

BAB II

TINJAUAN TEORI

A. *Palliative care*

1. Pengertian *Palliative care*

Menurut WHO *palliative care* merupakan pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah yang berkaitan dengan masalah yang mengancam jiwa, melalui pencegahan dan menghentikan penderitaan dengan identifikasi dan penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah lainnya, seperti fisik, psikologis, sosial dan spiritual (WHO, 2017). Palliatif care berarti mengoptimalkan perawatan pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan mengantisipasi, mencegah, dan mengobati penderitaan. *Palliative care* meliputi seluruh rangkaian penyakit melibatkan penanganan fisik, kebutuhan intelektual, emosional, sosial dan spiritual untuk memfasilitasi otonomi pasien, dan pilihan dalam kehidupan (Ferrell, 2015). Berdasarkan penjelasan diatas

Palliative care merupakan sebuah pendekatan yang dapat meningkatkan kualitas hidup orang-orang dengan penyakit yang mengancam jiwa dan keluarga mereka dalam menghadapi masalah tersebut, baik dari aspek fisik, psikologis, sosial maupun spiritual.

2. Prinsip *Palliative care*

Palliative care secara umum merupakan sebuah hal penting dan bagian yang tidak terpisahkan dari praktek klinis dengan mengikuti prinsip:

- a. Fokus perawatan terhadap kualitas hidup, termasuk kontrol gejala yang tepat
- b. Pendekatan personal, termasuk pengalaman masa lalu dan kondisi sekarang
- c. Peduli terhadap seseorang dengan penyakit lanjut termasuk keluarga atau orang terdekatnya
- d. Peduli terhadap autonomy pasien dan pilihan untuk mendapat rencana perawatan lanjut, eksplorasi harapan dan keinginan pasien

- e. Menerapkan komunikasi terbuka terhadap pasien atau keluarga kepada profesional kesehatan (Cohen and Deliens, 2012)

3. Peran dan Fungsi Perawat

Dalam menjalankan peran dan fungsi perawat dalam *palliative care*, perawat harus menghargai hak-hak pasien dalam menentukan pilihan, memberikan kenyamanan pasien dan pasien merasa bermartabat yang sudah tercermin didalam rencana asuhan keperawatan. Perawat memiliki tanggung jawab mendasar untuk mengontrol gejala dengan mengurangi penderitaan dan support yang efektif sesuai kebutuhan pasien. Peran perawat sebagai pemberi layanan *palliative care* harus didasarkan pada kompetensi perawat yang sesuai kode etik keperawatan (Combs, *et al.*,2014). Hal-hal yang berkaitan dengan pasien harus dikomunikasikan oleh perawat kepada pasien dan keluarga yang merupakan standar asuhan keperawatan

yang profesional. Menurut *American Nurse Associatiuon Scope And Standart Practice* dalam (Margaret, 2013) perawat yang terintegrasi harus mampu berkomunikasi dengan pasien, keluarga dan tenaga kesehatan lainnya mengenai perawatan pasien dan ikut berperan serta dalam penyediaan perawatan tersebut dengan berkolaborasi dalam membuat rencana yang berfokus pada hasil dan keputusan yang berhubungan dengan perawatan dan pelayanan, mengindikasikan komunikasi dengan pasien, keluarga dan yang lainnya.

4. Pedoman Perawat *Palliative*

Berdasarkan *National Consensus Project For Quality Palliative Care* (NCP, 2013) pedoman praktek klinis untuk perawat *palliative* dalam meningkatkan kualitas pelayanan *palliative* terdiri dari 8 domain diantaranya :

Domain 1 : *structure and proses of care*

Structure and proses of care merupakan cara menyelenggarakan pelatihan dan pendidikan bagi para profesional paliatif dalam memberikan perawatan yang berkesinambungan pada pasien dan keluarga (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut :

- a. Semua perawat harus menerima pendidikan tentang *palliative care* primer baik itu tingkat sarjana, magister dan doctoral
- b. Semua perawat harus diberikan pendidikan lanjut untuk *palliative care* primer
- c. Semua perawat menerima orientasi *palliative care* primer yang termasuk didalamnya mengenai sikap, pengetahuan dan keterampilan dalam domain *palliative care*. Ini termasuk penilaian dasar dan manajemen gejala nyeri, keterampilan komunikasi dasar tentang penyakit lanjut, prinsip etika,

kesedihan dan kehilangan keluarga, komunitas dan pemberi layanan.

- d. Semua perawat harus mampu melaksanakan *palliative care* dengan kerjasama tim dari multidisplin ilmu
- e. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus tersertifikasi dalam memberikan pelayanan *palliative care*
- f. Semua perawat harus berpartisipasi dalam inisiatif memperbaiki kualitas layanan *palliative care*
- g. Perawat hospice dan perawat *palliative* mempermosikan kontinuitas dalam *palliative care* sesuai aturan kesehatan dan mempromisikan hospice sebagai pilihan (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015).

Domain 2 : *Physical Aspect Of Care*

Physical Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk mengukur dan mendokumentasikan rasa nyeri dan gejala lain yang muncul seperti menilai, mengelola gejala dan efek samping yang terjadi pada

masalah fisik pada pasien (De Roo et al., 2013; Dy et al., 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai nyeri, dyspnea dan fungsinya dengan menggunakan pedoman yang konsisten pada pasien dengan penyakit lanjut yang mengancam jiwa
- b. Semua perawat harus mendokumentasikan pedoman dan temuan dalam rencana asuhan keperawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berdasarkan bukti evident based nursing untuk memberikan perawatan manajemen nyeri dan menilai ulang gejala yang ditimbulkan (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

Domain 3: *Psychological And Psychiatric Aspect Of Care*

Psychological And Psychiatric Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk menilai status psikologis pasien dan keluarga seperti mengukur,

mendokumentasikan, mengelola kecemasan, dan gejala psikologis lainnya (De Roo et al., 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai depresi, kecemasan, dan delirium menggunakan pedoman yang tepat pada pasien yang mengancam jiwa
- b. Semua perawat harus mendokumentasikan temuan dalam rencana perawatan
- c. Semua perawat harus mengikuti jalur pengobatan berbasis EBN untuk mengelola gejala psikologis yang ditimbulkan
- d. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus mempersiapkan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan
- e. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus ikut andil dalam pengembangan *palliative care* (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

Domain 4 : *Social Aspect Of Care*

Social Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk mendiskusikan segala informasi, mendiskusikan tujuan perawatan, dan memberikan dukungan sosial yang komperhensif (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif dijelaskan sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus meninjau kembali kekhawatiran pasien dan keluarga terhadap penyakit lanjut yang mengancam jiwa
- b. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus membantu dan mengembangkan sebuah rencana perawatan sosial yang komperhensif yang termasuk ndidalamnya hubungan dengan keluarga, komunitas, dan orang yang terlibat dalam merawat pasien (Ferrell et al., 2007; Ferrell, 2015).

Domain 5 : *Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care*

Spiritual, Religious, And Existential Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk menyediakan atau memfasilitasi diskusi terkait kebutuhan spiritual pasien dan keluarga (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus melakukan pengkajian spiritual mencakup masalah agama, spiritual, dan eksistensial menggunakan pedoman instrument yang terstruktur dan terintegrasi dalam penilaian dalam rencana *palliative care*
- b. Semua perawat harus mampu merujuk pasien dan keluarga pada kondisi yang serius dengan menghadirkan rohaniawan, pendeta jika diperlukan (Ferrell *et al.*, 2007; Ferrell, 2015)

Domain 6 : *Culture Aspect Of Care*

Culture Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan menilai budaya dalam proses pengambilan keputusan

dengan memperhariankn preferensi pasien atau keluarga, memahami bahasa yang digunakan serta ritual-ritual budaya yang dianut pasien dan keluarga(De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus mampu menilai budaya pasien sebagai komponen yang tidak terpisahkan dalam memberikan *palliative care* dan perawatan di rumah yang komperhensif mencakup pengambilan keputusan,prreperensi pasien, komunikasi keluarga, terapi komplementer, dan duka cita bagi keluarga yang ditinggalkan, serta pemakaman dan ritual pemakaman pasien. (Ferrell, 2015).

Domain 7 : *Care Of The Patient At End of life*

Care Of The Patient At End of life merupakan cara yang dilakukan untuk menggali lebih dalam tentang kesiapan menghadapi kematian dan duka cita setelah kematian bagi keluarga yang ditinggalkan (De Roo et al., 2013). Adapun panduan bagi perawat apaliatif sebagai berikut:

- a. Perawat hospice dan perawat *palliative* harus mampu mengenali tanda dan gejala kematian pasien, keluarga dan komunitas. ini harus dikomunikasikan dan didokumentasikan.
- b. Semua perawat harus mampu menjamin kenyamanan pada akhir kehidupan
- c. Semua perawat harus meninjau kembali ritual budaya, agama, dan adat dalam menghadapi kematian pasien.
- d. Semua perawat harus mampu memberikan dukungan pasca kematian pada keluarga yang ditinggalkan
- e. Semua perawat harus mampu merawat jenazah sesuai dengan budaya, adat dan agama pasien (Ferrell, 2015).

Domain 8 : *Ethical And Legal Aspect Of Care*

Ethical And Legal Aspect Of Care merupakan cara yang dilakukan untuk membuat perencanaan dengan memperhatikan preferensi pasien dan keluarga sebagai

penerima layanan dengan tidak melanggar norma dan aturan yang berlaku (De Roo *et al.*, 2013; Dy *et al.*, 2015). Adapun panduan bagi perawat paliatif sebagai berikut:

- a. Semua perawat harus meninjau kembali asuhan keperawatan yang telah diberikan dan semua dokumentasinya
- b. Semua perawat harus menjaga prinsip etik berdasarkan komite etik keperawatan
- c. Semua perawat harus mengerti hukum aspect *palliative* dan mencari pakar hukum jika diperlukan (Ferrell, 2015).

5. Tempat-tempat Pelayanan Paliatif

Berdasarkan Permenkes Nomor 812/ Menkes/ SK/VII/2007 dijelaskan tempat untuk layanan paliatif meliputi:

- a. Rumah Sakit : untuk pasien yang harus mendapatkan perawatan yang memerlukan

pengawasan ketat, tindakan khusus atau perawatan khusus.

- b. Puskesmas : untuk pasien yang memerlukan perawatan rawat jalan
- c. Rumah singgah / panti (hospice) : untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat, tindakan khusus atau peralatan khusus tetapi belum dapat dirawat dirumah karena memerlukan pengawasan
- d. Rumah pasien : untuk pasien yang tidak memerlukan pengawasan ketat tindakan khusus atau peralatan khusus atau keterampilan perawatan yang tidak mungkin dilakukan oleh keluarga (PERMENKES, 2007).

6. Langkah- langkah dalam Pelayanan Paliatif

- a. Menentekun tujuan perawatan dan harapan pasien
- b. Membantu pasien dalam membuat advance care planning

- c. Pengobatan penyakit penyerta dari aspek sosial yang muncul
- d. Tata laksana gejala
- e. Dukungan psikologis, kultural dan sosial
- f. Respon pada fase terminal : memberikan tindakan sesuai wasiat atau keputusan keluarga bila wasiat belum dibuat.
- g. Pelayanan terhadap pasien dan keluarga termasuk persiapan duka cita. (KEMENKES, 2013).

7. Layanan *Palliative Home Care*

Palliative home care merupakan pelayanan *palliative care* yang dilakukan dirumah pasien oleh tenaga *palliative* dan atau keluarga atas bimbingan dan pengawasan tenaga *palliative* (KEPMENKES, 2007). *Palliative home care* dinilai baik dan pilihan yang tepat untuk dapat menghindari perawatan di rumah sakit yang dinilai mahal dan tidak efektif bagi pasien terminal, hal ini juga dapat membantu dan melatih

pasien , keluarga dan pemberi layanan dalam menghadapi situasi yang sulit (Pompili et al., 2014). Berbagai manfaat pelayanan *palliative home care* yang dapat dirasakan oleh pasien ataupun keluarga diantaranya merasa lebih nyaman, bermartabat dan juga dapat menghemat biaya dari pada meninggal dirumah sakit (Ventura et al., 2014)

B. Keperawatan *Home Care*

1. Pengertian

Home care merupakan bagian atau lanjutan dari pelayanan kesehatan yang berkesinambungan yang komperhensif diberikan kepada individu dan keluarga ditempat tinggal mereka yang bertujuan untuk meningkatkan, memepertahankan atau memulihkan kesehatan atau memaksimalkan tingkat kemandirian dan meminimalisir dampak penyakit yang bisa terjadi (PERMENKES, 2014).

2. Prinsip Pelayanan Keperawatan *Home Care*

- a. Pengelolaan home care dilakukan oleh perawat atau tim yang memiliki keahlian khusus dibidang tersebut
- b. Mengaplikasikan konsep sebagai dasar dalam mengambil keputusan praktik
- c. Mengumpulkan dan mencatat data dengan sistematis, akurat dan komperhensif secara terus menerus
- d. Menggunakan data hasil pengkajian untuk menetapkan diagnose keperawatan
- e. Mengembangkan rencana keperawatan berdasarkan diagnose keperawatan dikaitkan dengan pencegahan, terpi dan pemulihan
- f. Memberikan pelayanan keperawatan dengan menjaga kenyamanan, penyembuhan dan pencegahan komplikasi (Depkes, 2006)

3. Persyaratan Tenaga Keperawatan *Home Care*

- a. Perawat sebagai manager kasus
Perawat sebagai manajer kasus yaitu seorang perawat profesional yang bertugas sebagai pengendali dan

kordinator pelayanan keperawatan *home care* dengan kualifikasi memiliki 1) ijazah minimal DIII keperawatan, 2) Sertifikat atau keahlian dibidang *home care*, 3) memiliki pengalaman kerja minimal 3 tahun, dan 4) telah memiliki SIP (Surat Ijin Perawat), SIK (Surat Ijin Kerja) maupun SIPP (Surat ijin praktek perawat).

b. Perawat sebagai pelaksana pelayanan

Pelaksana pelayanan yaitu tenaga profesional yang memeberikan pelayanan langsung kepada pasien dibawah koordinasi manajer kasus dengan kualifikasi memiliki 1) ijazah minimal DIII keperawatan, 2) Sertifikat atau keahlian dibidang *home care*, 3) memiliki pengalaman kerja minimal 3 tahun, dan 4) telah memiliki SIP (Surat Ijin Perawat) dan SIK (Surat Ijin Kerja). (Depkes, 2006).

C. Perawatan *End of life*

1. Pengertian

Perawatan *end of life* merupakan perawatan yang membantu semua orang dengan penyakit lanjut, progresif, tidak dapat disembuhkan untuk dapat bertahan hidup sebaik mungkin sampai menghadapi kematian. Perawatan *end of life* diberikan ketika seseorang telah terdiagnosis menghadapi penyakit lanjut oleh profesional kesehatan (Sadler, 2015). Profesional kesehatan yang memberikan perawatan *end of life* harus memahami suatu tanda dan gejala fisik yang dialami oleh pasien. Pasien pada fase *end of life* cenderung lebih takut terhadap gejala kematian itu sendiri dibandingkan kematiannya. Pasien harus merasa nyaman secara fisik sebelum pikiran mereka berfokus tentang kondisi sosial, psikologis, dan spiritual (Perkins, 2016).

2. Etika Dalam Perawatan *End of life*

Dalam proses pengambilan keputusan yang terkait dengan masalah *end of life*, terdapat beberapa prinsip etika

yang harus ditekankan, pertama *Nonmaleficence* yaitu memastikan pasien terhindar dari bahaya baik itu fisik maupun emosional, kedua *beneficence* yaitu melakukan sesuatu yang baik terhadap pasien dan menguntungkan seperti mendengarkan keluhan pasien dengan penuh perhatian, memperlakukan pasien seperti manusia seutuhnya, dan terus berusaha meringankan beban pasien baik itu fisik, psikologis, sosial dan spiritual. Ketiga *autonomy* yaitu pasien memiliki hak tentang pengambilan keputusan terkait perawatan dengan menggunakan informed consent yang menekankan terhadap hak atas kerahasiaan, privasi, dan hak untuk menolak pengobatan (Qualls and Kasl-Godley, 2011; Zerwekh, 2006).

D. Teori Keperawatan

1. Teori Keperawatan Peaceful *End of life*

Teori keperawatan *peaceful end of life* Ruland & Moore (1998) dalam (Alligood, 2014) tidak terpisahkan dengan sistem keluarga (pasien dengan sakit terminal dan

orang yang dianggap berarti dalam hidupnya) yang dirancang untuk mempromosikan hasil positif dari hal berikut :

a. Terbebas Dari Nyeri

Bebas dari rasa penderitaan atau gejala yang disebabkan oleh nyeri merupakan bagian penting dari banyak pengalaman *end of life* karena nyeri dianggap sensori yang tidak menyenangkan atau pengalaman emosional yang berhubungan dengan actual atau potensial kerusakan jaringan (Alligood, 2014).

b. Mendapat Kenyamanan

Kenyamanan didefinisikan oleh teori kolkaba sebagai sebuah kelegaan dari ketidaknyamanan, keadaan mudah dan damai, dan apapun yang membuat hidup mudah atau menyenangkan(Alligood, 2014).

c. Bermartabat dan Merasa Terhormat

Setiap pasien yang mengalami sakit parah harus dihormati dan dihargai sebagai manusia. Konsep ini menggabungkan gagasan pribadi, setiap tindakan

didasarkan oleh prinsip etika dan otonomi pasien dan berhak atas perlindungan (Alligood, 2014).

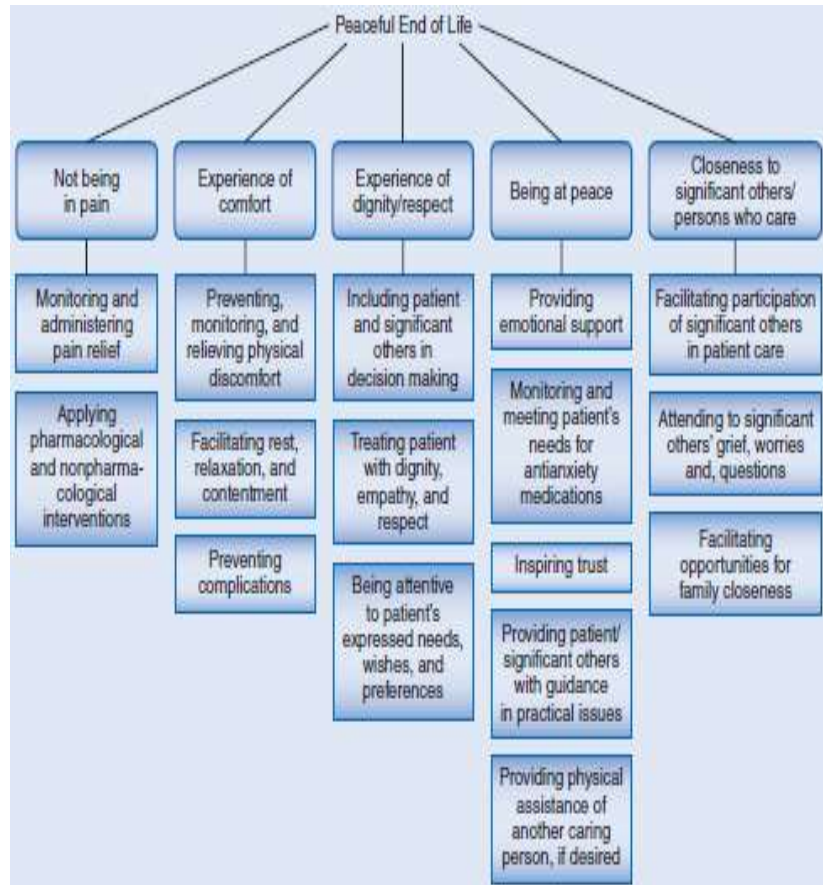
d. Merasa Damai

Damai merupakan sebuah perasaan yang tenang, harmonis, puas, bebas dari kegelisahan, kekhawatiran dan ketakutan. Sebuah pendekatan untuk merasa damai meliputi aspek fisik, sosial, psikologis, dan spiritual (Alligood, 2014).

e. Kedekatan Dengan Orang Yang Disayang.

Kedekatan adalah sebuah perasaan yang saling terhubung dengan orang lain yang peduli. Ini melibatkan kedekatan fisik atau emosional yang diungkapkan dengan hangat, intim, dan berhubungan (Alligood, 2014).

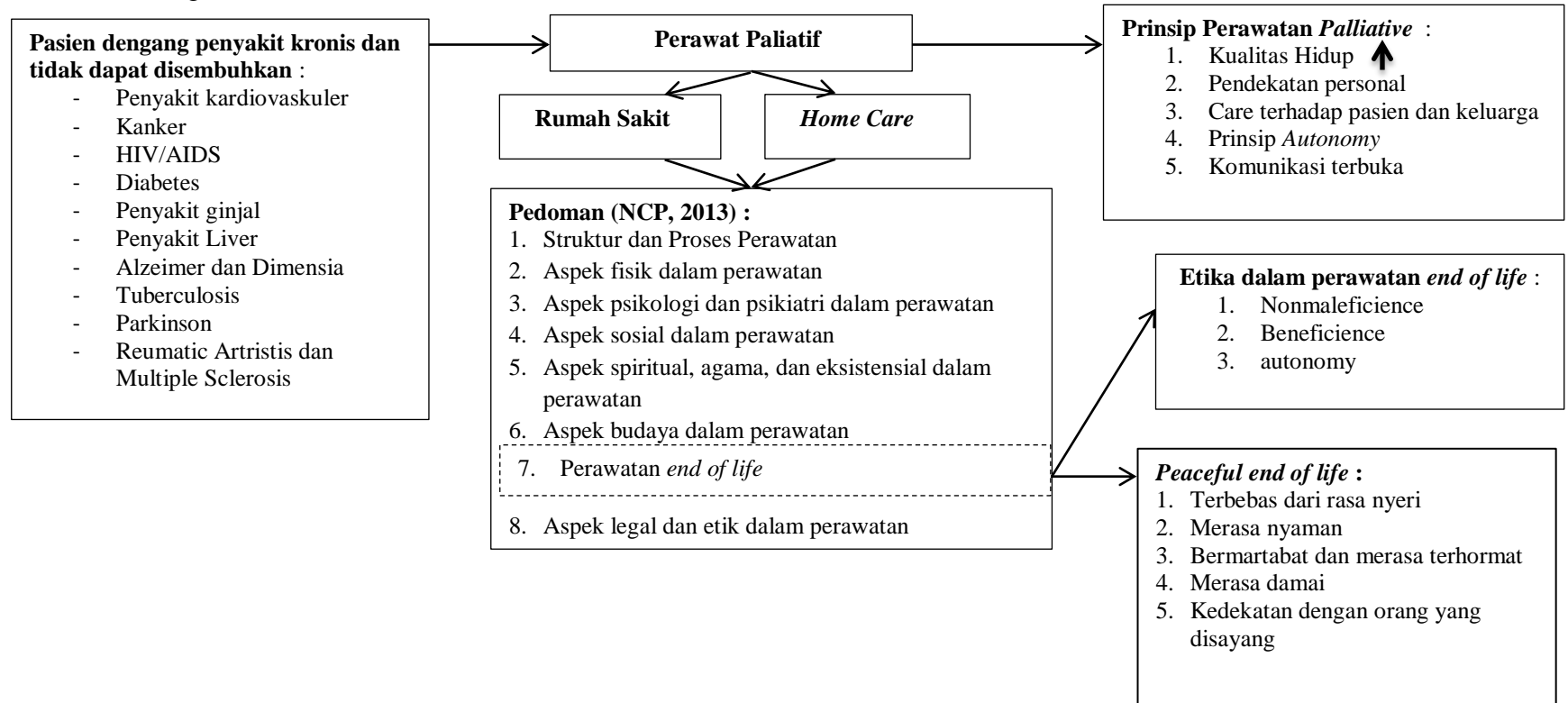
2. Model Teori Keperawatan Peaceful *End of life*



Gambar 1 Konsep Model Teori Keperawatan Peaceful *End Of Life*

Konsep model teori keperawatan peaceful *end of life* (Ruland & Moore, 1998) menggambarkan suatu cara untuk memfasilitasi model teori praktek yang berkelanjutan yang dapat dijadikan panduan dalam memberikan perawatan *end of life* (Alligood, 2014).

E. Kerangka Teoritis



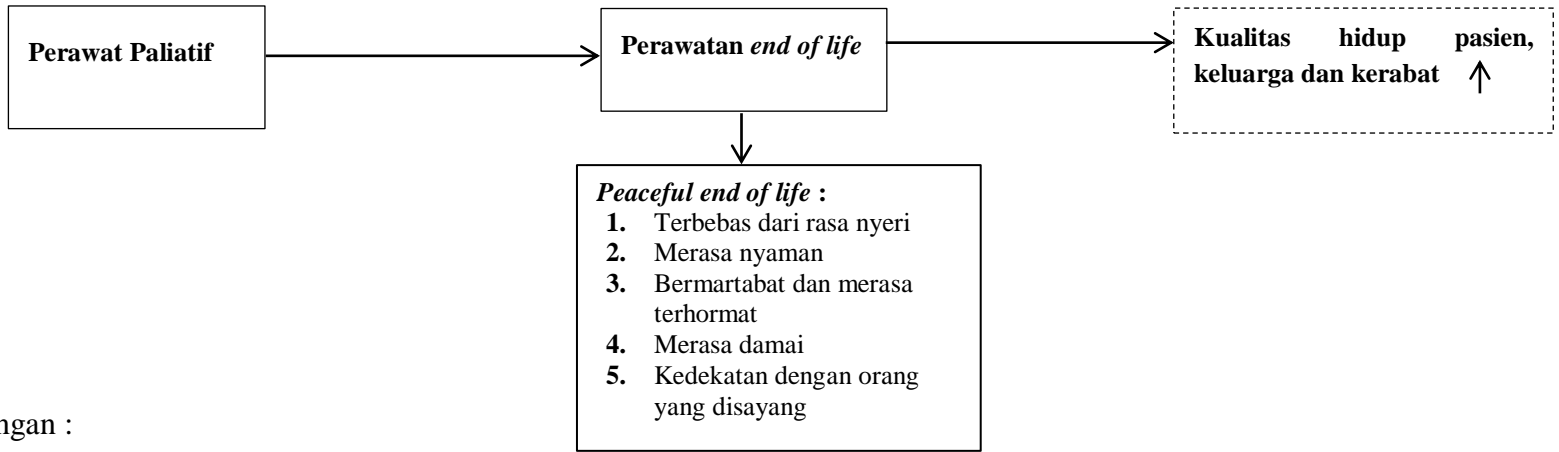
Gambar 2 Kerangka Teoritis Penelitian

F. Kerangka Konsep Penelitian

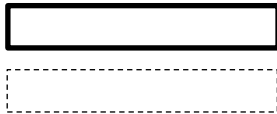
Input

Proses

Output



Keterangan :



: diteliti

: tidak diteliti

Gambar 3 Kerangka Teori Penelitian