

SKRIPSI

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG
PERAWATAN PASIEN PALIATIF DI RUMAH SAKIT DAERAH
KALABAHI KABUPATEN ALOR**

*Diajukan sebagai salah satu syarat menyelesaikan pendidikan di Program Studi Ilmu
Keperawatan Fakultas Keperawatan*



Oleh :

SRIMANINGSIH B. PULINGMAHI

R011181723

**PROGRAM STUDI ILMU KEPERAWATAN
FAKULTAS KEPERAWATAN
UNIVERSITAS HASANUDDIN
MAKASSAR**

2020

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN
PASIEN PALIATIF DI RSD KALABAHI KABUPATEN ALOR**

oleh :

SRIMANINGSIH B PULINGMAHI

R011181723

Disetujui untuk dilakukan penelitian

Dosen Pembimbing

Pembimbing I

Pembimbing II

Kusrini S. Kadar, S.Kp.,MN., Ph.D
NIP. 19760311 200501 2 003

Wa Ode Nur Isnah S.,S.Kep.,Ns.,M.Kes
NIP. 19841004 201404 2 001

Mengetahui,
Ketua Program Studi Sarjana Keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin



Dr. Zuliana Syam, S.Kep.,Ns.,M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

Halaman Pengesahan

**GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN
PASIE N PALIATIF DI RSD KALABAHI KABUPATEN ALOR**

Telah dipertahankan di hadapan Sidang Tim Penguji Akhir
Pada

Hari/ Tanggal: Jumat/ 27 November 2020

Pukul : 11.30 - Selesai

Tempat : Via Online

Disusun Oleh:

SRIMANINGSIH B PULINGMAHI

R011181723

Dan yang bersangkutan dinyatakan

LULUS


Tim Penguji Akhir

Pembimbing I : Kusrini S. Kadar, S.Kp.,MN., Ph.D ()

Pembimbing II : Wa Ode Nur Isnah S.,S.Kep.,Ns.,M.Kes_ ()

Mengetahui,
Ketua Program Studi Sarjana keperawatan
Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin




Anisa Syam, S.Kep.,Ns., M.Si
NIP. 19760618 200212 2 002

PERNYATAAN KEASLIAN SKRIPSI

Yang bertanda tangan dibawah ini:

Nama : Srimaningsih B Pulingmahi

NIM : R011181723

Menyatakan dengan sebenarnya bahwa skripsi yang saya tulis ini dengan judul

“GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN PASIEN PALIATIF DI RSD KALABAHI KABUPATEN ALOR” ini benar-benar merupakan hasil karya saya sendiri, bukan merupakan pengambilan tulisan atau pemikiran orang lain. Apabila dikemudian hari terbukti atau dapat dibuktikan bahwa sebagian atau keseluruhan skripsi ini merupakan hasil karya orang lain, maka saya bersedia mempertanggungjawabkan sekaligus bersedia menerima sanksi yang seberat-beratnya atas perbuatan tidak terpuji tersebut.

Demikian pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar dan tanpa ada paksaan sama sekali

Makassar,

Yang membuat pernyataan



Srimaningsih B Pulingmahi

KATA PENGANTAR

Puji syukur penulis haturkan kehadirat Tuhan Yang Maha Kuasa karena atas segala berkat dan kasih karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan skripsi ini dengan judul: **Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Pasien Paliatif Di Rumah Sakit Daerah Kalabahi Kabupaten Alor.**

Penyusunan skripsi ini sebagai salah satu syarat untuk melakukan penelitian agar dapat menyelesaikan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin. Dalam proses menyusun skripsi ini, tentunya penulis menghadapi banyak hambatan dan kesulitan namun bisa dilewati berkat bimbingan, bantuan, dan kerjasama dari berbagai pihak. Karena itu melalui kesempatan ini perkenankanlah saya untuk menyampaikan terima kasih yang sedalam-dalamnya kepada yang terhormat:

1. Ibu Prof. Dr. Dwia Aries Tina Pulubuhu, MA., selaku Rektor Universitas Hasanuddin yang senantiasa selalu mengusahakan dalam memberikan fasilitas terbaik di Universitas Hasanuddin Makassar.
2. Ibu Dr. Ariyanti Saleh, S.Kep., M. Si selaku Dekan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.
3. Ibu Dr. Yuliana Syam, S. Kep.,Ns.,M. Kes selaku Ketua Program Studi Ilmu Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin.

4. Ibu Kusrini S. Kadar S.Kp., MN., Ph.D dan Ibu Wa Ode Nur Isnah S, S Kep.,Ns.,M.Kes selaku pembimbing satu dan dua yang telah membimbing dan mengarahkan dalam penyusunan skripsi penelitian ini.
5. Ibu Nurhaya Nurdin, Skep., Ns.,MN.,MPH dan Ibu Silvia Malasari, Skep., Ns., MN selaku tim penguji yang telah memberi masukan bagi penulis.
6. Seluruh Dosen dan staf Program Studi Ilmu Keperawatan Universitas Hasanuddin Makasar.
7. Pihak PPSDM Kementrian Kesehatan RI, selaku pemberi beasiswa untuk penulis dalam melanjutkan pendidikan Sarjana Keperawatan pada Program Studi Keperawatan Fakultas Keperawatan Universitas Hasanuddin Makasar.
8. Teman-teman seperjuangan kelas kerjasama angkatan 2018 yang turut memberi dukungan bagi penulis.

Penulis menyadari proposal penelitian ini belum sempurna, oleh karena itu, penulis mengharapkan kritik dan saran yang konstruktif dari berbagai pihak demi penyempurnaan proposal ini. Akhir kata penulis mengucapkan limpah terima kasih.

Makassar, November 2020

Srimaningsih B Pulingmahi

ABSTRAK

Srimaningsih B Pulingmahi R011181723. **GAMBARAN PENGETAHUAN PERAWAT TENTANG PERAWATAN PASIEN PALIATIF DI RSD KALABAHİ KABUPATEN ALOR**, dibimbing oleh Kusri S Kadar dan Wa Ode Nur Isnah.

Latar belakang: Meningkatnya jumlah pasien dengan penyakit kronis memerlukan pelayanan kesehatan secara terpadu dan bersifat intensif. Perawatan paliatif merupakan bentuk pelayanan yang bertujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dari penyakit yang mengancam jiwa, dengan pengetahuan yang baik maka sikap perawat dalam memberikan perawatan paliatif menjadi lebih baik terhadap pasien maupun keluarga.

Tujuan: Penelitian ini bertujuan untuk mengetahui pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif di RSD Kalabahi Kabupaten Alor.

Metode: penelitian ini menggunakan metode deskriptif dengan jumlah responden 111 orang. Teknik pengambilan sampel yaitu *purposive sampling* dengan pemberian kuesioner secara online melalui google form. Pengetahuan diukur dengan kuesioner The Palliative Care Quis for Nursing (PCQN)

Hasil: hasil menunjukkan tingkat pengetahuan perawat dengan kategori tinggi (85,6%) tetapi jawaban paling banyak salah pada aspek filsafat dan prinsip-prinsip perawatan paliatif .

Kesimpulan dan Saran: diharapkan kepada perawat RSD Kalabahi dapat mengikuti pelatihan agar pengetahuan terus bertambah.

Kata kunci: pengetahuan, perawatan paliatif, perawat

Sumber literatur: 66 kepustakaan (2010-2020).

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	i
ABSTRAK	iii
DAFTAR ISI	iv
DAFTAR BAGAN	vii
DAFTAR TABEL.....	viii
DAFTAR LAMPIRAN	ix
ABSTRACT	x
BAB I.....	1
PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Rumusan Masalah	8
C. Tujuan Penelitian	9
1. Tujuan umum	9
2. Tujuan khusus.....	9
D. Manfaat Penelitian	9
1. Bagi Rumah Sakit	9
2. Bagi Perawat	9
3. Bagi Peneliti	10
4. Bagi institusi pendidikan.....	10
BAB II.....	11
TINJAUAN PUSTAKA.....	11
A. Konsep Perawatan paliatif	11
1. Definisi.....	11
2. Tujuan Perawatan Paliatif	12

3.	Prinsip Dalam Perawatan Paliatif	13
4.	Tim Perawatan Paliatif	14
5.	Peran Tim Paliatif	15
6.	Tempat Pelayanan Perawatan Paliatif	22
7.	Cakupan pelayanan perawatan paliatif	23
8.	Manajemen nyeri	24
9.	Spiritual.....	28
	, 2012).....	28
B.	Konsep Pengetahuan	29
1.	Definisi.....	29
2.	Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan	29
3.	Pengukuran pengetahuan	33
4.	Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo, (2014) dibagi atas dua bagian yaitu:.....	35
BAB III.....		36
KERANGKA KONSEP		36
	Kerangka Konsep.....	36
BAB IV		37
METODE PENELITIAN		37
A.	Rancangan Penelitian	37
B.	Tempat Dan Waktu Penelitian.....	37
C.	Populasi Dan Sampel	38
D.	Alur Penelitian.....	40
E.	Variabel Penelitian	41
F.	Instrumen Penelitian	42
G.	Pengumpulan Data	43
	Dalam penelitian ini teknik pengumpulan data yang digunakan adalah data primer. Data primer didapat dari lembar kuesioner, yang dilakukan secara online dengan menggunakan <i>google form</i> , waktu pengisian kuesioner 20-30 menit.....	43
H.	Pengelolaan dan Analisa Data	43

I. Masalah Etik	45
BAB V.....	47
HASIL DAN PEMBAHASAN	47
A. Hasil Penelitian	47
B. Pembahasan	52
BAB VI	59
KESIMPULAN DAN SARAN	59
A. Kesimpulan.....	59
B. Saran	59
DAFTAR PUSTAKA	61
LAMPIRAN.	67

DAFTAR BAGAN

Bagan 3.1 Kerangka Konsep

Bagan 4.1 Alur Penelitian

DAFTAR TABEL

Tabel 5.1 Distribusi Frekuensi dan Presentase Karakteristik Responden Berdasarkan Umur, Jenis kelamin, Pendidikan Terakhir, Lama Bekerja dan Pelatihan/Seminar di RSD Kalabahi (n=111)

Tabel 5. Distribusi Frekuensi dan Presentase Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Paliatif di RSD Kalabahi (n=111)

Tabel 5. Distribusi Frekuensi dan Presentase Data demografi Dengan Tingkat Pengetahuan (n=111)

Tabel 5.4 Distribusi Frekuensi dan presentase hasil identifikasi pengetahuan perawat tentang perawatan pasien paliatif di RSD Kalabahi (n=111)

DAFTAR LAMPIRAN

Lampiran 1 Lembar Penjelasan Penelitian Untuk Responden

Lampiran 2 Lembar Persetujuan (informed Consent)

Lampiran 3 Kuisisioner

Lampiran 4 Master Tabel

Lampiran 5 Hasil Analisa Data

Lampiran 6 Surat

ABSTRACT

Srimaningsih B Pulingmahi R011181723. **DESCRIPTION OF KNOWLEDGE NURSE ABOUT THE CARE OF PALIATIVE PATIENTS IN RSD KALABAHI ALOR DISTRICT**, supervised by Kusrini S Kadar and Wa Ode Nur Isnah.

Background: The increasing number of patients with chronic diseases requires integrated and intensive health services. Palliative care is a form of service that aims to improve the quality of life of patients and their families from life-threatening diseases, with good knowledge, the attitude of nurses in providing palliative care is better for patients and families.

Objective: This study aims to determine the knowledge of nurses about palliative care in RSD Kalabahi Alor Regency.

Method: This study used a descriptive method with 111 respondents. The sampling technique, namely *purposive sampling* by giving online questionnaires via google form. Knowledge was measured by the The Palliative Care Quis for Nursing (PCQN) questionnaire.

Result: The results showed that the level of knowledge of nurses was in the high category (85.6%) but the answers were mostly wrong on aspects of philosophy and principles of palliative care.

Conclusions and suggestions: It is hoped that the Kalabahi Hospital nurses can take part in training so that knowledge continues to increase.

Keywords: knowledge, palliative care, nurse

Literature sources: 66 literatures (2010-2020).

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Perkembangan pasien dengan penyakit kronis pada umumnya prognosisnya memburuk, dan akan melewati suatu proses pengobatan dan perawatan yang lama. Apabila penyakit kronis tersebut berkelanjutan, maka akan mencapai stadium terminal yang berakhir dengan kematian (Mubarak, Indrawati, & Susanto, 2015). Oleh karena itu, untuk memperoleh perawatan yang optimal baik secara fisik, psikososial, dan spiritual diperlukan suatu bentuk pelayanan kesehatan secara terpadu yang bersifat intensif, lebih aktif dan menyeluruh dengan pendekatan multidisiplin secara terstruktur. Pelayanan ini dikenal dengan perawatan paliatif (Poerin, Arisanti, Sudjud, & Setiawati, 2019).

Perawatan paliatif merupakan bentuk pelayanan kesehatan yang diberikan kepada pasien dewasa maupun anak-anak dan keluarga, dengan tujuan untuk meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga dalam menghadapi masalah terkait penyakit yang mengancam jiwa, melalui tindakan pencegahan dan mengurangi penderitaan dengan identifikasi awal, penilaian dini, penanganan nyeri dan masalah-masalah lainnya, baik fisik, spiritual dan psikososial. Perawatan paliatif diberikan sejak ditegakkan diagnosa awal sampai meninggal

(World Health Organization, 2016). Dengan demikian perawatan paliatif mutlak diberikan pada pasien tanpa melihat dari stadium awal atau lanjut, masih bisa disembuhkan atau tidak, serta perawatan tidak berhenti setelah pasien meninggal, namun masih berlanjut dengan memberikan dukungan kepada keluarga yang berduka, guna mencapai tujuan dari perawatan paliatif (Black & Hawks, 2014).

Berdasarkan data WHO (2016) terdapat 40 juta orang di dunia yang membutuhkan perawatan paliatif, diantaranya seperti penyakit kardiovaskuler (38,5%), kanker (34%), pernapasan kronis (10,3%), AIDS (5,7%), diabetes (4,6%), gagal ginjal (2%), penyakit liver (1,7%), *rheumatoid arthritis dan multiple sclerosis* (0,3%) demensia dan alzheimer (1,6%), tuberculosis (0,8%) (World Health Organization, 2016). Selain itu hasil penelitian yang dilakukan oleh Etkind et al. (2017) mengemukakan bahwa diperkirakan 25 tahun ke depan khususnya di daerah England dan Wales menunjukkan bahwa antara 25% hingga 47% masyarakat membutuhkan perawatan paliatif pada tahun 2040. Oleh karena itu, sistem pelayanan kesehatan saat ini harus berfokus pada integrasi dan peningkatan perawatan paliatif pada seluruh bidang pelayanan kesehatan dan sosial. Hal ini dapat membuat perubahan baik pada keluarga maupun pasien sendiri, dimana sesuai dengan penelitian yang dilakukan oleh Jaji (2019) menyatakan bahwa secara psikologis keluarga dengan pasien yang terkategori paliatif akan berdampak terhadap anggota keluarga yang lain, karena pasien paliatif tidak mampu untuk memenuhi kebutuhan baik bersifat formal maupun non formal dan keuntungannya pasien akan merasa nyaman dan aman serta lebih

dekat dengan keluarga dan anggota keluarga terlibat langsung dalam perawatan. (Jaji, 2019)

Prevalensi pasien dewasa dengan penyakit yang mendapatkan perawatan paliatif pada akhir kehidupan didapatkan kasus tertinggi di benua Pasifik Barat 29%, Eropa 22% dan Asia Tenggara 22%. Asia Tenggara memiliki tingkat tertinggi perawatan paliatif untuk penyakit progresif non-ganas, diikuti kanker dan HIV/AIDS. Negara Indonesia berada pada daerah Asia Tenggara yang saat ini diperkirakan jumlah pasien dewasa yang membutuhkan perawatan paliatif sekitar 234-253/100.000 populasi (World Health Organization, 2014). Hal ini terjadi karena adanya peningkatan insiden penyakit tidak menular termasuk diabetes, kardiovaskuler, dan kanker, sehingga mengakibatkan jumlah pasien yang membutuhkan perawatan paliatif meningkat. (Rochmawati, Wiechula, & Cameron, 2016). Menurut Kemenkes RI (2017), lebih dari 1 juta orang di Indonesia membutuhkan perawatan paliatif, diantaranya seperti penyakit stroke 10,9 penderita dalam 1000 penduduk, diabetes mellitus 2,0 penderita dalam 1000 penduduk, penyakit ginjal kronik 3,8 penderita dalam 1000 penduduk dan kanker 1,8 penderita dalam 1000 penduduk (Risksdas, 2018).

Data awal yang diambil dari rekam medis Rumah Sakit Daerah Kalabahi adanya peningkatan jumlah pasien paliatif tiga tahun terakhir (2017-2019) yaitu pada tahun 2017 sebanyak 417 pasien, 2018 sebanyak 461 pasien dan 2019 mencapai 512 pasien (Rekam Medis Rumah Sakit Daerah Kalabahi, 2019). Oleh karena itu, berdasarkan hasil prevalensi data, baik secara global, nasional,

maupun daerah, sangat dibutuhkan perawatan dari tim pelayanan paliatif secara *holistic*.

Pelayanan perawatan paliatif dilakukan oleh tim yang terdiri dari dokter, perawat, konselor spiritual, pekerja sosial, psikolog, relawan, apoteker, ahli gizi dan profesi lain yang terkait dengan berfokus pada pendekatan pasien dan keluarga dengan peran setiap tim berbeda-beda (Anita, 2016). Perawat merupakan salah satu anggota tim yang berperan penting dalam perawatan paliatif, dimana pasien dengan perawatan total biasanya selalu bergantung pada perawat. Selain itu perawat juga hampir 24 jam mendampingi pasien, sehingga perawat lebih mengetahui kebutuhan pasien dengan tepat (A' la, Setioputro, & Kurniawan, 2018). Oleh karena itu, perawat harus berperan aktif dalam perawatan terhadap pasien dengan berkebutuhan khusus (Gillan, Van der Riet, & Jeong, 2014).

Pelayanan yang diberikan perawat kepada pasien berupa asuhan keperawatan yang dilakukan secara komprehensif, mencakup seluruh aspek bio-psiko-sosio-spiritual yang diberikan pada segala tingkat usia, baik sehat maupun sakit, dengan penyakit akut sampai kronis dan terminal (Wardah, Febritina, & Dewi, 2017). Dengan demikian secara keseluruhan diharapkan perawat dapat memahami tentang pemberian pelayanan perawatan paliatif, namun dalam pelaksanaannya perawat mengalami beberapa kesulitan antara lain terbatasnya pengetahuan perawat mengenai bagaimana cara pemberian perawatan paliatif

yang berkualitas dan bagaimana menyiapkan kepribadian perawat agar pelayanan paliatif dapat dioptimalkan pemberiannya (Adhistry, Effendy, & Setiyarini, 2016).

Beberapa penelitian menunjukkan bahwa perawat di rumah sakit belum memperhatikan dengan baik pasien paliatif, dimana hal ini terjadi karena kurangnya pengetahuan perawat dalam pelayanan perawatan paliatif. Salah satu penelitian yang dilakukan oleh Buss, Rock, & Carthy (2017), mengemukakan bahwa kurang lebih 70% orang Amerika dan tenaga profesional belum memahami tentang pasien perawatan paliatif. Penelitian lain yang juga dilakukan oleh Ose, Ratnawati, & Lestari (2016) di RSUD Saiful Anwar Malang dengan metode kualitatif menemukan tema bahwa pada saat pasien dalam fase paliatif pasien tidak didampingi oleh keluarga, perawat terpaksa meninggalkan pasien tanpa pendampingan spiritual, dan perawat mengalami konflik dalam menempatkan pasien terlantar yang menjelang ajal. Selain itu, hasil penelitian yang dilakukan oleh Qadire (2016) tentang tingkat pengetahuan perawat dalam perawatan paliatif, dengan sampel terdiri dari 190 orang perawat yang bekerja di lima Rumah Sakit Pemerintah Yordania, dimana mereka yang bekerja di ruang bedah (32%), unit medis (28%), dan perawatan kritis (22%). Jumlah skor rata-rata pengetahuan paliatif rendah pada 8,3 (SD 2,8), mulai dari 0 hingga 15, sehingga penelitian ini menunjukkan bahwa perawat tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang esensi filosofi dan prinsip perawatan paliatif (Qadire, 2016).

Secara global perawatan paliatif sudah terbentuk kurang dari tiga puluh tahun, dimana hal ini terjadi karena peningkatan kejadian penyakit kronis di rumah sakit (Carey et al., 2017). Namun, perawatan paliatif ini belum terlaksanakan dengan baik yang dibuktikan dengan 14% mendapatkan perawatan paliatif sedangkan 86% tidak mendapatkan perawatan dan 98% anak-anak yang membutuhkan perawatan paliatif hidup di daerah miskin. Hal ini terjadi karena masih ada batasan penggunaan obat untuk mengatasi rasa nyeri, hambatan sosial budaya yang membuat masyarakat kurang memahami tentang perawatan paliatif, kapasitas tenaga kesehatan masih kurang dan belum memahami tentang prinsip-prinsip dan praktek perawatan paliatif (World Health Organization, 2014).

Penerapan perawatan paliatif di Indonesia juga masih terbatas dan hanya ada pada beberapa rumah sakit. Salah satu tantangannya terkait dengan bagaimana para tenaga kesehatan memandang persoalan kematian pasien, karena masih banyak rumah sakit yang belum memahami bahwa seharusnya pasien diberikan perawatan paliatif terutama untuk pasien dengan stadium terminal (Ilham, Mohammad, & Yusuf, 2019). Rumah Sakit Daerah Kalabahi merupakan satu-satunya rumah sakit dan pusat rujukan dari semua Puskesmas di Kabupaten Alor. Berdasarkan data sekunder dari rekam medis RSD Kalabahi didapatkan terjadi peningkatan jumlah pasien penyakit kronik dari tahun ke tahun, dengan berbagai macam kasus paliatif seperti kardiovaskuler, diabetes mellitus, TB paru, penyakit kanker, ginjal kronik, stroke, dan HIV, sehingga pada tahun 2019 pihak

manajemen rumah sakit menyiapkan dua ruangan baru yaitu poli jantung dan hemodialisa.

Berdasarkan pengalaman dan hasil observasi saya, dapat di ketahui bahwa RSD Kalabahi untuk pelayanan pasien paliatif secara umum sudah dilaksanakan sejak terakreditasi tingkat dasar yaitu \pm 3 tahun, dimana sudah terbentuk tim profesi kesehatan untuk memantau perkembangan penyakit pasien dengan mengacu pada form lembar terintegrasi pasien. Untuk masalah spiritual pihak manajemen rumah sakit bekerja sama dengan pemukau setiap agama, sehingga jika pasien memerlukan pelayanan ibadah sebelumnya harus mengisi form kerohaniawan. Hasil wawancara dengan beberapa perawat yang bekerja di RSD Kalabahi, perawat A mengatakan bahwa perawatan paliatif diberikan ketika pasien yang sudah terminal, sedangkan perawat B mengatakan pelayanan perawatan paliatif diberikan saat dokter menyatakan bahwa pasien kritis dan tidak ada harapan hidup lagi atau pasien dalam keadaan sakaratul maut. Hal ini menunjukkan bahwa perawat pada umumnya lebih mengutamakan perawatan untuk masalah fisik. Oleh karena itu, peneliti tertarik untuk melakukan penelitian tentang “Gambaran Pengetahuan Perawat Tentang Perawatan Pasien Paliatif di RSD Kalabahi Kabupaten Alor”

B. Rumusan Masalah

Berdasarkan data dari rekam medis RSD Kalabahi, jumlah pasien penyakit kronis setiap tahun terjadi peningkatan. RSD Kalabahi merupakan satu-satunya rumah sakit dan pusat rujukan di Kabupaten Alor. Oleh karena itu, perawatan paliatif bagi tenaga profesi kesehatan khususnya perawat masih terbatas pengetahuan tentang bagaimana cara melakukan perawatan paliatif, yang berkualitas dengan berlandas pada tujuan perawatan paliatif yaitu sebagai upaya untuk mencegah dan meringankan penderitaan guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, dalam menghadapi berbagai masalah terkait dengan penyakit yang diderita, melalui upaya pencegahan dan penanganan kepada pasien terhadap penanganan nyeri serta masalah-masalah lainnya baik fisik, psikologis, spiritual, dukungan sosial, serta dukungan keluarga kepada pasien selama masa sakit dan duka cita.

Dari uraian di atas, maka peneliti tertarik untuk melakukan penelitian melihat gambaran pelayanan perawatan pada pasien paliatif yang dilaksanakan oleh tenaga profesi kesehatan khususnya perawat. Oleh sebab itu, rumusan masalah dalam penelitian ini adalah bagaimana pengetahuan perawat dalam memberikan perawatan paliatif di RSD Kalabahi Kabupaten Alor

C. Tujuan Penelitian

1. Tujuan umum

Tujuan dalam penelitian ini adalah untuk mengetahui gambaran pengetahuan perawat tentang perawatan pasien paliatif di RSD Kalabahi Kabupaten Alor.

2. Tujuan khusus

- a. Mengidentifikasi gambaran karakteristik perawat di RSD Kalabahi
- b. Mengidentifikasi tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan pasien paliatif di RSD Kalabahi.

D. Manfaat Penelitian

1. Bagi Rumah Sakit

Hasil penelitian ini diharapkan dapat dijadikan sebagai bahan masukan bagi RSD Kalabahi terkait pengetahuan perawat tentang pelayanan perawatan palliati, sehingga diharapkan perlu adanya upaya peningkatan pengetahuan melalui seminar dan pelatihan tentang perawatan palliatif.

2. Bagi Perawat

Hasil penelitian ini dapat menjadi masukan dan motivasi perawat untuk memberikan perawatan paliatif tidak hanya fisik tetapi di lihat lagi dari beberapa aspek perawatan paliatif.

3. Bagi Peneliti

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan informasi bagi peneliti tentang pengetahuan perawat dalam pelayanan perawatan paliatif di rumah sakit.

4. Bagi institusi pendidikan

Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan tambahan literatur dan menambah wawasan dan ilmu pengetahuan dalam bidang kesehatan khususnya ilmu keperawatan untuk asuhan keperawatan perawatan paliatif di rumah sakit.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Konsep Perawatan paliatif

1. Definisi

Perawatan paliatif berasal dari bahasa Inggris “*palliate*” yang diartikan sebagai meringankan sedangkan kata “*palliare*” adalah bahasa Latin yang berarti menyelubungi, merupakan jenis pelayanan kesehatan yang berfokus untuk meringankan gejala pasien tetapi tidak memberikan kesembuhan. Perawatan paliatif merupakan pendekatan yang meningkatkan kualitas pasien dan keluarga mereka dalam menghadapi permasalahan yang berkaitan dengan penyakit yang mengancam kehidupan, melalui tindakan mencegah dan meringankan penderitaan dengan cara mengidentifikasi dan mengkaji secara sempurna serta menangani nyeri maupun masalah fisik, psikososial, dan spiritual (Black & Hawks, 2014).

Paliatif menurut bahasa Yunani “*pallium*” yang diartikan sebagai menyelimuti atau menyingkapi dengan kata kain atau selimut yang gunanya untuk memberikan rasa hangat dan rasa nyaman, sehingga dari istilah bahasa tersebut dapat diartikan bahwa perawatan paliatif memiliki makna sebuah pelayanan yang berfokus untuk memberikan rasa nyaman terhadap keluhan

yang dirasakan oleh pasien maupun keluarga, karena perawatan paliatif tidak hanya berfokus pada masalah fisik, tetapi juga pada aspek psikologis, sosial dan spiritual. Dengan demikian perawatan paliatif juga bisa dikatakan sebagai bentuk perawatan total, yang berfokus pada pasien dengan penyakit yang membatasi usia harapan hidup ataupun tidak berespon terhadap pengobatan, dan dilakukan oleh tim interdisiplin (Matzo & Sherman, 2017)

2. Tujuan Perawatan Paliatif

Tujuan pelayanan perawatan paliatif sebagai upaya untuk mencegah dan meringankan penderitaan, guna mempertahankan dan meningkatkan kualitas hidup pasien dan keluarga, dalam menghadapi berbagai masalah terkait dengan penyakit yang diderita, melalui upaya pencegahan dan penanganan kepada pasien terhadap penanganan nyeri serta masalah-masalah lainnya baik fisik, psikologis, spiritual, dukungan sosial, serta dukungan keluarga kepada pasien selama masa sakit dan duka cita (Campbell, 2014).

Adapun tujuan lain dari perawatan paliatif adalah memenuhi kebutuhan seluruh individu dengan penyakit serius dan penyakit stadium akhir seperti penyakit jantung, kanker, stroke, penyakit obstruksi paru-paru kronis, dan diabetes melitus. Sebagian besar dari penyakit ini dapat menyebabkan penyakit yang berkepanjangan seperti gejala yang biasanya mengganggu dan membuat pasien tidak nyaman (Black & Hawks, 2014).

Tujuan paliatif juga untuk mengurangi, memperpanjang umur, meningkatkan kualitas hidup, serta memberi dukungan kepada keluarga

pasien. Dalam hal ini perlu diperhatikan adalah penerimaan pasien terhadap kematian secara psikologis dan spiritual sudah siap serta tidak merasa terbebani atau stress menghadapi penyakit yang diderita dan perawatan paliatif tidak hanya sampai pasien meninggal tetapi akan berlanjut pada anggota keluarga yang berduka (Anita, 2016).

3. Prinsip Dalam Perawatan Paliatif

Adapun prinsip perawatan paliatif menurut (WHO) di kutip dalam Kementerian Kesehatan Republik Indonesia yaitu: menghilangkan nyeri dan gejala fisik lain, menghargai kehidupan dan menganggap kematian sebagai proses normal, tidak bertujuan mempercepat atau menghambat kematian, mengintegrasikan aspek fisik, psikologis, sosial, dan spiritual, memberikan dukungan agar pasien dapat hidup seaktif mungkin, memberikan dukungan kepada keluarga sampai masa dukacita, menggunakan pendekatan tim untuk mengatasi kebutuhan pasien dan keluarganya, menghindari tindakan yang sia-sia dan bersifat individual tergantung kebutuhan pasien (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015). Sedangkan menurut Yodang (2018) prinsip perawatan paliatif adalah perilaku *caring* karena untuk pelayanan paliatif perilaku *caring* merupakan kunci utama sebagai bentuk perhatian kepada pasien. Dimana perhatian tersebut bukan hanya untuk segi medis saja melainkan untuk semua aspek yang menimbulkan masalah atau keluhan. Hal yang utama untuk perawatan paliatif juga ditekankan pada prinsip komunikasi yang baik antara pasien dan keluarga, sehingga adanya keterbukaan antara

pasien dan perawat pada saat berkomunikasi, terkait dengan informasi tentang penyakit yang diderita pasien. Selain komunikasi dan perilaku caring, proses perawatan juga penting untuk perawatan paliatif, karena munculnya keluhan tambahan terkadang disebabkan oleh tindakan yang bersifat aktif atau mengabaikan proses perawatan dengan tidak memperhatikan dan mengobservasi pasien dengan baik (Yodang, 2018).

4. Tim Perawatan Paliatif

Di beberapa negara maju seperti Australia, Inggris, Amerika Serikat dan Belanda petugas kesehatan di pelayanan primer (Puskesmas) merupakan tim utama dalam penyediaan layanan terhadap pasien yang mengalami sakit pada stadium akhir. Dokter memiliki peranan dalam menentukan rencana pengobatan pada pasien sedangkan perawat merencanakan tindakan keperawatan berbasis kebutuhan dasar pasien baik fisik, psikologis, edukasi, dan memberi dukungan keluarga saat dalam masa berduka. Dokter dan perawat bekerjasama dalam mengelolah kasus pasien dengan kondisi terminal ditatanan layanan primer. Beberapa tenaga kesehatan lainnya berkontribusi dalam pelayanan perawatan paliatif seperti pekerja sosial medik, fisioterapi, psikolog, rohaniawan dan relawan. Namun, hal ini belum dilakukan di Indonesia. Akan tetapi, ada beberapa kondisi dimana pasien dapat dirujuk psikolog apabila pasien mengalami masalah psikologis yang lebih kompleks (IKAPI dan APPTI, 2020).

Ada dua bentuk pelayanan paliatif dirumah yang telah dikembangkan yaitu : Tim yang terdiri dari dokter spesialis atau dokter yang telah terlatih dan perawat spesialis dengan macam latar belakang keahlian atau perawat yang terlatih dan tim yang semua anggotanya terdiri dari perawat, namun perawat yang bergabung adalah perawat yang telah terdidik atau terlatih dibidang paliatif. Akan tetapi dalam pelayanan, mayoritas tim perawatan paliatif di rumah merupakan tim interdisiplin

Hal ini memungkinkan tim melakukan pelayanan yang lebih maksimal sesuai dengan kebutuhan dan kondisi pasien. Terutama dalam layanan konsultatif yaitu: Pelengkap dan pendukung layanan tingkat primer, masukan terhadap proses perawatan paliatif pasien mengenai kondisi fisik, psikologis, sosial dan spiritual, masukan dan dukungan terhadap tenaga kesehatan lainnya, penghubung atau media komunikasi antar tim pelayanan perawatan paliatif, dokter, perawat maupun anggota tim lainnya, dan dukungan terhadap anggota tim tenaga kesehatan di layanan primer (National Coalition For Hospice And Palliative Care, 2018)

5. Peran Tim Paliatif

Dalam pelayanan perawatan paliatif, diperlukan kerja sama tim secara terpadu untuk saling berkoordinasi antara profesi kesehatan, maupun tenaga relawan yang lain yang bertujuan untuk mengurangi penderitaan pasien, beban keluarga, dan meningkatkan kualitas hidup. Dengan demikian profesi

kesehatan dan tim relawan masing-masing mempunyai peran tersendiri dalam menghadapi masalah pasien, tim perawatan paliatif terdiri atas:

a. Peran Perawat

Menurut (Matzo & Sherman, 2017) ada beberapa bentuk peran perawat yang diartikan sebagai dukungan untuk berbagai hal di lingkup perawatan paliatif yaitu:

- 1) *Valving*, memiliki kemampuan untuk menghargai terhadap nilai dan keyakinan seseorang.
- 2) *Connecting*, menunjukkan kemampuan untuk selalu dapat berinteraksi dengan pasien dan keluarga, dan mencoba memahami pengalaman yang dialami oleh mereka.
- 3) *Empowering*, memberdayakan pasien dan keluarga untuk berbuat sesuatu sesuai dengan kemampuan dan harapan yang diinginkan oleh mereka sendiri.
- 4) *Doing for*, selain memberikan pelayanan akan kebutuhan pasien secara fisik, perawat juga harus memaksimalkan kemampuan pasien untuk mengatasi masalah atau keluhan yang dialami oleh pasien.
- 5) *Finding meaning*, dalam pelayanan perawatan paliatif memotivasi pasien untuk menentukan arti dari kondisi sakitnya atau kondisi saat ini merupakan hal yang penting untuk membantu tata kelola keluhan yang dirasakan oleh pasien.

- 6) *Preserving own integrity*, menjaga dan mempertahankan integritas diri merupakan hal yang terpenting untuk mempertahankan harga diri, keyakinan diri serta semangat, sehingga mampu menjalankan peran dan fungsi sebagai anggota tim secara efektif.

Sedangkan menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2015) perawat paliatif harus memiliki pengetahuan dan keterampilan sesuai prinsip-prinsip pengelolaan paliatif. Perawat paliatif bertanggung jawab dalam penilaian, pengawasan, dan pengelolaan asuhan keperawatan pasien paliatif. Adapun tugas dan fungsi masing-masing dari perawat yaitu:

- 1) Perawat sebagai koordinator layanan paliatif:
 - a) Menyiapkan pelaksanaan program paliatif, baik rawat jalan, rawat inap atau rawat rumah.
 - b) Menyiapkan peralatan medis yang diperlukan.
 - c) Mendistribusikan dan menghubungi tenaga pelaksana kepada anggota tim atau unit layanan lain.
 - d) Menyusun jadwal kunjungan dan tenaga paliatif yang diperlukan.
 - e) Mengawasi dan mengevaluasi pelaksanaan program paliatif.
- 2) Perawat sebagai tenaga pelaksana:
 - a) Menerima permintaan penerimaan asuhan dari koordinator program paliatif.
 - b) Berkoordinasi dengan anggota tim lain.

- c) Menganalisa, menegakkan dan melakukan asuhan keperawatan sesuai dengan kondisi pasien.
 - d) Menginformasikan dan mengedukasi pelaku rawat atau penanggung jawab pasien.
 - e) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif.
 - f) Evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilakukan secara langsung atau tidak langsung melalui laporan harian pelaku rawat.
 - g) Mengusulkan asuhan keperawatan baru atau lanjutan kepada dokter penanggung jawab atau koordinator bila diperlukan
 - h) Merubah asuhan keperawatan sesuai kesepakatan dan persetujuan dokter penanggung jawab serta menginformasikan kepada pelaku rawat.
 - i) Melakukan pencacatan dan pelaporan dan mengontrol pemakaian obat dan pemeliharaan alat medis.
- 3) Perawat *Homecare*:
- a) Menerima permintaan perawatan homecare dari dokter penanggung jawab pasien melalui koordinator program paliatif.
 - b) Berkoordinasi dan menganalisa program *homecare* dan dokter penanggung jawab dan koordinator program paliatif.
 - c) Melakukan asuhan keperawatan sesuai program yang direncanakan.

- d) Reevaluasi dan evaluasi asuhan keperawatan yang telah dilaksanakan.
- e) Melaporkan setiap perkembangan pasien kepada dokter penanggung jawab pasien
- f) Mengusulkan asuhan keperawatan baru bila diperlukan dan melaksanakan pencatatan dan pelaporan.

4) Pelaku rawat (*caregiver*):

- a) Melakukan atau membantu pasien melakukan perawatan diri dan kegiatan sehari-hari (memandikan, memberi makan, beraktifitas sesuai kemampuan pasien).
- b) Memberikan obat dan tindakan keperawatan sesuai dengan anjuran dokter.
- c) Melaporkan kondisi pasien kepada perawat.
- d) Mengidentifikasi dan melaporkan gejala fisik dan gejala lain kepada perawat.

b. Peran Dokter

Sebagai bagian dari tim pelayanan perawatan paliatif peran dokter secara umum yaitu mengatasi keluhan atau masalah pasien yang bersifat kompleks, memastikan bahwa pemberian perawatan berdasarkan keluhan atau masalah yang dilakukan oleh anggota tim lainnya harus berdasarkan dengan kondisi sekarang dari pasien yang mengalami penyakit terminal. Dokter juga memiliki peran untuk memperjelaskan siapa yang berhak

mengambil keputusan terhadap tindakan yang akan dilakukan kepada pasien, terutama disaat pasien sudah tidak dapat mengambil keputusan akibat penurunan kesadaran (Lowey, 2015)

c. Peran Pekerja Sosial Medik

Dalam tim interdisiplin pekerja sosial medik juga mempunyai peranan penting untuk melakukan pengkajian dan memberi masukan terhadap masalah psikologis, emosional, sosial terhadap pasien dan keluarganya dengan cara meningkatkan kemampuan untuk beradaptasi dan berespon terhadap lingkungan, memberikan dorongan ketrampilan coping psikologis pada pasien serta keluarga, koordinasi pelayanan berduka dan evaluasi terhadap pelayanan tersebut yang telah dilakukan oleh anggota tim.

d. Peran Fisioterapi

Tenaga fisioterapi memiliki peran yang sangat penting untuk mengatasi keluhan baik fisik maupun non fisik dengan menggunakan tindakan non farmakologis, meningkatkan kemampuan mobilitas, dan mengelola masalah limphoedema pasien.

e. Peran Apoteker

Dalam pelayanan perawatan paliatif peran seorang apoteker sangat penting terutama di rumah, karena apoteker akan menyediakan pelayanan terkait dengan pengobatan yang dibutuhkan oleh pasien di rumah serta memberikan informasi pengobatan seperti dosis, kegunaan, efek samping

dan kontraindikasi. Peran apoteker di area perawatan paliatif terbagi atas lima bagian yaitu: penyediaan layanan obat-obatan, mengoptimalkan persepsian, pendidikan dan informasi tentang obat-obatan, keselamatan pasien, serta manajemen dan administrasi penggunaan obat (Walker, Scarpaci, & McPherson, 2010).

f. Peran Okupasi Terapis

Peran okupasi terapis dalam pelayanan perawatan paliatif bervariasi dan menantang. Peran utamanya untuk merancang atau mendesain alat bantu sesuai dengan kondisi, sehingga pasien tetap bisa beraktifitas di rumah (Yodang, 2018).

g. Peran *Dietician dan Nutritionist*

Masalah yang sering dikeluhkan oleh pasien dengan penyakit paliatif adalah ketidakmampuan untuk makan dan menikmati makanan. Hal seperti ini bisa terjadi penurunan berat badan yang cukup signifikan sehingga dapat menyebabkan kelemahan dan letargi. Oleh karena itu peran seorang *dietician dan Nutritionist* sangat berarti untuk menetapkan pola diet pasien.

h. Peran Rohaniawan

Rohaniawan juga memiliki peran yang sangat penting dalam pelayanan perawatan paliatif dimana rohaniawan tenaga profesional yang berkompoten untuk mengatasi gunjingan yang berhubungan dengan masalah spiritualitas dan religiusitas, menjadi advokat pasien dengan tetap

mempertimbangkan pendapat atau pandangan pasien dan keluarga, memberikan konseling dan berpartisipasi dalam tindak lanjut masa berduka, membantu pasien menjalankan ibadah, berdoa terutama saat kondisi menjelang ajal/ kematian. selain pasien rohaniawan juga berperan penting dalam memberikan pengajaran terhadap perawat dan dokter untuk dapat memahami dan menghadapi pasien yang dalam kondisi sekarat atau meninggal.

i. Relawan

Peran relawan dalam tim perawatan paliatif bervariasi sesuai dengan keperluan baik di rumah sakit, maupun di rumah, dan berasal dari semua sektor masyarakat, sehingga bisa menjadi penghubung antara institusi layanan kesehatan dan pasien. Dengan pelatihan dan dukungan yang tepat, relawan dapat memberikan pelayanan langsung kepada pasien dan keluarga, membantu tugas-tugas administratif, atau bahkan bekerja sebagai konselor. Selain itu, dapat berperan membantu meningkatkan kesadaran, memberikan pendidikan kesehatan, menggalang bantuan dana, membantu rehabilitasi, atau bahkan memberikan beberapa jenis perawatan medis (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

6. Tempat Pelayanan Perawatan Paliatif

Pelayanan perawatan paliatif dapat dilaksanakan pada beberapa tempat baik di rumah, rumah sakit atau fasilitas kesehatan lainnya yang menyediakan layanan untuk rawat inap maupun rawat jalan, sehingga pasien dapat

mengakses layanan setiap hari untuk pelayanan konsultasi. Pelayanan perawatan paliatif di rumah bisa dilakukan oleh dokter maupun perawat komuniti, sedangkan pelayanan perawatan paliatif di rawat nginap dapat dilakukan di rumah sakit yang menyediakan layanan khusus atau terintegrasi dengan layanan lainnya, termasuk rumah hospis. Untuk layanan primer di Indonesia berfokus pada layanan di Puskesmas, sedangkan di negara-negara yang sudah menyediakan tempat pelayanan paliatif layanan kerjanya di rumah. Rumah hospis ataupun unit layanan khusus paliatif di rumah sakit bertujuan untuk memberikan perawatan pada pasien dengan penyakit terminal atau penyakit stadium akhir (National coalition for hospice and palliative care, 2018)

7. Cakupan pelayanan perawatan paliatif

Pelayanan paliatif merupakan pelayanan yang mencakup: 1) pelayanan yang berfokus pada kebutuhan pasien bukan pelayanan yang berfokus pada penyakit; 2) Menerima kematian namun tetap juga berupaya untuk meningkatkan kualitas hidup; 3) Pelayanan yang membangun kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan maupun keluarga pasien; 4) Berfokus pada proses penyembuhan bukan pada pengobatan. Dalam hal ini perawatan paliatif bukan untuk mempercepat proses kematian namun bukan pula untuk menunda kematian, karena kematian merupakan proses alamiah makhluk hidup. Sehingga dalam melakukan perawatan paliatif, kematian akan berlangsung secara alamiah pada pasien (Matzo & Sherman, 2017).

8. Manajemen nyeri

Nyeri adalah keluhan yang sering ditemukan pada pasien dengan kanker stadium lanjut. Nyeri merupakan keluhan yang paling ditakuti oleh pasien dan keluarga, 95% nyeri kanker dapat diatasi dengan kombinasi modalitas yang tersedia, termasuk memberikan perhatian terhadap aspek psikologi, sosial dan spiritual (Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, 2017). Secara umum nyeri diklasifikasikan berdasarkan mekanisme fisiologis (somatik, visceral, dan neuropatik) dan pola temporal (akut dan kronis). Nyeri somatik dapat timbul melalui aktifitas serabut saraf nosiseptif akibat terjadinya kerusakan jaringan secara fisik, kimia, nyeri visceral disebabkan karena tekanan proses termal baik suhu yang panas maupun dingin, dan nyeri neuropatik dilakukan berdasarkan jenisnya (Lowey, 2015).

Penatalaksanaan terapi manajemen nyeri mengacu pada 3- pendekatan *step leader* dari WHO yang dikutip dalam (IKAPI dan APPTI, 2020) yaitu:

a. Tahap pertama

Pada langkah awal dalam tangga analgesik dianjurkan untuk menggunakan analgesik golongan non opioid seperti acetaminopen atau golongan NSAID. Terapi adjuvant dapat ditambahkan untuk meningkatkan efikasi obat analgesik, obat-obatan kategori adjuvant yang dapat digunakan adalah trisiklik anti depresant (TCA) dengan memperhatikan beberapa hal yaitu: 1) Mengidentifikasi syndrom

nyeri; 2) Intensitas nyeri dengan skala ringan 1-3; 3) obat-obatan yaitu acetaminopen, anti inflamasi, trisiklik anti depresant, dan obat anti epilepsi; 4) Mengatasi sindrom nyeri somatik dan nyeri neuropatik.

b. Tahap kedua

Bila pasien masih merasakan nyeri, walaupun sudah mendapatkan pengobatan pada tangga pertama, maka penggunaan obat opioid golongan lemah seperti codein dapat digunakan. Beberapa hal yang harus diperhatikan yaitu: 1) Sindrom nyeri telah diidentifikasi; 2) nyeri derajat sedang dengan skala 4-6; 3) Menggunakan obat opioid lemah, NSAID, TCA, AED; 4) Dapat dilakukan pada berbagai jenis nyeri.

c. Tahap ketiga

Pada tahap tiga ini jika pasien masih tetap dirasakan oleh pasien walaupun sudah diberikan obat-obatan analgetik pada tangga kedua, maka pemberian opioid golongan keras atau kuat seperti morpin mulai dapat diberikan. Untuk dosis pemberian obat opioid golongan kuat dapat dititiasi dari dosis yang paling rendah ke dosis lebih tinggi secara bertahap dan sesuai dengan respon nyeri dari pasien. Hal-hal yang harus diperhatikan terkait dengan pemberian analgetik pada tahap tiga yaitu: 1) Sindrom nyeri telah diidentifikasi; 2) Nyeri derajat berat dengan skala 7-10; 3) Obat yang digunakan opioid kuat (morpine) ditambah obat golongan NSAID, TCA, dan AED serta obat golongan lainnya; 4)

Respon yang diberikan rata-rata baik dengan tingkat presentasi sekitar 80-90%.

Adapun tata laksana nyeri sesuai dengan penyebab dan prinsip yang digunakan dalam perawatan paliatif menurut Kementerian Kesehatan Republik Indonesia (2017) terdiri atas dua bagian terapi modalitas yaitu:

1. Medikamentosa

Analgetik: NSAID, non opioid, opioid, adjuvant (kortikosteroid, antidepresan, anti epilepsi, relaksan otot, antispasmodik)

2. Nonmedikamentosa

- a. Fisik: kompres dingin dan hangat, *transcutaneous electrical stimulation* (TENS)
- b. Interupsi terhadap mekanisme nyeri: anestesi, neurolisis, dan neurosurgery
- c. Modifikasi lingkungan dan gaya hidup: hindari aktifitas yang memacu atau memperberat nyeri, immobilisasi bagian yang sakit dengan alat.
- d. Psikologis: penjelasan untuk mengurangi dampak psikologis
- e. Relaksasi, *cognitive behavioural therapy, psychodynamic therapy*

Penatalaksanaan nyeri pada fase terminal dari stadium terminal adalah:

- a. Jangan kurangi dosis opioid semata-mata karena penurunan tensi, respirasi atau kesadaran, namun pertahankan sampai mencapai kenyamanan
- b. Perhatikan adanya neurotoksisitas karena opioid termasuk hyperalgasia
- c. Bila pengurangan dosis diperlukan, kurangi 50% dosis 24 jam
- d. Gantikan cara pemberian opioid bila diperlukan (oral, subkutan, intravena, transdermal) dengan dosis konversi
- e. Bila terdapat *refractory pain*, pertimbangkan sedasi

Therapi adjuvant merupakan obat tambahan yang tidak termasuk golongan analgesik, namun dapat memberikan efek analgesia. Obat-obat yang termasuk terapi adjuvant adalah kortikosteroid, antidepresan, dan antikonvulsan. Adapun hambatan dalam manajemen nyeri yaitu hambatan secara multifaceted dan termasuk faktor-faktor yang berhubungan dengan pasien terkait dengan penyedia dan sistem (IKAPI dan APPTI, 2020).

9. Spiritual

Perawatan paliatif sangat berkaitan dengan aspek spiritual yaitu dengan cara membantu pasien untuk mengidentifikasi kepercayaan positif yang dimilikinya, sehingga pasien dapat menggunakan kepercayaan tersebut untuk menghadapi kesehatannya. Spiritual didefinisikan sebagai aspek kemanusiaan yang mana hal tersebut merujuk pada seseorang mencari dan mengeskpresikan makna, tujuan, atau maksud dengan cara pengalaman mereka yang mana pengalaman tersebut saling berhubungan pada waktu atau kejadian, pada diri sendiri, pada orang terdekat maupun sang kuasa (Puchalski, 2012).

Peran perawat dalam spiritual care menurut National Coalition For Hospice And Palliative Care, (2018) yaitu:

- a. Melakukan pengkajian spiritual pada pasien termasuk pasien yang memiliki agama dan kepercayaan yang minoritas, dimana agama dan kepercayaannya tersebut dapat menimbulkan konflik selama masa perawatan
- b. Bekerjasama dengan rohaniawan untuk mengurangi distress spiritual pada pasien terutama untuk pasien yang merasa terabaikan.
- c. Menggunakan ketrampilan komunikasi yang baik untuk memberikan dukungan pada pasien seperti melakukan wawancara mengenai kehidupan pasien masa lalu, berusaha melupakan dan memaafkan kejadian yang telah lalu.

B. Konsep Pengetahuan

1. Definisi

Pengetahuan merupakan aspek yang sangat penting dalam pelayanan perawatan paliatif baik kepada pasien maupun keluarga. Pengetahuan diartikan sebagai segala sesuatu yang diketahui atau sesuatu yang berhubungan dengan proses pembelajaran yang diperoleh dari suatu objek, ide, prosedur, prinsip ataupun teori yang pernah ditemukan dengan pengalaman tanpa dimanipulasi (Lestari, 2015). Namun menurut Notoatmodjo (2014) mengemukakan bahwa pengetahuan merupakan hasil dari tahu dan ini terjadi setelah orang melakukan pengindraan terhadap suatu objek tertentu. Pengetahuan atau kognitif merupakan domain yang sangat penting untuk terbentuknya perilaku seseorang. Dengan demikian berdasarkan teori di atas dapat disimpulkan bahwa pengetahuan perawat tentang perawatan pasien paliatif adalah segala sesuatu yang diketahui oleh perawat tentang perawatan pasien paliatif.

2. Faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan

Adapun faktor-faktor yang mempengaruhi pengetahuan menurut Budiman & Riyanto (2014) yaitu sebagai berikut:

a. Pendidikan

Pendidikan merupakan sebuah proses perubahan sikap dan tata laku seseorang atau kelompok serta usaha mendewasakan manusia melalui upaya pengajaran dan pelatihan. Peningkatan pengetahuan

tidak mutlak diperoleh di pendidikan formal, tetapi bisa di dapatkan melalui pendidikan nonformal. Pengetahuan sangat berkaitan erat dengan pendidikan dimana diharapkan seseorang yang pendidikan tinggi akan semakin luas pengetahuannya. Namun, perlu ditekankan bahwa seorang yang berpendidikan rendah bukan berarti mutlak berpengetahuan rendah pula.

Pengetahuan seseorang tentang sesuatu objek mengandung dua aspek yaitu aspek positif dan negatif. Kedua aspek inilah yang akhirnya akan menentukan sikap seseorang terhadap objek tertentu. Semakin banyak aspek positif dari objek yang diketahui, maka akan menumbuhkan sikap makin positif terhadap objek tersebut.

b. Informasi

Informasi adalah sesuatu yang dapat diketahui atau transfer pengetahuan. Informasi dapat di jumpai dalam kehidupan sehari-hari, diperoleh dari data dan pengamatan terhadap lingkungan sekitar kita, serta diteruskan melalui komunikasi. Informasi mencakup data, teks, gambar, suara, kode, program komputer, dan basis data. Informasi yang diperoleh baik dari pendidikan formal maupun nonformal dapat memberikan pengaruh jangka pendek (*immediate impact*) sehingga terjadi perubahan atau peningkatan pengetahuan. Adanya informasi mengenai sesuatu hal memberikan landasan kognitif baru bagi terbentuknya pengetahuan terhadap hal tersebut.

c. Pekerjaan

Pekerjaan yang di miliki seseorang akan memerlukan banyak waktu untuk menyelesaikan pekerjaan yang di anggap penting memerlukan perhatian masyarakat yang sibuk akan memiliki waktu yang sedikit untuk memperoleh informasi sehingga tingkat pengetahuan yang mereka miliki jadi berkurang.

d. Usia

Usia berpengaruh terhadap daya tangkap dan pola pikir seseorang. Semakin bertambah usia akan semakin berkembang pula daya tangkap dan pola pikirnya sehingga pengetahuan yang diperolehnya semakin membaik. Pada usia muda, individu akan lebih berperan aktif dalam kehidupan sosial, serta mempersiapkan penyesuaian diri menuju usia tua. Semakin tua seseorang semakin bijaksana, semakin banyak informasi yang dijumpai dan semakin banyak hal yang dikerjakan sehingga menambah pengetahuannya. Beberapa teori berpendapat ternyata IQ seseorang akan menurun cukup cepat sejalan dengan bertambahnya usia.

e. Sosial, budaya, dan ekonomi

Merupakan kebiasaan dan tradisi yang dilakukan orang-orang tanpa melalui penalaran apakah yang dilakukan baik atau buruk. Dengan demikian, seseorang akan bertambah pengetahuannya walaupun tidak melakukan. Status ekonomi seseorang juga akan

menentukan tersedianya suatu fasilitas yang diperlukan untuk kegiatan tertentu sehingga status sosial ekonomi ini akan mempengaruhi pengetahuan seseorang.

f. Lingkungan

Lingkungan adalah segala sesuatu yang ada di sekitar individu, baik lingkungan fisik, biologis, maupun sosial. Lingkungan berpengaruh terhadap proses masuknya pengetahuan ke dalam individu yang berada dalam lingkungan tersebut. Hal ini terjadi karena adanya interaksi timbal balik ataupun tidak, yang akan direspons sebagai pengetahuan oleh setiap individu.

g. Pengalaman

Pengalaman sebagai sumber pengetahuan adalah suatu cara untuk memperoleh kebenaran pengetahuan dengan cara mengulang kembali pengetahuan yang diperoleh dalam memecahkan masalah yang dihadapi masa lalu. Pengalaman belajar dalam bekerja akan dapat mengembangkan kemampuan mengambil keputusan yang merupakan manifestasi dari keterpaduan menalar secara ilmiah dan etik yang bertolak dari masalah nyata dalam bidang kerjanya.

3. Pengukuran pengetahuan

Pengetahuan seorang perawat merupakan hal yang penting dalam perawatan pasien paliatif. Pengetahuan tentang kesehatan dapat dilakukan dengan menggunakan metode wawancara dan angket/kuesioner yang menayakan tentang isi materi yang diukur dari subjek penelitian atau responden (Notoatmodjo, 2014).

Dalam mengukur tingkat pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif baik secara global dan Indonesia ada beberapa instrumen baku berupa kuisisioner yang digunakan antara lain:

- a. Kuisisioner PCQN (Palliative care quiz for nursing) yang disusun oleh Ross, McDonald, & McGuinness di Canada. Kuisisioner memiliki 20 pernyataan yang meliputi 3 domain yaitu filosofi dan prinsip perawatan paliatif (4 item: 1, 9, 12, dan 17) manajemen nyeri (13 item: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 13, 14, 15, 16, 18, dan 20) dan aspek psikososial dan spiritual (3 item: 5, 11, dan 19) uji validatas dan reabilitas pada 196 perawat. Dengan kriteria objektif jawaban benar diberi nilai 1 dan salah atau tidak tahu nilai 0, dengan nilai internal konsistensi dari 20 pertanyaan adalah 0,78 dan nilai *alpha chronbach koefisien* 0,413 (Ross, McDonald, & McGuinness, 1996)
- b. Kuisisioner PCKT (Palliative care knowledge test)
Kuisisioner ini merupakan salah satu modifikasi dari kuisisioner PCQN, yang diaplikasikan kepada 940 perawat yang bekerja di dua rumah sakit

yaitu Rumah Sakit Pendidikan dan Rumah Sakit Umum di kota Yokama Jepang. Kuisisioner sudah dilakukan uji validitas dengan pernyataan awal berjumlah 40 item, namun terpilih hanya 20 item dengan korelasi 0,88 yang terdiri atas lima domain yaitu filsafat (2 item), nyeri (6 item), dyspnea (4 item), masalah psikiatri (4 item) dan masalah gastrointestinal (4 item) (Nakazawa et al, 2010).

Dengan kriteria objektif kriteria objektif jawaban benar diberi nilai 1 dan salah atau tidak tahu nilai 0.

- c. Di Spanyol instrumen PCQN juga digunakan dalam bahasa spanyol oleh Sierra, Sabater, & Moriux (2017) dengan nilai uji CVI 0,83 dan *alpha crhonbach* 0,67
- d. Di Indonesia penggunaan intrumen PCQN yang dilakukan oleh Tarihoran, Sembel, & Gunawan (2017) dengan mengaju pada intrumen PCQN) yang disusun oleh Ross, McDonald, & McGuinness.

Dengan kriteria objektif: pengetahuan baik jika nilai diatas rata-rata 49,33% dan pengetahuan kurang nilai rata-rata dibawah 49,33%, dengan jawaban benar nilai, salah atau tidak tau nilai 0.

Adapun penggunaan kuisisioner yang saya gunakan dalam penelitian ini adalah kuisisioner dari salah satu mahasiswa fakultas keperawatan Universitas Sumatra Utara dengan judul pengetahuan perawat tentang perawatan paliatif pada pasien kanker di RSUP Haji Adam Malik Medan. dengan hasil uji validitas 0,97 dan reabilitas 0,945. Dengan kriteria

objektif nilai 0-7 pengetahuan kurang, 8-14 pengetahuan cukup dan 15-21 pengetahuan baik.

4. Cara memperoleh pengetahuan menurut Notoatmodjo, (2014) dibagi atas dua bagian yaitu:

a. Cara non ilmiah atau tradisional

Cara yang biasa dilakukan oleh manusia sebelum ditemukan cara metode ilmiah. Cara ini dilakukan oleh manusia pada jaman dahulu dalam rangka memecahkan masalah maupun dalam menemukan teori atau pengetahuan baru. Cara-cara tersebut yaitu melalui: cara coba salah (*trial and error*), secara kebetulan, cara kekuasaan atau otoritas, pengalaman pribadi, cara akal sehat, kebenaran melalui ajaran,, kebenaran secara intuitif, melalui jalan pikiran, induksi dan deduksi.

b. Cara ilmiah atau modern

Cara ilmiah ini dilakukan melalui cara-cara yang sistematis, logis dan ilmiah dalam bentuk metode penelitian. Penelitian dilaksanakan melalui uji coba terlebih dahulu sehingga instrumen yang digunakan valid dan reliabel dan hasil penelitiannya dapat digeneralisasikan pada populasi. Kebenaran atau pengetahuan yang diperoleh betul-betul dapat dipertanggungjawabkan karena telah melalui serangkaian proses yang ilmiah.