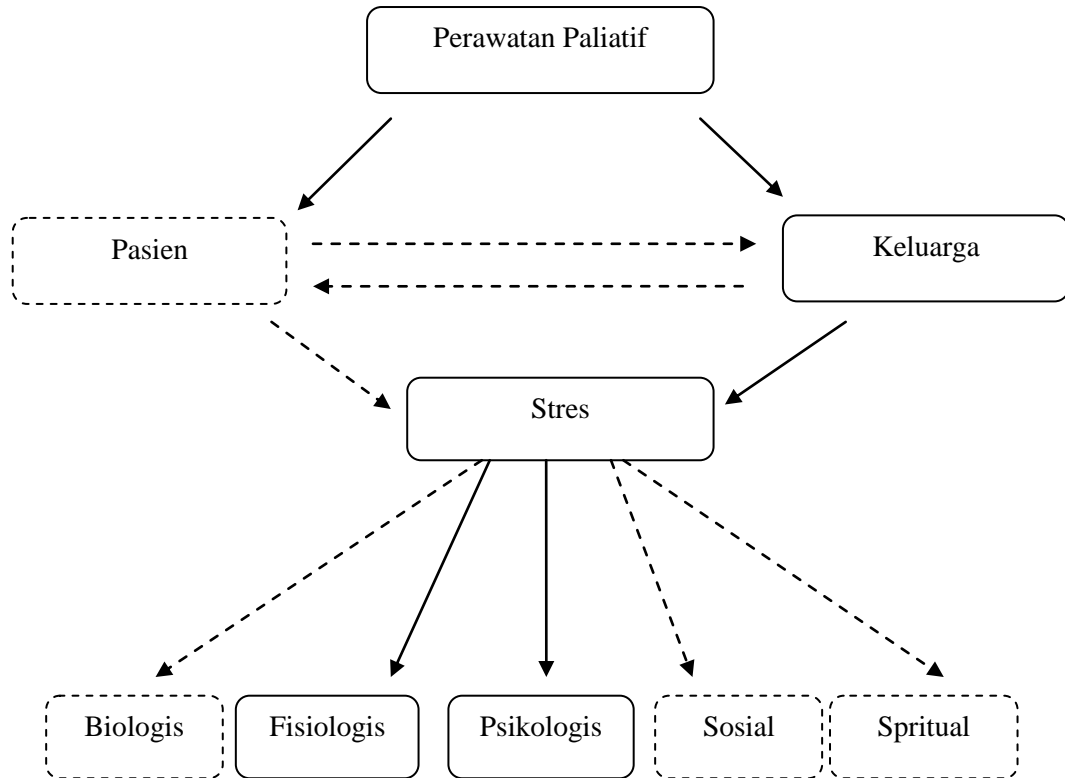
4 dan 11 maka dikatakan distres tinggi, jika jawaban “ya” dari semua pertanyaan  $\geq 10$  maka dikatakan distres tinggi, jika skor pertanyaan nomor 17 dan 18  $\geq 6$  maka dikatakan distres tinggi (American Medical Association, 2014).

#### **D. Peran Perawat**

Perawat memiliki banyak peran dalam menyelesaikan masalah pasien, antarlain yaitu sebagai *caregiver*, *client advocate*, *counselor*, *educator*, *collabolator*, *coordinator*, *change agent* dan *consultan*. Peran perawat sebagai *caregiver* dapat diberikan secara langsung maupun secara tidak langsung dengan menggunakan beberapa proses pendekatan dalam keperawatan meliputi melakukan pengkajian untuk mengumpulkan data dan informasi secara tepat, menetapkan diagnosis berdasarkan analisis dari data yang diperoleh, merencanakan intervensi keperawatan sesuai diagnosa yang ditetapkan untuk mangatasi dan memecahkan masalah yang sedang dialami, melaksanakan tindakan keperawatan sesuai dengan rencana yang telah ditetapkan, dan mengevaluasi respon pasien setelah dilakukan tindakan keperawatan. Tindakan keperawatan selain diberikan kepada pasien juga diberikan kepada keluarga untuk mengurangi masalah yang sedang dihadapi, selain itu perawat dalam memberikan asuhan keperawatan memandang klien sebagai mahluk yang holistik, dimana asuhan keperawatan diberikan sejak awala pasien terdiagnosa sampai sembuh baik itu di unit pelayanan kesahatan maupun di rumah pasien yang meliputi biologi, psikologi, sosial, dan spiritual (Kusnanto, 2004).

Berdasarkan klasifikasi *Nursing Diagnoses Definitions and Classification* (NANDA) 2015-2017 terdapat beberapa diagnosa keperawatan yang merupakan dampak dari masalah stres pada *family caregiver* salah satunya adalah *Anxiety*. *Anxiety* dengan defenisi karakteristik perasaan gelisah, selalu merasa takut mudah tersinggung, kecemasan yang meningkat, ketegangan, mudah khawatir (Herdman & Kamitsuru, 2014).

### E. Kerangka Konsep



Ket. Diteliti : \_\_\_\_\_

Tidak diteliti : \_\_\_\_\_

**Gambar 1: Kerangka Konsep**