

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Perawatan Paliatif

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang berfokus pada pasien dan keluarga untuk meningkatkan kualitas hidup dengan cara antisipasi dan pencegahan. Perawatan paliatif meliputi pemberian perawatan pada aspek fisik, intelektual, emosional, social dan kebutuhan spiritual, fasilitas autonomi pasien, serta akses untuk mendapatkan informasi (Ferrell, et al., 2013).

World Human Organization (WHO, 2016) mendefinisikan perawatan paliatif sebagai pendekatan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, yang memiliki banyak masalah di dalam hidupnya serta memiliki penyakit yang mengancam jiwa. Tindakan untuk pasien dengan perawatan paliatif meliputi berbagai kegiatan diantaranya identifikasi awal, pengkajian serta pengobatan dari rasa nyeri dan masalah lainnya seperti fisik, psikososial dan spiritual.

Perawatan paliatif merupakan pemberian perawatan terpadu dan bersifat aktif serta menyeluruh, pendekatan yang digunakan adalah pendekatan multidisiplin yang terintegrasi. Pada dasarnya perawatan adalah cara untuk mempersiapkan kehidupan baru (akhirat) yang berkualitas (Sugiman, 2017). Cara untuk mempersiapkan tersebut dimulai sejak pasien terdiagnosa penyakit kronis hingga pasien tutup usia.

Semua tindakan aktif yang bertujuan untuk meringankan penderitaan pasien terutama hal yang tak dapat disembuhkan disebut dengan perawatan paliatif. Tindakan aktif yang dimaksudkan di sini adalah menghilangkan nyeri dan keluhan lainnya, serta mengupayakan perbaikan pada aspek psikologis, sosial bahkan sepiritual (Irawan E. , 2013).

Tujuan utama dari perawatan paliatif adalah untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal. Peningkatan kualitas tersebut dilakukan dengan mengubah *mindset* bahwa kematian bukanlah proses yang menakutkan namun suatu proses yang normal (Irawan E. , 2013). Beberapa penelitian menunjukkan bahwa pasien dengan penyakit paliatif akan hidup lebih lama ketika mereka mendapatkan perawatan paliatif (Anonim, 2017).

Tujuan perawatan paliatif secara luas yaitu untuk mengurangi penderitaan yang dialami pasien, memperpanjang umurnya, membantu meningkatkan kualitas hidupnya serta memberikan dukungan kepada keluarga pasien. Sasaran perawatan paliatif ini tidak hanya berfokus pada pasien, tetapi juga kepada keluarga pasien (Sugiman, 2017).

Perawatan paliatif berfokus kepada hal-hal berikut : (1) perawatan paliatif membantu pasien dalam mengurangi rasa sakit serta gejala lain yang membuatnya merasa sedih, (2) menegaskan kepada pasien bahwa hidup dan mati merupakan suatu proses yang normal, (3) membantu mempersiapkan kematian pasien, baik untuk mempercepat ataupun

menunda, (4) perawatan paliatif menggabungkan seluruh aspek baik psikologis dan spiritual dalam memberikan perawatan, (5) perawatan paliatif merupakan perawatan yang berlaku sejak awal perjalanan penyakit hingga akhir bahkan pendampingan setelah kematian kepada keluarga. (Gales-Camus, Resnikoff, & Sepulveda, 2007).

Memberikan rasa nyaman serta membantu pasien dalam mengurangi rasa sakit dan gejala-gejala yang sedang dirasakan merupakan salah satu dalam tugas perawatan paliatif. Hal tersebut dapat menjadikan pasien merasa dihargai dan dihormati sehingga dapat membuat rasa nyaman serta membuat pasien melupakan penyakitnya. Menjelaskan kepada pasien tentang hidup dan mati adalah proses alamiah manusia yang tinggal di bumi ini. Makhluk yang hidup di dunia ini nantinya akan kembali keasalnya dan proses tersebut merupakan proses yang normal yang akan dilewati oleh seluruh manusia, baik sakit maupun yang sehat.

“Tiap-tiap yang berjiwa akan merasakan mati. Dan sesungguhnya pada Hari Kiamat sajalah disempurnakan pahalamu. Barangsiapa dijauhkan dari neraka dan dimasukkan ke dalam surga, maka sungguh ia telah beruntung. Kehidupan dunia itu tidak lain hanyalah kesenangan yang memperdaya.”
(Q.S Ali Imron 185) (Al-Qur'an).

Al-Qur'an surah Ali Imran ayat 185 menegaskan bahwasanya setiap yang berjiwa akan merasakan mati. Jelas bahwa kita semua nantinya akan merasakan kematian dan akan kembali kepada Dzat Pemilik Alam Semesta ini. Setiap orang tidak akan mengetahui bagaimana, kapan dan dimana ia dipanggil oleh Tuhan.

Perawatan paliatif merupakan perawatan yang mencakup seluruh aspek dalam kehidupan baik itu biologis, psikologis, kultural, sosial bahkan spiritual. Pemberian perawatan secara holistik ini dirasa efektif untuk membantu pasien-pasien yang mengalami ataupun yang terdiagnosa penyakit kronis. Pelaksanaan dalam memberikan perawatan paliatif pada pasien, perawat harus memperhatikan beberapa aspek seperti kasih sayang, kepedulian, ketulusan dan rasa syukur, karena aspek-aspek tersebut sangat penting dalam memberikan perawatan pada pasien (Sugiman, 2017). Pemberian perawatan paliatif ini seharusnya diberikan sejak awal pasien terdiagnosa penyakit kronis hingga pasien meninggal, bahkan perawatan paliatif juga melakukan pengkajian serta pendampingan kepada keluarga pasca pasien meninggal.

Prinsip-prinsip yang menjadi kunci pada pelaksanaan perawatan paliatif, yang mana prinsip ini juga merupakan visi dari perawatan paliatif. Prinsip-prinsip tersebut adalah : (1) perawatan berpusat pada pemberdayaan pasien; (2) advokasi; (3) dikerjakan oleh tenaga kerja yang terampil; (4) model perawatan yang digunakan adalah kolaboratif yang berbasis perawatan yang terkoordinasi (Gallagher, 2010).

Perawatan paliatif diberikan ketika pasien telah terdiagnosa penyakit terminal. Pola perjalanan penyakit terminal setiap orang dan setiap penyakit berbeda-beda tergantung dengan kondisinya, pola perjalanan ini terbagi dalam tiga pola. Pola yang pertama adalah tiba-tiba dimana pasien terminal kondisinya akan terlihat stabil namun tiba-tiba meninggal.

Selanjutnya pola dapat diprediksi dimana kondisi pasien semakin hari akan semakin turun hingga kematian. Pola kronis, dimana keadaan pasien akan naik turun hingga pasien meninggal (Campbell M. L., 2013).

Struktur inti dari pelaksanaan program perawatan paliatif klinis dibagi menjadi delapan bagian diantaranya : struktur dan proses perawatan, aspek fisik dalam perawatan, aspek psikologi dan psikiatri dalam perawatan, aspek sosial, aspek spiritual agama dan eksistensial, aspek budaya, perawatan pasien yang mendekati ajal serta yang terakhir adalah aspek legal dan etik dalam perawatan (Campbell M. L., 2013).

Program tersebut menjadi acuan tim kesehatan untuk melaksanakan perawatan paliatif kepada pasien supaya berjalan sesuai dengan yang diinginkan. Pelayanan pada perawatan paliatif diberikan secara multidisiplin yang bekerja sama memberikan pelayanan yang terbaik untuk pasien paliatif. Tim multi disiplin pada perawatan paliatif ini terdiri dari dokter, perawat, apoteker, psikolog, ahli diet yang telah terdaftar, pekerja sosial serta pelayanan spiritual (Effendy, 2014).

Menurut KEMENKES (2013) dalam Anita (2016) memberikan perawatan paliatif terdapat beberapa langkah diantaranya : menentukan tujuan yang akan dicapai dalam perawatan, menemani pasien dalam membuat wasiat ataupun keinginan terakhir, pengobatan penyakit serta aspek sosial, penatalaksanaan gejala yang muncul, memberikan informasi dan edukasi kepada pasien dan keluarga, memberikan dukungan

psikologis, kultural dan sosial, serta memberikan pelayanan pasien pada fase terminal.

Perawatan paliatif dapat dilakukan di Rumah Sakit (RS), rumah maupun di rumah singgah. Perawatan paliatif yang baik dapat merubah kualitas hidup pasien dengan penyakit terminal menjadi lebih baik. Namun, pada realita yang ada pelaksanaan perawatan paliatif di Indonesia masih jarang dilakukan. Sebab, sebagian besar pengetahuan dan pemahaman dari tenaga kesehatan masih kurang terkait dengan perawatan paliatif itu sendiri (Irawan E. , 2013).

Data dari WHO tentang perawatan paliatif menunjukkan bahwa lebih dari 29 juta orang meninggal dunia karena penyakit serius dimana pasien tersebut membutuhkan perawatan paliatif. Sebagian besar penderita yang membutuhkan perawatan paliatif terjadi pada kelompok lanjut usia (60%) dengan rata-rata usia lebih dari 60 tahun, pada posisi kedua terjadi pada kelompok dewasa dengan usia 15-59 tahun (25%). Sedangkan untuk distribusi pasien dengan perawatan paliatif menurut jenis kelamin laki-laki (52%) dan perempuan (48%) (Baxter S. , et al., 2014).

WHO (2016), melaporkan bahwa kasus pasien paliatif di dunia meliputi penyakit jantung kronis (38,5%), kanker (34%), penyakit pernapasan (10.3%), *Human Immunodeficiency Virus/ Acquired Immunodeficiency Syndrom* (HIV/AIDS) (5,7%) dan Diabetes (4,6%). Sebagian besar pasien (40-60%) yang membutuhkan perawatan paliatif di dunia diperkirakan meninggal dunia.

Benua Pasifik menduduki peringkat pertama dengan kebutuhan paliatif paling banyak (29%) di bandingkan dengan benua lainnya. Disusul selanjutnya pada urutan kedua adalah Benua Eropa dan Asia Tenggara (22%). Benua Amerika, Afrika dan Mediterania Timur dengan presentasi (13%), (9%) dan (5%) (Baxter S. , et al., 2014).

Asia Tenggara menduduki peringkat tertinggi dengan kebutuhan paliatif dibandingkan dengan bagian Benua Asia yang lainnya. Hal ini menunjukkan bahwa Indonesia juga memiliki peringkat tertinggi dalam jumlah pasien yang membutuhkan perawatan paliatif. Secara geografis letak Indonesia berada pada bagian Asia Tenggara (Baxter S. , et al., 2014).

Profil kesehatan di Indonesia dari data Kementerian Kesehatan (Kemenkes) Republik Indonesia mencatat bahwa kasus paliatif yang sering terjadi adalah kasus HIV/AIDS sekitar 30.935, kasus stroke sekitar 1.236.825 serta 883.447 kasus penyakit jantung (KEMNKES, 2016). Kasus-kasus tersebut cenderung meningkat dari tahun sebelumnya, hal ini menunjukkan bahwa Indonesia harus melakukan antisipasi akan berkembangnya penyakit yang membutuhkan perawatan paliatif.

Daerah Istimewa Yogyakarta merupakan provinsi dengan prevalensi penderita stroke tertinggi (7,0%). Prevalensi tertinggi kedua adalah penyakit diabetes (2,6%). Data tersebut jika diakumulasi dengan penyakit lainnya prevalensi penyakit jantung koroner di Yogyakarta tidak terlalu tinggi (KEMENKES, Situasi Kesehatan Jantung, 2014).

B. Masalah Keperawatan Pada Pasien Paliatif

Permasalahan pada perawatan paliatif yang digambarkan oleh pasien merupakan kejadian yang mengancam diri sendiri. Masalah yang seringkali diuraikan oleh pasien adalah mengenai ketentraman dalam memberikan perawatan yang komprehensif. *International Association For Hospice & Paliiative Care* (IAHPC) melaporkan bahwa sebagian besar pasien melaporkan masalah seperti nyeri, masalah fisik lainnya, psikologi, social, kulturan serta spiritual (IAHPC, 2016).

Masalah fisik sering kali lebih diperhatikan dan mendapatkan perhatian khusus dalam melakukan perawatan pada pasien. Prinsip pada perawatan paliatif adalah melakukan perawatan secara menyeluruh kepada pasien. Oleh sebab itu kita juga harus memperhatikan pada masalah pada aspek psikologis dan spiritual.

Permasalahan yang dapat muncul ataupun terjadi pada pasien yang menerima perawatan paliatif dilihat dari perseptif keperawatan meliputi masalah psikologi, masalah hubungan sosial, konsep diri, masalah dukungan keluarga serta masalah pada aspek spiritual atau keagamaan (Campbell M. L., 2013).

Pasien paliatif melaporkan bahwa mereka menginginkan untuk dapat mempercepat kematiannya. Hal ini terjadi karena pasien memiliki depresi yang tinggi, putus asa, gejala fisik yang sering muncul, intensitas nyeri yang mengganggu, sementara itu yang menjadi perhatian bahwasannya pasien ini juga melaporkan dirinya merasa kesejahteraan spiritualnya

menurun. Pernyataan tersebut sejalan dengan literatur yang mana apabila seseorang terdiagnosa penyakit kronis akan memiliki keinginan tinggi untuk mempercepat kematian serta terjadinya penurunan kesejahteraan spiritual (Bredle, Salsman, Debb, Arnold, & Cella, 2011).

1. Masalah Fisik

Prinsip dasar dalam perawatan paliatif adalah menghilangkan nyeri serta gejala fisik lainnya. Masalah fisik yang paling banyak di temukan pada pasien paliatif adalah nyeri. Nyeri merupakan masalah utama dari masalah fisik lainnya seperti mual/muntah, gangguan tidur, gangguan mobilisasi, kehilangan nafsu makan yang nantinya dapat mengurangi kualitas hidup pasien dan akan meningkatkan beban untuk keluarganya (Anonim, 2017).

Nyeri merupakan pengalaman emosional dan sensori yang tidak menyenangkan yang muncul akibat rusaknya jaringan aktual yang terjadi secara tiba-tiba dari intensitas ringan hingga berat yang dapat diantisipasi dan diprediksi. Masalah nyeri dapat ditegakkan apabila data subyektif dan obyektif dari pasien memenuhi minimal tiga kriteria. Kriteria tersebut meliputi putus asa, perubahan posisi untuk menghindari nyeri, perubahan pada parameter fisiologis seperti tekanan darah, frekuensi jantung, frekuensi pernapasan serta saturasi oksigen (NANDA, 2015).

Penilaian pada masalah nyeri dapat menggunakan *Chart Scale 0-10 level*. Penilaian ini dengan menggunakan gambar animasi wajah yang

menggambarkan ekspresi nyeri. Nilai yang digunakan pada *Chart Scale* ini adalah 0 hingga 10, dimana nilai 0 diartikan pasien tidak mengalami nyeri dan nilai 10 diartikan dengan perasaan nyeri yang sangat menyiksa (Anonim, 2016).

Penyebab nyeri yang dialami oleh pasien terjadi karena perjalanan dari penyakit yang diderita pasien, pengobatan yang diberikan serta kondisi tirah baring yang terlalu lama. Prinsip dalam penatalaksanaan masalah nyeri serta gejala fisik lainnya adalah dengan mengatasi penyebabnya, pemberian farmakologi serta non farmakologi seperti relaksasi (Anonim, 2017).

2. Masalah Psikologi

Angka harapan hidup pada pasien paliatif sangat kecil, hal itu menyebabkan pasien mengalami permasalahan dalam hidupnya seperti penderitaan fisik, psikologi hingga berujung kepada kematian. Masalah psikologi yang sering dialami pada pasien paliatif adalah kecemasan. Hal ini terjadi dikarenakan diagnosa penyakit paliatif membuat pasien merasa takut dan menyebabkan kecemasan bagi pasien maupun keluarga (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

Kecemasan adalah perasaan tidak nyaman atau kekhawatiran yang disertai oleh respon otonom, perasaan takut yang disebabkan oleh antisipasi terhadap bahaya. Hal ini merupakan tanda waspada yang

memberi tanda individu akan adanya bahaya dan mampukah individu tersebut mengatasinya (NANDA, 2015).

Kriteria dalam menegakkan masalah keperawatan kecemasan jika pasien mengalami hal-hal seperti agitasi, gelisah, distres, ketakutan, rasa sangat khawatir, kesedihan yang mendalam serta putus asa. Apabila pasien paliatif mengalami setidaknya tiga hal tersebut maka masalah keperawatan kecemasan dapat ditegakkan. Penyebab pasien mengalami kecemasan salah satunya ialah mendapatkan stresor yang berlebih, stresor tersebut dapat berasal dari rasa takut yang ada di dalam diri akibat memikirkan penyakit yang diderita ataupun berasal dari luar tubuh pasien seperti keluarga dan lingkungan (NANDA, 2015).

Kecemasan yang terjadi pada pasien paliatif dapat berdampak buruk bagi kehidupan pasien itu sendiri, sebuah penelitian menyebutkan bahwa pasien paliatif yang mengalami depresi dan kecemasan beresiko tiga kali lipat menjadi tidak patuh dalam mengkonsumsi obat dibandingkan dengan mereka yang tidak mengalami depresi dan kecemasan (Misgiyanto & Susilawati, 2014). Hal ini jelas dapat memperburuk kondisi pasien dan dapat menurunkan kualitas hidup pasien.

Penilaian kecemasan dapat dilakukan dengan menggunakan kuesioner *Anxiety Visual Analog Scale (Anxiety VAS)*, *Depression Anxiety Stress Scale (DASS)*, *Hamilton Anxiety Rating Scale (HAM-A)* dan yang lain-lain. Setiap skala penilaian memiliki cara serta tujuannya masing-

masing, pada *Anxiety Visual Analog Scale (Anxiety VAS)* misalnya penilaian ini menggunakan sebuah garis horizontal yang menggambarkan kecemasan pasien (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

Penatalaksanaan masalah kecemasan dapat dilakukan dengan farmakologi dan non farmakologi. Penatalaksanaan farmakologi adalah dengan pemberian obat golongan benzodiazepine yang mana obat golongan benzodiazepine merupakan obat penenang yang efektif untuk mengatasi kecemasan. Penatalaksanaan non farmakologi dapat dilakukan dengan psikoterapi, psikoterapi yang sering digunakan pada masalah psikologi adalah *Cognitive Behavior Therapy (CBT)* (Diferiansyah, Septa, & Lisiswanti, 2016).

3. Masalah Sosial

Masalah lain yang sering muncul pada pasien paliatif ada pada aspek sosial. Sebagian besar pasien melaporkan sering mengalami masalah seperti isolasi sosial, gangguan peran, adanya ketergantungan, kehilangan kontrol dan kehilangan produktifitas. Masalah pada aspek sosial dapat terjadi karena adanya ketidak normalan kondisi hubungan sosial pasien dengan orang yang ada disekitar pasien baik itu keluarga maupun rekan kerja (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

Isolasi sosial dapat diartikan sebagai kesendirian yang dialami seseorang yang timbul akibat orang lain dan sebagai suatu pernyataan negatif atau dapat juga mengancam jiwa. Masalah isolasi sosial dapat

ditegakkan apabila pasien mengalami hal-hal seperti menarik diri, sakit, keinginan untuk selalu sendiri, tidak mempunyai tujuan serta perasaan beda dari orang lain. Hal ini muncul akibat dari penyakit yang di derita oleh pasien, adanya gangguan kesehatan sehingga menyebabkan perubahan pada penampilan fisik pasien (Misgiyanto & Susilawati, 2014).

Tanda-tanda pasien mengalami isolasi sosial dalam hal ini menarik diri ditandai dengan kurang spontan, apatis, ekspresi wajah kurang berseri (bersedih), kurang memperhatikan kebersihan diri, afek tumpul, menurunnya komunikasi verbal atau bahkan tidak ada serta memisahkan diri dengan orang lain. Tanda tersebut dapat berkurang jika adanya asuhan keperawatan yang komperhensif dimana seluruh aspek termasuk aspek sosial juga diperhatikan dalam proses perawatan (Afandi & Y, 2014).

Tindakan yang dapat dilakukan oleh perawat untuk mengurangi masalah isolasi sosial pada pasien paliatif yaitu dengan pendekatan yang bersifat membangun hubungan saling percaya antara pasien dengan perawat. Apabila pasien telah percaya sepenuhnya dengan perawat maka perawat dapat membantu mengatasi masalah pasien dengan cara sebagai jembatan antara perawat dengan masalah yang ada (Afandi & Y, 2014).

4. Masalah Spiritual

Kamus Bahasa Indonesia (KBBI) mendefinisikan spiritual adalah hal yang berhubungan atau bersifat kejiwaan. Kejiwaan yang dimaksud disini adalah hal yang berkaitan dengan rohani dan batin (KBBI, Kamus Bahasa Indonesia, 2008). Spiritual merupakan suatu kekuatan inti yang dapat meresap ke dalam kehidupan, serta dapat bermanifestasi pada diri, tindakan dan pemahaman seseorang (Campbell M. L., 2013).

Spiritual dapat diartikan sebagai sesuatu hal yang berhubungan dengan kepercayaan, makna dan tujuan, keyakinan dan kepercayaan pada diri, orang lain dan termasuk keyakinan kepada Tuhan ataupun pada kekuatan yang lebih besar (Aryani, Suryani, & Nuraeni, 2014). Aspek kemanusiaan yang mengacu pada cara individu dalam mencari tujuan serta makna hidup yang tersurat dan cara mereka dalam melakukan hubungan baik itu dengan diri sendiri, orang lain, alam maupun dengan hal-hal yang sakral disebut dengan spiritual (Puchalski, 2013).

Sebagian besar orang mengartikan bahwa spiritual dan religiusitas merupakan dua hal yang sama. Namun sebenarnya spiritual merupakan bagian terbesar dari religiusitas, dalam kata lain religiusitas merupakan bagian dari spiritual. Salah satu hal yang dapat menggambarkan ini adalah ketika seseorang percaya akan adanya Tuhan dan taat menjalankan apa yang diperintahkan, maka itu merupakan spiritual yang di dalamnya mengandung religiusitas.

Artikel yang memberkuat bahwa spiritual erat kaitannya dengan religiusitas adalah artikel dari *American Academy of Hospice and Palliative Care* (AAHPM) oleh George Handzo. Isi dari artikel tersebut tentang spiritual dan religiusitas, dimana masih banyak di temukan pada sebagian orang yang mengaku percaya pada tuhan namun sejatinya tidak menjalankan apa yang di perintahkan. Orang yang seperti itu tergolong pada orang yang spiritual tetapi tidak religius (AAHPM, 2017).

Spiritual adalah tentang hal-hal seperti harapan dan kekuatan, kepercayaan, arti dan tujuan, cinta dan hubungan, moralitas serta kreativitas dan ekspresi diri. Spiritual bukan hanya hal tentang keyakinan serta praktik keagamaan ataupun tentang pemaksaan akan keyakinan yang anda yakini sendiri (Anonim, 2011).

Menurut Carpenito-Moyet (2006) dalam Aryani, Suryani dan Nuraeni (2014) masalah pada pasien yang mendapat perawatan paliatif di unit perawatan intensif adalah distres spiritual. Distres spiritual dapat terjadi karena diagnosa penyakit kronis, nyeri, gejala fisik, isolasi dalam menjalani pengobatan serta ketidakmampuan pasien dalam melakukan ritual keagamaan yang mana biasanya dapat dilakukan secara mandiri.

Karakteristik dalam spiritual terbagi dalam empat bagian di antaranya hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan alam, hubungan dengan orang lain serta hubungan dengan ketuhanan. Jika seseorang memiliki spiritual yang bagus maka orang tersebut memiliki hubungan yang baik dengan empat hal diatas. Sebagai contoh dimana seseorang telah terpenuhi

dalam hal kebutuhan spiritual jika orang tersebut mampu memiliki tujuan dalam hidupnya, mampu mengembangkan hubungan antar manusia, memiliki rasa cinta terhadap seluruh makhluk hidup serta memiliki kehidupan yang terarah (Hamid, 2009).

Spiritual seseorang dipengaruhi oleh beberapa faktor diantaranya tahap perkembangan, keluarga, latar belakang budaya, krisis dan perubahan, pengalaman hidup, isu moral terkait dengan terapi serta asuhan keperawatan yang kurang sesuai. Jelas bahwa pemberian asuhan keperawatan yang kurang sesuai dapat mempengaruhi spiritual seseorang, oleh karenanya perawat diharapkan peduli terhadap kebutuhan spiritual pasien terlebih pada pasien paliatif. Kepedulian yang kurang tersebut terjadi karena perawat merasa bahwa kebutuhan spiritual pasien kurang penting, merasa kurang dengan kehidupan spiritualnya, perawat tidak mendapatkan pendidikan spiritual dalam keperawatan ataupun perawat masih beranggapan bahwa kebutuhan spiritual pasien bukan menjadi tugasnya namun tugas dari pemuka agama (Hamid, 2009).

Kebutuhan spiritual meliputi hubungan pasien dengan tuhan, memiliki rasa syukur serta optimis, menerima cinta dan mencintai orang lain, memiliki keyakinan spiritual, memiliki makna dan tujuan dalam hidup, dapat mempertahankan pengalaman keagamaan serta mempersiapkan diri untuk kematian (Ferrell & Coyle, 2010). Pernyataan di atas dapat menjelaskan bahwasannya aspek spiritual sangatlah penting dalam pemberian asuhan keperawatan pada pasien paliatif. Peran aspek spiritual

dapat dijadikan sebagai acuan dalam menjalankan kehidupan sehari-hari (Atapada, Huriah, & Pratama, 2016).

Kebutuhan spiritual merupakan kebutuhan yang seharusnya diberikan oleh perawat kepada pasien. Pemberian dukungan spiritual pada pasien paliatif dapat menurunkan tindakan medis, karena dengan memberikan dukungan spiritual kepada pasien akan meningkatkan kualitas hidup pasien paliatif (Balboni, Balboni, Enzinger, Gallivan, Elizabeth, & Wright, 2013).

Buchet *et al* (2013) dalam Aryani, Suryani dan Nuraeni (2014) menyebutkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual dapat dilakukan secara sederhana oleh perawat. Cara pemenuhan tersebut meliputi komunikasi terapeutik pada saat berinteraksi dengan pasien, mendorong keterlibatan atau interaksi pasien dengan keluarga, memberikan waktu dan privasi kepada pasien untuk dapat menjalankan aktivitas spiritual, mendengarkan dan memberikan kesempatan pasien untuk dapat menceritakan apa yang sedang dirasakan, menyediakan perlengkapan ibadah ataupun memberikan lagu-lagu rohani kepada pasien agar dapat diperdengarkan ketika waktu luang.

Menurut Aston University Chaplaincy Team (2014) dalam Aryani, Suryani dan Nuraeni (2014) memaparkan bahwa pemenuhan kebutuhan spiritual dapat berupa membiarkan pasien sendiri dengan tujuan pasien dapat memperoleh kedamaian untuk dirinya sendiri, mengajak pasien untuk menikmati indahnya alam sekitar serta

membiarkan pasien menikmati kesenangannya. Kegiatan lain seperti mengajak pasien dalam kegiatan keagamaan di tempat ibadah, bertemu dengan ahli agama serta memberikan jalan kepada pasien untuk dapat bergabung dalam komunitas keagamaan merupakan contoh pemenuhan keputuhan spiritual.

Komunikasi terapeutik yang dilakukan perawat pada saat berinteraksi dengan pasien dianggap mampu meningkatkan rasa percaya pasien kepada perawat, dengan begitu pasien akan dengan senang hati menceritakan apa yang sedang dia rasakan dan dia alami. Perawat dapat membantu pasien untuk dapat menjalankan aktivitas spiritualnya sebagai contohnya menyediakan perlengkapan ibadah untuk pasien atau dapat juga membentuk kelompok keagamaan untuk pasien. Kelompok agama ini dirasa mampu mengurangi pengobatan secara medis (Balboni, Balboni, Enzinger, Gallivan, Elizabeth, & Wright, 2013).

Penilaian dalam mengetahui aspek spiritual pasien paliatif dengan menggunakan penilaian holistik. Pendekatan pada penilaian ini dikategorikan dalam empat pokok utama yakni: pengakuan/identifikasi, pengukuran, narasi/biografi serta domain. (Holloway, Adamson, McSherry, & Swinton, 2011).

Kategori identifikasi/pengakuan di gunakan untuk alat penilaian pertama dalam mengetahui spiritual pasien. Pertanyaan dalam kategori ini merupakan pertanyaan yang luas yang meliputi perasaan damai, keyakinan, hilangnya makna dan arti hidup serta kepercayaan akan suatu

hal. Alat penilaian spiritual pada kategori ini salah satunya adalah *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale* (FACIT-Sp) (Holloway, Adamson, McSherry, & Swinton, 2011).

Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp) merupakan penilaian yang terdiri dari dua belas pertanyaan yang terbagi dalam tiga komponen utama. Tiga komponen tersebut meliputi *meaning* (arti hidup), *faith* (kepercayaan) dan *peace* (kedamaian) (Bredle, Salsman, Debb, Arnold, & Cella, 2011).

C. Peran Perawat Dalam Perawatan Paliatif

Undang – Undang Republik Indonesia Nomor 38 Tahun (2014) tentang keperawatan mendefinisikan perawat adalah seseorang yang telah menyelesaikan pendidikan tinggi pada bidang keperawatan, baik di dalam negeri maupun di luar negeri yang mana telah diakui oleh pemerintah sesuai dengan peraturan perundang-undangan di Negara Republik Indonesia. Sedangkan, Keperawatan sendiri berarti kegiatan pemberian asuhan kepada individu, keluarga dan masyarakat dalam keadaan sakit ataupun sehat.

Persatuan Perawat Nasional Indonesia (PPNI) menggolongkan peran perawat secara umum menjadi 5 aspek. Peran yang dimaksud besar meliputi memberi pelayanan/asuhan (*care provider*), pemimpin kelompok (*community leader*), pendidik (*educator*), pengelola (*manager*) serta peneliti (*reseaecher*) (PPNI, 2013).

Memberikan pelayanan/asuhan keperawatan (*care provide*) merupakan peran terpenting yang harus dilakukan oleh perawat. Memberikan

pelayanan/asuhan merupakan ketrampilan perawat dalam berfikir dan pendekatan sistem untuk dapat menyelesaikan permasalahan dan dapat menemukan solusi serta membuat keputusan secara cepat dan tepat. Dalam pemberian pelayanan ini perawat diharapkan memberikan pelayanan sesuai dengan konsep dari perawatan paliatif yang bersifat komprehensif dan holistik yang berlandaskan dengan etik profesi dan aspek legal.

Peran perawat dalam memberikan perawatan paliatif yang tak kalah pentingnya ialah pemimpin kelompok (*community leader*) kemudian disusul dengan pendidik (*educator*). Bekerja secara tim dalam memberikan pelayanan pada perawatan paliatif mengharuskan perawat harus mampu untuk menjalankan kepemimpinan di dalam berbagai kondisi. Perawatan paliatif tidak lepas dari peran berbagai profesi seperti dokter, apoteker, ahli gizi serta fisioterapi. Oleh karenanya perawat juga harus mampu menjadi pemimpin dalam melakukan kolaborasi untuk memberikan pelayanan yang terbaik bagi pasien dan keluarga.

Memberikan informasi mengenai pengetahuan tentang penyakit pasien serta berbagai cara yang harus dilakukan juga merupakan peran dari seorang perawat. Pasien seharusnya dibekali pengetahuan tentang penyakit yang sedang menyerang tubuhnya, agar dapat melakukan pencegahan ataupun dapat mengambil keputusan yang akan diambil.

Tenaga kesehatan yang memiliki kesempatan paling besar untuk memberikan asuhan keperawatan secara komprehensif dengan cara membantu pasien dalam pemenuhan kebutuhan dasar sehari-hari adalah

perawat. Bentuk dari pemenuhan kebutuhan dasar ini meliputi peningkatan kemampuan dalam diri pasien, mencegah, memperbaiki serta melakukan rehabilitasi dari rasa sakit yang dialami oleh individu (Atapada, Huriah, & Pratama, 2016).

Kompetensi perawat yang cukup penting dalam melakukan perannya di rumah sakit untuk dapat memberikan kepuasan dalam pelayanan kepada pasien adalah proses asuhan keperawatan secara maksimal, pemberian asuhan keperawatan pada aspek spiritual merupakan kompetensi yang cukup penting yang harus dilakukan. Konteks asuhan keperawatan tersebut sejalan dengan proses keperawatan yang diawali dengan pengkajian, perumusan diagnosa, penyusunan perencanaan, pemberian tindakan keperawatan serta yang terakhir adalah mengevaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan (Aini, Mulyono, & Susilowati, 2013).

Pelaksanaan pemberian kebutuhan spiritual oleh perawat tidak lepas dari peran perawat sebagai pemberi asuhan keperawatan (*care provider*). Proses keperawatan dalam memberikan asuhan keperawatan terbagi dalam lima tahapan. Proses pengkajian, diagnosa keperawatan, perencanaan, tindakan keperawatan dan evaluasi. (Wilkinson & Ahern, 2012).

Peran perawat dalam memberikan kebutuhan spiritual diawali dengan proses pengkajian. Pengkajian pada aspek spiritual dapat menggunakan beberapa kuesioner seperti FICA, FACIT-Sp dan *Spiritual Assesment for Palliative Care Patient* (Ferrell & Coyle, 2010). Setiap kuesioner mencoba

menggali aspek spiritual pasien, dimana cara pengkajian ini dapat dilakukan dengan melihat ataupun wawancara langsung kepada pasien.

Proses selanjutnya adalah menentukan permasalahan yang nantinya dapat digunakan untuk menegakkan masalah keperawatan. Aspek spiritual dalam penegakan diagnosa keperawatan tercover dalam domain 10 “Prinsip Hidup”. Masalah yang sering muncul pada aspek ini meliputi hambatan riligiusitas, resiko hambatan religiusitas, distres spiritual dan resiko spiritual (NANDA, 2015).

Penegakkan suatu masalah dalam keperawatan di dapat di tentukan dari data subyektif dan data obyektif yang ditemukan pada pasien paliatif. Data tersebut di sesuaikan pada krietia yang telah ada pada panduan dalam menentukan masalah keperawatan. Krietia dalam menegakkan masalah keperawatan distres spiritual terbagi menjadi tiga pokok yakni hubungan dengan diri sendiri, hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari pada diri sendiri (NANDA, 2015).

Hubungan dengan diri sendiri meliputi masalah seperti merasa hidup kurang bermakna, strategi koping tidak efektif dan marah. Masalah dalam hubungan dengan orang lain seperti merasa asing dan perpisahan dari sitem pendukung. Hubungan dengan kekuatan yang lebih besar dari pada diri sendiri dapat meliputi tidak berdaya, ketidakmampuan berpartisipasi dalam aktivitas keagamaan dan perasaan diabaikan. Masalah keperawat dapat ditegakkan jika memenuhi kriteria setidaknya tiga data baik itu data subyektif maupun data obyektif (NANDA, 2015).

Masalah yang sering terjadi pada pasien dengan perawatan paliatif adalah distres spiritual dan resiko hambatan religiusitas. Hal ini dapat dilihat dari penyebab yang terjadi pada pasien paliatif yang mengacu pada penegakkan masalah distres spiritual. Distres spiritual merupakan keadaan penderitaan seseorang yang berhubungan dengan gangguan dalam memaknai hidup melalui diri sendiri, dunia maupun kekuatan yang lain. Resiko hambatan religiusitas adalah keadaan dimana seseorang rentan mengalami gangguan untuk melatih pada keyakinan keagamaan atau dalam berpartisipasi untuk melakukan ritual pada kepercayaan tertentu (NANDA, 2015).

Penentuan prioritas masalah dilakukan jika terdapat beberapa masalah keperawatan pada pasien. Prioritas yang menjadi masalah tersebut akan dijadikan landasan untuk membuat perencanaan yang selanjutnya akan dilakukan tindakan sesuai dengan masalah yang di alami.

Pembuatan perencanaan dilakukan secara terstruktur sesuai dengan ketentuan serta standar operasional yang telah di tetapkan. Rencana tindakan yang akan dilakukan haruslah sesuai dengan kemampuan dan tujuan dari pasien itu sendiri. Perawat harus bersikap realistis dalam membuat tujuan tindakan kepada pasien, terlebih pada pasien paliatif. Sebab perubahan perilaku pasien yang sedikit mungkin merupakan satu-satunya tujuan yang dapat dicapai oleh pasien (Wilkinson & Ahern, 2012).

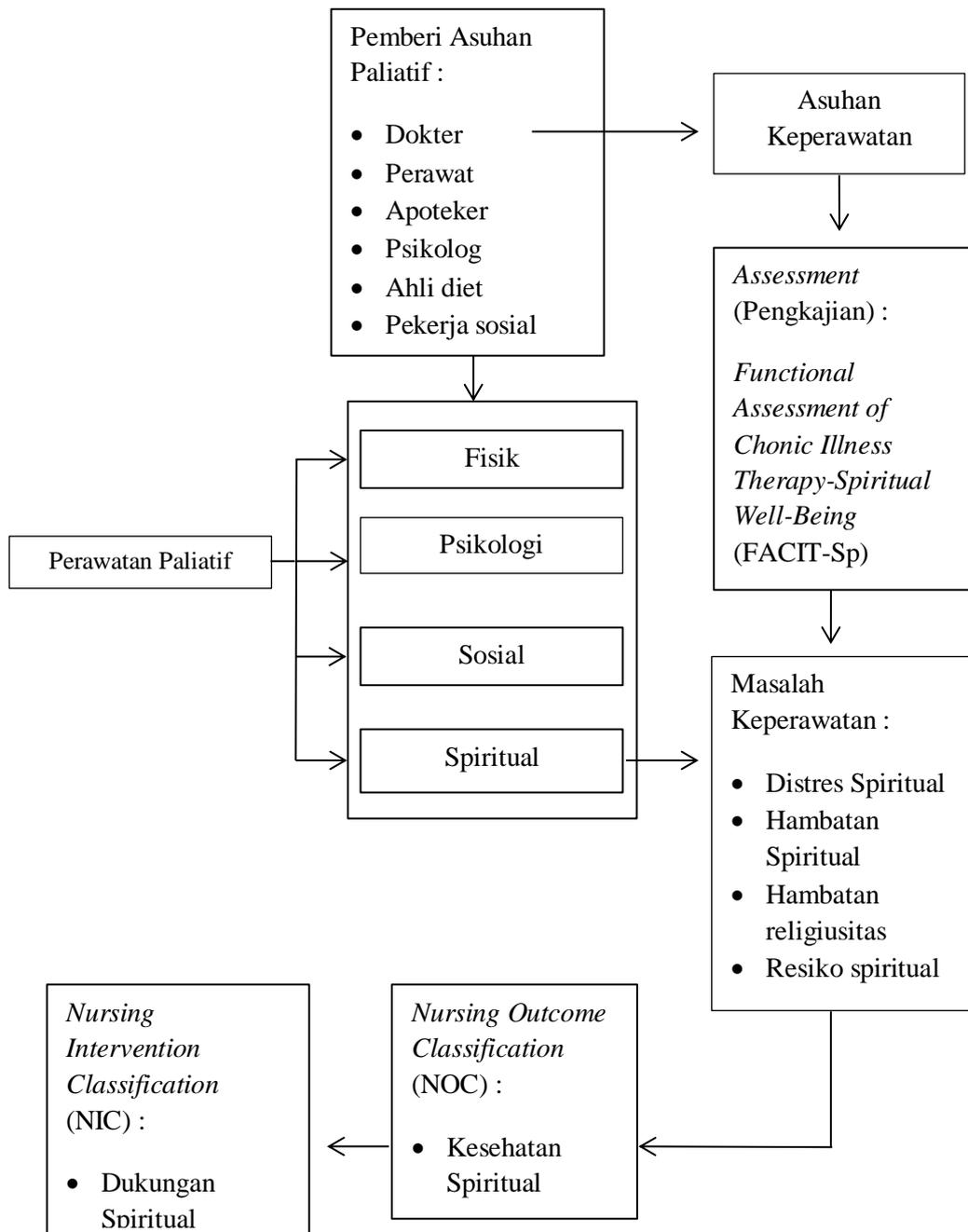
Perencanaan keperawatan mengacu pada buku *Nursing Outcomes Classification* (NOC), perencanaan pada pasien paliatif dengan masalah

distres spiritual dapat mengambil label kesehatan spiritual. Kriteria hasil yang akan dicapai yakni kualitas hidup, kualitas keyakinan, arti dan tujuan hidup, perasaan damai, kepuasan spiritual dan lain-lain. Kriteria hasil yang diambil dapat disesuaikan dengan kebutuhan pasien, karena setiap pasien satu dengan yang lainnya akan berbeda walaupun terdapat masalah yang sama (NOC, 2013).

Pencapaian rencanya yang telah ditetapkan adalah dengan tindakan keperawatan. Penentuan tindakan apa yang akan dilakukan harus sesuai dengan rencana yang telah di tetapkan. Intervensi dalam keperawatan mengacu pada buku *Nursing Interventions Classification* (NIC). Tindakan khusus serta detail yang dilakukan perawat seperti mengukur tanda vital, memantau asupan nutrisi serta observasi nyei yang dirasakan oleh pasien merupakan beberapa contoh tindakan keperawatan yang dapat dilakukan pada pasien dengan kebutuhan paliatif (Wilkinson & Ahern, 2012).

Penentuan intervensi keperawatan tidak terlepas dari label yang digunakan pada pembuatan kriteria hasil. Intervensi pada masalah distres spiritual dapat memilih label berupa dukungan spiritual. Tindakan dari dukungan spiritual meliputi memantau dan mengevaluasi kesejahteraan spiritual pasien dengan baik, berikan privasi dan waktu-waktu yang tenang untuk kegiatan spiritual, dengarkan perasaan klien, ajarkan metode relaksasi, kolaborasi dengan penasehat spiritual (NIC, 2013).

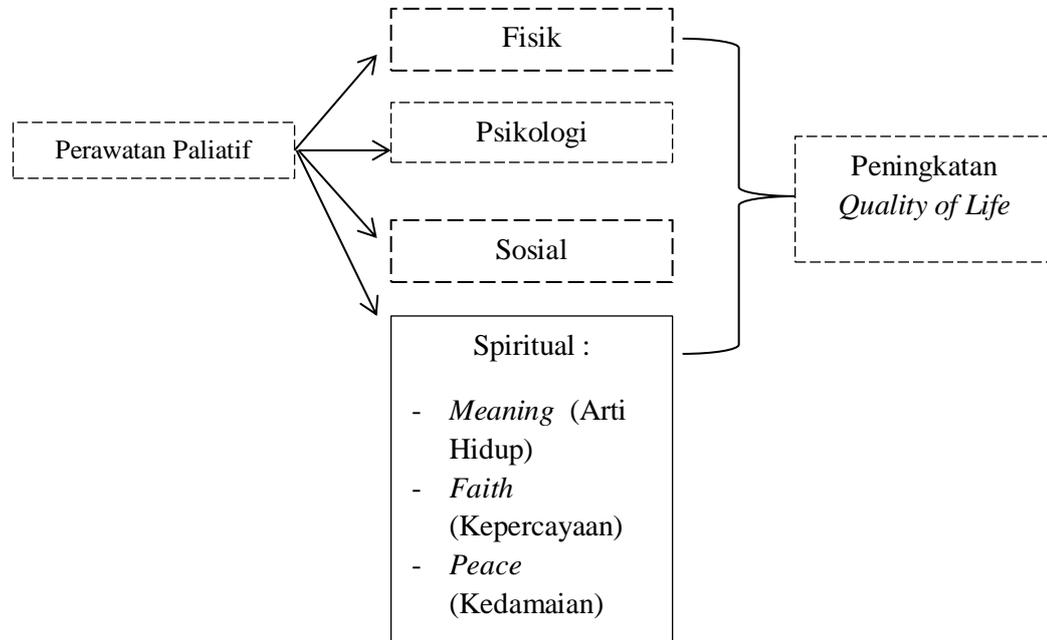
D. Kerangka Teori



Gambar 1 . Kerangka Teori

{ (Ferrell & Coyle, 2010), (WHO, 2016), (Sugiman, 2017), (Gallagher, 2010), (Campbell M. L., 2013), (Ariyani, Suryani, & Nuraeni, 2014), (UUD, 2014), (NANDA, 2015), (NIC, 2013), (NOC, 2013) }

E. Kerangka Konsep



Gambar 2. Kerangka Konsep

Ket:



= Diteliti



= Tidak Diteliti