

IMPLEMENTASI APPEAR MODEL

DALAM PEMBELAJARAN BERBASIS MEANINGFUL INSTRUCTIONAL DESIGN

Perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal merupakan hak asasi manusia yang harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan. Pendidikan tentang perawatan paliatif (Palliative Care) dan perawatan menjelang ajal (End of Life Care) PEoLC dipandang sebagai fasilitator untuk mengembangkan integrasi perawatan paliatif.

Pembelajaran dengan pendekatan APPEAR model berbasis Meaningful Instructional Design (MID) dalam pembelajaran keperawatan paliatif dan menjelang ajal dibagi dalam 5 tugas utama yaitu: 1) Analisis (Analysis), 2) Persiapan (Preparation), 3) Implementasi (Implementation), 4) Evaluasi (Evaluation), 5) Re-Evaluasi (Re-Evaluation). MID mengutamakan kebermaknaan dan efektifitas proses pembelajaran dengan membuat kerangka kerja aktivitas secara konseptual kognitif-konstruktivis. Hal ini sejalan dengan model pembelajaran transformatif dengan pendekatan pembelajaran pada orang dewasa.



BUKU AJAR KEPERAWATAN PALIATIF

IMPLEMENTASI APPEAR MODEL

DALAM PEMBELAJARAN BERBASIS MEANINGFUL INSTRUCTIONAL DESIGN

APPEAR MODEL



Penulis:
Dr. Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini, S.Kep., Ns., MNS

Editor:
Yodang, S.Kep., Ns., M.Pall.Care

**BUKU AJAR
KEPERAWATAN PALIATIF**

IMPLEMENTASI APPEAR MODEL DALAM
PEMBELAJARAN BERBASIS MEANINGFUL
INSTRUCTIONAL DESIGN

Penulis:

**Dr. Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini, S.Kep.,
Ns., MNS**

Editor

Yodang, S.Kep., Ns., M.Pall.Care

**PENERBIT YAGUWIPA
2023**

**BUKU AJAR
KEPERAWATAN PALIATIF**

IMPLEMENTASI APPEAR MODEL DALAM
PEMBELAJARAN BERBASIS MEANINGFUL
INSTRUCTIONAL DESIGN

Penulis:

Dr. Ni Luh Putu Inca Buntari Agustini, S.Kep., Ns., MNS

Editor

Yodang, S.Kep., Ns., M.Pall.Care

Desain Sampul: Cok Printing
Tata Letak: Guna Media Printing
Denpasar: 2023
viii + 157 hal.; 15,5 cm x 23 cm

Hak cipta dilindungi oleh Undang-undang.
Dilarang keras menerjemahkan, memfotokopi, atau
memperbanyak sebagian atau seluruh isi buku ini tanpa
ijin tertulis dari Penerbit.

PENERBIT YAGUWIPA
Jalan Sari Dana IV No.1 Denpasar 80116
(0361) 9007934

Anggota IKAPI No.: 028/ALB/BAI/2021
Anggota FORPIN No.: 009/HL.369/2021
ISBN 978-623-8122-07-3

KATA PENGANTAR

Setiap manusia di dunia ini pasti pernah sakit, akan menghadapi kematian, mengalami kesedihan dan ada pengalaman berduka. Luasnya pengalaman ini membuat semua orang menginginkan kenyamanan, perawatan yang baik saat mengalami keterbatasan hidup akibat sakit, di akhir kehidupan, dan bahkan selama periode berkabung. Kondisi tersebut membutuhkan perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal yang penuh cinta kasih dan lebih manusiawi (*Authentic Relationship*). Pembelajaran tentang *Palliative* dan *End of Life Care* (PEoLC) merupakan salah satu langkah awal menyiapkan lulusan untuk lebih memahami arti penting dari PEoLC. Buku referensi ini diharapkan dapat menjadi pedoman bagi pendidik dan peserta didik sehingga mampu meningkatkan capaian kompetensi mahasiswa dalam melakukan perawatan PEoLC di tatanan nyata. Buku ajar ini mengimplementasikan APPEAR Model berbasis *Meaningful Instructional Design*.

Ucapan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya penulis sampaikan kepada semua pihak yang telah membantu dalam penyelesaian buku ajar ini. Semoga Tuhan membalas budi baik semua

pihak yang telah memberi kesempatan, dukungan dan bantuan dalam menyelesaikan buku ajar ini. Penulis menyadari buku ajar ini masih banyak kekurangan dan belum sempurna. Oleh karena itu, segala kritik dan saran yang bersifat membangun demi kesempurnaan buku ini sangat diharapkan agar buku ajar ini lebih terarah dan sistematis sehingga dapat bermanfaat sesuai dengan tujuan dari pembelajaran pada mata kuliah keperawatan paliatif. Akhirnya penulis berharap semoga buku ini bermanfaat bagi pembaca, khususnya bagi pendidik dan peserta didik dalam melaksanakan pembelajaran.

Penulis

DAFTAR ISI

Sampul Depan	i
Sampul Dalam	ii
KATA PENGANTAR	iii
DAFTAR ISI	v
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang.....	1
2. Tujuan Pembelajaran Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal	7
3. Belajar dan Pembelajaran yang Bermakna.....	8
4. APPEAR Model berbasis <i>Meaningful Instructional Design</i>	9
5. Pembelajaran Paliatif dan Menjelang Ajal bagi Mahasiswa.....	11
6. Sintak.....	13
BAB 2 KONSEP DASAR PERAWATAN PALIATIF	22
1. Deskripsi Singkat.....	22
2. Tujuan Pembelajaran	22
3. Manfaat.....	22
4. Sasaran	22
5. Uraian Materi	23
Uraian Materi 1: Pengertian Perawatan Paliatif	23
Uraian Materi 2: Falsafah Keperawatan Paliatif.....	26
Uraian Materi 3: Perkembangan Keperawatan Paliatif.....	28
Uraian Materi 4: Kualitas Hidup.....	30
6. Rangkuman.....	31
7. Evaluasi.....	33
8. Daftar Pustaka.....	33
BAB 3 KOMUNIKASI EFEKTIF PADA PERAWATAN PALIATIF DAN <i>END OF LIFE CARE</i>	34
1. Deskripsi Singkat	34
2. Tujuan	36
3. Manfaat.....	36
4. Sasaran	37
5. Uraian Materi	37
Uraian Materi 1: Konsep komunikasi dalam perawatan paliatif	37

Uraian Materi 2: Model komunikasi dalam perawatan paliatif.....	38
Uraian Materi 3: Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif.....	48
Uraian Materi 4: Keterampilan komunikasi dalam setting perawatan paliatif	53
6. Rangkuman.....	72
7. Evaluasi	73
8. Daftar Pustaka	74
BAB 4 ETIK, LEGAL, DAN PEKA BUDAYA PADA PERAWATAN PALIATIF.....	78
1. Deskripsi Singkat	78
2. Tujuan Pembelajaran	78
3. Manfaat	79
4. Sasaran	79
5. Uraian Materi	79
Uraian Materi 1: Pengertian etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif	80
Uraian Materi 2: Prinsip Etik, Legal, dan Peka Budaya pada Perawatan Paliatif	83
Uraian Materi 3: Aplikasi Etik, Legal, dan Peka Budaya pada Perawatan Paliatif	91
6. Rangkuman.....	97
7. Evaluasi	98
8. Daftar Pustaka	101
BAB 5 PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL PADA PERAWATAN PALIATIF.....	102
1. Deskripsi Singkat	102
2. Tujuan.....	102
3. Manfaat	102
4. Sasaran	103
5. Uraian Materi	103
Uraian Materi 1: <i>Pain and Symptom management</i>	103
Uraian Materi 2: <i>End of life Care</i>	104
Uraian Materi 3: <i>Hospice Care</i>	105
Uraian Materi 4: <i>Loss, grief, and breavement</i>	111

6. Rangkuman	117
7. Evaluasi	119
8. Daftar Pustaka	123

BAB 6 KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PADA PERAWATAN PALIATIF..... 124

1. Deskripsi Singkat	124
2. Tujuan	125
3. Manfaat	126
4. Sasaran	126
5. Uraian Materi	126
Uraian Materi 1: Pengertian kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif	126
Uraian Materi 2: Teori kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif	128
Uraian Materi 3: Prinsip kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif	129
Uraian Materi 4: Aplikasi kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif	132
6. Rangkuman	135
7. Evaluasi	136
8. Daftar Pustaka	138

BAB 7 PENDIDIKAN DAN PENELITIAN PADA PERAWATAN PALIATIF..... 139

1. Deskripsi Singkat	139
2. Tujuan	140
3. Manfaat	140
4. Sasaran	140
5. Uraian Materi	141
Uraian Materi 1: Pengertian pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif	141
Uraian Materi 2: Teori pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif	142
Uraian Materi 3: Prinsip pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif	143
Uraian Materi 4: Aplikasi pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif	143
6. Rangkuman	145
7. Evaluasi	145

8. Daftar Pustaka	148
BAB 8 PENGEMBANGAN KUALITAS PERSONAL DAN PROFESIONAL PADA BIDANG PERAWATAN PALIATIF	
.....	149
1. Deskripsi Singkat	149
2. Tujuan.....	149
3. Manfaat	149
4. Sasaran	150
5. Uraian Materi	150
Uraian Materi 1: Pengertian.....	150
Uraian Materi 2: Teori.....	151
Uraian Materi 3: Prinsip.....	152
Uraian Materi 4: Aplikasi	153
6. Rangkuman.....	153
7. Evaluasi	154
8. Daftar Pustaka	156

BAB 1

PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal merupakan hak asasi manusia yang harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan. Pendidikan tentang perawatan paliatif (*Palliative Care*) dan perawatan menjelang ajal (*End of Life Care*) PEOLC dipandang sebagai fasilitator untuk mengembangkan integrasi perawatan paliatif. Menjawab gap tersebut dipandang perlu untuk mengimplementasikan model pembelajaran yang dapat mengakomodasi capaian kompetensi mahasiswa keperawatan tentang PEOLC sehingga nantinya dapat mengimplementasikannya di semua seting pelayanan kesehatan. Hasil penelitian sebelumnya mengungkapkan bahwa berbagai pendekatan metodologi pembelajaran seperti simulasi berdasarkan pengalaman berbasis *Kolb's Experiential Learning Theory* dan *high fidelity simulation* terbukti efektif dalam meningkatkan pengetahuan, sikap dan keterampilan mahasiswa dalam melakukan PEOLC (Agustini, et al., 2021; Agustini et al., 2022).

Perbedaan gaya belajar mahasiswa memiliki

keunikan tersendiri dan menjadi tantangan bagi para pendidik untuk melakukan inovasi pembelajaran. Pembelajaran tidak sekedar transfer pengetahuan (*transfer of knowledge*) tetapi juga transfer belajar (*transfer of learning*) yang mampu mengubah pola pikir dan pola tindak yang dapat diimplementasikan dalam kehidupan nyata. Model pembelajaran merupakan kerangka konseptual berupa pola prosedur sistematis yang dikembangkan berdasarkan teori pembelajaran tertentu dan digunakan sebagai pedoman oleh pendidik dalam mengorganisasikan proses belajar mengajar di kelas untuk membantu peserta didik mencapai standar kompetensi yang telah ditetapkan (Trianto, 2017; Parwati, Suryawan, dan Apasari, 2018; Sani, 2019). Pembelajaran yang efektif mencerminkan kualitas pengajaran.

Tanpa strategi pembelajaran yang tepat, mahasiswa tidak akan memiliki latar belakang pengetahuan yang baik sehingga menjadi hambatan dalam mengimplementasikan pengetahuan yang diperoleh (Etkind *et al.* 2017; Anna *et al.* 2018; Dimoula *et al.* 2019), dan tidak dapat melakukan PEOLC secara holistik (Josephsen & Martz 2014; Henoeh *et al.* 2017; Damianakis *et al.* 2019). Nilai edukasi dari PEOLC yang

diterima selama perkuliahan akan menjadikan mahasiswa lebih percaya diri, mandiri, dan mampu berpikir kritis saat menghadapi kompleksitas dari PEO LC. Hal ini sejalan dengan KMK Republik Indonesia Nomor HK.01.07/MENKES/425/2020 Tentang Standar Profesi Perawat menyebutkan bahwa tingkat kemampuan seorang ners berada pada level 4 yaitu mampu memahami, menjelaskan dan melaksanakan secara mandiri tentang PEO LC.

Kebermaknaan dan efektifitas yang dikembangkan dalam model pembelajaran lebih menekankan pada kerangka kerja aktivitas secara konseptual konstruktivitis. Peserta didik dituntut untuk mampu memahami struktur makna dari materi baru secara mandiri dan memiliki kemampuan untuk beradaptasi dengan perubahan tanpa henti dalam pembelajaran melalui refleksi kritis. Kondisi ini sejalan dengan kompleksitas PEO LC yang menuntut kemampuan adaptif dan transformatif dari peserta didik. Kapasitas adaptif dan transformatif dapat ditingkatkan melalui proses pembelajaran dengan landasan teori transformatif yang dikenal dengan *Transformational Learning Theory* (TLT). TLT merupakan salah satu teori pembelajaran yang pertama kali diperkenalkan oleh

Jack Mezirow pada tahun 1997. TLT mengidentifikasi proses terjadinya perubahan pembelajaran peserta didik melalui 10 fase pembelajaran secara abstrak yang dapat dimodifikasi menjadi empat fase supaya lebih konkrit dan mudah untuk diimplementasikan, yaitu: 1) *disorienting dilemma*, 2) *critical self-reflection*, 3) *reflective discourse*, dan 4) *action* diimplementasikan pada pembelajaran paliatif dengan tetap mengkomodir ke-10 fase dari TLT.

Disorienting dilemma, membangkitkan atau menyadarkan mahasiswa tentang masalah keperawatan paliatif secara holistik dan memberi peran dalam membuat perbedaan. Mahasiswa dihadapkan pada suatu kondisi sehingga mengalami krisis personal karena mendapati suatu kenyataan yang berbeda dari keyakinan yang sebelumnya diyakini benar dengan pemberian kasus pemicu (*trigger case*) dan isu kontroversial tentang materi yang akan dipelajari. *Critical self-reflection*, melibatkan mahasiswa dengan mode pembelajaran yang kreatif dan inovatif, berbasis holistik, kuat yang mengembangkan keterampilan kognitif yang kritis, kreatif, dan konstruktif. Mahasiswa akan dihadapkan pada refleksi kritis setelah mengalami *disorienting dilemma*. Mahasiswa akan melakukan

refleksi kritis dan re-evaluasi terhadap asumsi-asumsi yang dimiliki selama ini terkait konsepsi diri dan dunianya tentang perawatan paliatif. *Reflective discourse*, refleksi untuk membuat makna dari pengalaman belajar dan untuk merevisi dan mengganti kebiasaan yang tidak membantu pikiran untuk mencapai tujuan pembelajaran. Mahasiswa melakukan dialog reflektif dengan mahasiswa lain (*peers*) dan pendidik (*mentors*) tentang perspektif baru sehingga diperoleh validitas, keabsahan, dan kebenaran atas cara pandang atau perspektif baru tersebut. Action, mahasiswa menerapkan perspektif baru untuk memahami, memaknai, dan mempersepsikan kenyataan disekitarnya, serta menempatkan diri secara baru dalam melakukan demonstrasi perawatan paliatif di laboratorium. Nilai pembelajaran paliatif untuk mahasiswa keperawatan terletak pada kemampuannya untuk membangunkan rasa percaya diri (sikap positif) meningkatkan pengetahuan atau pemahaman mahasiswa tentang konsep dasar keperawatan paliatif, dan keterampilan mahasiswa dalam melakukan perawatan paliatif secara holistik.

Keunggulan dari TLT adalah memiliki fleksibilitas yang tinggi, pembelajaran dapat dilakukan dimanapun

dan kapanpun (*learning without wall*). Pendidik dapat menerapkan pembelajaran secara *online* dengan menggunakan pendekatan teknologi yang canggih ataupun *hybrid learning* melalui kombinasi antara *face to face* dan *online learning*. Akan tetapi, TLT memiliki kelemahan jika diterapkan secara tunggal dalam pembelajaran yaitu hanya fokus terhadap proses pembelajaran tanpa memikirkan hasil yang dicapai. Oleh karena itu, perlu ada kombinasi teori pembelajaran untuk membantu peserta didik dalam meningkatkan capaian kompetensi perawatan paliatif. Untuk meningkatkan efektifitas pembelajaran maka TLT dapat dikombinasikan dengan *Andragogy Learning Theory* (ALT). Kedua teori tersebut berfokus pada peserta didik sebagai pembelajar orang dewasa (*student center learning*). Teori pembelajaran andragogi meliputi *self-concept*, *motivation to learn*, *readiness to learn*, *orientation to learning* dan *learning experience*. Kombinasi dari kedua teori pembelajaran tersebut diharapkan dapat membuat peserta didik menjadi lebih mandiri (*self-directed learning*), lebih percaya diri terhadap peran baru, fokus pada pengembangan kebiasaan berpikir yang fleksibel, reflektif, dan adaptif. Capaian kompetensi mahasiswa keperawatan dalam

pembelajaran yang diharapkan dari kombinasi kedua teori ini adalah perawatan paliatif secara holistik meliputi: *physical aspect of care, psychological aspect of care, social/ cultural aspect of care, spiritual aspect of care* dan *care of patient at the end of life*.

2. Tujuan Pembelajaran Keperawatan Paliatif dan Menjelang Ajal

Pembelajaran tentang keperawatan paliatif dan keperawatan menjelang ajal bertujuan untuk:

- a. Menjelaskan dan memahami tentang konsep perawatan paliatif dan menjelang ajal.
- b. Berkomunikasi secara efektif kepada pasien dan keluarga dalam konteks perawatan paliatif dan *care of patient at the end of life*.
- c. Menjelaskan dan memahami tentang etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif dan menjelang ajal.
- d. Menjelaskan dan memahami tentang praktik keperawatan profesional pada perawatan paliatif dan menjelang ajal.
- e. Menjelaskan dan memahami tentang kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif dan menjelang ajal.

- f. Menjelaskan dan memahami tentang pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif dan menjelang ajal.
- g. Menjelaskan dan memahami tentang pengembangan kualitas personal dan profesional pada bidang perawatan paliatif dan menjelang ajal.

3. Belajar dan Pembelajaran yang Bermakna

Belajar dan pembelajaran merupakan aktivitas utama yang dilakukan secara sadar dalam sebuah proses pendidikan dimana orang yang tadinya tidak tahu menjadi tahu untuk menghasilkan suatu perubahan yang menyangkut pengetahuan, keterampilan dan sikap. Aktivitas belajar dapat terlaksana jika peserta didik diberikan kesempatan untuk mengikuti proses pembelajaran (Parwati, Suryawan dan Apsari, 2018; Uno, 2018; Sani, 2019). Pandangan mengenai konsep pembelajaran terus menerus mengalami perubahan dan perkembangan sesuai dengan perkembangan Ilmu Pengetahuan dan Teknologi.

4. APPEAR MODEL berbasis *Meaningful Instructional Design*

Meaningful Instructional Design (MID) mengutamakan kebermaknaan dan efektifitas proses pembelajaran dengan membuat kerangka kerja aktivitas secara konseptual kognitif-konstruktivis. Hal ini sejalan dengan model pembelajaran transformatif dengan pendekatan pembelajaran pada orang dewasa. Sintak pembelajaran dengan pendekatan APPEAR model berbasis MID dalam pembelajaran keperawatan paliatif dan menjelang ajal dibagi dalam 5 tugas utama yaitu: 1) Analisis (*Analysis*), 2) Persiapan (*Preparation*), 3) Implementasi (*Implementation*), 4) Evaluasi (*Evaluation*), 5) Re-Evaluasi (*Re-Evaluation*).

1. Analisis (*Analysis*)

Pada tahap analisis diawali dengan mengidentifikasi faktor-faktor yang mempengaruhi pembelajaran, seperti kurikulum, karakteristik mahasiswa, karakteristik dosen, metode pembelajaran, media pembelajaran dan evaluasi pembelajaran.

2. Persiapan (*Preparation*)

Tahap persiapan adalah tahap menyiapkan semua perangkat pembelajaran meliputi: prakondisi peserta

didik, penyiapan fasilitas media pembelajaran, pengaturan latar belakang pembelajaran, dan menyiapkan strategi monitoring evaluasi pembelajaran.

3. Implementasi (*Implementation*)

Tahap implementasi adalah tahap pembelajaran yang dilaksanakan di kelas, di laboratorium dan ataupun secara *online*. Materi pembelajaran meliputi perspektif keperawatan dan konsep perawatan paliatif, *ethics and legal practice in palliative care*, komunikasi efektif kepada pasien dan keluarga dalam konteks perawatan paliatif dan *care of patient at the end of life, professional nursing practice in palliative care, leadership and management in palliative care, education, and research in PC*, dan *professional, personal, and quality development in palliative care*. Dalam pembelajaran keperawatan paliatif dan menjelang ajal juga penting untuk menekankan pengalaman langsung, analisis pengalaman dan konsep ide yang dibangun (*Kolb's Experiential Learning Theory*).

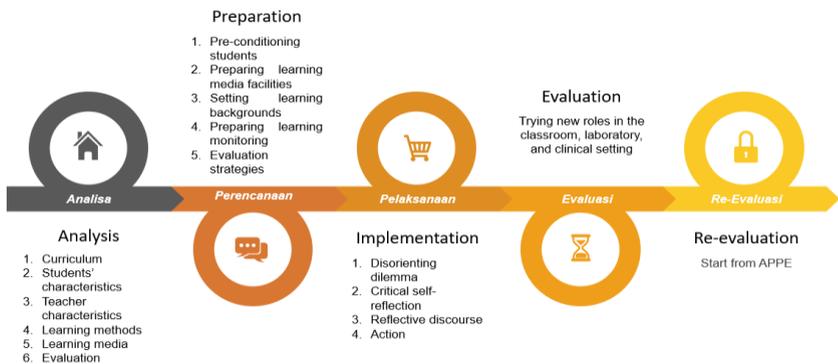
4. Evaluasi (*Evaluation*)

Pada tahap evaluasi mahasiswa akan melakukan praktik PEOLC di kelas maupun di laboratorium.

5. Re-Evaluasi (*Re-Evaluation*)

Tahap kelima yaitu *re-evaluation* adalah tahap dimana dilakukan evaluasi kembali dari mulai tahap 1-4 sehingga jika ada hal-hal yang perlu diperbaiki sehingga bisa dilakukan rencana tindak lanjut (*reconstruction*) pengalaman belajar.

APPEAR MODEL



Gambar 1. APPEAR MODEL

5. Pembelajaran Paliatif dan Menjelang Ajal bagi Mahasiswa

Sebuah artikel *meta-review* menyimpulkan bahwa pembelajaran tentang PEOLC menjadi topik yang paling banyak diteliti dan dibahas dalam bidang pendidikan

keperawatan paliatif dan keperawatan menjelang ajal. Meskipun ada banyak variasi pendekatan, dan perspektif secara teoritis tentang pembelajaran bagi mahasiswa keperawatan, namun pembelajaran ini menekankan pada proses (a) membangkitkan atau menyadarkan mahasiswa masalah keperawatan paliatif secara holistik, menghadapi pasien terminal (*dying*) dan memberi peran dalam membuat perbedaan; (b) melibatkan mahasiswa dengan mode pembelajaran yang kreatif dan inovatif, berbasis tindakan, kuat yang mengembangkan keterampilan kognitif yang kritis, kreatif, dan konstruktif; dan (c) refleksi untuk membuat makna dari pengalaman belajar dan untuk merevisi dan mengganti kebiasaan yang tidak membantu pikiran untuk mencapai tujuan pembelajaran. Nilai pembelajaran untuk mahasiswa keperawatan terletak pada kemampuannya untuk membangunkan rasa percaya diri (sikap positif) meningkatkan pengetahuan atau pemahaman mahasiswa tentang konsep dasar keperawatan paliatif dan keperawatan menjelang ajal, dan meningkatkan kemampuan dalam melakukan perawatan paliatif.

6. Sintak

Sintak pembelajaran merupakan panduan implementasi pembelajaran. Sintak pembelajaran menunjukkan kegiatan apa saja yang perlu dilakukan oleh pendidik dan peserta didik mulai dari awal pembelajaran sampai kegiatan akhir pembelajaran.

Tabel 1. Fase-fase Model Perkuliahan Keperawatan Paliatif dan Keperawatan Menjelang Ajal

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
Analisis (<i>Analysis</i>)	<ol style="list-style-type: none"> Melakukan analisis karakteristik mahasiswa (<i>self-concept</i>, motivasi belajar kesiapan belajar orientasi belajar, dan pengalaman belajar) Melakukan analisis kompetensi yang telah dimiliki peserta didik tentang perawatan paliatif 	<ol style="list-style-type: none"> <i>Pre-test</i> Mengisi instrumen yang telah disiapkan Membuat video sinematografi

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	3. Melakukan analisis terhadap kesiapan media pembelajaran	
Persiapan <i>(Preparation)</i>	1. Prakondisi peserta didik 2. Menyiapkan fasilitas media pembelajaran 3. Pengaturan latar belakang pembelajaran 4. Menyiapkan strategi monitoring evaluasi pembelajaran.	Berkontribusi aktif dalam memberikan masukan terhadap persiapan yang dilakukan oleh pendidik
Implementasi <i>(Implementation)</i> Fase 1 <i>Disorienting dilemma</i>	Mahasiswa dihadapkan pada suatu kondisi sehingga mengalami krisis personal karena mendapati suatu kenyataan yang berbeda dari keyakinan yang	Mahasiswa membaca dan menganalisis kasus pemicu yang diberikan, berdiskusi dengan diri sendiri tentang isu kontroversial yang terjadi sesuai materi pembelajaran, membaca/ telaah artikel

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	<p>sebelumnya diyakini benar.</p> <p>Kegiatan yang dilakukan, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Activating event</i>, dengan pemberian kasus pemicu (<i>trigger case</i>) berupa <i>scenario</i> 2. Isu kontroversial tentang materi yang akan dipelajari 3. <i>Silent reading</i> 4. Menonton video 	<p>dan menonton video secara individu dan mandiri sampai menyadari keterbatasan pengetahuan atau pemahaman yang dimiliki.</p>
<p>Fase 2</p> <p><i>Critical self-reflection</i></p>	<p>Mahasiswa dihadapkan pada refleksi kritis setelah mengalami <i>disorienting dilemma</i>.</p> <p>Kegiatan yang dilakukan, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Dosen meminta mahasiswa untuk menulis tentang pertanyaan, 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Membaca materi 2. Melaporkan hasil refleksi diri setelah mempelajari materi yang diberikan

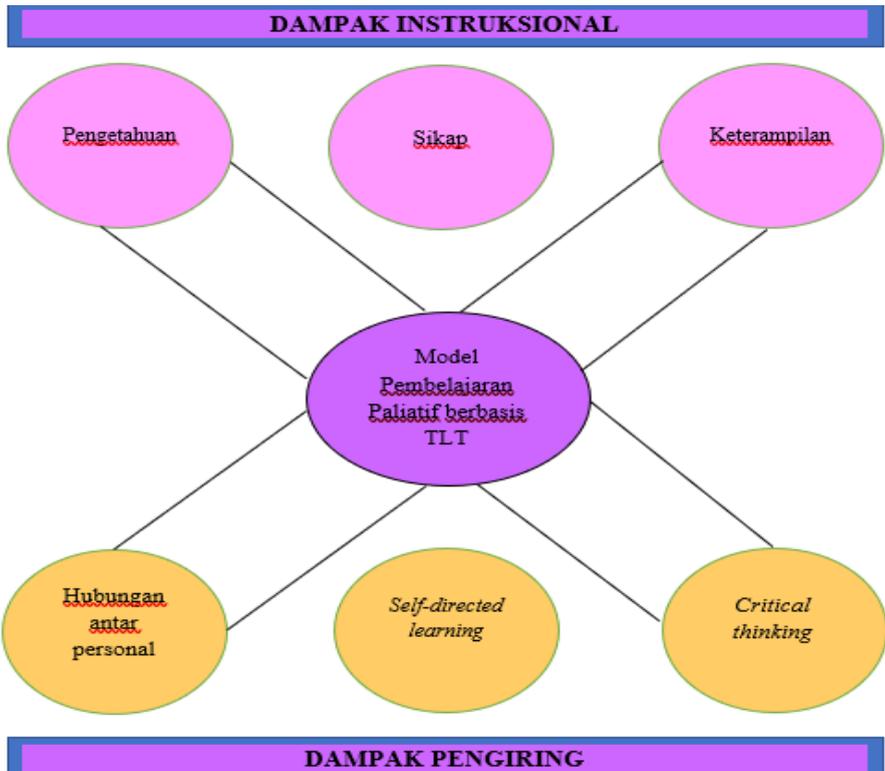
Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	<p>pengamatan dan pengalaman, sampai mahasiswa mengatakan “Aha” ketika mahasiswa tiba-tiba memahami inti materi yang disampaikan secara mandiri (<i>self-directed learning</i>).</p> <p>2. Dosen menyiapkan pertanyaan tentang:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Apa yang mengejutkan anda? Kenapa? b. Bagaimana pengalaman/ apakah materi bertentangan dengan pengalaman/ pemahaman anda? Kenapa? 	

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	<p>c. Apakah materi yang disampaikan mengubah cara anda memikirkannya? Mengapa?</p>	
<p>Fase 3 <i>Reflective discourse</i></p>	<p>Dosen meminta mahasiswa melakukan dialog reflektif dengan mahasiswa lain (<i>peers</i>) dan pendidik (<i>mentors</i>) tentang perspektif baru sehingga diperoleh validitas, keabsahan, dan kebenaran atas cara pandang atau perspektif baru tersebut.</p> <p>Kegiatan yang dilakukan, antara lain:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Bermain peran (<i>role play</i>) 2. Debat 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diskusi dengan teman dan fasilitator 2. <i>Roleplay</i> 3. Debat 4. Presentasi kelompok 5. Menjawab <i>quiz</i>

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	<p>3. Meminta mahasiswa untuk mengamati/ menafsirkan peristiwa dengan menggunakan pengetahuan mereka melalui bacaan jurnal, tugas, diskusi <i>online, quiz</i></p> <p>4. Presentasi kelompok</p>	
<p>Evaluasi (<i>Evaluation</i>) Fase 4 <i>Action</i></p>	<p>Dosen memberikan kesempatan kepada mahasiswa untuk menguji dan mengaplikasikan perspektif baru serta menempatkan diri secara baru melalui demonstrasi perawatan paliatif di laboratorium</p> <p>Kegiatan yang dilakukan, antara lain:</p>	<p>1. <i>Virtual fieldtrip</i> 2. Praktikum Lab</p>

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Virtual fieldtrip</i> 2. Membimbing praktikum di laboratorium 	
<i>Output</i>	Capaian kompetensi mahasiswa keperawatan dalam melakukan perawatan paliatif secara holistik, meliputi: <i>physical aspect of care, psychological aspect of care, social/ cultural aspect of care, spiritual aspect of care</i> dan <i>care of patient at the end of life.</i>	<ol style="list-style-type: none"> 1. UAS 2. Post test
Re-evaluasi (<i>Re-evaluation</i>)	Mengevaluasi kembali dari mulai tahap 1-4 sehingga jika ada hal-hal yang perlu diperbaiki sehingga bisa dilakukan rencana tindak lanjut	Memberikan <i>feedback</i> positif terhadap seluruh proses pembelajaran

Fase	Kegiatan Dosen	Kegiatan Mahasiswa
	(reconstruction) pengalaman belajar.	



Gambar 2. Dampak Instruksional dan Dampak Pengiring Model Perkuliahan Keperawatan Paliatif dan Keperawatan Menjelang Ajal

BAB 2

KONSEP DASAR PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Paradigma perawatan paliatif adalah “*care*” not “*cure*”. Perawatan paliatif adalah bagian penting dari layanan kesehatan terintegrasi yang berpusat pada orang di semua level perawatan. Perawatan paliatif diberikan kepada pasien yang menderita penyakit progresif dimulai sejak tegaknya diagnosa hingga akhir kehidupan pasien, baik fisik, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga pasien dapat menghadapi kematian secara berkualitas (*quality of death*) dan bermartabat (*die with dignity*). Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir kehidupan (*end of life*) dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan/berduka (*bereavement*) (Dahlin and Coyne, 2019; Huang, Tung and Lin, 2019).

2. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan konsep perawatan paliatif
- b. Menjelaskan falsafah keperawatan paliatif
- c. Menjelaskan perkembangan keperawatan paliatif
- d. Menjelaskan tentang kualitas hidup dalam memberikan pelayanan paliatif.

3. Manfaat

Dengan adanya materi berkaitan dengan konsep keperawatan paliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami konsep dasar keperawatan paliatif yang dapat menambah wawasan mahasiswa sehingga mampu mengaplikasikannya pada tatanan nyata.

4. Sasaran

Materi ini ditujukan kepada mahasiswa keperawatan sebagai informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan paliatif.

5. Uraian Materi

Pada bab ini dibagi ke dalam beberapa uraian materi, yaitu sebagai berikut:

Uraian Materi 1: Pengertian Perawatan Paliatif

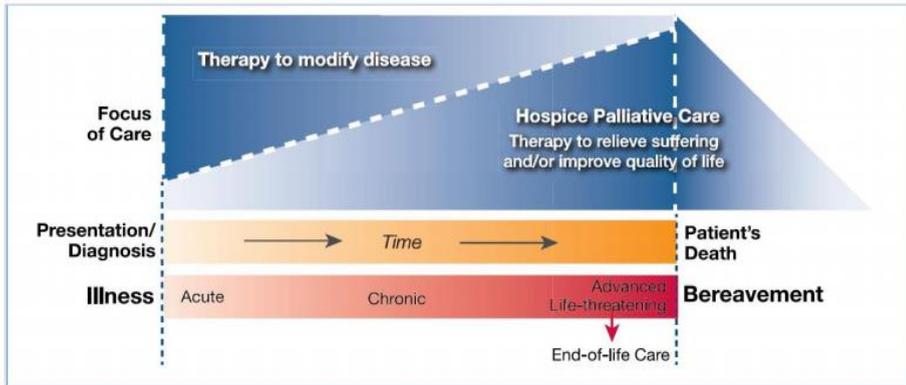
Uraian Materi 2: Falsafah Keperawatan Paliatif

Uraian Materi 3: Perkembangan Keperawatan Paliatif

Uraian Materi 4: Kualitas Hidup

Uraian Materi 1: Pengertian Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif adalah bagian penting dari layanan kesehatan terintegrasi yang berpusat pada orang di semua level perawatan. Perawatan paliatif diberikan kepada pasien yang menderita penyakit progresif dimulai sejak tegaknya diagnosa hingga akhir kehidupan pasien, baik fisik, psikologi, sosial, dan spiritual sehingga pasien dapat menghadapi kematian secara berkualitas (*quality of death*) dan bermartabat (*die with dignity*). Perawatan paliatif bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup, dengan cara meringankan nyeri dan penderitaan lain, memberikan dukungan spiritual dan psikososial mulai saat diagnosa ditegakkan sampai akhir kehidupan (*end of life*) dan dukungan terhadap keluarga yang kehilangan/berduka (*bereavement*) (Huang, Tung & Lin 2019; WHO 2019).



Gambar 2.1 *Canadian Hospice Palliative Care Association Model*
(Hawley 2014, p. e3)

Perawatan paliatif diberikan sejak diagnosa ditegakkan bersamaan dengan terapi suportif lainnya sampai akhir hayat untuk mencapai kualitas hidup yang tinggi. Artinya tidak memperdulikan pada stadium dini atau lanjut, masih bisa disembuhkan atau tidak, mutlak perawatan paliatif harus diberikan kepada penderita. Perawatan paliatif tidak berhenti setelah penderita meninggal, tetapi masih diteruskan dengan memberikan dukungan kepada anggota keluarga yang berduka. Meski pada akhirnya pasien meninggal, pasien dapat meninggal dengan bermartabat atau berkualitas, dan yang terpenting sebelum meninggal penderita sudah

siap secara psikologis dan spiritual, serta tidak stres menghadapi penyakit yang diderita.

Perawatan paliatif tidak hanya sebatas penanganan pada aspek fisik dari penderita, tetapi juga aspek lain seperti psikologis, sosial dan spiritual. Titik sentral dari perawatan paliatif adalah pasien sebagai manusia seutuhnya, bukan hanya penyakit yang diderita. Perhatian ini tidak dibatasi pada pasien secara individu, namun diperluas sampai mencakup keluarga pasien. Untuk itu metode pendekatan yang terbaik adalah melalui pendekatan terintegrasi dengan mengikutsertakan beberapa profesi terkait termasuk perawat. Dengan demikian, pelayanan pada pasien diberikan secara paripurna, hingga meliputi segi fisik, mental, sosial, dan spiritual.

Sebuah model baru untuk menggambarkan perawatan paliatif diperlukan untuk mengakui dualitas suatu pendekatan yang mempersiapkan pasien untuk yang terburuk (kematian) tetapi masih memungkinkan harapan untuk yang terbaik (penyembuhan). Tujuan dari model ini adalah untuk membantu orang melihat perawatan paliatif sebagai sesuatu yang normal dan esensial dari perawatan medis. Ini akan menggambarkan suatu proses di mana kemungkinan

kematian dapat diperkenalkan dengan lembut pada saat pikiran pasien dan keluarga memiliki harapan sembuh (Hawley 2014).

Uraian Materi 2: Falsafah Keperawatan Paliatif

Paliatif berasal dari bahasa latin yaitu “Palium” yang berarti menyelimuti atau menyingkapi dengan kain atau selimuti untuk memberikan kehangatan atau perasaan nyaman, dari makna kata tersebut perawatan paliatif di dimaknai sebagai pelayanan yang memberikan perasaan nyaman terhadap keluhan yang di rasakan oleh pasien. Sehingga tujuan utama dari pelayanan perawatan paliatif adalah memberikan perasaan nyaman pada pasien dan keluarga. Namun, pelayanan perawatan paliatif tidak hanya mengatasi masalah fisik pasien akan tetapi juga mencakup masalah dari aspek psikologis, sosial dan spiritual. Semua aspek tersebut saling berintegrasi sehingga dapat saling mempengaruhi satu sama lain. Selain itu, tenaga profesional kesehatan, para pembuat kebijakan dan masyarakat luas, memahami perawatan paliatif sama dengan perawatan diakhir kehidupan (*end-of-life care*). Perawatan paliatif merupakan pelayanan yang mencakup:

1. Pelayanan berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan berfokus pada penyakit.
2. Menerima kematian namun juga tetap berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup.
3. Pelayanan yang membangun kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan serta keluarga pasien.
4. Berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan.

Sehingga perawatan paliatif bukan untuk mempercepat proses kematian namun bukan pula untuk menunda kematian, karena kematian merupakan proses alamiah makhluk hidup. Sehingga dalam perawatan paliatif, kematian akan berlangsung secara alamiah pada pasien. Penyembuhan merupakan suatu hubungan antara diri sendiri, orang lain, lingkungan dan Tuhan. Sehingga seseorang tidak dapat meninggal dengan diobati, namun seseorang dapat meninggal dengan kondisi disembuhkan. Jadi meninggal dengan kesembuhan dapat dimaknai suatu kematian dimana seseorang mampu mengatakan atau menyatakan, berupa:

1. *I love you*
2. *Forgive me*
3. *Thank you*

4. *Good-bye*

Berdasarkan hal tersebut diatas sehingga perawat paliatif kadang dikatakan sebagai pelayanan yang miskin teknologi namun kaya akan sentuhan. Tujuan perawatan paliatif adalah mencapai kualitas hidup sebaik mungkin pada pasien dan keluarganya (Yodang, 2018) dengan memberikan pelayanan keperawatan yang lebih manusiawi (*authentic relationship*).

Uraian Materi 3: Perkembangan Keperawatan Paliatif

Masa sekarang dan yang akan datang telah terjadi perubahan yang dinamis dalam penyediaan perawatan paliatif terutama di Negara Inggris. Dimana departemen kesehatan memperkenalkan program dan panduan baru yang di kenal dengan sebutan "*End of Life Care Strategy*" dan "*the Gold Standards Framework*". Program dan panduan tersebut menitik beratkan akan pentingnya menggunakan standard pelayanan di saat memberikan pelayanan perawatan paliatif pada pasien dan keluarganya terutama di saat kondisi pasien menjelang ajal/kematian. lebih lanjut, pasien diberi otonomi untuk memilih tempat selama menjalani proses perawatan, seperti rumah sendiri, rumah sakit, rumah perawatan,

atau rumah hospis. Sebagai petugas perawatan paliatif, memaksimal sisa waktu atau umur pasien selama masa perawatan merupakan hal yang penting. Untuk memaksimalkan hal tersebut, koordinasi dengan anggota tim, dan memberikan pelayanan yang berkualitas menjadi hal yang sangat dibutuhkan. Saat ini telah banyak panduan atau guideline diterbitkan oleh lembaga bereputasi yang memberikan penjelasan bagaimana memberikan pelayanan perawatan paliatif yang berkualitas baik secara umum maupun untuk kelompok pasien dengan penyakit tertentu seperti panduan perawatan paliatif untuk pasien kanker paru. Di panduan tersebut, dijelaskan secara detail mengenai peran masing-masing anggota tim interprofesional, komunikasi secara efektif pada pasien, keluarga dan sesama anggota tim. Secara global, WHO (2014) melaporkan bahwa pendidikan dan pengetahuan para petugas kesehatan masih sangat minim mengenai perawatan pasien di area paliatif. WHO memperkirakan sekitar 19 juta orang di dunia saat ini membutuhkan pelayanan perawatan paliatif, dimana 69% dari mereka adalah pasien usia lanjut yaitu usia di atas 65 tahun. Sehingga hal ini menjadi tantangan para petugas kesehatan terutama tenaga profesional yang bekerja di

area paliatif untuk dapat memahami dengan baik cara memberikan pelayanan yang berkualitas pada kelompok lanjut usia tersebut dengan mengacu pada pilosofi dan standart pelayanan perawatan paliatif.

Uraian Materi 4: Kualitas Hidup

WHO mendefinisikan kualitas hidup sebagai persepsi individu terhadap kehidupan yang dijalannya sesuai dengan budaya dan nilai-nilai tempat individu tersebut tinggal serta membandingkan kehidupannya tersebut dengan tujuan, harapan, standar dan tujuan yang telah ditetapkan oleh individu (WHO, 1997). *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) mendefinisikan kualitas hidup lebih fokus pada persepsi individu terhadap kondisi kesehatan fisik dan mental serta hubungannya dengan risiko dan kondisi kesehatan, status fungsional, dukungan sosial dan status sosial ekonomi (CDC, 2000). Agborsangaya, Lau, Lahtinen, Cooke dan Johnson (2013) mendefinisikan kualitas hidup secara lebih sederhana yaitu penilaian individu tentang kesejahteraan yang berkaitan dengan kesehatan. Sementara itu menurut *Institute of Health Economics* (IHE) (2008) kualitas hidup adalah status

kesehatan yang dinilai secara subyektif dari persepsi pasien/individu.

Dimensi dari kualitas hidup menurut Jennifer J. Clinch, Deborah Dudgeon dan Harvey Scipper (1999) adalah:

1. Penanganan permasalahan kondisi fisik (gejala dan nyeri)
2. Kemampuan fungsional dalam beraktivitas
3. Kesejahteraan keluarga
4. Kesejahteraan emosional
5. Spiritual
6. Fungsi sosial
7. Kepuasan pada layanan terapi (termasuk pendanaan)
8. Orientasi masa depan (rencana dan harapan)
9. Seksualitas (termasuk "*body image*")
10. Fungsi okupasi

6. Rangkuman

Perawatan paliatif menekankan bahwa pelayanan paliatif berpijak pada pola dasar berikut ini:

- a. Memberikan kelegaan dari rasa sakit dan gejala-gejala menyedihkan lainnya.
- b. Menegaskan kehidupan dan menganggap mati sebagai proses normal.

- c. Tidak bermaksud mempercepat atau menunda kematian
- d. Mengintegrasikan aspek psikologis dan spiritual dari perawatan pasien
- e. Menawarkan pendukung untuk membantu pasien hidup seaktif mungkin hingga kematian
- f. Menawarkan pendukung untuk membantu keluarga mengatasi selama pasien sakit dan dalam kesedihan mereka sendiri
- g. Menggunakan pendekatan tim untuk memenuhi kebutuhan pasien dan keluarga mereka, termasuk konseling berkabung, jika diindikasikan
- h. Meningkatkan kualitas hidup, dan juga dapat secara positif mempengaruhi perjalanan penyakit
- i. Dapat diterapkan pada awal perjalanan penyakit, bersamaan dengan terapi lain yang dimaksudkan untuk memperpanjang hidup, seperti kemoterapi atau terapi radiasi, dan mencakup penyelidikan yang diperlukan untuk lebih memahami dan mengelola komplikasi klinis yang menyulitkan.

7. Evaluasi

- a. Jelaskan pengertian perawatan paliatif!
- b. Sebutkan perawatan paliatif merupakan pelayanan yang mencakup apa saja!
- c. Sebutkan otonomi yang diberikan pasien untuk memilih tempat selama menjalani proses perawatan!

8. Daftar Pustaka

Hawley, P. H. (2014) 'The bow tie model of 21st century palliative care', *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), pp. 2–5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009.

Huang, L. C., Tung, H. J. and Lin, P. C. (2019) 'Associations among knowledge, attitudes, and practices toward palliative care consultation service in healthcare staffs: A cross-sectional study', *PLoS ONE*, 14(10), pp. 1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0223754.

Yodang. 2018. Buku Ajar Keperawatan Paliatif Berdasarkan Kurikulum AIPNI 2015. Jakarta: Trans Info Media.

BAB 3

KOMUNIKASI EFEKTIF PADA PERAWATAN PALIATIF DAN *END OF LIFE CARE*

1. Deskripsi Singkat

Komunikasi telah menjadi prioritas dalam pelayanan maupun pendidikan terutama pada area perawatan kanker dan paliatif (Duke, 2010). Jadi komunikasi merupakan cara menyampaikan informasi mengenai kemungkinan-kemungkinan apa saja yang dapat dilakukan secara medis pada pasien berkenaan dengan penyakitnya, menelusuri hal yang hal yang menjadi perhatian bagi pasien dan keluarganya. Komunikasi yang baik sering dipersepsikan sebagai proses bagaimana suatu informasi disampaikan pada orang lain baik secara individu, kelompok maupun massa. Akan tetapi, komunikasi yang baik adalah sebuah hubungan yang mana informasi, perasaan dan pemahaman dibagikan ke orang lain. Sedangkan Owen & Jeffrey (2018) mengemukakan bahwa komunikasi yang baik merupakan jantung dari system pelayanan perawatan yang efektif. Keterampilan dalam berkomunikasi merupakan hal yang sangat dasar untuk keberhasilan proses keperawatan. Sehingga sangat

penting adanya untuk mengembangkan keterampilan komunikasi seperti hanya keterampilan yang lain dalam keperawatan (Lawton & Carroll, 2015). Hal serupa yang dikemukakan oleh Bradley & Brasel (2008) bahwa penggunaan keterampilan komunikasi secara efektif merupakan landasan dalam pelayanan medis. Lebih lanjut, untuk merespon terjadinya pergeseran dari penerima layanan kesehatan yang pasif menjadi partisipan yang aktif mendorong tenaga medis dan tenaga kesehatan lainnya untuk dapat memberikan informasi secara terbuka pasien yang telah menjadi prinsip dasar dalam praktik klinis.

Jadi komunikasi merupakan alat sentral dalam pelayanan kesehatan yang mana komunikasi digunakan untuk mencapai berbagai tujuan untuk membantu pasien dalam hal menerima berita buruk, mengendalikan emosi akibat dari penyakit yang sifatnya mengancam jiwa, memahami dan mengingat informasi yang kompleks, memahami mengenai prognosis penyakit, mengatasi dan mengendalikan ketidakpastian disaat mempertahankan harapan, membangun kepercayaan untuk keberlangsungan hubungan jangka panjang secara klinis, membuat keputusan mengenai pengobatan dan menerima perilaku mengenai promosi

kesehatan (Owen & Jeffrey 2008). Secara khusus dalam pelayanan paliatif, komunikasi sangat baik dan keterampilan interpersonal menjadi hal yang sangat penting, hal ini untuk membangun rasa percaya diri dan keterbukaan (Bradley & Brasel, 2008).

2. Tujuan

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan konsep komunikasi dalam perawatan paliatif.
- b. Menjelaskan model komunikasi dalam perawatan paliatif.
- c. Menjelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif.
- d. Menguasai keterampilan komunikasi dalam setting perawatan paliatif.

3. Manfaat

Dengan adanya materi berkaitan dengan konsep keperawatan paliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami konsep dasar keperawatan paliatif yang dapat menambah wawasan mahasiswa sehingga

mahasiswa mampu mengaplikasikannya pada tatanan nyata.

4. Sasaran

Materi ini ditujukan kepada mahasiswa keperawatan sebagai informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan tentang perawatan paliatif.

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: Konsep komunikasi dalam perawatan paliatif.

Komunikasi dalam perawatan paliatif merupakan hal yang kompleks (O'Connor, Lee 7 Aranda. 2012). Secara sederhana komunikasi dimaknai sebagai proses dimana seseorang membawa berita atau pesan dalam bentuk lisan maupun tulisan dengan berbagai macam cara penyampaian, dan penerima informasi tersebut memiliki kewajiban untuk menginterpretasikan pesan tersebut. Akan tetapi Higgs, Ajjawi, McAllister, Trede, and Loftus (2008) menekankan bahwa beberapa hal penting dapat mempengaruhi proses penyampaian berita tersebut yaitu lingkungan yang bising, kondisi fisik dan emosi seseorang seperti gangguan pendengaran dan depresi atau kecemasan, serta kemampuan seseorang

untuk menginterpretasikan atau memahami bahasa yang digunakan dalam pesan tersebut.

Percaya dan harapan merupakan aspek yang sangat penting dalam situasi menjelang akhir hayat sehingga sebagai petugas kesehatan membutuhkan keterampilan komunikasi di saat bekerja dengan pasien dan keluarga pada situasi tersebut (Reith & Payne, 2009). Idealnya, terkhusus untuk anak-anak dan juga dewasa, maka melibatkan mereka dalam diskusi mengenai kematian dan kondisi menjelang ajal atau akhir hayat dan juga isu mengenai hal praktis dalam pelayanan dapat membantu mengatasi situasi krisis terutama disaat mereka berupaya untuk memberikan pelayanan dan pendampingan pada orang terdekat yang dalam kondisi menjelang ajal. Candrian (2015) mengemukakan bahwa isu merupakan inti dari diskusi tentang bagaimana meningkat perawatan pada pasien yang menjelang akhir hayat. Kondisi menjelang ajal dapat terjadi dalam kesendirian, mekanikal atau impersonal.

Uraian Materi 2: Model komunikasi dalam perawatan paliatif.

Memahami keinginan pasien disaat menjelang akhir hayat akan mencegah petugas kesehatan

melakukan intervensi yang tidak diinginkan dan sekaligus merupakan upaya menghargai hakikat dan martabat serta otonomi pasien. Akibat proses interaksi antara petugas kesehatan pasien merupakan hal dinamis sehingga hal ini mendorong para ilmuwan untuk melakukan riset mengenai upaya pengembangan model komunikasi yang tepat seperti bagaimana model pesan yang disampaikan dapat mempengaruhi keyakinan pasien mengenai kesehatan serta perilakunya. Berikut beberapa model komunikasi yang dapat diterapkan dalam perawatan paliatif terutama pada kondisi menjelang (Candrian,2015).

1. An International Approach

Komunikais model interpersonal menitik beratkan pada pentingnya perspektif mengenai dimensi perawatan yang terkoordinasi pada kondisi menjelang akhir hayat. Namun model ini mendapat kritikan sebagaimana dipahami bahwa komunikasi merupakan proses transmisi ide dari pasien sebagai sender ke petugas kesehatan sebagai receiver, atau secara sederhana dipahami sebagai proses pertukaran pesan atau informasi, atau dimana seorang menyampaikan sedangkan yang lain mendengarkan. Sayangnya, pemahaman yang

spesifik mengenai model ini kadang menyebabkan ketidak mampuan para petugas kesehatan melakukan mediasi, pada kondisi plural atau majemuk dan independensi.

Sangat penting adanya untuk meningkatkan wawasan melalui interaksi yang produktif dan sensitif antara petugas kesehatan dan pasien. Memberikan kesempatan untuk memilih merupakan hal yang sangat produktif dalam interaksi secara interpersonal, yang mana hal tersebut memberikan perhatian khusus terhadap celah atau kesenjangan dalam pola komunikasi saat ini. Ruang dan kesenjangan tersebut akan menarik perhatian kita dalam memahami bagaimana pengalaman tentang hidup dan kematian itu terbentuk menjadi sangat penting, bagaimana pergeseran perhatian kita terhadap kesenjangan yang ada menjadi jalan untuk memahami bagaimana pemahaman itu terbentuk dan di komunikasikan selama berinteraksi. Sehingga wawasan kita akan meningkat melalui interaksi kita ditatanan klinis, serta pemahaman hingga akhirnya kita memahami mengapa hal tersebut harus dipahami.

2. A Social Construction Approach

Komunikasi dengan pendekatan social construction tentang isu akhir hayat akan memberikan kesadaran betapa pentingnya dan menariknya proses komunikasi saat ini, bagaimana pemahaman sosial dapat memproduksi dan mereproduksi pola interaksi. Dari perspektif social construction menyatakan bahwa tidak ada kata, aksi, perilaku atau kejadian yang memiliki makna tanpa memahami makna sistem secara luas yang mana hal tersebut ditempatkan.

Mempercayai bahwa tidak ada kata,aksi, perilaku, atau kejadian memiliki makna tanpa memahami dalam konteks lebih luas mengenai kematian dan kondisi menjelang ajal dalam perspektif sejarah dan budaya yang membuat hal tersebut sering diabaikan. Kondisi nilai-nilai tersebut mempengaruhi cara kita beraksi secara spesifik sangat dipengaruhi oleh keyakinan kita akan kebenaran mengenai kehidupan dan kematian. Keyakinan kemudian akan diproduksi dan direproduksi selama proses interaksi. Pola interaksi tersebut menjadi pola kebiasaan dalam berbicara tanpa pernah mempertanyakan bagaimana dan mengapa kita menerimanya.

Nilai tentang kehidupan yang baik, kematian yang baik dan perawatan yang baik dapat berbeda pada setiap orang, hal tersebut sangat dipengaruhi oleh pengalaman masa lalu. Sekalipun beberapa pengalaman hidup dapat bersifat universal seperti tentang kesehatan, nyeri dan kematian. Akan tetapi para penggiat social construction menyatakan bahwa pengalaman-pengalaman tersebut merupakan hal yang sifatnya subjektif, dan pemahaman yang didapatkan sangat tergantung pada konteks sejarah dan budaya dan bagaimana menempatkannya. Lalu beberapa konteks khusus, memahami bagaimana makna dihasilkan tidak akan dapat dimengerti dengan baik tanpa mempertimbangkan bagaimana cara makna itu dibentuk dalam konteks budaya yang berbeda.

3. A Cricital Culture Approach

Pendekatan lain untuk memahami pembicaraan dalam log adalah Cricital Cultural Approach. Pendekatan ini berupaya untuk mempertanyakan bagaimana faktor ekonomi, materi dan sejarah membentuk budaya untuk merespon, dan konsep tentang Kesehatan, sakit dan keputusan untuk melakukan pengobatan. Jadi disini budaya tidak

terbatas pada definisi secara antropology. Akan tetapi budaya dipahami sebagai cara hidup termasuk ide mengenai pengobatan, kepercayaan tentang sehat dan sakit, dan Bahasa yang dipergunakan untuk menjelaskan tentang proses kematian, serta institusi dan sistem pelayanan kesehatan yang membentuk bagaimana kita berfikir dan merasakan. Jadi budaya merupakan berbagai hal yang mencakup praktik budaya, arsitektur seperti ruangan pada Rumah Sakit atau hospis secara fisik dan materi.

Pendekatan ini mencoba untuk mendefinisikan dan menamai segala hal termasuk status fisik an emosional. Hal yang menarik dimana Bahasa membentuk hubungan serta membedakan hal tentang hidup, mati, dan perawatan. Contoh dimana kondisi sulit untuk menamai akan Kesehatan, sakit, dan kematian. Apakah dapat diterima bila mengatakan bahwa "dia telah pergi" atau "dia telah mati" pada keluarga. Hal ini menunjukkan bahwa Bahasa yang digunakan untuk mengatakan "mati" dalam konteks sosial menjadi hal yang sulit untuk menggambarkannya apa yang akan dinilai. Olehnya, pendekatan Social Cultural mengalami

kesulitan untuk mengembangkan Bahasa alternatif dalam bidang perawatan secara medis maupun tentang kematian. Sehingga pendekatan tersebut memberikan perspektif bahwa inti dari berbagai Krisis komunikasi adalah makna dan pemaknaan. Dalam memaknai sesuatu maka pemaknaan yang beragam terhadap suatu kemungkinan masih sering ditemukan dan bertahan dalam suatu budaya. Akan tetapi, definisi mengenai kematian dan kondisi menjelang akhir hayat juga dapat berubah, dinegosiasikan, dan kadang bersifat sementara. Olehnya, memahami secara kompleks bagaimana definisi tentang kematian dan kondisi menjelang akhir hayat menjadi suatu masalah tersendiri. Sehingga masalah bukanlah pada orangnya tapi pada bagaimana cara orang tersebut berbahasa dan menyampaikan pesan yang menjadi masalah. Perbedaan ini menjadi penting untuk memahami budaya dan dinamika budaya itu sendiri dan hubungan sentimental antara bidang Kesehatan dan Bahasa.

Memahami budaya terkait dengan komunikasi pada kondisi akhir hayat termasuk bagaimana penggunaan Bahasa dalam pelayanan Kesehatan

mencerinkan hubungan dan sekaligus perbedaan tentang apa dan siapa kita dalam nilai sosial. Olehnya, pemahaman Bahasa dalam bentuk tulisan dan lisan merupakan tantangan awal untuk menghasilkan sebuah pemaknaan, bagaimana makna tersebut dihasilkan, dan oleh siapa makna tersebut dihasilkan. Pemahaman peran budaya dalam pelayanan paliatif merupakan hal sangat mendasar.

4. A Multi-Method Approach

Critical dan dialogic perspective merupakan bagian dari modal komunikasi dengan pendekatan multi-method. Pendekatan ini berfokus pada bagaimana seseorang melakukan konstruksi ide dan mengemukakann apa yang mereka maknai tentang sesuatu seperti artisebuah kesehatan dan penyakit terminal. Critical approach bermula dari ontology dasar mengenai persepsi kita yang menggambarkan realitas kita sebagaimana permaknaan kita berdasarkan pada pengalaman dan kejadian, dan pemaknaan tersebut di dapatkan dari proses interaksi antara pengalaman dan kejadian nyata. Akan tetapi, Critical approaches juga dapat bermula dari asumsi secara epistemology. Asumsi secara

epistemology menitik beratkan pada pertanyaan mengenai “Bagaimana kita mengetahuinya, dan bagaimana kita dapat mengetahuinya”. Sebagai contoh, setiap orang memiliki cara pandang yang berbeda mengenai kondisi akhir hayat dan membuat keputusan untuk dapat meninggal dengan baik. Beberapa diantara mereka mungkin ingin tahu lebih detail mengenai kondisinya serta lama perkiraan untuk dapat bertahan hidup. Namun mungkin sebagian orang lagi lebih cenderung mengikuti pengalaman seseorang yang diceritakan padanya termasuk bagaimana mempersiapkan kematian. Sehingga ceita yang berbeda dan juga baimana ia akan mempersiapkan kematiannya. Sehingga kita dapat mengatakan bahwa kita menjadi sepakat dengan apa yang menjadi ide majemuk secara ril adalah hal yang serupa dengan baimana meyakini tentang pemahaman yang lainnya dan tahu uang kita akan lakukan selanjutnya, segitupun sebaliknya. Sedangkan Dialog Approach berupau mencari sesuatu yang dapat menginspirasi proses diskusi yang mana terlihat sebagai sesuau yang tidak eksis, sehingga pendekatan ini berbeda dengan critical approach. Secara khusus, untuk dapat menstimulasi

proses diskusi dengan pandangan yang berbeda termasuk bagaimana mendefinisikan pengalaman mengenai masa akhir hayat, pendekatan ini melihat proses interaksi sebagai sesuatu hal yang tiada henti. Komunikasi dengan pendekatan dialogis ini dapat membantu untuk mengeksplorasi berbagai cara orang membentuk argument atau alasan yang rasional dan memahami kematian dan kondisi menjelang akhir hayat merupakan sesuatu pengalaman yang ada tidak ada akhirnya selama proses interaksi.

Interaksi dalam pendekatan dialogis menjadi hal yang penting dalam komunikasi mengenai isu akhir hayat sebab kondisi sulit, terutama saat mengemukakan pendapat dan untuk menyampaikan ide terkadang harus di kontrol dan dikendalikan untuk menstabilkan suasana sekaligus untuk berbagai makna tentang sesuatu pada partisipan. Sebagai contoh, disaat seseorang mengatakan bahwa ia tidak takut akan kematian, terkadang kita berasumsi bahwa ia hanya mencoba untuk menyangkal akan kematian. Untuk memahami komunikasi di akhir hayat, evaluasi secara kritis mengenai masa-masa sulit menjadi hal yang penting

sebab masa-masa tersebut dimana seseorang berupaya untuk menemukan kata yang tepat untuk dapat menjelaskan mengenai apa yang dipikirkannya dan menjadikannya masuk akal.

Kombinasi pandangan secara kritis dan dialogis memberikan pemahaman yang berbeda dalam memahami pengalaman masa-masa akhir hayat. Melalui pendekatan ini pemahaman dikarakteristikan sebagai bentuk pendekatan yang lebih mengedepankan interpretasi. Secara singkat bahwa pendekatan multi-method berfokus pada bagaimana makna di negosiasikan dan diproduksi dalam konteks budaya selama proses interaksi berlangsung.

Uraian Materi 3: Faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif.

Kesulitan dalam berkomunikasi kemungkinan dapat diakibatkan oleh berbagai faktor seperti masalah dalam sistem keluarga, finansial, pendidikan, masalah fisik, dan keterbatasan, serta tingkatan coping dan kondisi berduka yang dialami (Matzo, Sherman, Sheehan, Ferrell & Penn, 2003).

Menyadari dan mengetahui kurangnya dukungan yang dirasakan oleh anggota keluarga mungkin hal tersebut akan menyebabkan timbulnya perasaan distress, dan mungkin juga perasaan yang berlebihan terhadap suatu masalah. Ketidakmampuan untuk merawat anggota keluarga baik secara fisik maupun emosional dapat mengakibatkan distress yang semakin meningkat, terutama bagi pihak anggota yang berperan sebagai penjaga pasien dengan tanpa adanya dukungan yang adekuat maka hal ini akan menjadikan mereka merasa terisolasi. Kondisi kritis disaat menjelang akhir hayat dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga untuk mendengar dan memahami informasi yang diberikan.

Finansial, pendidikan dan berbagai masalah fisik juga dapat mempengaruhi kemampuan anggota keluarga dalam berkomunikasi. Pembiayaan medis dan perawatan, kehilangan waktu untuk bekerja karena ijin, dan beberapa pembiayaan selama masa mendampingi pasien akan menyebabkan timbulnya masalah finansial, dimana kemungkinan akan kehilangan asset atau property untuk pembiayaan tersebut. Situasi tersebut dapat memicu timbulnya kecemasan, stress dan

kedukaan pada anggota keluarga disaat pasien dalam tahap penyakit terminal.

Faktor fisik yang dapat mempengaruhi komunikasi dapat mencakup gangguan tidur. Akibat kelelahan fisik maka hal tersebut dapat mempengaruhi kemampuan seseorang untuk menerima dan memproses informasi, serta kemampuan untuk memberikan bantuan pada pasien. Untuk pasien, intervensi medis, perkembangan penyakit, dan penyakit penyerta atau komplikasi akan mempengaruhi kemampuannya dalam berkomunikasi. Beberapa hal yang dapat menyebabkan hilangnya kemampuan untuk berbicara dan berkomunikasi adalah intervensi pembedahan seperti trakeostomi, dan juga kemampuan untuk mengelola informasi sebagai akibat dari efek samping medikasi obat-obatan. Hal tersebut, harus menjadi perhatian perawat dan tim perawatan paliatif untuk dapat mengelolanya sehingga pasien dapat tetap melakukan komunikasi dengan baik.

Tingkatan mekanisme coping dan kondisi kedukaan termasuk berduka antisipatif akibat kehilangan sesuatu secara pribadi maupun kehilangan pada orang terdekat dapat mempengaruhi komunikasi. Kemarahan terhadap situasi terkini pada salah satu anggota keluarga yang mana situasi tersebut tidak diperkirakan atau sesuatu

yang terjadi diluar dugaan sebelum akan berdampak pada sistem keluarga dan hal tersebut harus segera diselesaikan oleh tim kesehatan termasuk perawat. Komunikasi terbuka sangat penting untuk membantu mengatasi masalah tersebut dengan melibatkan keluarga serta membantu keluarga untuk mengatasi hal tersebut.

O'Connor, Lee & Aranda (2012) menambahkan beberapa faktor yang dapat mempengaruhi komunikasi dipelayanan perawatan paliatif yaitu perubahan kondisi pasien dan lingkungan kerja.

Sekalipun progress penyakit dapat diperkirakan dan mempersiapkan serta menyusun rencana perawatannya, akan tetapi kebanyakan pasien dan keluarganya sangat tidak siap bila mendadak terjadi perubahan kondisi pasien yang semakin memburuk sehingga membuat mereka tidak dapat berpartisipasi dalam membuat keputusan mengenai rencana penanganan selanjutnya. Kurangnya persiapan dan diskusi mengenai hal apa saja yang diinginkan oleh pasien bila terjadi kondisi dimana pasien tidak mampu mengambil keputusan terkait proses penanganannya hal tersebut menjadikan keluarga dan petugas

kesehatan tidak dapat memenuhi sesuatu yang menjadi keinginan pasien tersebut.

Faktor yang berkenaan dengan lingkungan kerja mungkin dapat menjadi sebagai barrier dalam melakukan komunikasi yang baik terutama saat perawatan menjelang akhir hayat. Kurangnya kerjasama dan kekompakan dalam tim kerja maka anggota tim kemungkinan tidak dapat melakukan komunikasi dengan baik dan menyampaikan informasi yang mungkin sangat penting untuk anggota tim lainnya, yang mana informasi tersebut dapat membantu dalam pembuatan keputusan. Anggota tim mungkin memiliki pandangan bahwa informasi tersebut tidak penting sehingga tidak disampaikan atau dicatat dalam rekam medis pasien. Selain itu dapat juga terjadi dimana perawat atau petugas kesehatan merasa tidak cukup waktu untuk membaca rekam medis pasien, dimana perawat disibukkan dengan kegiatan untuk mengurus pasien sehingga membuat seseorang terlupa untuk menyampaikan informasi penting terkait masalah pasien.

Sebagai perawat, komunikasi dalam pelayanan perawatan paliatif dapat menjadi hal yang sangat sulit sekaligus menantang seperti system pelayanan

kesehatan menciptakan lingkungan komunikasi yang kompleks untuk akses pasien serta pelayanan paliatif. Kurangnya pemahaman mengenai perawat paliatif masih eksis di beberapa penyedia layanan kesehatan, hal ini menjadikan para praktisi perawatan paliatif untuk harus menyediakan sistem pendidikan berjenjang (Wittenberg Lyles, Goldsmith & Platt, 2014).

Ada dua *framework* yang telah dikembangkan untuk membantu tenaga kesehatan professional untuk mengenali mengapa pasien dan bahkan tenaga kesehatan memasang barrier selama komunikasi (Nicol & Nyatanga, 2014). *Framework* tersebut dapat diingat dengan singkatan FEARS (*fears, environment, attitudes, responses, skills*) dan FIBS (*fears, inadequate skills, beliefs, support*), FEARS digunakan untuk mengenali potensi barrier dari pihak pasien sedangkan FIBS digunakan untuk mengenali kemungkinan barriers pada tenaga kesehatan professional.

Uraian Materi 4: Keterampilan komunikasi dalam setting perawatan paliatif.

1. Keterampilan Dasar Dalam Berkomunikasi

Sebagaimana yang telah dijelaskan diawal bahwa komunikasi merupakan hal penting dalam pelayanan

perawatan paliatif, sejak awal pasien mendapatkan pelayanan paliatif dan bertemu dengan para tenaga profesional hingga akhir hayat pasien (Emanuel & Librach, 2011). Komunikasi pada pasien mencakup dua hal yang sangat sering dan penting untuk dilakukan yaitu komunikasi mengenai informasi kesehatan pasien dan dialog yang berpusat pada perasaan dan emosi pasien, yang mana dialog tersebut juga merupakan bagian dari tindakan terapi. Dalam praktik klinis, kedua hal tersebut sering dilakukan dalam sekali percakapan, namun biasanya diawal percakapan lebih sering membahas mengenai status dan kondisi kesehatan pasien yang mencakup perkembangan penyakitnya, dan pertemuan selanjutnya biasanya sudah lebih fokus pada terapi.

Beberapa hal yang menjadi elemen dasar dalam komunikasi elektif, yang hal tersebut menjadi penting dalam proses dialog log atau komunikasi terapeutik. CLASS merupakan sebuah metode wawancara yang menggunakan 5 langkah sebagai protocol. Metode ini menggunakan teknik langsung untuk mengatasi emosi yang dirasakan oleh pasien, Hal ini menjadi hal yang sangat krusial bagi tenaga kesehatan terutama para dokter onkologis dimana hasil studi menunjukkan sekitar 85% dari mereka mengalami kesulitan dalam

proses wawancara dengan pasien dimana harus melibatkan emosi dalam proses wawancara tersebut.

Secara singkat, CLASS protocol mencakup lima komponen dasar dan krusial dalam wawancara terhadap pasien, dimana CLASS merupakan singkatan dari kelima komponen dasar tersebut yaitu; Context (konteks secara fisik masetting), Listening skills, Acknowledgement of the patient's emotions, Strategy for clinical management, dan Summary.

a. C (Context atau setting)

Context dalam wawancara adalah konteks atau setting secara fisik dan termasuk lima komponen utama yaitu menyediakan ruang yang memadai, bahasa tubuh, kontak mata, sentuhan, dan pengantar atau perkenalan. Luang waktu khusus untuk mengatur dan mempersiapkan semua terkait dengan hal komponen utama tersebut untuk wawancara yang mana tujuan dari hal tersebut untuk lebih mengefisienkan waktu sekaligus menghindari hal-hal yang tidak diinginkan seperti frustrasi ataupun kesalahpahaman baik dari petugas maupun pasien. Hal tersebut merupakan hal yang sederhana, namun terkadang dilupakan saat melakukan wawancara. Menyediakan ruangan yang memadai dan tetap memperhatikan privacy pasien. Jika berada di

rumah sakit, sebaiknya wawancara dalam ruangan dengan pintu yang tertutup untuk menjaga privasi pasien. Selama wawancara sangat penting untuk menjaga jarak yang nyaman dengan pasien. Jarak antar perawat-pasien dalam wawancara dapat berbeda makna dalam perspektif budaya, namun jarak yang ideal yaitu 2-3 kaki. Pada jarak tersebut seorang perawat dapat menunjukkan kedekatan dengan pasien sekaligus kesiapan untuk mendiskusikan hal yang bersifat pribadi. Dengan alasan ini, bila seorang perawat yang berdiri di ujung bed saat berbicara dengan pasien, hal ini mengesankan komunikasi yang kurang bersahabat. Selain itu, hal perlu diperhatikan adalah posisi saat duduk, usahakan mata perawat sejajar dengan mata pasien, tidak dengan salah satu yang berada pada posisi duduk yang lebih tinggi. Hal tersebut dapat menjadi barrier selama proses komunikasi.

Bahasa tubuh merupakan hal yang dapat memberikan makna berbeda dengan pesan yang disampaikan. Usahakan dalam melakukan komunikasi kondisi dalam keadaan rileks, duduk dengan posisi nyaman dengan kedua kaki berada di atas lantai tidak dalam keadaan tergantung dari kursi. Biarkan bahu dalam keadaan rileks dan letakkan kedua tangan anda di atas lutut. Posisi

tersebut dalam term psychotherapy dikenal dengan istilah posisi netral.

Upayakan menjaga dan mempertahankan kontak mata selama berkomunikasi terutama saat pasien berbicara. Jika proses wawancara menjadi lebih emosional dimana pasien mungkin menangis atau marah, maka perlu untuk mengalihkan pandangan sejenak.

Sentuhan merupakan hal yang sangat membantu selama wawancara. Namun tetap mempertimbangkan beberapa hal seperti; sentuhan dilakukan pada area yang tidak terpasang alat medikasi atau luka, perawat merasa nyaman untuk melakukan sentuhan, pasien tidak menunjukkan respon atau reaksi menolak dengan sentuhan yang dilakukan. Bila pasien merasa nyaman dengan sentuhan yang dilakukan, maka sentuhan dapat dipertahankan. Namun, bila pasien menunjukkan ketidaknyamanan maka sentuhan harus dihentikan. Sentuhan dapat memiliki makna yang berbeda, tergantung dari budaya yang dimiliki oleh pasien, Oleh karena itu sangat penting untuk memahami dan menilai respon pasien untuk menghindari kesalahpahaman.

Pastikan pasien mengenal siapa anda dan apa yang andaakan lakukan. Upayakan perawat memberikan salamatau dengan berjabat tangan dengan pasien lebih dahulu, lalu pada keluarga pasien atau pendampingnya. Hal ini untuk menunjukkan bahwa pasien merupakan subyek yang penting dalam pertemuan antara perawat-pasien.

b. Listening Skills

Saat memulai dialog dengan pasien, sebagai seorang profesional harus memastikan bahwa ia melakukan wawancara atau dialog dengan memiliki keterampilan mendengar yang baik. Secara umum ada empat poin yang sangat esensial dari keterampilan mendengarkan yaitu pertanyaan terbuka, teknik fasilitasi, klarifikasi, dan mengendalikan waktu dan interupsi.

Pertanyaan terbuka merupakan salah bentuk pertanyaan yang dapat dijawab dalam berbagai pandangan. Pertanyaan terbuka memberikan kesempatan pada pasien untuk mengekspresikan perasaannya berdasarkan pemahamannya mengenai pertanyaan yang diberikan. Dalam komunikasi terapeutik, dimana perawat mencoba sebagai bagian dari support sistem pasien, maka pertarryaan

terbuka merupakan hal yang sangat esensial untuk menelusuri akan pengalaman yang dirasakan oleh pasien mengenai kondisi sakitnya.

Hal yang pertama dan sekaligus merupakan hal sangat penting dari teknik fasilitasi dalam komunikasi antar perawat-pasien adalah diam. Jika pasien sedang berbicara, upayakan untuk tidak memotong pembicaraannya. Tunggulah pasien berhenti berbicara sebelumn anda memulai berbicara. Hal ini merupakan aturan yang sangat sederhana namun terkadang diabaikan, sehingga mengapa pasien sering merasakan tidak nyaman bila perawat atau tenaga kesehatan lainnya tidak mau mendengarkan dengan seksama mengenai keluhan-keluhannya. Diam juga merupakan kondisi dimana pasien berpikir atau merasakan sesuatu yang penting. Jika perawat mampu memberikan waktu untuk kondisi diam pasien maka memungkinkan pasien akan mengungkapkan atau mengekspresikan apa yang dipikirkannya.

Selain diam sejenak, ada beberapa teknik fasilitasi lainnya yang dapat dilakukan selama berkomunikasi dengan pasien yaitu menganggukkan kepala, berhenti sejenak saat berbicara, tersenyum, atau

memberikan respon seperti "ya", "mmmmm", atau dapat juga mengatakan "apa lagi". Untuk menunjukkan pada pasien bahwa perawat memperhatikan dan mendengarkan perkataan pasiennya yaitu dengan melakukan pengulangan satu atau dua kata terakhir yang diucapkan oleh pasien. Pengulangan merupakan suatu bentuk dari teknik fasilitasi. Sebagai contoh pasien mengatakan "saya merasakan dari hari kehari semakin letih", jadi sebagai perawat dapat merespon pernyataan pasien tersebut dengan mengatakan "apa yang bapak maksud dengan merasa semakin letih". Selain pengulangan perawat juga dapat melakukan reiteration yaitu berupa mengulangi apa yang dikatakan oleh pasien, namun dengan menggunakan bahasa perawat itu sendiri. Contoh pasien mengatakan "setelah minum obat tersebut mata saya semakin berat", perawat akan melakukan reiteration dengan mengatakan "jadi bapak semakin mengantuk ya setelah minum obat". Kedua hal tersebut diatas baik pengulangan atau reiteration merupakan cara untuk menunjukkan bahwa perawat mendengarkan perkataan pasien dengan seksama.

Masih sering ditemukan petugas kesehatan saat berkomunikasi dengan pasien terkesan bahwa informasi yang diterimanya pergi dan berlalu begitu saja tanpa berupaya untuk mengetahuinya secara jelas apakah perkataan itu maknanya dapat dipahami atau tidak. Hal ini akan menyebabkan masalah serius selama proses komunikasi berlangsung. Sehingga menjadi hal yang penting disaat petugas tidak memahami maksud dari perkataan pasien untuk melakukan klarifikasi. Beberapa pernyataan yang dapat digunakan untuk melakukan klarifikasi seperti "Maaf, saya belum begitu memahami apa maksud perkataan bapak/ibu mengenai.....waktu bapak/ibu mengatakan..... maksud bapak/ibu seperti apa....?". Jadi dengan melakukan klarifikasi, hal tersebut memberikan kesempatan pada pasien untuk menjelaskan lebih detail lagi mengenai pernyataan sebelumnya dan juga sekaligus menunjukkan bahwa petugas kesehatan tertarik pada topik yang dijelaskan oleh pasien.

Beberapa hasil studi menunjukkan bahwa para praktisi kesehatan memiliki kemampuan yang buruk dalam hal mengelola interupsi saat komunikasi

dengan pasien. Interupsi yang sering terjadi dapat berupa panggilan melalui telepon, pesan singkat atau panggilan sesama praktisi. Praktisi kesehatan sering terlihat mengabaikan pasien saat komunikasi berlangsung dengan merespon lebih cepat terhadap panggilan melalui telepon atau koleganya. Sekalipun interupsi tidak menyebabkan masalah namun bila hal ini terjadi berulang kali selama komunikasi maka dapat membuat pasien menjadi tidak nyaman dan merasa kurang atau bahkan tidak dihargai. Sehingga bila tidak ingin menerima telepon atau menonaktifkan telepon, sebaiknya menyampaikan izin atau permohonan maaf pada pasien mengenai interupsi tersebut contohnya "Maaf, ini panggilan dari dokter A dan saya harus berbicara padanya hanya dalam waktu yang singkat", atau "Maaf ini hal yang sangat urgen mengenai pasien yang sedang dirawat seperti saya membutuhkan waktu sekitar 5 menit untuk menjelaskan pada petugas A".

c. Acknowledge

Respon empati merupakan teknik yang sangat baik selama proses komunikasi yang penuh emosional, namun hal ini seringkali dipersepsi dengan salah oleh para siswa atau trainee. Respon empati tidak

membutuhkan perasaan pribadi dari petugas, jika pasien merasa sedih maka sebagai perawat tidak diharuskan untuk merasa sedih juga. Akan tetapi respon empati merupakan sebuah teknik untuk mengetahui dan memahami terhadap apa yang ditunjukkan oleh pasien berdasarkan observasi perawat mengenai emosi pasien.

2. Menyampaikan Berita Buruk

Komunikasi dalam praktik keperawatan bukanlah hal yang mudah akan tetapi secara alamiah hal tersebut merupakan sesuatu yang kompleks (Malloy, Virani, Kelly & Munevar, 2010). Seperti halnya keterampilan keperawatan profesional, komunikasi memerlukan pendidikan dan latihan yang intens. Kebutuhan akan kemampuan komunikasi yang baik menjadi hal yang berlaku secara umum dalam praktik keperawatan terutama saat waktu-waktu tertentu atau khusus seperti kondisi penyakit serius dan kritis serta perawatan menjelang akhir hayat. Sangat banyak literatur dalam bidang perawatan paliatif yang merupakan hasil penelitian mengenai komunikasi terutama mengenai komunikasi dokter-pasien. Dimana kebanyakan dari penelitian tersebut mengenai penyampaian berita buruk. Namun, dalam tatanan pelayanan perawat yang selalu

sedia setiap saat bersama pasien sehingga hal tersebut menjadikan perawat harus siap untuk meluangkan waktunya untuk membantu pasien dan keluarganya memahami kondisi atau berita buruk mengenai pasien dan mendengarkan respon emosi mereka setelah mendapatkan informasi tersebut. Percakapan mengenai perawatan akan menjadi sangat sulit bagi dokter, perawat, pasien dan keluarga pasien disaat proses pengobatan tidak berjalan sesuai yang diharapkan, dimana pengobatan tidak dapat lagi untuk mengobati atau mengontrol penyakit pasien (Gordon, 2003). Beberapa isu dalam komunikasi yang biasanya sulit untuk dilakukan seperti ketidak pastian prognosis penyakit (berapa lama lagi kemungkinan waktu yang dimiliki oleh pasien untuk bertahan hidup), kematian (dimana dan bagaimana saya akan meninggal), mengenai harapan (saya tidak boleh kehilangan harapan, namun apa yang saya akan harapkan). Mendiskusikan hal mengenai ketidak pastian prognosis pasien merupakan hal problematic bagi dokter karena, sulit untuk memperkirakan kapan pasien akan meninggal, kemungkinan hanya akan memberikan harapan palsu disaat pasien sedang menghadapi masa akhir hayatnya, dan kemungkinannya hanya akan

memberikan gambaran yang biasa mengenai kemungkinan-kemungkinan yang akan terjadi. Menyampaikan berita buruk membutuhkan keterampilan dan juga perhatian khusus. Ketika seseorang menyampaikan pengalamannya mengenai sesuatu yang buruk dalam pelayanan kesehatan atau cara penyampaian berita buruk yang jelek, prognosis penyakit yang buruk atau kegagalan dari upaya pengobatan sering menunjukkan respon ketidakpuasan. Membicarakan hal tersebut terkadang menjadi hal yang selalu dihindari oleh mereka. Hal tersebut akan mempengaruhi petugas Kesehatan Untuk melakukan komunikasi. Buruknya komunikasi pada situasi tersebut menjadikan petugas kesehatan mengalami stress dan burnout.

Ada 2 model yang sangat membantu untuk menyampaikan berita buruk. Robert Buckman (2005) memperkenalkan the SIPKES strategi untuk menyampaikan berita buruk, dia mendefinisikan berita buruk merupakan sesuatu yang memiliki dampak buruk terhadap masa yang akan datang dalam perspektif dan penanganan seseorang. SIPKES merupakan singkatan dari Setting, Perception, Invitation, Knowledge, Empathy dan Summary.

Setting mencakup upaya untuk menjamin lingkungan yang privasi dan dengannya memungkinkan orang terdekat dan keluarga untuk hadir. Petugas Kesehatan duduk dengan tenang dan penuh perhatian untuk mendengarkan dan tidak memotong pembicaraan. Perception merupakan upaya untuk meyakinkan sebagai petugas Kesehatan telah memahami persepsi pasien, orang terdekat atau pasien mengenai situasinya sebelum berita buruk tersebut disampaikan. Invitation adalah strategi untuk mengundang pasien, orang terdekat atau keluarga untuk ingin tahu lebih banyak lagi mengenai informasi secara detail. Knowledge berarti kondisi dimana petugas Kesehatan memberikan beberapa pertanda pada mereka bahwa berita buruk tersebut akan segera disampaikan. Menggunakan Bahasa dan kalimat yang sederhana, menghindari penggunaan istilah medis dan memberikan informasi dalam segmen yang lebih singkat untuk membantu mereka mengolah dan memahami informasi yang disampaikan. Tunjukkan rasa Empathy dengan mengidentifikasi dan merespon emosi yang timbul pada pasien atau keluarga yang selanjutnya akan membantu memvalidasi perasaan mereka. Selanjutnya pada tahap akhir lakukan Summary atau ringkasan komunikasi yang

telah dilakukan, dan tetap memberikan kesempatan untuk mengajukan pertanyaan atau butuh penjelasan mengenai rencana pengobatan atau perawatan selanjutnya yang akan disetujui dan diikuti oleh pasien dan keluarganya.

Strategi lain untuk menyampaikan berita buruk yaitu the PREPARED strategi (O'Connor, Lee & Aranda, 2012). Strategi tersebut menyediakan panduan bagaimana mengkomunikasikan prognosis dan isu-isu lainnya mengenai akhir hayat terkhusus pada pasien dewasa dan keluarganya. PREPARED merupakan singkatan dari Prepare for the discussion, Relate to the person, Elicit patient and caregiver preferences, Provide information, Acknowledge emotions and concerns, Realistic hope, Encourage questions, dan Document.

Langkah awal pada strategi PREPARED yaitu Prepare, dimana petugas kesehatan akan mempersiapkan diskusi dengan berupaya untuk memberikan informasi yang akurat mengenai pemeriksaan dan diagnosis penyakit, menjamin privasi dan melakukan negosiasi terhadap keluarga yang hadir. Selanjutnya "Relate" diskusi fokus pada hal yang menjadi fokus perhatian pasien untuk membangun hubungan yang lebih akrab. Elicit, hindari dan cegah segala sesuatu yang berpotensi

untuk mengganggu proses komunikasi dan penyampaian informasi, termasuk faktor budaya. Selanjutnya menyediakan dan memberikan informasi penting sesuai dengan kebutuhan pasien dan keluarga. Acknowledge merupakan upaya untuk memahami emosi dan fokus perhatian pasien dan keluarga dengan merespon secara empati. Lalu Memberikan Harapan yang realistis, hal ini dapat dicapai dengan menyeimbangkan antara kejujuran secara realistis dengan memberikan jaminan dukungan, perawatan dan bantuan. Encourage questions, memberikan kesempatan untuk bertanya, dan hal ini dapat dilakukan dengan memberikan informasi dan penjelasan ulang untuk memastikan bahwa mereka telah memahami informasi yang telah diberikan dan siap untuk proses komunikasi selanjutnya. Tahap akhir yaitu Summary, Ringkasan komunikasi harus di Dokumentasikan dalam catatan rakam medik pasien, dan komunikasi oleh petugas kesehatan lainnya yang dianggap penting juga harus di masuk dalam dokumentasi.

3. Barrier dalam Menyampaikan Berita Buruk

Beberapa barrier faktor yang menjadi penghambat dalam proses komunikasi untuk menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarga

pasien yaitu situasi yang kurang nyaman atau kondusif, kemampuan coping dalam merespon kedukaan, dan ketidakmampuan untuk merespon pertanyaan (Jevon, 2010).

Menyampaikan berita buruk kepada pasien dan keluarga pasien bukanlah pekerjaan yang mudah dan hal tersebut menjadi tugas yang membuat petugas kesehatan sangat stres dan tidak nyaman, dan beberapa alasan yang menyebabkan hal tersebut terjadi. Pertama, kemungkinan petugas kesehatan memiliki keterbatasan atau minimnya rasa percaya diri untuk membantu pasien yang mengalami masalah psikologis seperti stres, dan juga ada kesulitan untuk merasakan empati terhadap perasaan seseorang.

Para praktisi kesehatan juga terkadang mengalami kesulitan untuk menghadapi pasien dengan marah atau pasien yang meyalahkan dirinya sendiri atau orang lain yang mungkin akan timbul disaat pasien mendengarkan berita buruk. Mengenai respon marah atau menyalahkan diri sendiri atau orang lain terkadang ditujukan pada seseorang atau system pelayanan kesehatan. Kondisi ini kemungkinan dapat terjadi pada seseorang yang tidak mampu mengendalikan perasaan pribadi sebagai akibat dari penyakit yang di deritanya tidak memberikan

harapan dan bahkan cenderung semakin memperburuk kondisi pasien.

Pasien dan keluarga pasien terkadang lebih cenderung untuk bertanya lebih banyak dalam merespon berita buruk, keraguan atau ketakutan akan ketidakmampuan untuk memberikan jawaban yang tepat atau keraguan dan ketakutan akan respon yang di alami pasien setelah menerima berita buruk merupakan faktor yang sering menyebabkan penyampaian berita buruk menjadi pengalaman yang membuat seseorang sangat stres.

4. Komunikasi pada Pasien dengan Demensia

Seiring meningkatnya angka harapan hidup secara global, maka prevalensi kejadian demensia juga turut meningkat (Buckley, 2008). Hal ini menjadi sangat penting untuk mengembangkan kemampuan atau keterampilan berkomunikasi pada pasien dengan demensia. Pada tahap awal demensia, isu komunikasi belumlah menjadi masalah. Isu komunikasi pada tahap awal biasanya dimanifestasikan sebagai akibat dari adanya perubahan memori, menurunnya kemampuan pasien dalam merespon secara spontan, terjadinya disorientasi waktu, kadang-kadang juga ditemukan kecemasan atau bertanya tentang sesuatu secara

berulang-ulang. Bila hal tersebut telah teridentifikasi maka pada kondisi tersebut merupakan waktu yang tepat untuk mengembangkan beberapa cara yang inovatif untuk mengelola lingkungan pasien sehingga nantinya dapat membantu dan meningkatkan semua proses komunikasi pada pasien demensia.

Sesungguhnya seseorang masih dapat berkomunikasi sekalipun itu mengalami demensia berat. Komunikasi bukan hanya dalam bentuk verbal akan tetapi penggunaan sentuhan terapeutik atau kontak langsung merupakan bagian yang paling dasar dalam komunikasi pada pasien demensia. Sehingga menjadi hal yang dasar untuk diperhatikan terutama pada pasien dengan penyakit yang semakin buruk untuk tetap mempertahankan kontak pada pasien yang dapat berupa membelai atau mengelus tangan pasien, menyisir rambut, memegang tangan pasien disaat pasien berjalan. Ekspresi wajah juga merupakan hal yang terpenting dalam berkomunikasi pada pasien demensia seperti tersenyum dan selalu berusaha untuk merefleksikan setiap perasaan atau emosi yang disampaikan. Disaat pasien terlihat gelisah atau khawatir maka sebagai praktisi kesehatan dapat mengatakan bapak/ibu nampaknya sedang gelisah atau sedang

mengkhawatirkan sesuatu. Mempertahankan kontak mata juga dapat membantu memahami pesan yang disampaikan oleh pasien yang diekspresikan melalui tatapan matanya. Mendengarkan secara aktif dan reflektif hal yang sangat penting selama berkomunikasi pada pasien demensia, sehingga terkadang dibutuhkan kemampuan untuk duduk dan diam di samping pasien, terutama pada pasien yang mengalami demensia tahap lanjut. Sehingga sangat penting adanya untuk membangun kedekatan dengan melakukan sentuhan, mendengarkan intonasi suara terutama saat menyampaikan informasi secara emosional, dan mengenal bahwa pasien demensia tersebut ingin berkomunikasi yang ditunjukkan melalui berbagai cara, karena komunikasi dapat berlangsung melalui berbagai penyampaian baik verbal maupun non-verbal.

6. Rangkuman

Keterampilan berkomunikasi merupakan hal yang terpenting dalam pelayanan perawatan paliatif. Keterampilan berkomunikasi dapat meningkatkan hubungan yang lebih baik dengan pasien dan keluarga, sehingga dapat memberikan informasi yang penting dengan cara yang lebih baik saat pasien

mebutuhkannya, atau menjadi pendengar yang baik saat pasien mengungkapkan keluhannya tanpa memberikan penilaian atau stigma yang bersifat individual. Komunikasi menjadi keterampilan yang sangat dasar pada perawat paliatif, dimana dengan keterampilan tersebut akan mampu menggali lebih dalam mengenai perasaan pasien, keluhan pasien tentang apa yang dirasakannya. Selain itu dengan keterampilan berkomunikasi tersebut maka dapat mengidentifikasi untuk memenuhi kebutuhan pasien, kapan saja, atau bahkan di saat pasien mengajukan pertanyaan yang rumit seperti tentang kehidupan dan kematian. Kemampuan berkomunikasi juga akan membantu membangun kepercayaan diri, tahu kapan mengatakan tidak terhadap pasien, dan dengan komunikasi yang disertai dengan sentuhan, maka hal tersebut dapat menjadi terapi bagi pasien.

7. Evaluasi

1. Jelaskan tentang konsep komunikasi dalam perawatan paliatif!
2. Jelaskan model komunikasi dalam perawatan paliatif!

3. Jelaskan faktor-faktor yang mempengaruhi komunikasi dalam perawatan paliatif!
4. Bagaimanakah komunikasi dalam setting perawatan paliatif.

8. Daftar Pustaka

- Agustini, Ni Luh Putu Inca Buntari Nursalam Nursalam, Gst. Kade Adi Widyas Pranata, Dewa A Rismayanti, N. W. S. (2021) 'Teaching Methodologies Regarding Palliative Care Competencies on Undergraduate Nursing Students: A Systematic Review', *Journal of International Dental and Medical Research*, 14(3), pp. 1302–1308.
- Dahlin, C. and Coyne, P. (2019) 'The palliative APRN leader', *Annals of Cardiothoracic Surgery*. North Shore Medical Center, Salem, MA, United States: AME Publishing Company, 8, pp. S30–S38. doi: 10.21037/apm.2018.06.03.
- Damianakis, T. *et al.* (2019) 'Teaching for Transformation: Master of Social Work Students Identify Teaching Approaches That Made a Difference', *Journal of Transformative Education*,

pp. 1–22. doi: 10.1177/1541344619865948.

Dimoula, M. *et al.* (2019) 'Undergraduate nursing students' knowledge about palliative care and attitudes towards end-of-life care: A three-cohort, cross-sectional survey', *Nurse Education Today*. Elsevier, 74(November 2018), pp. 7–14. doi: 10.1016/j.nedt.2018.11.025.

Etkind, S. N. *et al.* (2017) 'How many people will need palliative care in 2040? Past trends, future projections and implications for services', *BMC Medicine*. doi: 10.1186/s12916-017-0860-2.

Hagan, T. L. *et al.* (2018) 'Nursing's role in leading palliative care: A call to action', *Nurse Education Today*, 61(May 2017), pp. 216–219. doi: 10.1016/j.nedt.2017.11.037.

Hawley, P. H. (2014) 'The bow tie model of 21st century palliative care', *Journal of Pain and Symptom Management*, 47(1), pp. 2–5. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2013.10.009.

Henoch, I. *et al.* (2017) 'Nurse Education in Practice Undergraduate nursing students ' attitudes and preparedness toward caring for dying persons e A longitudinal study', 26, pp. 12–20. doi: 10.1016/j.nepr.2017.06.007.

- Huang, L. C., Tung, H. J. and Lin, P. C. (2019) 'Associations among knowledge, attitudes, and practices toward palliative care consultation service in healthcare staffs: A cross-sectional study', *PLoS ONE*, 14(10), pp. 1–11. doi: 10.1371/journal.pone.0223754.
- Josephsen, J. and Martz, K. (2014) 'Faculty and student perceptions: An end-of-life nursing curriculum survey', *Journal of Hospice and Palliative Nursing*, 16(8), pp. 474–481. doi: 10.1097/NJH.0000000000000098.
- Luh Putu Inca Buntari Agustini, N. et al. (2022) 'PALLIATIVE CARE LEARNING MODEL BASED ON TRANSFORMATIONAL LEARNING THEORY IN PALLIATIVE CARE OF NURSING STUDENTS IN INDONESIA', *Enfermería Clínica (English Edition)*. doi: 10.1016/j.enfcle.2022.10.001.
- Nyatanga, B. (2018) 'Loss, grief and bereavement: An inescapable link in palliative care', *British Journal of Community Nursing*, 23(2), p. 70. doi: 10.12968/bjcn.2018.23.2.70.
- Schram, A. W. et al. (2017) 'Palliative Care in Critical Care Settings: A Systematic Review of Communication-Based Competencies Essential for Patient and

Family Satisfaction', *American Journal of Hospice and Palliative Medicine*, 34(9), pp. 887–895. doi: 10.1177/1049909116667071.

BAB 4

ETIK, LEGAL, DAN PEKA BUDAYA PADA PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Prinsip etik dan legal praktik serta peka budaya pada perawatan paliatif merupakan cara yang dilakukan untuk membuat perencanaan dengan memperhatikan preferensi pasien dan keluarga sebagai penerima layanan dengan tidak melanggar norma dan aturan yang berlaku. Pengungkapan kebenaran, tempat perawatan, kelanjutan perawatan paliatif yang efektif hingga hari-hari terakhir kehidupan, kerahasiaan, penggunaan antibiotik dan transfusi darah, nutrisi dan arahan lanjutan dapat menjadi poin kunci yang dihadapi tim perawatan paliatif. Prinsip-prinsip etik mengacu pada azas *justice, autonomy, non maleficence, beneficence, veracity, dan confidentiality*.

2. Tujuan Pembelajaran

Setelah mempelajari materi ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan tentang pengertian etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif.

- b. Menjelaskan tentang prinsip etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif.
- c. Menaplikasikan etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif.

3. Manfaat

Dengan adanya materi yang berkaitan dengan aspek etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami aspek etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif yang dapat menambah wawasan mahasiswa sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikannya pada tatanan nyata.

4. Sasaran

Materi ini ditujukan kepada mahasiswa khususnya mahasiswa di bidang keperawatan sebagai informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa di bidang keperawatan paliatif.

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: Pengertian etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif

Uraian Materi 2: Prinsip etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif

Uraian Materi 3: Aplikasi etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif

Uraian Materi 1: Pengertian etik, legal, dan peka budaya pada perawatan paliatif

Penyediaan layanan keperawatan dan kedokteran yang berkualitas terutama pada pasien diakhir hayatnya telah menjadi perhatian utama di beberapa Negara di Dunia. Beberapa keputusan saat memberikan layanan perawatan maupun kedokteran yang berkualitas terkadang dihadapkan dengan kondisi apakah tindakan tersebut benar adanya untuk pasien dan keluarga secara etik dan legal. Etika berasal dari bahasa Yunani yaitu "ethos" menurut Araskar David (1978) berarti "kebiasaan", "model perilaku" atau "standar" yang diharapkan dan kriteria tertentu untuk suatu tindakan. Sedangkan dalam bentuk jamak (ta etha) berarti adat kebiasaan; dengan kata lain etika diartikan sebagai ilmu tentang apa yang biasa dilakukan atau ilmu tentang adat kebiasaan. Potter dan Perry (1997) menyatakan bahwa etika merupakan terminologi dengan berbagai makna, etika berhubungan dengan bagaimana seseorang harus

bertindak dan bagaimana mereka melakukan hubungan dengan orang lain. Dengan demikian etika dapat diartikan sebagai ilmu yang mempelajari tentang adat istiadat, kebiasaan yang baik dan buruk secara moral serta motif atau dorongan yang mempengaruhi perilaku manusia dalam berhubungan dengan orang lain yang berdasarkan pada aturan-aturan serta prinsip yang mengandung tanggung jawab moral.

Etika keperawatan yaitu dalam literatur keperawatan dikatakan bahwa etika dimunculkan sebagai moralitas, pengakuan, kewenangan, kepatuhan pada peraturan, etika sosial, loyal pada rekan kerja serta bertanggung jawab dan mempunyai sifat kemanusiaan. Menurut Cooper (1991), dalam Potter dan Perry (1997), etika keperawatan dikaitkan dengan hubungan antar masyarakat dengan karakter serta sikap perawat terhadap orang lain. Etika keperawatan merupakan standar acuan untuk mengatasi segala macam masalah yang dilakukan oleh praktisi keperawatan terhadap para pasien yang tidak mengindahkan dedikasi moral dalam pelaksanaan tugasnya (Amelia, 2013). Etika keperawatan merujuk pada standar etik yang menentukan dan menuntun perawat dalam praktek sehari-hari (Fry, 1994).

Perawatan paliatif melalui pendekatan budaya terbukti mampu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat juga dituntut untuk memiliki kompetensi kultural sehingga memiliki kepekaan terhadap kebutuhan budaya pasien. Pemahaman perawat bahwa kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang berkaitan dengan etiologi dari suatu penyakit (illness) yang dideritanya akan membantu perawat untuk dapat membantu pasien mengatasi penyakitnya. Andrews dan Boyle (2003) menjelaskan bahwa sejumlah masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dewasa dipengaruhi oleh faktor budaya. Selain faktor penyebab penyakit, aspek-aspek yang terkait perubahan kebiasaan, gaya hidup dan sistem keluarga sebagai faktor-faktor kebudayaan merupakan faktor penting dalam penanganan penyakit kronis. perawatan paliatif harus sensitif terhadap budaya, sehingga dapat menyadari dan memenuhi kebutuhan pasien. Demikian juga Owens (2004), mengemukakan tantangan yang dihadapi dalam perawatan paliatif yaitu mengembangkan praktek penerapan budaya yang kompeten bagi pasien dengan penyakit kanker, penyakit kronis dan penyakit terminal.

Pemahaman budaya penting untuk perawatan holistik dan individual (Oliviere, 1999). Jika pengetahuan budaya tertentu dapat diandalkan, diterapkan secara peka dan bertanggung jawab dapat meningkatkan proses pengkajian pasien dari pertanyaan yang perlu ditanyakan perawat (Hallenbeck, 1996). McNamara (1997) mengemukakan menggunakan budaya yang sama akan sangat membantu dalam pemberian layanan kesehatan. Filosofi perawatan paliatif dengan pendekatan budaya dapat memberikan pelayanan holistik: fisik, psikologis, sosial dan spiritual secara individual (Diver, 2003). Berdasarkan uraian di atas dapat disimpulkan bahwa budaya memegang peranan penting dalam perawatan paliatif, pengkajian dapat terfokus pada pertanyaan yang diperlukan pasien sehingga pasien dapat menyampaikan permasalahan yang dimiliki serta diharapkan dapat menangani masalah fisik, psikologis, sosial, spiritual dan kualitas hidup pasien.

Uraian Materi 2: Prinsip Etik, Legal, dan Peka Budaya pada Perawatan Paliatif

Secara umum pendekatan etik mengenai pengambilan keputusan dikenal dengan "*The Four*

Principles" yang mana dikemukakan oleh Beauchamp dan Childress. Mereka mengungkapkan bahwa ada 4 prinsip moral aplikasi etik di bidang pelayanan kesehatan, yang mana prinsip tersebut dikenal dengan nama:

1. Menghargai otonomi pasien
2. *Beneficience*: melakukan hal yang terbaik untuk pasien
3. *Non-malefience*: menghindari hal yang merusak atau merugikan pasien
4. *Distributive*: adil dalam menggunakan dan mendistribusikan sumber atau fasilitas

Sekalipun banyak perdebatan mengenai prinsip yang dapat mencakup seluruh prinsip etik dalam pelayanan kesehatan, dimana banyak ilmuan di bidang etik pelayanan kesehatan berpendapat bahwa ke empat prinsip diatas dapat mencakup semua hal yang berkenaan dengan masalah pelayanan kesehatan.

a. Menghargai Otonomi

Prinsip tentang menghargai otonomi merupakan upaya untuk menunjukkan akan hak individual dalam menetapkan apa yang menjadi keinginannya sehingga membuat dan menetapkan keputusan terkait dirinya. Seseorang dapat melakukan haknya secara otonom maka dibutuhkan informasi yang

akurat dan valid, memiliki kemampuan untuk menerima dan memahami informasi tersebut sebagai dasar dalam pengambilan keputusan. Selain itu seseorang harus dalam kondisi bebas dari hal yang dapat mempengaruhinya dalam pengambilan keputusan seperti berada dalam kondisi tertekan. Seseorang petugas kesehatan, tidak akan dapat menghargai otonomi pasien selagi masih memberikan opsi atau pilihan. Jadi hal terpenting adalah memastikan bahwa pasien tidak dalam tekanan seseorang untuk memilih salah satu dari sekian opsi yang diberikan. Prinsip menghargai otonomi juga mensyaratkan bahwa otonomi dari setiap anggota dalam suatu tim atau kelompok juga harus dihargai

b. Beneficence dan non-maleficence

Beneficence dapat diartikan sebagai tugas atau tindakan yang dilakukan oleh seseorang, dimana tugas atau tindakan tersebut memberikan asas manfaat kepada orang lain. Sedangkan Non-maleficence diartikan sebagai suatu tindakan yang dilakukan tanpa menyebabkan kerusakan atau kerugian terhadap orang lain. Keberhasilan dari suatu tindakan tidak hanya dilihat dari aspek fisik

bahwa tindakan tersebut dapat mengurangi rasa nyeri atau keluhan fisik lainnya, akan tetapi faktor lain juga harus menjadi bagian yang penting untuk diperhatikan seperti emosional, atau faktor lainnya yang dapat mempengaruhi kondisi pasien. Hal tersebut menjadi hal yang sangat dasar untuk di jadikan sebagai acuan dalam melakukan setiap tindakan kepada pasien dan menjadi bagian terpenting dari seseorang professional kesehatan untuk memahami sebagai bagian dari pertanggungjawaban moral. Hal tersulit adalah bagaimana menentukan atau menetapkan apakah tindakan itu memberikan dampak baik atau merugikan pada setiap pasien.

c. Justice

Prinsip keadilan merujuk pada pemerataan keadilan, yaitu bagaimana berlaku adil pada setiap orang dan mendistribusikan sumber-sumber untuk kepentingan banyak orang. Jadi sumber-sumber yang ada harus dibagikan secara merata kepada semua anggota dalam suatu komunitas sosial. Selain hal tersebut prinsip pembagian secara berimbang juga merupakan hal yang sangat penting seperti tingkat kebutuhan pasien pada kasus

tertentu. Memastikan proses distribusi merupakan hal yang kadang dilematis disaat kondisi sumber-sumber yang tersedia dalam jumlah yang terbatas, sehingga bila mengacu pada prinsip keadlina mungkin akan menjadi hal yang sulit dalam pengambilan keputusan. Hak pasien dalam kondisi menjelang kematian atau diakhir hayat sumber-sumber yang ada menjadi hal yang kurang penting dibandingkan dengan kematian itu sendiri atau saat ajal semakin mendekat. Sehingga pertimbangan memberhentikan intervensi yang dapat dikategorikan mahal dimana manfaatnya diragukan.

d. Veracity

Veracity dapat dimaknai dengan berkata jujur, dalam hal setiap orang haruslah selalu berkata jujur, berkata jujur apa adanya. Prinsip ini pula yang menjadikan dasar bahwa semua kebenaran haruslah disampaikan atau dikatakan. Kebanyakan pasien yang didiagnosa menderita penyakit kronis dan terminal ingin mengetahui mengenai kondisinya, sehingga mereka dapat mengatur waktunya terutama di saat-saat masa hidupnya seakin terbatas. Selain hal tersebut, tanpa berkata jujur maka otonomi pasien tidak akan di aplikasikan

dengan baik. Prinsip berkata jujur merupakan suatu pembuktian saat perawat menjawab sebuah pertanyaan pasien secara lengkap dan jelas dengan jalan memberikan informasi kepada pasien dan keluarganya sebanyak mungkin sesuai yang mereka butuhkan sehingga mereka dapat memahami kondisi pasien yang sebenarnya. Seseorang tidak akan dapat mengidentifikasi berbagai hal yang berkenaan dengan kondisinya bila tidak mengetahui bagaimana kondisi sebenarnya tentang sakitnya, diagnose, dan prognosis penyakitnya. Ketika merawat seorang yang dalam kondisi menjelang akhir hayat, maka sangat penting adanya seorang perawat menggunakan Bahasa yang mudah dipahami dan dimengerti oleh pasien dan keluarganya, dan perawat juga harus memastikan bahwa semua informasi yang telah disampaikan pada pasien dan keluarganya mereka telah mengerti dan memahaminya.

e. Fedelity

Fedelity merupakan sebuah komitmen ataupun permintaan khusus dari seseorang yang perlu untuk dipertahankan. Akan tetapi sebagai seorang perawat mesti mengetahui kapan untuk tidak berkomitmen

terhadap apa yang diinginkan oleh pasien disaat apa yang diinginkan tersebut tidak mampu untuk dilaksanakan atau tidak dapat kontrol. Sehingga dilema etiknya yaitu disaat pasien menginginkan sesuatu dimana hal tersebut bertentangan dengan keinginan keluarganya. Terkadang ada kondisi dimana pihak keluarga merasa tidak tega melihat terhadap apa yang dialami oleh pasien. Contoh: nutrisi secara oral maka akan dilakukan pemasangan alat untuk dapat membantu pemenuhan nutrisinya. Namun pihak keluarga kadang melihat pemasangan tersebut akan menyebabkan kondisi pasien memburuk atau nyeri, atau kondisi sebaliknya. Pendidikan dan informasi yang berkesinambungan mengenai hal tersebut terhadap pihak keluarga menjadi hal penting dalam proses keberlanjutan proses perawatan pasien dan apa yang menjadi harapan pasien itu sendiri

f. Paternalism/parentalism

Paternalism adalah kondisi dimana seseorang mengambil keputusan untuk orang lain, namun prinsip ini sering tidak diinginkan dalam beberapa kejadian. Berdasarkan definisi paternalism merupakan kondisi yang membolehkannya proses

pengambilan keputusan tanpa melalui kolaborasi terlebih dahulu, dimana keputusan dari pihak pasien dan keluarga pasien diabaikan. Karena orang tua dari anak-anaknya akan membuat keputusan yang mana berlaku untuk keluarganya berdasarkan prinsip inilah maka paterlism kadang disebut parentalism.

g. Menghargai orang lain

Menghargai orang lain dalam hal ini pasien menjadi hal yang sangat penting, karena menghargai orang lain mencakup dalam semua aspek prinsip etik. Menghargai orang lain dengan memahami hak individu dalam membuat keputusan, menghargai orang lain akan hidup atau mati yang menjadi pilihannya. Selain itu menghargai orang lain juga dengan perbedaan budaya yang pasien miliki, isu gender, perbedaan agama dan keyakinan, dan rasa atau kesukuan. Hal ini juga menjadi prinsip pertama yang tertuang dalam "Kode Etik Keperawatan Perhimpunan Perawat Amerika Tahun 2001"

Uraian Materi 3: Aplikasi Etik, Legal, dan Peka Budaya pada Perawatan Paliatif

1. Pengelolaan Gejala dan Nyeri Secara Proporsional

Beberapa tenaga medis tidak dapat menetapkan dosis yang sesuai untuk mengatasi nyeri yang dirasakan oleh pasien karena mereka khawatir dengan dosis yang ditetapkan justru dapat memperpendek harapan hidup pasien (Nash, 2013). Sehingga membuat mereka begitu sangat berlebihan dalam memperhitungkan risiko keracunan dari pemberian obat analgetik, seperti golongan opioid. Akan tetapi pengelolaan nyeri pada pasien stadium lanjut atau akhir menjadi hal rumit karena efek medikasi dapat menimbulkan kondisi yang disebut "*Double Effect*". Secara prinsip makna dari "*Double Effect*" merujuk pada keputusan yang diambil oleh pra klinisi untuk mempertahankan atau memberhentikan suatu tindakan, dimana dari keputusan tersebut terdapat dua kemungkinan akibat yang dapat ditimbulkan yaitu efek yang diharapkan dan yang tidak diharapkan (ELNEC 2010 dikutip dalam Lowet, 2015).

2. Euthanasia

Euthanasia secara kebahasaan dapat diartikan sebagai meninggal dengan baik, atau meninggal tanpa merasakan sakit. Terminologi euthanasia pasif tidak digunakan untuk menjelaskan kondisi dimana membiarkan secara alamiah proses kematian terjadi. Mempertahankan atau menghentikan intervensi untuk memperpanjang harapan hidup ketika secara biologis telah mengalami penurunan fungsi tubuh atau ketidakmampuan untuk memenuhi kebutuhan biologisnya. Hal tersebut tidaklah termasuk euthanasia, karena hal tersebut tidak mempercepat proses kematian ataupun memperpanjang masa sekarat. Penggunaan istilah tersebut dalam situasi atau kondisi sekarat terkadang membuat situasi yang sulit untuk membedakan tujuan penanganan secara medis dan paliatif

3. Resusitasi Jantung Paru

Berdasarkan panduan yang telah ditetapkan dimana panduan tersebut belaku khusus untuk diperawatan paliatif memberikan bukti dengan jelas bahwa sangat sedikit penelitian yang dilakukan sebagai dasar untuk melakukan Resusitasi Jantung Paru

(RJP) pada pasien menjelang kematian, namun tindakan tersebut dilakukan sebagai upaya untuk penyelamatan jiwa pasien. Sekalipun dalam beberapa kejadian RJP dapat mengembalikan fungsi jantung. Namun hal tersebut hanya dapat bertahan dalam waktu singkat dan akibatnya dapat menyebabkan penurunan kualitas hidup, bahkan dapat menjadi lebih buruk dari sebelumnya. Oleh karena itu menjadi hal yang sangat penting untuk dapat membedakan kondisi pasien berdasarkan kualitas hidupnya yang memungkinkannya memberikan peluang secara rasional akan bertahannya pasien setelah RJP dilakukan.

4. Isu Mengenai Hidrasi dan Nutrisi

Penyediaan hidrasi merupakan hal yang sangat penting sebagai bagian dari kebutuhan dasar manusia (Ellershaw, 2011). Sehingga petugas dan keluarga dapat memahami akan pentingnya mempertahankan tindakan bantuan hidrasi secara klinis termasuk pada pasien yang menjelang akhir hayat. Disaat hidrasi menjadi bantuan hidup secara klinis hal tersebut diklasifikasikan sebagai sebuah pengobatan bukan sebagai bagian dari proses perawatan yang bersifat dasar. Sehingga bila

intervensi tersebut tidak menunjukkan adanya manfaat maka tindakan tersebut dapat dihentikan.

Beberapa risiko potensial yang akan terjadi pada pasien akibat tindakan bantuan hidrasi seperti peningkatan secret pada sistem pernafasan, odema, atau pun masalah yang timbul akibat pemasangan infus.

5. Terminal Sedation or Sedation Therapy

Penggunaan obat-obatan sedative untuk mengontrol keluhan fisik secara moral dan legal telah disetujui dalam pelayanan perawatan paliatif. Sedangkan penggunaan obat golongan opioid lebih spesifik untuk masalah nyeri dan dispnea. Potensi obat golongan sedative dalam pengelolaan keluhan fisik dan psikologis sangat luas. Akibat dari hal tersebut sehingga obat-obatan golongan sedative memiliki potensi untuk menyebabkan kondisi yang tidak diharapkan. Dimana hasil penelitian menunjukkan bahwa sekitar 15-36% pasien di unit perawatan paliatif melaporkan adanya tambahan keluhan. Hal ini menunjukkan bahwa secara etik butuh perhatian khusus terutama penanganan yang

kurang spesifik, yang mana memiliki kecenderungan akan menyebabkan kerugian terhadap pasien.

6. Isu Mengenai Ventilasi Mekanik

Acuan yang digunakan untuk isu mengenai ventilasi mekanik sama dengan acuan yang digunakan pada RJP dan isu mengenai hidrasi dan nutrisi (Ellesrshaw, 2011). Lalu di saat ventilasi sudah tidak memberikan manfaat pada pasien namun pasien tetap menginginkannya, maka kondisi tersebut menjadi hak dilematis secara etik. Sebagai seorang petugas kesehatan professional maka dituntut untuk selalu mengedepankan 4 prinsip dasar dalam etik seperti tetap menghargai keputusan pasien bila tetap menginginkan tindakan ventilasi mekanik. Petugas mungkin akan menilai bahwa tindakan tersebut cenderung mengakibatkan kerugian terhadap pasien dibandingkan manfaatnya, namun pasien mungkin memiliki pandangan yang berbeda, sehingga mempertahankan intervensi disaat sudah tidak lagi memberikan manfaat mungkin dapat dilakukan dengan pertimbangan yang lainnya.

7. Mempertahankan dan Menghentikan Intervensi dan Pengobatan di Saat Menjelang Ajal

Dilemma etik yang paling sering ditemukan dalam konsep klinis adalah kondisi menjelang ajal atau akhir hayat. Terutama saat keputusan mengenai tetap dipertahankan atau dilepaskannya suatu alat bantuan hidup pada pasien atau tindakan pengobatan (Ellershaw, 2011). Di saat pasien dan dokter atau perawat menyetujui bahwa tindakan yang dilakukan tidak memberikan manfaat atau mempertimbangkan dengan intervensi yang lainnya sebagai pengganti tindakan sebelumnya maka pengambilan keputusanpun menjadi jelas, dan hal ini membutuhkan suatu keterampilan yang khusus bagaimana mengelola proses diskusi mengenai topik sensitive dengan pasien. Oleh karena itu, diperlukan tenaga kesehatan yang memiliki tanggung jawab untuk memberikan penjelasan yang detail mengenai kapan suatu intervensi atau tindakan tetap dipertahankan atau dilepaskan/diberhentikan terutama dalam kondisi menjelang ajal.

8. Penelitian Perawatan Paliatif

Salah satu alasan untuk memperhatikan prinsip etik secara khusus pada penelitian di area perawatan paliatif adalah karena subjek atau sampel penelitian merupakan subjek yang dikategorikan sebagai kelompok rawan, rentan atau sangat berisiko (Casarett & Karlawish, 2000). Kerawanan, kerentanan dapat diartikan sebagai kondisi dimana seseorang yang mungkin atau bahkan tidak mampu melindungi dirinya sendiri dari berbagai hal yang dapat merusak atau merugikan dirinya sendiri dari berbagai hal yang dapat merusak atau merugikan dirinya sendiri.

6. Rangkuman

Perawatan paliatif melalui pendekatan budaya terbukti mampu meningkatkan kualitas asuhan keperawatan kepada pasien. Perawat juga dituntut untuk memiliki kompetensi kultural sehingga memiliki kepekaan terhadap kebutuhan budaya pasien. Pemahaman perawat bahwa kepercayaan yang dimiliki oleh seseorang berkaitan dengan etiologi dari suatu penyakit (illness) yang dideritanya akan membantu perawat untuk dapat membantu

pasien mengatasi penyakitnya. Andrews dan Boyle (2003) menjelaskan bahwa sejumlah masalah kesehatan yang dialami oleh pasien dewasa dipengaruhi oleh faktor budaya. Selain faktor penyebab penyakit, aspek-aspek yang terkait perubahan kebiasaan, gaya hidup dan sistem keluarga sebagai faktor-faktor kebudayaan merupakan faktor penting dalam penanganan penyakit kronis. perawatan paliatif harus sensitif terhadap budaya, sehingga dapat menyadari dan memenuhi kebutuhan pasien. Demikian juga Owens (2004), mengemukakan tantangan yang dihadapi dalam perawatan paliatif yaitu mengembangkan praktek penerapan budaya yang kompeten bagi pasien dengan penyakit kanker, penyakit kronis dan penyakit terminal. Pemahaman budaya penting untuk perawatan holistik dan individual (Oliviere, 1999).

7. Evaluasi

1. Seorang wanita usia 5 tahun dirawat dengan diagnosa kanker payudara dan akan dilakukan tindakan operasi mastektomi. Pasien menolak karena secara fisik merasa tidak sempurna lagi. Tim

paliatif telah melakukan pendampingan kepada pasien sampai akhirnya pasien setuju untuk dilakukan tindakan operasi mastektomi. Konsep etik apakah yang diterapkan oleh tim paliatif tersebut?

- a. Justice
 - b. Fidelity
 - c. Veracity
 - d. Autonomy
 - e. Beneficence
2. Seorang perawat akan melakukan pemasangan alat untuk memenuhi kebutuhan nutrisi pasien. Keluarga merasa khawatir dan tidak tega sehingga menolak tindakan tersebut. Sebagai tim paliatif perawat mengetahui penolakan tersebut justru akan memperburuk kondisi pasien. Dilema etik apakah yang dialami perawat tersebut?
- a. Justice
 - b. Fidelity
 - c. Veracity
 - d. Autonomy
 - e. Beneficence
3. Dalam *hospice care* ada salah seorang artis yang terkena penyakit kanker serviks stadium akhir. Perawat *hospice* sangat antusias memberikan

pelayan terbaik untuk artis tersebut sehingga tanpa disadari perawat mengabaikan pasien lain. Konsep etik apakah yang diterapkan oleh tim paliatif tersebut?

- a. Justice
- b. Fidelity
- c. Veracity
- d. Autonomy
- e. Beneficence

4. Keluarga pasien menolak saat keluarga yang dirawat akan dilakukan pemasangan ventilasi mekanik. Sesuai dengan agama yang dianut keluarga yakin bahwa pasien akan meninggal hari itu dengan damai tanpa dilakukan tindakan apapun. Dilema etik apakah yang terjadi pada kasus tersebut?

- a. Justice
- b. Fidelity
- c. Veracity
- d. Autonomy
- e. Beneficence

5. Seorang pasien laki-laki berusia 47 tahun mengalami penyakit kanker stadium lanjut. Pasien memutuskan menikmati hari terakhirnya di rumah karena sesuai dengan budayanya pasien percaya bisa sembuh jika

bersama dengan keluarga. Tim paliatif mengabdikan keinginan pasien tersebut. Konsep etik apakah yang diterapkan oleh tim paliatif tersebut?

- a. Justice
- b. Fidelity
- c. Veracity
- d. Autonomy
- e. Beneficence

8. Daftar Pustaka

Yodang, S.Kep, Ns, M.Pall. Care. (2018). *Buku Ajar Keperawatan Paliatif*. Jakarta: Cv. Trans Info Media

Novieastari, Enie., Gunawijaya, Jajang., Indracahyani, Agustin. (2018, 1 Maret). Pelatihan Asuhan Keperawatan Peka Budaya Efektif Meningkatkan Kompetensi Kultural Perawat. *Jurnal Keperawatan Indonesia*. 21.27-33. Juni 17,2021.

BAB 5

PRAKTIK KEPERAWATAN PROFESIONAL PADA PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Professional Nursing Practice in Palliative Care dituangkan dalam bentuk Asuhan Keperawatan Paliatif yang meliputi empat materi umum perawatan paliatif, yaitu: *Pain and symptom management, End of life care, Hospice care, dan Loss, grief and bereavement.*

2. Tujuan

Setelah mempelajari modul ini, mahasiswa diharapkan mampu:

- a. Menjelaskan tentang pengertian etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif
- b. Menjelaskan tentang prinsip etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif
- c. Menjelaskan tentang aplikasi etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif

3. Manfaat

Dengan adanya materi yang berkaitan dengan aspek etik, legal dan peka budaya pada perawatan

paliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami aspek etik, legal dan peka budaya pada perawatan paliatif yang dapat menambah wawasan mahasiswa sehingga mahasiswa dapat mengaplikasikannya pada tatanan nyata.

4. Sasaran

Materi ini ditujukan kepada mahasiswa khususnya mahasiswa di bidang keperawatan sebagai informasi dan edukasi untuk meningkatkan pengetahuan mahasiswa di bidang keperawatan paliatif.

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: *Pain and Symptom Management*

Manajemen nyeri dan gejala yang adekuat merupakan komponen penting dari perawatan paliatif dan perawatan akhir kehidupan. Karakteristik rasa sakit dan gejala diantara individu dengan penyakit yang membatasi hidup, dan berbagai intervensi yang telah diuji untuk mengurangi rasa sakit dan gejala harus diaplikasikan secara profesional. Perawatan yang efektif akan berhasil meringankan, dan bahkan mungkin menghilangkan, sebagian besar gejala (nyeri, dispnea, mual/ muntah,

kelelahan, dll) yang timbul pada pasien yang sakit parah (Schram *et al.*, 2017).

Uraian Materi 2: *End of life care*

End of Life Care adalah perawatan pada akhir kehidupan (*end of life care*) merupakan perawatan yang meliputi dukungan fisik, emosional, sosial, dan spiritual untuk pasien dan keluarga mereka. Tujuan dari *end of life care* adalah untuk mengontrol rasa sakit dan gejala lainnya sehingga pasien dapat nyaman mungkin. Mampu mengenali bahwa seseorang akan segera meninggal adalah langkah penting untuk menyediakan perawatan berkualitas tinggi (Schram *et al.*, 2017).

Prinsip-prinsip *End of Life Care* meliputi:

- a) Perlakukan individu dengan bermartabat dan hormat
- b) Identifikasi dan hormati preferensi orang
- c) Berikan informasi dan dukungan kepada keluarga dan pengasuh
- d) Kenali dan hormati kebutuhan spiritual dan keagamaan individu
- e) Lakukan manajemen nyeri dan manajemen gejala yang efektif

- f) Berikan perawatan setelah kematian
- g) Pastikan perawatan dipusatkan pada orang dan terintegrasi
- h) Menyediakan lingkungan yang aman dan nyaman untuk perawatan

Uraian Materi 3: *Hospice care*

Perawatan yang berpusat pada pasien dan keluarga untuk mengelola kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual di akhir kehidupan dan menuju berkabung. Perawatan pasien dan yang berpusat pada keluarga untuk mengelola kebutuhan fisik, emosional, sosial, dan spiritual di akhir kehidupan dan menuju berkabung (Hagan *et al.*, 2018). Sebagaimana perawatan paliatif, *hospice care* difasilitasi oleh tenaga profesional yang bekerja secara tim yang dikenal dengan istilah tim interprofesional atau tim interdisiplin. Pasien akan mendapatkan pelayanan perawatan paliatif di rumah sendiri atau di rumah perawatan maupun di fasilitas kesehatan lainnya seperti rumah sakit. Di Amerika Serikat beberapa rumah sakit telah melakukan kerjasama dan kesepakatan terhadap kolaborasi pasien rumah sakit yang membutuhkan pelayanan hospis di saat

kondisi pasien membutuhkan penanganan intervensi secara agresif, atau di saat pasien dinyatakan dalam kondisi sekarat, atau ketika keluarga ingin beristirahat sejenak dari rutinitas mengurus anggota keluarganya.

Asuhan Keperawatan

A. Pengkajian

1. Identitas

- a. Identitas Pasien
 - 1) Nama pasien
 - 2) Umur
 - 3) Tempat, tanggal lahir
 - 4) Jenis kelamin
 - 5) Agama
 - 6) Pendidikan
 - 7) Pekerjaan
 - 8) Status perkawinan
 - 9) Suku bangsa
 - 10) Alamat
 - 11) Diagnosa medis
 - 12) No. RM
 - 13) Tanggal masuk RS
- b. Penanggung Jawab/Keluarga
 - 1) Nama
 - 2) Umur

- 3) Pendidikan
- 4) Pekerjaan
- 5) Alamat
- 6) Hubungan dengan pasien

2. Riwayat Kesehatan

- a. Riwayat Kesehatan Pasien
 - 1) Keluhan utama saat pengkajian
 - 2) Riwayat kesehatan sekarang:
 - a) Alasan masuk RS
 - b) Riwayat kesehatan pasien
 - c) Upaya yang dilakukan untuk mengatasinya
 - 3) Riwayat kesehatan dahulu
 - 4) Riwayat Kesehatan Keluarga

3. Kesehatan Fungsional (Gordon)

- 1) Pola persepsi dan pemeliharaan kesehatan
- 2) Pola nutrisi dan metabolisme
- 3) Pola eliminasi
- 4) Pola aktivitas dan latihan
- 5) Pola istirahat dan tidur
- 6) Pola sensasi, kognitif, persepsi
- 7) Pola persepsi diri dan konsep diri
- 8) Pola peran dan hubungan
- 9) Pola seksualitas

10) Pola koping dan toleransi

11) Pola nilai dan kepercayaan

4. Pemeriksaan Fisik

a. Keadaan Umum

1) Kesadaran

2) Status gizi:

- TB

- BB

- LILA

- IMT

3) Tanda vital:

- TD

- Suhu

- Nadi

- RR

4) Skala nyeri

a. Pemeriksaan secara sistematis

1) Kulit

2) Kepala

3) Leher

4) Thorax

5) Kardiovaskuler

6) Punggung

7) Abdomen

- 8) Panggul
- 9) Anus dan rectum
- 10) Genetalia
- 11) Ekstremitas
- 12) Neurologis

5. Pemeriksaan Laboratorium

- a. Pemeriksaan darah lengkap termasuk gula darah, fungsi liver dan fungsi ginjal.
- b. Foto thorak.
- c. USG
- d. Biopsi

B. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa atau masalah keperawatan dapat teridentifikasi sesuai kategori urgensi masalah berdasarkan pengkajian yang telah dilakukan, diagnose keperawatan yang mungkin pada kasus paliatif sesuai 14 kebutuhan Handerson, yaitu sebagai berikut:

- a. Gangguan oksigenisasi dan sirkulasi
- b. Gangguan pemenuhan kebutuhan cairan
- c. Gangguan Kebutuhan nutrisi
- d. Gangguan pemenuhan kebutuhan aktifitas sehari-hari,

- e. Gangguan pemenuhan kebutuhan eliminasi BAK/BAB,
- f. Gangguan citra diri/konsep diri,
- g. Gangguan istirahat
- h. Gangguan mobilisasi,
- i. Gangguan psikologis putus asa dan merasa tidak berguna,
- j. Gangguan rasa aman, nyaman
- k. Gangguan reproduksi
- l. Gangguan integritas kulit
- m. Gangguan neurosensori
- n. Gangguan komunikasi

C. Intervensi

Perencanaan dilakukan berdasarkan diagnosa keperawatan yang muncul dan diprioritaskan untuk:

1. Meningkatkan kualitas hidup (contoh: mengurangi nyeri, mengurangi sesak nafas, menangani perawatan luka).
2. Meningkatkan daya tahan tubuh.
3. Mengajarkan pasien dan keluarga untuk menerima kenyataan yang ada.
4. Mengajarkan keluarga untuk menghubungi petugas bila terjadi kondisi darurat.

5. Mencegah timbulnya masalah baru.

D. Implementasi

Prinsip prinsip didalam penanganan masalah keperawatan paliatif didasrakan pada prioritas masalah keperawatn yang timbul.

E. Evaluasi

Evaluasi pada klien yang berduka sulit dilakukan karena memerlukan waktu yang lama. Kriteria evaluasi harus dibuat secara bertahap sesuai dengan tujuan yang dibuat oleh klien dan keluarganya sendiri.

Uraian Materi 4: *Loss, grief and bereavement*

Kubler-Ross, pada tahun 1968 pertama kali memperkenalkan tentang tahapan-tahapan dalam proses kehilangan dan berduka. Adapun tahapan-tahapan dalam proses kehilangan dan berduka antara lain: *Denial* (Penyangkalan), *Anger* (Kemarahan), *Depression* (Depresi), *Bargaining* (Tawar-menawar), dan *Acceptance* (Penerimaan).

1. *Denial* (Penyangkalan)

Denial (stage of shock) merupakan tahap pertama dalam Model Kubler-Ross yang biasanya berlangsung dalam waktu singkat. Ini adalah fase di mana seseorang memakai mekanisme

pertahanan sementara dan membutuhkan waktu untuk memproses berita atau kenyataan tertentu yang mengganggu. Seseorang mungkin tidak ingin mempercayai apa yang sedang terjadi dan bahwa itu terjadi padanya. Ini dapat menyebabkan penurunan produktivitas dan kemampuan untuk berpikir dan bertindak. Setelah guncangan awal mereda, seseorang mungkin mengalami penolakan dan mungkin tetap fokus pada masa lalu. Beberapa orang cenderung tetap dalam keadaan penolakan untuk waktu yang lama dan mungkin kehilangan kontak dengan kenyataan.

2. *Anger* (Kemarahan)

Ketika realisasi akhirnya tercapai, dan seseorang memahami gawatnya situasi, ia mungkin menjadi marah dan mungkin mencari seseorang untuk disalahkan. Kemarahan dapat dimanifestasikan atau diekspresikan dalam banyak cara. Sementara beberapa menghilangkan kemarahan pada diri mereka sendiri, orang lain mungkin mengarahkannya kepada orang lain di sekitar mereka. Seseorang selalu cenderung mudah tersinggung, cemas, frustrasi dan pemarah selama tahap ini.

3. *Depression* (Depresi)

Tahap di mana orang tersebut cenderung merasakan kesedihan, ketakutan, penyesalan, rasa bersalah, dan emosi negatif lainnya. Seseorang mungkin sudah benar-benar menyerah mencapai jalan buntu dan semua jalan hanya tampak gelap. Seseorang dapat menunjukkan tanda-tanda atau ketidakpedulian, keterbukaan, mendorong orang lain menjauh, dan tidak menunjukkan kegembiraan terhadap apapun dalam kehidupan. Ini mungkin tampak seperti titik terendah dalam hidup tanpa jalan ke depan. Beberapa tanda umum depresi termasuk kesedihan, energi rendah, perasaan kehilangan motivasi, kehilangan kepercayaan pada Tuhan.

4. *Bargaining* (Tawar-menawar)

Ketika tahap kemarahan dan depresi berlalu, seseorang mungkin mulai memikirkan cara-cara untuk menunda yang tak terhindarkan dan mencoba mencari tahu hal terbaik yang tersisa dalam situasi itu. Mereka yang tidak menghadapi kematian tetapi trauma lain mungkin mencoba bernegosiasi dalam situasi dan mencapai titik kompromi. Tawar-menawar dapat membantu

mencapai solusi yang berkelanjutan dan mungkin memberikan sedikit kelegaan bagi mereka yang bergerak dekat dengan apa yang ingin mereka hindari sama sekali. Pencarian untuk hasil yang berbeda atau yang kurang traumatis mungkin tetap ada selama tahap ini.

5. *Acceptance* (Penerimaan)

Ketika orang menyadari bahwa melawan perubahan yang datang ke dalam hidup mereka tidak akan membuat kesedihan pergi, mereka pasrah dengan situasi dan menerimanya sepenuhnya. Sikap yang menyerah mungkin bukan ruang bahagia, tetapi merupakan sikap di mana orang tersebut dapat berhenti menolak perubahan dan terus melangkah maju (Nyatanga 2018).

A. Diagnosa Keperawatan

Diagnosa NANDA yang dapat diterapkan pada kasus kehilangan dan berdukaantara lain:

- a) Anticipatory grieving (Berduka, diantisipasi).
- b) Dysfunctional grieving (Berduka, disfungsional)
- c) Social isolation (Isolasi sosial)
- d) Perubahan proses keluarga

Contoh Diagnosa

1. Dysfunctional grieving (Berduka, disfungsional) berhubungan dengan kehilangan yang terlalu berat, tidak adanya antisipasi proses berduka.
2. Tujuan: klien yang berduka akibat kehilangan mampu membicarakan mengenai objek yang hilang tanpa mengalami kedukaan yang mendalam dan mengarahkan energinya untuk hidupnya sendiri serta memulihkan kemampuan untuk mengasahi.
3. Kriteria Hasil Klien akan:
 - a. Mengekspresikan rasa sedihnya (marah atau kehilangan).
 - b. Membagi isi pikiran dan perasaannya pada orang lain.
 - c. Menggunakan sumber-sumber yang adekuat (misalnya teman, kelompok pendukung dll).
 - d. Melanjutkan aktivitas sehari-hari (makan, bekerja, rekreasi dll).
 - e. Mempertahankan hubungan dengan orang lain secara konstruktif.
 - f. Membangun hubungan baru.

- g. Mengungkapkan dapat terlaluinya masa berduka/berkabung.
- h. Mengidentifikasi alternatif tindakan untuk mencapai tujuan-tujuan penting dalam hidupnya sebelum terjadi kehilangan.

B. Intervensi

1. Beri kesempatan klien terlibat dalam ‘menceritakan kisahnya dalamkehilangan’.
2. Kenali & terima variasi emosi yang dinyatakan klien.
3. Bantu untuk mengungkapkan perasaan yang sulit seperti marah & sedih, pahami bahwa setiap orang mempunyai cara tersendiri untuk menyatakanperasaannya.
4. Libatkan anak-anak dalam proses berduka.
5. Beri semangat klien supaya selama berkabung tetap menjalin hubungandengan orang lain.
6. Beritahu manfaat kelompok pendukung.
7. Beri semangat anggota keluarga untuk melakukan perawatan diri sebagaipemberi asuhan.
8. Beritahukan manfaat konseling pada kasus yang sulit diatasi sendiri.

C. Implementasi

Prinsip-prinsip didalam penanganan masalah keperawatan paliatif didasarkan pada prioritas masalah keperawatan yang timbul.

D. Evaluasi

Evaluasi pada klien yang berduka sulit dilakukan karena memerlukan waktu yang lama. Kriteria evaluasi harus dibuat secara bertahap sesuai dengan tujuan yang dibuat oleh klien dan keluarganya sendiri.

6. Rangkuman

- a. Asuhan keperawatan paliatif dibahas menjadi 4 pembagian yaitu *Pain and symptom management*, *End of life care*, *Hospice care*, dan *Loss, grief, and bereavement*.
- b. Perawatan diberikan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien yang memiliki penyakit serius atau mengancam jiwa, tujuan dari manajemen *symptom* sendiri adalah untuk mencegah atau mengobati sedini mungkin gejala penyakit, efek samping yang disebabkan oleh treatment penyakit, dan masalah

- psikologis, sosial dan spiritual terkait dengan penyakit atau perawatannya.
- c. Perawatan akhir kehidupan (*end of life care*) adalah perawatan kepada pasien yang memerlukan bantuan dalam menghadapi penyakit yang progresif, lanjut, dan sulit disembuhkan hingga akhir kehidupan. Dengan cara memberikan dukungan suportif dan paliatif kepada pasien dan keluarganya sehingga pasien meninggal dengan bermartabat melalui pengelolaan nyeri dan gejala lain, termasuk psikologis, sosial dan spiritual.
 - d. *Hospice care* adalah model perawatan paliatif pada pasien yang diperkirakan akan meninggal dalam waktu kurang dari 6 bulan. Perawatan ini dilakukan pada pasien terminal dimana pengobatan terhadap penyakitnya sudah tidak diperlukan lagi.
 - e. *Loss* atau kehilangan adalah situasi dimana individu kehilangan sesuat yang sebelumnya ada menjadi tidak ada. *Grief* merupakan respon individu atau reaksi emosi dari kehilangan dan respon ini terjadi karena kehilangan, sementara *bereavement* merupakan keadaan berduka yang ditunjukkan selama reaksi berduka tersebut terjadi.

- f. Untuk menyusun asuhan keperawatan paliatif ada tahapan, yaitu mulai dari pengkajian, diagnosa keperawatan, intervensi, implementasi dan evaluasi.

7. Evaluasi

1. Seorang pasien laki-laki usia 49 tahun di diagnosa menderita penyakit kronis dimana harapan hidupnya diperkirakan tidak lebih dari 6 bulan. Pasien membutuhkan rasa nyaman dari penyakit atau kondisi yang dialaminya. Selama perawatan pasien hanya mendapatkan pengobatan yang bersifat untuk mengontrol keluhan yang spesifik. Apakah jenis perawatan yang tepat diberikan terhadap pasien tersebut?
 - a. *Hospice care*
 - b. *Palliative care*
 - c. *End of life care*
 - d. *Loss and grief care*
 - e. *Bereavement care*
2. Dibawah ini merupakan faktor yang berkontribusi dengan rasa sakit pada penderitaan di akhir kehidupan (penyakit terminal)?
 - a. Depresi

- b. Kegembiraan
 - c. Komunikasi yang baik
 - d. Hubungan keluarga yang baik
 - e. Hubungan yang baik dengan teman
3. Prinsip dalam pelayanan *end of life care* adalah?
- a. Mengontrol rasa sakit dan gejala lainnya
 - b. Memperlakukan pasien dengan bermartabat dan hormat
 - c. Mengenali guncangan yang di alami pasien dan keluarga
 - d. Mengenali kemarahan yang di alami pasien dan keluarga
 - e. Mengenali penyangkalan pasien dan keluarga terhadap sakit yang di alami
4. Fase *loss, grief and bereavement* dimana pasien merasakan kesedihan, ketakutan, penyesalan, rasa bersalah, dan emosi negatif lainnya, disebut?
- a. Anger
 - b. Denial
 - c. Depresi
 - d. Bargaining
 - e. Acceptance
5. Fase *loss, grief, and bereavement* ketika pasien menyadari bahwa melawan perubahan yang datang

ke dalam hidup mereka tidak akan membuat kesedihan pergi, mereka pasrah dengan situasi dan menerimanya sepenuhnya, disebut?

- a. Anger
 - b. Denial
 - c. Depresi
 - d. Bargaining
 - e. Acceptance
6. Memotivasi dan memberikan dukungan yang positif terhadap pasien maupun keluarga pasien yang di diagnosa mengalami penyakit terminal merupakan tindakan keperawatan pada aspek?
- a. *Social aspect of care*
 - b. *Spiritual aspect of care*
 - c. *Physical aspect of care*
 - d. *Psychological aspect of care*
 - e. *Care of patient at the end of life*
7. Keyakinan seseorang terhadap suatu agama kemungkinan dapat mempengaruhi keputusan seseorang terhadap proses pengobatannya. Pengkajian apakah yang tepat dilakukan untuk kasus tersebut?
- a. *Social aspect of care*
 - b. *Spiritual aspect of care*

- c. *Physical aspect of care*
 - d. *Psychological aspect of care*
 - e. *Care of patient at the end of life*
8. Mengkaji dan memonitor tanda-tanda vital, pemberian posisi dan ambulasi merupakan tindakan keperawatan dalam menangani masalah apa?
- a. *Social aspect of care*
 - b. *Spiritual aspect of care*
 - c. *Physical aspect of care*
 - d. *Psychological aspect of care*
 - e. *Care of patient at the end of life*
9. Latar belakang pasien memungkinkan untuk memberikan informasi awal mengenai nilai-nilai yang dianut, namun semua hal tersebut hanya sebatas asumsi sehingga tim paliatif harus dapat melakukan klarifikasi dan memvalidasi. Pengkajian apakah yang tepat dilakukan untuk mendapatkan data sesuai kondisi tersebut?
- a. *Social aspect of care*
 - b. *Spiritual aspect of care*
 - c. *Physical aspect of care*
 - d. *Psychological aspect of care*
 - e. *Care of patient at the end of life*

10. Kematian yang semakin dekat merupakan hal yang berat dan sulit dialami oleh seseorang dalam kondisi menjelang akhir hayat. Kompetensi apakah yang harus dimiliki perawat dalam melakukan pengkajian sesuai kondisi tersebut?
- a. *Social aspect of care*
 - b. *Spiritual aspect of care*
 - c. *Physical aspect of care*
 - d. *Psychological aspect of care*
 - e. *Care of patient at the end of life*

8. Daftar Pustaka

- Librach, Larry. 2000. Ian Anderson Continuing Education Program in End-of-Life Care. Pain Management: University of Toronto
- Sudarsa, I Wayan. (2020). *Perawatan komprehensif paliatif*. Surabaya: Airlangga University Press

BAB 6

KEPEMIMPINAN DAN MANAJEMEN PADA PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Manajemen keperawatan adalah suatu proses bekerja melalui anggota staf keperawatan untuk memberikan asuhan, pengobatan dan bantuan terhadap para pasien (Gillies, 1989). Pekerjaan keperawatan harus diatur sedemikian rupa sehingga tujuan pelayanan dan asuhan keperawatan dapat tercapai. Siapa yang diatur? Untuk apa? Apa tujuan pengaturan? Dalam memberikan pelayanan keperawatan kepada pasien, perawat menerapkan manajemen keperawatan dalam bentuk manajemen asuhan keperawatan. Kepemimpinan adalah kemampuan membuat seseorang mengerjakan apa yang tidak ingin mereka lakukan dan menyukainya (Truman dalam Gillies, 1996). Kepemimpinan merupakan penggunaan keterampilan mempengaruhi orang lain untuk melaksanakan sesuatu dengan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuannya (Sullivan & Declaur, 1989). Kepemimpinan adalah serangkaian kegiatan untuk mempengaruhi anggota kelompok

bergerak menuju pencapaian tujuan yang ditentukan (Baily, Lancaster & Lancaster, 1989). Kepemimpinan adalah sebuah hubungan dimana satu pihak memiliki kemampuan yang lebih besar untuk mempengaruhi perilaku pihak lain yang didasarkan pada perbedaan kekuasaan antara pihak-pihak tersebut (Gillies, 1996). Sedangkan menurut Ngalm Purwanto (1993: 26). "Kepemimpinan sebagai suatu bentuk persuasi, suatu seni pembinaan kelompok orang-orang tertentu, biasanya melalui "*human relations*" dan motivasi yang tepat, sehingga tanpa adanya rasa takut mereka mau bekerja sama dan membanting tulang memahami dan mencapai segala apa yang menjadi tujuan-tujuan organisasi".

2. Tujuan

- a. Mengarahkan seluruh kegiatan yang direncanakan
- b. Mecegah/mengatasi permasalahan manajerial
- c. Pencapaian tujuan organisasi secara efektif dan efisien dengan melibatkan seluruh komponen yang ada
- d. Meningkatkan metode kerja keperawatan sehingga staf perawatan bekerja lebih efektif dan

efisien, mengurangi waktu kerja yang sia-sia, mengurangi duplikasi tenaga dan upaya

3. Manfaat

Hasil akhir (*outcome*) yang diharapkan dari manajemen keperawatan adalah:

- a. Terselenggaranya pelayanan
- b. Asuhan keperawatan yang berkualitas
- c. Pengembangan staf
- d. Budaya riset bidang keperawatan

4. Sasaran

Sasaran program paliatif meliputi tenaga kesehatan termasuk perawat dan tenaga lain yang terlibat termasuk relawan, dan keluarga pasien.

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: Pengertian kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif

Manajemen biasanya diidentikkan dengan cara untuk mengatur beberapa hal secara baik dan sesuai dengan tujuan. Pengaturan dilakukan agar hal hal yang diatur berjalan seimbang, lancar, dan mencapai tujuan yang diharapkan. Berikut ini akan diuraikan beberapa

pengertian manajemen secara umum dari beberapa ahli. Manajemen adalah proses untuk melaksanakan pekerjaan melalui orang lain.

(Gillies,1989). Menurut Siagian (1999), manajemen berfungsi untuk melakukan semua kegiatan yang perlu dilakukan dalam rangka mencapai tujuan dalam batas – batas yang telah ditentukan pada tingkat administrasi. Sedangkan Liang Lie mengatakan bahwa manajemen adalah suatu ilmu dan seni perencanaan, pengarahan, pengorganisasian dan pengontrolan dari benda dan manusia untuk mencapai tujuan yang telah ditentukan sebelumnya. Selanjutnya Swanburg (2000) mendefinisikan manajemen sebagai ilmu atau seni tentang bagaimana menggunakan sumber daya secara efisien, efektif dan rasional untuk mencapai tujuan organisasi yang telah ditetapkan sebelumnya. Kepemimpinan adalah kemampuan membuat seseorang mengerjakan apa yang tidak ingin mereka lakukan dan menyukainya (Truman dalam Gillies, 1996). Kepemimpinan merupakan penggunaan keterampilan mempengaruhi orang lain untuk melaksanakan sesuatu dengan sebaik-baiknya sesuai dengan kemampuannya (Sullivan & Declaur, 1989). Kepemimpinan adalah serangkaian kegiatan untuk mempengaruhi anggota

kelompok bergerak menuju pencapaian tujuan yang ditentukan (Baily, Lancaster & Lancaster, 1989). Kepemimpinan adalah sebuah hubungan dimana satu pihak memiliki kemampuan yang lebih besar untuk mempengaruhi perilaku pihak lain yang didasarkan pada perbedaan kekuasaan antara pihak-pihak tersebut (Gillies, 1996). Sedangkan menurut Ngalim Purwanto (1993: 26). "Kepemimpinan sebagai suatu bentuk persuasi, suatu seni pembinaan kelompok orang-orang tertentu, biasanya melalui 'human relations' dan motivasi yang tepat, sehingga tanpa adanya rasa takut mereka mau bekerja sama dan membanting tulang memahami dan mencapai segala apa yang menjadi tujuan-tujuan organisasi".

Uraian Materi 2: Teori kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif

Teori kepemimpinan:

1. *Great man theory*: seseorang menjadi pemimpin karena memang dilahirkan untuk jadi pemimpin.
2. *Charismatic theory*: seseorang menjadi pemimpin karena karisma yang dimiliki.

3. *Trait theory*: seseorang menjadi pemimpin karena bakat khusus yang dimiliki, baik karena diperoleh sejak lahir (dulu) atau karena dipelajari (sekarang).
4. *Situational theory*: seseorang menjadi pemimpin tergantung dari situasi yang dihadapi.

Uraian Materi 3: Prinsip kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif

Prinsip-prinsip manajemen keperawatan

Supaya manajemen dapat berjalan sesuai dengan harapan dan mencapai tujuan organisasi, maka pemahaman tentang prinsip-prinsip manajemen sangatlah dibutuhkan. Ada tujuh prinsip manajemen yang harus Anda ketahui, yaitu: perencanaan, penggunaan waktu. Manajemen Kepemimpinan dalam Praktek Keperawatan yang efektif, pengambilan keputusan, pengelola/pemimpin, tujuan sosial, pengorganisasian dan perubahan. Berikut dibawah ini akan dijelaskan maksud dari prinsip-prinsip manajemen tersebut.

1. Perencanaan (*Planning*). Perencanaan adalah fungsi dasar dan pertama dalam manajemen (*the first function of management*). Semua fungsi manajemen tergantung

dari perencanaan. Perencanaan adalah suatu proses berpikir atau proses mental untuk membuat keputusan dan peramalan (*forecasting*). Perencanaan harus berorientasi ke masa depan dan memastikan kemungkinan hasil yang diharapkan (Swansburg & Swansburg, 1999). Dalam perencanaan, salah satu hal penting yang menjadi pusat perhatian adalah rencana pengaturan sumber daya manusia (SDM) dan sumber daya yang lain yang relevan. Perencanaan yang baik akan meningkatkan capaian tujuan dan pembiayaan yang efektif.

2. Penggunaan Waktu Efektif (*Effective utilization of time*). Penggunaan waktu efektif berhubungan dengan pola pengaturan dan pemanfaatan waktu yang tepat dan memungkinkan berjalannya roda organisasi dan tercapainya tujuan organisasi. Waktu pelayanan dihitung, dan kegiatan perawat dikendalikan.

3. Pengambilan keputusan (*Decision making*). Pengambilan keputusan adalah suatu hasil atau keluaran dari proses mental atau kognitif yang membawa pada pemilihan di antara beberapa alternatif yang tersedia yang dilakukan oleh seorang pembuat keputusan. Keputusan dibuat untuk mencapai tujuan

melalui pelaksanaan/ implementasi dari pilihan keputusan yang diambil.

4. Pengelola/Pemimpin (*Manager/leader*). Manajer yang bertugas mengatur manajemen memerlukan keahlian dan tindakan nyata agar para anggota menjalankan tugas dan wewenang dengan baik. Adanya manajer yang mampu memberikan semangat, mengontrol dan mengajak mencapai tujuan merupakan sumber daya yang sangat menentukan

5. Tujuan sosial (*Social goal*). Manajemen yang baik harus memiliki tujuan yang jelas dan ditetapkan dalam bentuk visi, misi dan tujuan organisasi.

6. Pengorganisasian (*Organizing*). Pengorganisasian adalah pengelompokan sejumlah aktivitas untuk mencapai tujuan yang diharapkan. Penugasan pada masing-masing kelompok dilakukan berdasarkan supervisi, ada koordinasi dengan unit lain baik secara horizontal maupun secara vertikal (Swansburg & Swansburg, 1999).

7. Perubahan (*Change*) adalah proses penggantian dari suatu hal dengan yang lainnya yang berbeda dari sebelumnya (Douglas, 1988). Perubahan, di dalam manajemen keperawatan perubahan dijadikan prinsip

karena sifat layanan yang dinamis mengikuti karakteristik pasien yang akan Anda layani

Uraian Materi 4: Aplikasi kepemimpinan dan manajemen pada perawatan paliatif

Mengimplementasikan kepemimpinan dalam keperawatan merupakan tanggung jawab perawat, melalui kepemimpinan yang efektif diharapkan dapat meningkatkan mutu pelayanan. Untuk itu diperlukan suatu keterampilan kepemimpinan. Kepemimpinan yang efektif divisualisasikan sebagai suatu rantai yang kokoh, dimana satu dengan lainnya saling berhubungan.

Menurut Kron (1981), dalam bukunya "The Management of Patient Care " memaparkan tentang kegiatan-kegiatan untuk mencapai kepemimpinan yang efektif melalui:

1. **Perencanaan dan pengorganisasian.**

Adalah pekerjaan / kegiatan yang harus dilakukan oleh perawat. Untuk itu diperlukan koordinasi sehingga semua kegiatan dapat dikerjakan dengan baik. Adalah menjadi suatu kewajiban perawat menciptakan suasana yang memberikan kenyamanan dan keamanan pada pasien melalui suatu pengorganisasian yang baik.

2. Membuat penegasan dan memberi pengarahan (making assignments and giving directions)
Dengan berbagai metode dalam memberi penugasan di rumah sakit maka diperlukan memberi pengarahan secara jelas dan singkat.
3. Memberi bimbingan (Providing guidance)
Bimbingan adalah suatu alat yang penting dalam keperawatan. Pemimpin harus memiliki kemampuan untuk membantu stafnya dalam melaksanakan tugas-tugas yang diberikan, sehingga pasien mendapat kepuasan dalam asuhan keperawatan.
4. Mendorong kerja sama dan partisipasi (*Encouraging cooperation and participation*)
Kerjasama merupakan hubungan yang erat untuk dapat berpartisipasi, misalnya perawat melakukan kesalahan maka berikan informasi dan jelaskan melalui suatu diskusi. Hargai upaya yang telah dilakukan sehingga nanti dapat mengoreksi kesalahannya. Oleh karena itu proses kepemimpinan keperawatan dalam kerja sama tim (*teamwork*) adalah sangat penting sehingga dapat meningkatkan kerja sama antara perawat dalam melaksanakan asuhan keperawatan.

5. Mengkoordinasikan kegiatan (*Coordinating Activities*)

Mengkoordinasikan kegiatan dalam suatu unit/ruangan merupakan kegiatan yang penting dalam kepemimpinan keperawatan. diinformasikan kepada perawat tentang kegiatan yang ada diruangan, dibutuhkan juga laporan tentang pencapaian pekerjaan oleh staf perawat.

6. Observasi/supervisi (*Observing or Supervising*)

Mengawasi staf perawat dan pekerjaannya merupakan tanggung jawab yang besar dari seorang pemimpin keperawatan. Dibutuhkan kemampuan untuk meneliti asuhan keperawatan yang dibedakan pada pasien dengan aspek individunya. Untuk dibutuhkan juga di dalam pengawasan / observasi tidak hanya penampilan fisik tetapi kemungkinan emosi dan pengertian dari staf dalam memberi asuhan keperawatan.

7. Evaluasi Hasil penampilan kerja (*Evaluating performance results*)

Evaluasi merupakan proses berkelanjutan untuk menganalisa kekuatan dan kelemahan staf dalam bekerja sehingga dapat mendorong mereka bekerja dengan baik. Seorang pemimpin juga harus

mengevaluasi dirinya sendiri baik sebagai perawat ataupun sebagai pemimpin secara jujur.

6. Rangkuman

Penerapan konsep manajemen menuntut para pelaku yang terlibat dalam manajemen keperawatan untuk selalu melaksanakan fungsi-fungsi manajemen berdasarkan filosofi, misi, visi, tujuan dan sesuai dengan kondisi pelayanan kesehatan yang ada, sehingga bentuk pelayanan keperawatan yang diberikan akan sejajar dengan tingkat kemajuan pelayanan kesehatan yang terjadi

Dalam rangka mengantisipasi manajemen keperawatan diperlukan keterampilan seorang manajer untuk melaksanakan fungsinya dan sesuai dengan tingkatan manajerial yang di tempatnya. Perawat manajer harus dapat mengantisipasi perubahan issue manajemen dan kepemimpinan yang sedang terjadi

Lingkup manajemen yang terdiri dari manajemen operasional dan manajemen asuhan perawatan, melalui upaya fasilitasi, koordinasi, integrasi, dan penunjang perlu ditingkatkan melalui peningkatan komunikasi dan pembinaan hubungan serta kepemimpinan yang tepat sehingga tujuan institusi yang telah ditetapkan dapat

dicapai melalui strategi manajemen keperawatan yang dapat mengantisipasi perkembangan pelayanan keperawatan dimasa mendatang.

7. Evaluasi

1. Seorang perawat telah memegang jabatan sebagai kepala ruangan di pusat pelayanan paliatif selama 5 tahun. Selama masa kepemimpinannya merasa sangat dihargai dan dipercayai oleh bawahannya. Apapun yang menjadi keputusannya harus selalu di patuhi dan dilaksanakan walaupun kendalanya cukup banyak. Apa tipe kepemimpinan dari perawat tersebut?
 - a. Otoriter
 - b. Situasional
 - c. Demokratis
 - d. Kharismatik
 - e. Laissez Faire
2. Setiap ada masalah pasien yang membutuhkan perawatan paliatif kepala ruangan ICU selalu berdiskusi dengan tim paliatif tentang perawatan yang tepat diberikan kepada pasien. Apakah gaya kepemimpinan yang sedang di lakukan kepala ruangan tersebut?

- a. Otoriter
 - b. Situasional
 - c. Demokratis
 - d. Kharismatik
 - e. Laissez Faire
3. Seorang pasien wanita berusia 51 tahun dirawat di ruang onkologi dengan diagnosa kanker ovarium stadium lanjut. Pasien selalu merasa cemas dan takut akan dampak dari penyakit yang dialaminya. Perawat memutuskan untuk berdiskusi dengan tim paliatif dalam menangani masalah pasien. Apakah gaya kepemimpinan yang sedang dilakukan perawat tersebut?
- a. Otoriter
 - b. Situasional
 - c. Karismatik
 - d. Demokratis
 - e. Laissez Faire
4. Tim paliatif mengajak keluarga untuk berdiskusi mengenai keinginan terakhir pasien dalam kondisi terminal. Keluarga dan pasien percaya sepenuhnya tim paliatif akan menghormati keyakinan dan nilai yang mereka anut. Apakah gaya kepemimpinan yang sedang dilakukan tim paliatif tersebut?

- a. Otoriter
 - b. Situasional
 - c. Karismatik
 - d. Demokratis
 - e. Laissez Faire
5. Seorang kepala ruangan ICCU menemukan perawat yang sedang mengalami kesulitan dalam menangani pasien menjelang ajal. Kepala ruangan kemudian memanggil tim paliatif untuk membantu menangani masalah tersebut. Apakah fungsi yang sedang dilakukan oleh kepala ruangan ICCU tersebut?
- a. Edukasi
 - b. Evaluasi
 - c. Supervisi
 - d. Koordinasi
 - e. Komunikasi

8. Daftar Pustaka

- Mugianti, 2016. *Manajemen dan Kepemimpinan dalam Praktek Keperawatan*. Jakarta: Kementrian Kesehatan RI
- Librach, Larry. 2000. *Ian Anderson Continuing Education Program in End-of-Life Care*. Pain Management: University of Toronto

BAB 7

PENDIDIKAN DAN PENELITIAN PADA PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Penting untuk pendekatan berbasis bukti untuk perawatan paliatif adalah penelitian yang dirancang dengan baik untuk menjawab beberapa pertanyaan penting yang berkaitan dengan masalah yang mempengaruhi pasien perawatan paliatif dan keluarga mereka, teman dan pengasuh. Perawatan paliatif memberikan serangkaian pertanyaan penelitian yang kaya dan menantang. Sebagai penelitian dalam pengaturan ini berfokus pada pasien yang mendekati kematian yang diharapkan, ada banyak masalah medis, etis dan psikososial kompleks untuk dipertimbangkan, termasuk pedoman dan protokol, perencanaan perawatan, praktik berbasis bukti, agenda tata kelola klinis, kendala, tantangan, keterbatasan, dan dilema etika yang terkait dengan penelitian perawatan paliatif, proses penelitian dan metodologi penelitian yang berorientasi pada hasil, menyebarkan temuan penelitian.

2. Tujuan

Tujuan umum kebijakan palliative sebagai payung hukum dan arahan bagi perawatan paliatif di Indonesia. Sedangkan tujuan khususnya adalah terlaksananya perawatan paliatif yang bermutu sesuai standar yang berlaku di seluruh Indonesia, tersusunnya pedoman-pedoman pelaksanaan/juklak perawatan paliatif, tersedianya tenaga medis dan non medis yang terlatih, tersedianya sarana dan prasarana yang diperlukan.

3. Manfaat

Dengan adanya materi berkaitan dengan pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif diharapkan mahasiswa dapat memahami pentingnya pendidikan dan area penelitian pada bidang perawatan paliatif yang dapat menambah wawasan mahasiswa tentang perawatan paliatif, dan mampu melakukan penelitian dan menggunakan hasil-hasil penelitian tentang perawatan paliatif pada tatanan nyata.

4. Sasaran

Sasaran kebijakan pelayanan paliatif adalah seluruh pasien (dewasa dan anak) dan anggota keluarga, lingkungan yang memerlukan perawatan paliatif di mana

pun pasien berada di seluruh Indonesia. Untuk pelaksana perawatan paliatif : dokter, perawat, tenaga kesehatan lainnya dan tenaga terkait lainnya. Sedangkan Institusi-institusi terkait, misalnya: Dinas kesehatan propinsi dan dinas kesehatan kabupaten/kota, Rumah Sakit pemerintah dan swasta, Puskesmas, Rumah perawatan/hospis, Fasilitas kesehatan pemerintah dan swasta lain (KEPMENKES RI NOMOR: 812, 2007).

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: Pengertian pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan memperbaiki kualitas hidup pasien dan keluarga yang menghadapi masalah yang berhubungan dengan penyakit yang dapat mengancam jiwa, melalui pencegahan dan peniadaan melalui identifikasi dini dan penilaian yang tertib serta penanganan nyeri dan masalah-masalah lain, fisik, psikososial dan spiritual (sumber referensi WHO, 2002). Menurut Prof. Dr. Myrra Vernooij-Dassen dari Radboud University Medical Centre, perawatan paliatif saat ini mulai diterapkan lebih komprehensif. Perawatan paliatif diberikan sejak awal pasien terdiagnosa penyakit terminal seperti kanker,

HIV/AIDS dan dementia. Di masa sebelumnya, perawatan paliatif semacam ini hanya diberikan pada saat pasien yang mengalami kondisi yang terburuk saja.

Uraian Materi 2: Teori pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif

Sejak 2007 pemerintah Indonesia, melalui kementerian kesehatan telah menerbitkan aturan berupa kebijakan perawatan paliatif (Keputusan MENKES No.812/Menkes/SK/VII/2007). dimana dasar yang menjadi acuan di terbitkannya peraturan tersebut yaitu;

1. Kasus penyakit yang belum dapat disembuhkan semakin jumlahnya baik pada pasien dewasa maupun anak
2. Untuk meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan bagi pasien dengan penyakit yang belum dapat disembuhkan selain dengan perawatan kuratif dan rehabilitative juga diperlukan perawatan paliatif bagi pasien dengan stadium terminal. Secara global, WHO (2014) melaporkan bahwa pendidikan dan pengetahuan para petugas kesehatan masih sangat minim mengenai perawatan pasien di area paliatif. WHO memperkirakan sekitar 19 juta orang di dunia saat ini membutuhkan pelayanan perawatan paliatif,

dimana 69% dari mereka adalah pasien usia lanjut yaitu usia diatas 65 tahun. Sehingga hal ini menjadi tantangan para petugas kesehatan terutama tenaga professional yang bekerja di area paliatif untuk dapat memahami dengan baik cara memberikan pelayanan yang berkualitas pada kelompok lanjut usia tersebut dengan mengacu pada pilosofi dan standart pelayanan perawatan paliatif.

Uraian Materi 3: Prinsip pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif

1. Menghormati serta menghargai pasien dan keluarganya
2. Kesempatan atau hak mendapatkan kepuasan dan perawatan paliatif yang pantas
3. Mendukung memberi perawatan (*caregiver*)
4. Pengembangan profesi dan dukungan sosial untuk perawatan paliatif (Ningsih, 2011)

Uraian Materi 4: Aplikasi pendidikan dan penelitian pada perawatan paliatif

Telemedicine merupakan bagian dari telehealth program yaitu penggunaan elektronik informasi dan teknologi telekomunikasi dengan fasilitas pelayanan jarak jauh

untuk mendukung anak dengan perawatan paliatif berusia 0-18 tahun terdiri dari kegiatan konseling, diagnostik, dukungan (Bradford, 2012; Bhowmik et al., 2013).

Ketika anak terdiagnosa dengan penyakit yang serius dan sampai membatasi kehidupannya, pelayanan kesehatan yang diberikan bukan hanya berfokus pada anak tetapi juga pada keluarga. Hal ini sesuai dengan prinsip perawatan pediatrik yaitu dalam kondisi apa pun perawatan anak berfokus pada family center care. Ada kebutuhan khusus yang harus difasilitasi oleh petugas kesehatan pada keluarga dengan anak life-limiting illness yaitu proses berduka, kelelahan, dan kemungkinan isolasi (Ward, Glass, & Ford, 2014).

Home telemedicine bisa diterapkan dan terbukti efektif untuk mengkaji kebutuhan klinis klien. Kebutuhan klinis yang dihubungkan adalah pendidikan, dukungan psikososial, pengkajian klinis, komunikasi, dan informasi. Sedangkan evaluasi atau outcome yang diharapkan adalah level kecemasan menurun, kualitas hidup yang lebih baik, penerimaan, kepuasan, efektivitas dari biaya.

6. Rangkuman

Perawatan paliatif adalah pendekatan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas kehidupan pasien dan keluarganya dalam menghadapi masalah-masalah yang berhubungan dengan penyakit yang mengancam jiwa, dengan mencegah dan meringankan penderitaan melalui identifikasi awal dan penilaian serta terapi dan masalah lain-fisik, psikososial, dan spiritual. Tata kerja organisasi perawatan paliatif harus bersifat koordinatif dan melibatkan semua unsur terkait dengan mengedepankan tim kerja yang kuat, membentuk jaringan yang luas, berinovasi tinggi, dan layanan sepenuh hati.

7. Evaluasi

1. Seorang kepala ruangan ICCU menemukan perawat yang sedang mengalami kesulitan dalam menangani pasien menjelang ajal. Kepala ruangan kemudian memanggil tim paliatif untuk membantu menangani masalah tersebut. Apakah fungsi yang sedang dilakukan oleh kepala ruangan ICCU tersebut?
 - a. Edukasi
 - b. Evaluasi
 - c. Supervisi

- d. Koordinasi
 - e. Komunikasi
2. Respon sistemik terhadap nyeri adalah?
- a. Bradikardi
 - b. Menurunkan ventilasi
 - c. Hipersekresi asam lambung
 - d. Menurunkan konsumsi oksigen
 - e. Menurunkan hormon katabolik
3. Dibawah ini merupakan faktor yang berkontribusi dengan rasa sakit pada penderitaan di akhir kehidupan (penyakit terminal)?
- a. Depresi
 - b. Kegembiraan
 - c. Komunikasi yang baik
 - d. Hubungan keluarga yang baik
 - e. Hubungan yang baik dengan teman
4. Perawat mengarahkan, merencanakan, mengorganisasi pelayanan kesehatan dari tim kesehatan sebagai pemberi pelayanan kesehatan dapat terarah serta sesuai dengan kebutuhan pasien paliatif secara holistik. Peran apakah yang dilakukan oleh perawat tersebut?
- a. Advokat
 - b. Pendidik

- c. Konsultan
 - d. Koordinator
 - e. Kolaborator
5. Salah satu pertimbangan etik pada area keperawatan paliatif yang harus dijaga oleh peneliti adalah menjaga kerahasiaan responden. Peneliti tidak mencantumkan nama responden tetapi akan memberikan kode pengganti nama responden pada lembar persetujuan. Apakah prinsip yang harus diterapkan oleh peneliti tersebut?
- a. Informed consent
 - b. Anonimity
 - c. Confidentiality
 - d. Kuisisioner
 - e. Data demografi
6. Pasien dengan kebutuhan perawatan paliatif merupakan kelompok rentan. Peneliti harus menghormati harkat dan dan martabat pasien sebagai manusia yang memiliki kebebasan berkehendak terhadap keputusannya sendiri. Apakah prinsip yang harus diterapkan oleh peneliti tersebut?
- a. Justice

- b. Anonymity
- c. Beneficence
- d. Confidentiality
- e. Human dignity

8. Daftar Pustaka

Gondhowiardjo. 2019. *Pedoman Strategi dan Langkah Aksi Pengembangan Perawatan Paliatif*. Jakarta: Komite Penanggulangan Kanker Nasional (KPKN).

BAB 8

PENGEMBANGAN KUALITAS PERSONAL DAN PROFESIONAL

PADA BIDANG PERAWATAN PALIATIF

1. Deskripsi Singkat

Dalam menjalankan tugasnya, perawat dituntut untuk mampu bersikap dan bertindak secara profesional, salah satunya agar tugas keperawatan dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Terdapat tujuh nilai profesionalisme keperawatan yang umum dikenal, yaitu nilai aesthetic, altruisme, autonomy, integrity, human dignity, justice, dan truth (Berman, Snyder, et al, 2016).

2. Tujuan

Dalam pengembangan kemampuan profesional, personal dan kualitas pemberian perawatan paliatif, mahasiswa sarjana keperawatan diharapkan mampu terlibat aktif sebagai tim.

3. Manfaat

Untuk mengembangkan sikap professional dalam aspek personal dan profesionalisme pada bidang perawatan paliatif.

4. Sasaran

Pemberian pelayanan perawatan paliatif dilakukan oleh tim paliatif yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja social, psikolog, konselor spiritual (rohaniawan), relawan. Apoteker, ahli gizi, dan profesi lain yang terkait dan focus pendekatannya adalah kepada pasien dan keluarga.

5. Uraian Materi

Uraian Materi 1: Pengertian

Perawat selayaknya menerapkan sikap profesional pada saat melakukan asuhan keperawatan. Dalam hasil penelitian Abdulwahab dan Gain ditemukan fakta bahwa seorang registered nurses (ners) lebih banyak menunjukkan sikap positif dibandingkan dengan mahasiswa keperawatan, dan perawat yang baru lulus. Temuan tersebut menunjukkan bahwa sikap profesional sedikit banyaknya dipengaruhi oleh pengalaman klinik dan tingkat pendidikan seorang perawat. Perawat yang bekerja di Rumah Sakit Sari Mulia umumnya berpendidikan D.3 Keperawatan (vokasional) dengan usia yang masih muda dan pengalaman klinik yang relative minim. Hal ini mempengaruhi pemahaman perawat tentang bagaimana menerapkan sikap

profesional dalam memberikan pelayanan kepada pasien. Sikap profesional perawat dapat dilihat dari kemampuannya dalam menerapkan karakteristik sikap profesional yaitu mandiri dalam berpikir, kerendahan hati (humility), keberanian, ketekunan, empati, tidak berat sebelah, dan eksplorasi pikiran dan perasaan. Karakteristik sikap profesional ini kurang terlihat pada perawat yang bekerja di ruang perawatan di Rumah Sakit Sari Mulia, misal sikap empati dan eksplorasi pikiran/perasaan pada saat pasien atau keluarga datang ke pos perawatan untuk menyampaikan permasalahan yang kurang mereka mengerti, perawat terkesan kurang serius mendengarkan apa yang diutarakan pasien atau keluarga, dan cenderung menjawab seadanya.

Uraian Materi 2: Teori

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).

Uraian Materi 3: 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)

Uraian Materi 4: Aplikasi

Aplikasi perawatan paliatif di meliputi perawatan paliatif rawat jalan (poliklinik), rawat inap, rawat rumah (home care), day care, dan respite care. Tata kerja organisasi perawatan paliatif ini bersifat koodinatif dan melibatkan semua unsur terkait dengan mengedepankan tim kerja yang kuat, membentuk jaringan yang luas, berinovasi tinggi, dan layanan sepenuh hati.

6. Rangkuman

Dalam menjalankan tugasnya, perawat dituntut untuk mampu bersikap dan bertindak secara profesional, salah satunya agar tugas keperawatan dapat dilakukan secara efektif dan efisien. Pemberian pelayanan perawatan paliatif dilakukan oleh tim paliatif yang terdiri dari dokter, perawat, pekerja social, psikolog, konselor spiritual (rohaniawan), relawan. Apoteker, ahli gizi, dan profesi lain yang terkait dan focus pendekatannya adalah kepada pasien dan keluarga. Perawat selayaknya menerapkan sikap profesional pada saat melakukan

asuhan keperawatan. Dalam hasil penelitian Abdulwahab dan Gain ditemukan fakta bahwa seorang registered nurses (ners) lebih banyak menunjukkan sikap positif dibandingkan dengan mahasiswa keperawatan, dan perawat yang baru lulus.

7. Evaluasi

1. Tujuan dalam perawatan paliatif dalam pengkajian fungsi fisik adalah?
 - a. Memperlakukan pasien dengan bermartabat dan hormat
 - b. Mengenali guncangan yang di alami pasien dan keluarga
 - c. Mengenali kemarahan yang di alami pasien dan keluarga
 - d. Mengetahui kondisi dan status fungsional pasien secara fisik
 - e. Mengenali penyangkalan pasien dan keluarga terhadap sakit yang di alami

2. Membangun hubungan antara pasien dan keluarga, termasuk menunjuk wakil pengambil keputusan dan mendapatkan gambaran umum mengenai keinginan

- dan pandangan pasien terhadap hidup dan penyakitnya termasuk *end of life care* pada tahapan?
- a. Inisiasi diskusi
 - b. Penjelasan prognosis
 - c. Identifikasi tujuan *end of life care*.
 - d. Menghindari tindakan yang sia-sia
 - e. Perencanaan perawatan *end of life care*.
3. Prognosis penyakit harus disampaikan dengan jujur dan menggunakan bahasa yang mudah dipahami oleh pasien dan keluarga. Penyampaian prognosis secara langsung dengan tetap memberikan semangat dan perhatian kepada pasien termasuk *end of life care* pada tahapan?
- a. Inisiasi diskusi
 - b. Penjelasan prognosis
 - c. Identifikasi tujuan *end of life care*.
 - d. Menghindari tindakan yang sia-sia
 - e. Perencanaan perawatan *end of life care*.
4. Diskusi terbuka mengenai perawatan medis yang diinginkan, tujuan dan harapan di akhir hidup pasien baik dari aspek fisik, psikologi, sosial dan spiritual termasuk *end of life care* pada tahapan?
- a. Inisiasi diskusi
 - b. Penjelasan prognosis

- c. Identifikasi tujuan *end of life care*.
 - d. Menghindari tindakan yang sia-sia
 - e. Perencanaan perawatan *end of life care*.
5. Tercapainya pemahaman pasien tentang pilihan terapi medis dan dapat mengambil keputusan mengenai resusitasi serta waktu yang tepat untuk memulai perawatan paliatif dengan tetap menghormati aspek sosial dan spiritual pasien termasuk *end of life care* pada tahapan?
- a. Inisiasi diskusi
 - b. Penjelasan prognosis
 - c. Identifikasi tujuan *end of life care*.
 - d. Menghindari tindakan yang sia-sia
 - e. Perencanaan perawatan *end of life care*.

8. Daftar Pustaka

Avenue Appia. 2018. *Integrating Palliative Care and Symptom Relief into Primary Health Care*. Switzerland: World Health Organization.

Perawatan paliatif dan perawatan menjelang ajal merupakan hak asasi manusia yang harus diintegrasikan dalam sistem perawatan kesehatan. Pendidikan tentang perawatan paliatif (*Palliative Care*) dan perawatan menjelang ajal (*End of Life Care*) PEOLC dipandang sebagai fasilitator untuk mengembangkan integrasi perawatan paliatif. Perbedaan gaya belajar mahasiswa memiliki keunikan tersendiri dan menjadi tantangan bagi para pendidik untuk melakukan inovasi pembelajaran. Pembelajaran tidak sekedar transfer pengetahuan (*transfer of knowledge*) tetapi juga transfer belajar (*transfer of learning*) yang mampu mengubah pola pikir dan pola tindak yang dapat diimplementasikan dalam kehidupan nyata. *Meaningful Instructional Design* (MID) mengutamakan kebermaknaan dan efektifitas proses pembelajaran dengan membuat kerangka kerja aktivitas secara konseptual kognitif-konstruktivis. Hal ini sejalan dengan model pembelajaran transformatif dengan pendekatan pembelajaran pada orang dewasa yang dapat diimplementasikan pada pembelajaran keperawatan paliatif dan menjelang ajal.